



Manual Resumen Estadístico (REM)

2026 SERIE P

Lineamientos para el registro Estadístico

Departamento de Estadística e Información en Salud

versión 1.0

Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Estadística e información en Salud. Manual REM 2026 Serie P. Santiago, MINSAL 2025. Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Índice

INTRODUCCIÓN	7
SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL	8
GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM	8
ALCANCE	13
RESPONSABILIDADES	14
GLOSARIO	15
REM P1: POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	17
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN FERTILIDAD	18
<i>Sección A.1: Población en control salud sexual</i>	21
SECCIÓN B: GESTANTES EN CONTROL CON EVALUACIÓN RIESGO BIOPICOSOCIAL	23
SECCIÓN C: GESTANTES EN RIESGO PSICOSOCIAL CON VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL REALIZADA	25
SECCIÓN D: GESTANTES Y PERSONAS DE 8° MES POSTPARTO EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	26
SECCIÓN E: GESTANTES Y PERSONAS EN CONTROL CON CONSULTA NUTRICIONAL	26
SECCIÓN F: MUJERES EN CONTROL DE CLIMATERIO	27
<i>Sección F.1: Población En Control Climaterio según tipo de Terapia Reemplazo Hormonal</i>	30
SECCIÓN G: GESTANTES EN CONTROL CON ECOGRAFÍA POR TRIMESTRE DE GESTACIÓN (EN EL SEMESTRE)	31
SECCIÓN H: MUJERES O PERSONAS BAJO CONTROL DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	32
SECCIÓN I: GESTANTES EN CONTROL CON TEST DE VIH/SÍFILIS TOMADO (EN EL SEMESTRE, RED PÚBLICA O EXTRASISTEMA)	33
SECCIÓN J: POBLACIÓN EN CONTROL POR PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO.	34
REM-P2: POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA INFANCIA	36
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENORES DE 1 MES - 59 MESES.	37
<i>Sección A.1: Población en control, según estado nutricional para niños-(as) de 5 años a 9 años 11 meses</i>	39
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN RESULTADO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	41
SECCIÓN C: POBLACIÓN MENOR DE 1 AÑO EN CONTROL, SEGÚN SCORE RIESGO EN IRA Y VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL	42
SECCIÓN D: POBLACIÓN EN CONTROL EN EL SEMESTRE CON CONSULTA NUTRICIONAL, SEGÚN ESTRATEGIA	43
SECCIÓN E: POBLACIÓN INASISTENTE A CONTROL DEL NIÑO SANO (AL CORTE)	44
SECCIÓN F: POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PRESIÓN ARTERIAL (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1).	45
SECCIÓN G: POBLACIÓN INFANTIL EUTRÓFICA, SEGÚN RIESGO DE MALNUTRICIÓN POR EXCESO (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1)	46
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)	47
SECCIÓN I: POBLACIÓN SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN EN SALUD (NANEAS) (INCLUIDA EN LA SECCIÓN A Y A.1)	54
SECCIÓN J: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN RIESGO ODONTOLÓGICO Y DAÑO POR CARIES	56
REM-P3: POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS	59
SECCIÓN A: EXISTENCIA DE POBLACIÓN EN CONTROL	60
SECCIÓN B: CUIDADORES DE PERSONAS POR DEPENDENCIA SEVERA	67
SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL EN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN SALA IRA-ERA	71
SECCIÓN D: NIVEL DE CONTROL DE POBLACIÓN RESPIRATORIA CRÓNICA	72

SECCIÓN E: RESULTADO DE ENCUESTA CALIDAD VIDA	75
REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	76
SECCIÓN A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	77
SECCIÓN B: METAS DE COMPENSACIÓN	79
SECCIÓN C: VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE	82
REM-P5: POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE PERSONAS MAYORES	91
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL POR CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD	92
<i>Sección A.1: Existencia de población en control en Programa "Más Adultos Mayores Autovalentes" por condición de funcionalidad</i>	94
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL	96
SECCIÓN C: PERSONAS MAYORES CON SOSPECHA DE MALTRATO	97
SECCIÓN D: PERSONAS MAYORES EN ACTIVIDAD FÍSICA	99
SECCIÓN E: PERSONAS MAYORES CON RIESGO DE CAÍDAS	99
REM-P6 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD	102
SECCIÓN A: ATENCIÓN PRIMARIA	103
<i>Sección A.1: Población en control en APS al corte</i>	103
<i>Sección A.2: Programa de Rehabilitación en Atención Primaria(Personas con Trastorno Psiquiátricos)</i>	115
<i>Sección A.3: Programa de Acompañamiento Psicosocial en la Atención Primaria</i>	117
SECCIÓN B: ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES	118
<i>Sección B.1: Población en Control en Especialidad al Corte</i>	118
<i>Sección B.2: Programa de Rehabilitación en Especialidad (Personas con Trastornos Psiquiátrico)</i>	124
REM-P7: FAMILIAS EN CONTROL DE SALUD FAMILIAR	125
SECCIÓN A: CLASIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS SECTOR URBANO	126
<i>Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural</i>	127
SECCIÓN B: INTERVENCIÓN EN FAMILIAS SECTOR URBANO Y RURAL	128
REM-P9: POBLACIÓN EN CONTROL DEL ADOLESCENTE	129
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES	131
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL	132
SECCIÓN C: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN EDUCACIÓN Y TRABAJO.	134
SECCIÓN D: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ÁREAS DE RIESGO.	136
SECCIÓN E: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN ÁMBITOS GINECO – UROLÓGICO / SEXUALIDAD	138
SECCIÓN F: POBLACIÓN EN CONTROL SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES, SEGÚN TIPO DE VIOLENCIA.	140
SECCIÓN G: POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES QUE RECIBE CONSEJERÍA	142
REM-P11: POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL VIH/SIDA	145
SECCIÓN A: POBLACIÓN EN CONTROL DEL PROGRAMA DE VIH/SIDA (USO EXCLUSIVO CENTROS DE ATENCIÓN VIH/SIDA).	146
SECCIÓN B: POBLACIÓN EN CONTROL POR COMERCIO SEXUAL (USO EXCLUSIVO DE UNIDADES CONTROL COMERCIO SEXUAL).	148
REM-P12: PERSONAS CON TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO – CÁNCER DE MAMAS (SEMESTRAL)	149
SECCIÓN A: PROGRAMA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO:	150
SECCIÓN A.1 POBLACIÓN CON TAMIZAJE VIGENTE PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.	150
SECCIÓN A.2: POBLACIÓN CON EXAMEN VPH VIGENTE	151

SECCIÓN B: PROGRAMA DE CÁNCER DE MAMA	152
SECCIÓN B.1 MUJERES CON MAMOGRAFÍA VIGENTE EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS	152
SECCIÓN B.2: NÚMERO DE MUJERES CON EXAMEN FÍSICO DE MAMA (VIGENTE)	153
REM-P13. NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O INFRACCIÓN A LA LEY BAJO LA PROTECCIÓN DEL ESTADO EN ATENCIÓN	154
SECCIÓN A: NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES CON VULNERACIÓN DE DERECHOS Y/O INFRACCIÓN A LA LEY 20.084 DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTE EN CONTROL DE SALUD EN APS AL CORTE.	155
SECCIÓN B: VARIABLES DE SEGUIMIENTO A POBLACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (EX MEJOR NIÑEZ), Y SERVICIO NACIONAL DE REINSERCIÓN SOCIAL JUVENIL - SENAME EN CONTROL DE SALUD EN APS AL CORTE	157
REFERENCIAS	160

INTRODUCCIÓN

Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a registros agrupados, que 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 se enmarca en un proceso coordinado con los Referentes de las diferentes Divisiones del Ministerio de Salud (MINSAL), relevando las necesidades de información más importantes para el sector y proveyendo definiciones clave para su captura. Así como también con los profesionales referentes técnicos pertenecientes a los Servicios de Salud.

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.

La serie REM P para el periodo 2025-2026 es el resultado de un proceso de mejora continua y actualización de los registros necesarios para construir las estadísticas de salud que den respuesta a las necesidades de información más importantes para el sector.

Para esta actualización y en concordancia con la metodología establecida se realizó un proceso sistemático y ampliado de levantamiento de requerimientos de información desde todas las áreas técnicas de las diferentes Divisiones del Ministerio de Salud que han hecho uso de este instrumento, los que a su vez son quienes insuman las definiciones técnicas necesarias para la construcción de este manual. Esto permitió precisar las definiciones conceptuales, operacionales, acoplando las recomendaciones operativas a los procesos de trabajo e incorporando reglas explícitas de validación de datos.

Es importante destacar que el manual REM P que se encuentra a disposición contiene las indicaciones de registro estadístico y no reemplaza, el uso de Orientaciones técnicas, Normativas, guías clínicas u otros documentos propios de cada área de interés.

Queremos agradecer a los profesionales, Referentes técnicos pertenecientes a las diferentes Subsecretarías, Divisiones y Departamentos de Salud Pública y Redes Asistenciales, así como a la red de Estadísticos y los Referentes de los Servicios de Salud y representantes del Nivel Primario (APS) de todo el país, por su contribución a la mejora y construcción de este manual.

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL REM Y CÓMO USAR EL MANUAL

La Serie P, al igual que serie A, se desagrega en hojas de trabajo correspondientes al tipo de registro que contienen. A su vez, cada hoja de REM contiene varias secciones, según el tipo de dato que se recopila. Finalmente, para cada sección, es decir cada tipo de dato, se detallan 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 vigente.
- **Definiciones operacionales:** Corresponde a la forma de registrar el dato, en relación con el 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.

GENERALIDADES SOBRE REGISTRO REM

Principios basales del registro estadístico

Para que se produzca un adecuado registro estadístico en REM, es necesario que se resguarden algunos aspectos fundamentales:

- **Principio de territorialidad:** la prestación y/o actividades se debe registrar donde esta se realiza, utilizando para ello los códigos provistos por el listado de establecimiento. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>, los cuales se disponen de manera semanal.
- **Principio de temporalidad:** los registros deben ocurrir en el periodo en que se producen las actividades y en consideración a las definiciones temporales de la sección.
- **Principio normativo:** Deben cumplir con el cuerpo normativo existente, vale decir para cargar un dato, este deberá cumplir con las definiciones conceptuales que subyacen a él.
- **Principio referido a la calidad:** Los registros deben ser revisados regularmente para identificar y corregir errores. Se deben implementar mecanismos de alerta temprana, antes de la entrega de los datos, al Servicio de Salud. Estas alertas reglas se pueden construir en conjunto con la unidad de estadística y unidades clínicas del Establecimiento de salud.

El cumplimiento del principio de calidad tiene los siguientes objetivos:

- Asegurar que los datos reportados en oportunidad.

- Asegurar que los datos ingresados en el REM (resumen estadístico mensual) sean correctos y reflejen fielmente las atenciones realizadas y los servicios prestados en el centro de salud.
- Evaluar la completitud y consistencia de los datos requeridos.

Principios relativos al registro clínico:

La Ficha Clínica es un instrumento que contiene datos sensibles y relevantes en Salud Pública, acerca de los procesos de atención clínica a las personas, incluye procedimientos, tratamientos, indicaciones y derivaciones.

El registro oportuno, preciso y completo en la Ficha Clínica, Historia Clínica Electrónica (HCE) y otros sistemas de información permite que los profesionales de salud dispongan de información confiable y actualizada para la toma de decisiones clínicas en atenciones presenciales y remotas asegurando la continuidad y calidad de la atención en salud.

El correcto y oportuno cierre de la ficha clínica cuando finaliza los procesos de atención además permite construir estadísticas de salud que son fundamentales para evaluar el rendimiento del sistema de salud.

Cada vez que no se cierra una Ficha Clínica, se impacta negativamente en la recopilación de los datos, porque se impide las extracciones de los sistemas estadísticos.

Por lo tanto, aquellas fichas clínicas que no finalicen la atención, en la extracción estadística, los sistemas podrían no considerar estos datos en el resumen mensual.

Registro de Series REM en los distintos tipos de Establecimientos y/o Estrategias de Salud

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

Por lo precedente, cada establecimiento de salud posee código DEIS asignado de acuerdo con la estructura señalada por Ordinario B52 N.º 358 y Decreto 820 del 25 de marzo 2014. Dicho código, debe ser solicitado por los Servicios de Salud, con el envío de Resolución Exenta, la cual señala la instalación del establecimiento, especificando: Nombre, Comuna, Dirección y Dependencia.

De acuerdo con lo anterior, los REM de población en control se remiten al DEIS por establecimientos y/o estrategias según códigos estructurales definidos, informando individualmente esta Serie (P).

Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes Servicio de Reinserción Social Juvenil- SENAME:

El Servicio Nacional de Menores (SENAME) y Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil son organismo del Estado que depende del Ministerio de Justicia y Derechos humanos. Ambos servicios coexistirán durante los años 2024 y 2025 hasta que en el año 2026 se logre el traspaso del Servicio Nacional de Menores (SENAME) a Servicio de Reinserción Social Juvenil en todo el territorio nacional.

El Servicio de Reinserción Social Juvenil tiene como objetivo administrar e implementar medidas y sanciones contempladas por la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente N°20.084(1), mediante el desarrollo de programas que contribuyan al abandono de conducta delictiva, a la integración social y a la implementación de políticas de carácter sectorial.

Sus modalidades de atención corresponden a programas cerrados, con privación de libertad y en programas en medio libre.

Información para Registrar de Niños, Niñas y Adolescentes Programa de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (SPE ex Mejor Niñez)

El Programa de Protección Especializada a la es una entidad dependiente del Ministerio de Desarrollo Social que tiene por objetivo garantizar la protección de niños, niñas y adolescentes gravemente amenazados o vulnerados en sus derechos, entendida como el diagnóstico especializado, la restitución de los derechos, la reparación del daño producido y la prevención de nuevas vulneraciones. Se crea como servicio a partir del 5 de enero 2021, pero comienza su operación el 1 de octubre de 2021.

Los programas de SPE pueden ser Residenciales, o Ambulatorios.

Información Pueblos Indígenas u Originarios en Chile

Información para registrar:

Los pueblos indígenas en Chile son los descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias o parte de ellas, siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura (2,3). Se considera la conciencia de la propia identidad indígena como parte del derecho fundamental a la autodeterminación, en conformidad a lo dispuesto en el Convenio N° 169 de la OIT (4)

En cuanto a la captura de la información de la variable pueblos indígenas, esta se realiza por medio de una pregunta abierta estandarizada, cuidando su integridad y desarrollo: ¿Se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario?

Frente a respuesta afirmativa, consultar ¿A cuál pertenece? La variable Pueblos Indígenas u Originarios incluye las siguientes categorías:

Tabla. Categorías Variable Pueblos indígenas u originarios

Pueblo Indígena Código	Pueblo Indígena Glosa
1	Mapuche
2	Aymara
3	Rapa Nui o Pascuense
4	Lickanantay
5	Quecha
6	Colla
7	Diaguita
8	Kawésqar
9	Yagán
10	Otro (Especificar)
11	Chango

El pueblo Selk'nam deberá ser registrado como "Otro", indicando el nombre del pueblo originario.

En el caso de menores de edad, la pertenencia a un pueblo indígena u originario será informada por su madre, padre o el adulto responsable.

**Decreto 21, Reglamento sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural (julio, 2023)
del Ministerio de Salud**

Mediante este decreto(5), se establece definiciones y alcances sobre lo siguientes ámbitos; Pueblos Indígenas, Territorio de alta concentración de población indígena, Sistemas de Sanación Indígenas, Asistencia Espiritual, Modelo de Salud Intercultural, Atención con Pertinencia Cultural, Prestador Institucional, Facilitador Intercultural y Factores de riesgo específicos.

Información para Registrar de Migrantes:

Se considera como persona migrante, toda persona que registra nacimiento fuera Chile y nacionalidad diferente a la chilena. Todas las niñas y niños nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Otras definiciones complementarias:

- **Nacionalidad:** puede ser originaria o adquirida. Una persona puede tener más de una nacionalidad. En el caso de que tenga más de una nacionalidad, se debe consignar la que la persona señale. Sin embargo, si una de las nacionalidades es chilena, esta es la que se debe consignar, mientras se encuentre en territorio nacional.

Rango etario o grupo de edad

Intervalo de edades dentro de una población específica. La definición de estos rangos puede variar en atención a la necesidad de caracterización.

Sexo

Es la determinación hecha a través de la aplicación de criterios biológicos para clasificar a las personas como hombres o mujeres al momento de nacer. Hace alusión al sexo biológico o Sexo asignado al nacer(3).

ALCANCE

Este manual se encuentra dirigido a Referentes técnicos de programas y estrategias de salud y estadísticos de:

- Red de Establecimientos de Salud.
- Servicios de Salud.
- Secretarías Regionales Ministeriales
- Ministerio de Salud.

RESPONSABILIDADES

Las responsabilidades que se declaran a continuación guardan relación con el uso de este manual y asociado al proceso de tributación del Resumen Estadístico Mensual REM.

Tabla de Responsabilidades según nivel

ACTORES	RESPONSABILIDADES
Departamento de Estadísticas e información en salud, Ministerio Salud.	▪ Diseñar, actualizar y difundir de las Series REM: Planillas y Manual. ▪ Centralizar la información provista por los Servicios de Salud. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes Servicios de Salud actividades para garantizar calidad y completitud de la información tributada por los establecimientos bajo su jurisdicción. ▪ Monitorear la información tributada por los Servicios de Salud, promoviendo la mejora continua. ▪ Coordinar con Unidades o Departamento de Estadística de los diferentes Servicios de Salud y referentes Ministeriales actividades de difusión de registros nuevos en diferentes Series.
Unidades o Departamentos de Estadística de los Servicios de Salud	▪ Velar por el cumplimiento de normativa vigente. ▪ Monitorear tributación de las series por establecimientos de salud bajo su jurisdicción, proporcionando retroalimentación a los establecimientos para mejorar la calidad de la información. ▪ Centralizar la información de diferentes establecimientos de su red y tributar a DEIS mediante uso de plataforma Ministerial. ▪ Difundir el uso del Manual dentro de su red de establecimientos y apoyo continuo para garantizar la correcta implementación y uso.
Unidades de estadística de los Establecimiento de salud	▪ Tributar la información en oportunidad y calidad del registro de datos de acuerdo con la normativa vigente, manteniendo estrecha comunicación con los Servicios de Salud. ▪ Los establecimientos de salud deberán validar sus datos previamente al proceso envío a Departamento o Unidades de Estadística del Servicio de salud. ▪ Los establecimientos de Salud son los responsables de hacer correcciones en oportunidad y calidad, en caso de ser requeridas en el proceso, estas deberán realizarse de acuerdo con el conducto regular establecido por cada Departamento o Unidad de Estadística de los Servicios de Salud. ▪ Difundir el uso de este manual dentro de su establecimiento.

GLOSARIO

AJ: Adolescentes y jóvenes.

APS: Atención primaria en Salud.

ARO: alto riesgo obstétrico.

AAS: ácido acetil salicílico

CAT: EPOC Assessment Test™ (CAT)

CRAFFT: Cuestionario de autoevaluación del consumo de alcohol y las otras drogas.

CESFAM: Centro de salud Familiar.

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar.

Ceo-D: promedio de dientes cariados, extraídos, y obturados en dientes temporales.

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición.

CFTR: acrónimo de Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator

CIP: Centro de internación provisoria.

COP-D: promedio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados.

CRS: Centro régimen cerrado.

CSC: Centro semi-cerrado.

DIU: Dispositivo Intrauterino.

DM: Diabetes Mellitus.

DLC: Displasia Luxante de Caderas.

ECG: ElectroCardiograma.

ECICEP: Estrategia de Cuidado Integral Centro de personas.

EEDP: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor.

EFAM: Evaluación Funcional del Adulto/a Mayor.

EG: Edad gestacional.

ELEAM: Establecimiento de larga estadía para adultos mayores.

EQ5D: European Quality of Life-5 Dimensions

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ERA: Enfermedades Respiratorias del Adulto.

ERC: Enfermedad renal crónica.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

HTA: Hipertensión arterial.

IECA: inhibidor de enzima convertidora

IMC: Índice de masa corporal.

ITS: Infecciones Transmisión Sexual.

IRA: Infección Respiratoria Aguda.

LCFA: Limitación Crónica del Flujo Aéreo.

LGBTIQ+: Lesbianas, gay, bisexuales, Trans, Intersexuales, Queer y el resto de las identidades y orientaciones incluidas en el +.

MAIS: Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario

MDS: Ministerio de Desarrollo Social.

MRS: Menopause Rating Scale.

MDRD-4: Modification of Diet in Renal Disease-4.

NANEAS: Niños, Niñas y Adolescentes con necesidades especiales de atención en salud.

NED: Nutrición Enteral Domiciliaria.

NNA: Niños, Niñas y Adolescentes.

NNAJ: Niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

OCA: Organismo colaborador acreditado.

PACAM: Programa de alimentación complementaria.

PAS: Presión arterial sistólica.

PAD: presión arterial diastólica.

PADDS: Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa.

PedsQL: Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica.

PC: Perímetro cintura.

PCI: Plan de cuidados integrales.

PE: Preeclampsia.

PEF: flujo espiratorio máximo.

PSCV: Programa de Salud Cardiovascular.

PNAC: Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

PTI: Plan individual de tratamiento.

RAC: relación albumina/creatinina.

RCIU: Retardo Crecimiento Intrauterino.

RND: Registro Nacional de Discapacidad.

RPA: Responsabilidad Penal Adolescente.

SBOR: Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente.

SHE: Síndrome Hipertensivo del Embarazo.

SSR: Riesgo de Salud Sexual y reproductiva.

TAR: Terapia antirretroviral.

TEA: Trastorno de espectro autista.

TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor.

THM: terapia hormonal de la menopausia

TUG: Timed UP and GO.

VEF1: volumen de espiración forzada en un segundo.

VFGe: Velocidad de filtración glomerular esperado.

VIH: Virus de inmunodeficiencia Humana.

VPH: Virus de Papiloma Humano.

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

SECCIONES DEL REM-P1

Atención Primaria

- Sección A:** Población en Control según Método de Regulación de Fertilidad.
- Sección A.1:** **Población en Control según 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 personas de 8° mes post-parto en control, según estado nutricional.
- Sección E:** Gestantes y personas 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 o personas bajo control de Regulación de Fertilidad, según estado nutricional.
- Sección I:** Gestantes en control con test de VIH/Sífilis tomado (en el semestre, red Pública o Extrasistema)

Nivel Secundario

- Sección J:** Población en control por patologías de Alto Riesgo Obstétrico.



Atención Primaria:

Sección A: Población en Control según Método de Regulación Fertilidad

Definiciones conceptuales:

Total, Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se atienden en el Programa de Regulación de Fertilidad, en establecimientos con Nivel Primario de Atención, según los siguientes métodos anticonceptivos

- Dispositivo Intrauterino T con cobre.
- Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel.
- Hormonal (Oral combinado, oral progestágeno, Inyectable combinado, inyectable progestágeno, Implante Etonogestrel (3 años), implante levonorgestrel (5 años) y Anillo Vaginal.
- Solo preservativo MAC (Mujer y Hombre).
- Esterilización quirúrgica (Mujer, Hombre).
- Otros.

En esta sección también se registra la población bajo control en programa regulación de fertilidad según las siguientes variables:

- Mujeres en control que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 3 años) en APS y extrasistema.
- Mujeres con Retiro de Implante Anticipado en el semestre (antes de los 5 años) en APS y extrasistema.
- Método de Regulación de Fertilidad más Preservativo

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 **DIU** 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.

Métodos de Regulación de Fertilidad: Dispositivo Intrauterino (DIU) con cobre, Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel, Hormonal (Oral combinado y progestágeno, Inyectable combinado y progestágeno, Implante Etonogestrel 3 años, implante levonogestrel 5 años y Anillo vaginal), 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, tienen 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 futuras gestaciones.

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

- **En APS:** corresponde a las mujeres que en el semestre se retiraron anticipadamente el implante, en establecimiento APS.
- **En Extrasistema:** corresponde a las mujeres que en el semestre retiraron anticipadamente implante, fuera del establecimiento de APS, procedimiento que es reportado por la usuaria en el contexto de un control de regulación de fecundidad en el establecimiento de APS.

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, y usuarias LGBTIQ+, mujeres que ya no están en edad fértil, entre otros. 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 LGBTIQ+, 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 LGBTIQ+, 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.

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 a la fecha de corte (30 de junio o 31 de diciembre), según método anticonceptivo. Se caracteriza la edad de las mujeres y hombres controladas/os, si pertenece a pueblo originario, población migrante, personas viviendo con VIH, identidad de género; y persona con discapacidad.

Se registran las mujeres bajo control con enfermedad cardiovascular, se caracteriza la edad de las mujeres y hombres controladas/os, si pertenece a pueblo originario, población migrante, personas viviendo con VIH; identidad de género; y persona con discapacidad.

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, se caracteriza la edad, si pertenece a pueblo originario, población migrante, personas viviendo con VIH; identidad de género; y persona con discapacidad.

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, en APS o extrasistema, se caracteriza la edad, si pertenece a pueblo originario, población migrante, personas viviendo con VIH; identidad de género; y persona con discapacidad.

Se registran las mujeres que utilizan algún método de regulación de fertilidad más preservativo, se caracteriza la edad, si pertenece a pueblo originario, población migrante, personas viviendo con VIH; identidad de género; y persona con discapacidad.

Reglas de consistencia:

R.1: La información de la columna “transmasculino”, “transfemenino”, “no binarie” y persona con discapacidad debe estar contenida en los registros de la columna “total”.

R.2: La población por métodos anticonceptivos hormonales que están fuera de la canasta de Programas Ministeriales deben se registrados en la variable correspondiente al método hormonal o no hormonal y no en variable “otros”.

Sección A.1: Población en control salud sexual

Total Población Bajo Control: Corresponde a las personas que se reciben de manera periódica insumos de Salud Sexual en establecimientos de atención primaria, según los siguientes insumos 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, y usuarias LGBT+, mujeres que ya no están en edad fértil, entre otros. No considerar doble protección.

- Preservativo/práctica sexual segura (mujer y hombre)
 - Lubricantes (mujer y hombre)
 - Condón Femenino
- Gestantes que reciben preservativo

Se considera como población bajo control a todas las personas que han sido atendidos por Matrona/ón 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. La 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.

Preservativo/práctica sexual segura: Corresponde a la población bajo control de salud sexual que utiliza preservativo masculino o externo 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.

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.

Gestantes 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.

Definiciones operacionales:

Se registra el número de personas que ingresan al programa según insumos para práctica sexual segura por edad y sexo de las personas que ingresan y según pueblos originarios, migrantes, PV-VIH, identidad de género y personas con discapacidad.

Reglas de consistencia

R.1. La información de la columna “trans masculino”, “trans femenino” y “no binarie” debe estar contenida en los registros de la columna métodos, según corresponda.

R.2. No considerar doble protección referida en Sección A.

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, cuyo control fue 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.

Con 3 o más riesgos psicosociales: Corresponde a las gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan 3 o más riesgos psicosociales 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 por Violencia de Género en el 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 clínica de la paciente y sus exámenes complementarios. 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 con el factor de riesgo. Las gestantes con Alto Riesgo Obstétrico se controlan paralelamente tanto en APS como en el nivel secundario.

Persona con discapacidad: Personas con discapacidad (con RND): Es aquella persona usuaria que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (6). En este caso, se reconoce a aquellas personas que cuentan con certificación de discapacidad, demostrable a través de su credencial de discapacidad o Registro Nacional de Discapacidad (RND).

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 en control, aquellas que se encuentran en riesgo psicosocial, cuáles tienen 3 o más riesgos psicosociales, número de gestantes que presentan violencia de género, número de gestantes que presentan alto riesgo obstétrico; el número de gestantes de pueblos originarios, el número de gestantes migrantes; número de gestantes con identidad de género diversa; y gestantes con discapacidad 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 con 3 o más riesgos psicosociales son un subgrupo de las gestantes con riesgo psicosocial

R.3: 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.4: Las gestantes bajo control registradas en gestantes que presentan ARO deben estar incluidas en el registro total de gestantes bajo control.

R.5: La información de la columna pueblos originarios, migrantes, trans masculino y no binarie; y personas con discapacidad debe estar contenida en los registros de la columna “total de gestantes en control”.

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

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 (matrona/ón, trabajadores sociales, psicólogos, etc.). Se debe evaluar condición de salud de la gestante siempre cuando la visita es realizada por matró, matrona o médico (vitalidad fetal, presión arterial).

N° de gestantes con 3 o más riesgos psicosociales con VDI: Corresponde a las gestantes que, a la fecha del corte, han sido controladas por su embarazo y que presentan 3 o más riesgos psicosociales según el resultado de la aplicación de la Pauta de Evaluación Psicosocial Abreviada, y que han recibido 1, 2, 3 o más VDI en el semestre.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de gestantes en riesgo psicosocial que tuvieron visita durante el semestre según el número de VDI que recibieron. Además, corresponde registrar el número de Gestantes con 3 o más riesgos que tuvo VDI en el semestre.

La columna “total de visitas” es de llenado automático y es el producto del número de gestante por el número de visitas que ha recibido en el semestre. Sin embargo, <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 gestantes controladas.

Reglas de consistencia:

R1: el número de Gestantes con 3 o más riesgos no debe ser superior al número de gestantes con VDI.

Sección D: Gestantes y personas de 8° Mes Postparto 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 8° Mes Post Parto: Corresponde a las mujeres o personas en su periodo posparto 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 o personas que recibieron el control al 8vo mes post parto durante el semestre, clasificadas según su estado nutricional y por el rango etario 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 rango etario correspondiente.

Sección E: Gestantes y Personas en Control con Consulta Nutricional

Definiciones conceptuales:

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

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

En esta sección también se registran las personas 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 dieta terapéutica, entre otras).

Definiciones operacionales:

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

Las mujeres o personas que reciben consulta nutricional al Sexto 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 de menor de 45 hasta 64 años que han sido atendidas en el Programa de Control de Climaterio, por médico Gineco-obstetra o matrona, a la fecha de corte. Se considera como población bajo control a todas las mujeres que tienen citación para próximo control con los mismos profesionales anteriormente mencionados, hasta un plazo máximo de inasistencia a su citación de 29 días a la fecha del corte, periodo durante el cual, se activa el sistema de rescate de pacientes inasistentes. Al pasar el plazo máximo de inasistencia desde la última citación, se considera abandono y deja su condición de “población en control” por esta causa. Las inasistencias a control se producen por los siguientes motivos: si se constata que la mujer no es ubicable, ha cambiado de inscripción a otro Centro de Salud, ha cambiado de previsión de salud o ha fallecido.

Menopause Rating Scale (MRS): Es una escala 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, según **Orientación Técnica vigente** para evaluar el impacto del plan integral de atención aplicado.

Mujeres con pauta aplicada MRS: 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 dentro de los 11 meses y 29 días previos, la pauta MRS que mide el compromiso de los ámbitos de calidad de vida de la mujer climatérica, al ingreso o control de climaterio.

Mujeres con MRS al ingreso: 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 dentro de los 11 meses y 29 días previos, la pauta MRS que mide el compromiso de los ámbitos de calidad de vida de la mujer climatérica, al ingreso.

Mujeres con MRS de control: 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 dentro de los 11 meses y 29 días previos, la pauta MRS que mide el compromiso de los ámbitos de calidad de vida de la mujer climatérica, en control.

Mujeres con MRS elevado: 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, dentro de los 11 meses y 29 días previos y que su último resultado **es igual o mayor a 15 puntos, o:**

-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 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.

Mujeres que disminuyeron puntaje de MRS o se mantienen en MRS bajo, según MRS de control: Corresponde al número de mujeres bajo control climaterio en el establecimiento a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado dentro de los 11 meses y 29 días previos, la pauta MRS de **control** y el resultado de esta ha sido que el puntaje disminuye en relación a medición anterior (la medición previa puede tratarse de MRS ingreso o control) o que la medición se mantiene con puntaje bajo (MRS **menor a 15 puntos**, o dominio somático menor a 8 puntos, o dominio psicológico: menor a 6 puntos, o dominio urogenital menor a 3 puntos).

Esta variable permite ver impacto en calidad de vida del control con y sin THM.

Mujeres que asisten a Talleres Educativos: Corresponden a las mujeres bajo control en Programa de control de climaterio que han recibido Talleres educativos sobre la temática independiente de la modalidad (presencial o remota).

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”, a las cuales se les ha aplicado la escala dentro de los 11 meses y 29 días previos. Además, se registra el número de mujeres bajo control con “MRS al ingreso”, a las cuales se les ha aplicado la escala **de ingreso** dentro de los 11 meses y 29 días previos.

Además, se registra el número de mujeres bajo control con “MRS en control”, a las cuales se les ha aplicado la escala **de control** dentro de los 11 meses y 29 días previos.

Número de mujeres que obtuvieron “MRS elevado”, corresponde registrar a las mujeres que se encuentran bajo control a la fecha de corte, a las cuales se les ha aplicado la pauta MRS, dentro de los 11 meses y 29 días previos y que su último resultado es igual o mayor a 15 puntos, o afectación de dominio somático (igual o supera los 8 puntos), o Psicológicos igual o supera los 6 puntos, o urogenital, igual o supera los 3 puntos.

Número de mujeres con “terapia hormonal de la menopausia según MRS”, corresponde registrar el número de mujeres que se encuentran con terapia hormonal de la menopausia (THM) dentro de los 11 meses y 29 días previos.

Número de mujeres que “disminuyeron puntaje de MRS o se mantienen en MRS bajo, según MRS de control” a las cuales se les ha aplicado la escala de control dentro de los 11 meses y 29 días previos y el resultado de esta ha sido que el puntaje disminuye en relación con la medición anterior o que la medición se mantiene con puntaje bajo (MRS menor a 15 puntos, o dominio somático menor a 8 puntos, o dominio psicológico: menor a 6 puntos, o dominio urogenital menor a 3 puntos).

Número de mujeres que asisten a Talleres Educativos bajo control de climaterio que han recibido Talleres educativos sobre la temática dentro de los 11 meses y 29 días previos.

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, ya que este es un subgrupo del primero.

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

R.4: La información de la columna pueblos originarios, migrantes, trans masculino, debe estar contenida en los registros de las columnas “menor de 45 años” o “45 a 64 años”, según corresponda, es decir, representan un subgrupo.

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

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.
- Tibolona 2,5mg comp.
- Terapia dual

Definiciones operacionales:

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

Corresponde a distribución de terapias por mujer y no a usuarias totales bajo control. Más bien son usuarias bajo control en cada terapia hormonal, en este sentido puede haber una usuaria con Estradiol y a la vez con Progesterona.

Reglas de consistencia:

R.1: No se consideran reglas de consistencia para esta sección. Cada variable de terapia es independiente entre sí.

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 cuales son:

Ecografía de primer trimestre:

- **Menor a 11 semanas:** El objetivo inicial es la evaluación ultrasonográfica del saco vitelino, saco gestacional y embrión, diagnóstico de edad gestacional, evaluación de vitalidad fetal y embrionaria, determinación de embarazo múltiple y corionicidad, elementos de sospecha y embarazo ectópico, evaluación del trofoblasto normal y patológico y evaluación de anexos.
- **(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.

Gestantes con Ecografías del extrasistema: corresponde a aquellas gestantes con ecografía durante el semestre, que fueron tomadas en el extrasistema.

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 trimestre (<11 semanas y 11-14 semanas), segundo y tercer trimestre de gestación, según edad de las gestantes controladas e independiente de si ésta fue realizada en la red pública, compra de servicios o en el extrasistema.

Las gestantes con Eco en extrasistema son un subgrupo.

Reglas de consistencia:

R.1: Las gestantes con eco en extrasistema están contenidas en la población total.

Sección H: Mujeres o personas 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 o persona 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 o personas 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/personas no debe ser mayor al número de mujeres/personas bajo control de regulación de fertilidad.

Sección I: Gestantes en control con test de VIH/Sífilis tomado (en el semestre, red pública o extrasistema)

Definiciones conceptuales:

La cobertura de tamizaje de VIH en la gestante es un Indicador de la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Vertical del VIH y Sífilis en Chile(7,8), por lo que se requiere tener el número de mujeres en control que cuentan con el primer y segundo test de VIH tomado durante la gestación.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de gestantes bajo control a la fecha de corte, según edad y test de VIH/Sífilis con resultado de primer examen realizado en la red pública o extrasistema. Además, corresponde registrar el subgrupo de gestantes migrantes y pueblos originarios, con estas variables.

También se debe registrar el total de gestantes en control mayor a 34 semanas de gestación según edad y segundo examen (VIH) y resultado de tamizaje Sífilis tercer trimestre, realizado en la red pública o extrasistema.

Gestantes con Tamizajes resultado pendiente: Corresponde a total de gestantes bajo control que se les solicita tamizajes para VIH y Sífilis de acuerdo con variables de las columnas, cuyo resultado se encuentra pendientes de recepción al corte.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de gestantes bajo control debe ser igual al total de gestantes en control de sección B.

R.2: La columna Gestantes en control con resultado 1° VIH y Gestantes en control con resultado 1° tamizaje Sífilis son un subgrupo de Gestantes bajo control.

R.3: La columna Total Gestantes en control > a 34 semanas es un subgrupo de Gestantes bajo control.

R.4: La columna Gestantes en control con resultado 2° VIH y Gestantes en control con resultado test Sífilis 3° trimestre gestación son un subgrupo de Total Gestantes en control > a 34 semanas.

R.5: La columna Gestantes en control con resultado 1° VIH y Gestantes en control con resultado 1° tamizaje Sífilis de pueblos originarios y Migrantes son un subgrupo de Gestantes en control con resultado 1° VIH y Gestantes en control con resultado 1° tamizaje Sífilis.

R.6: La variable Gestantes con tamizaje resultado pendiente es independiente del total.

Nivel Secundario de Salud

Sección J: 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:

- Preeclampsia (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 5 años a 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 riesgo 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).
Sección I:	Población según nivel de complejidad de niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) (incluida en sección A y A1).
Sección J:	Población en control, según riesgo odontológico y daño por caries.



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

Definiciones conceptuales:

Total, de niños en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) desde 0 a 59 meses que se encuentra con su control al día y a aquella que en el caso de estar Inasistente, no supera los plazos máximos de inasistencia definidos en la sección E. Incluye a todos los niños y niñas que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo con la norma vigente y los indicadores peso/edad, peso/talla, talla/edad y aquellos que por su curso de vida (recién nacido) o condición de salud no es posible clasificarlos con estos patrones del estado nutricional.

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.

Estado Nutricional: La interpretación de los indicadores antropométricos (P/T, T/E, P/E, CC/E) mediante escalas de valoración nutricional que permite categorizar a la persona evaluada como: riesgo de desnutrir/déficit ponderal, desnutrido, sobrepeso/riesgo de obesidad, obeso, normal y desnutrición secundaria.

Se añade a niños y niñas sin evaluación nutricional con los patrones ministeriales vigentes al presentar una condición especial de salud.

Dentro del estado nutricional se designarán las siguientes calificaciones de acuerdo con el rango etario desde los 0 a los 59 meses.

- **Menores de 1 Mes:** No se registra el estado nutricional, puesto que se evalúan según el incremento de peso diario. Sí se pueden registrar los indicadores del estado nutricional en este grupo de niños y niñas.

- **Mayores de 1 Mes hasta los 59 meses:** Normal, déficit ponderal, Desnutrido, Sobrepeso (Riesgo de obesidad), Obeso y Desnutridos secundarios.

Niños y niñas sin diagnóstico nutricional de acuerdo a dichos parámetros nutricionales por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud: Corresponde al total de niños y niñas que han acudido a control y se encuentran en los plazos máximos de inasistencia que por ser recién nacido o presentar una condición especial de salud no es posible realizar un diagnóstico nutricional con los patrones ministeriales vigentes y requieren de otros patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional específicos.

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.

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 **Población en Control** se deben registrar el N° niños y niñas que a la fecha de corte se encuentren con sus controles al día, dentro de los plazos máximos de inasistencia según edad y sexo, considerando a los niños y niñas que excepcionalmente no cuenten con diagnóstico nutricional integrado.

Además, registra a los niños y niñas (as) bajo control a la fecha de corte, según edad y sexo, especificando los indicadores nutricionales y parámetros de medición.

La sumatoria de los niños(as) registrados en la categoría estado nutricional, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios, con aquellos niños y niñas sin diagnóstico nutricional por condición especial de salud debe ser coincidente con el total de población en control.

En el caso de los niños y niñas menores de 1 mes registrar como niños (as) sin evaluación nutricional por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud.

Los niños (as) registrados en Pueblos Originarios y Población migrantes deben estar **contenidos** en los registros según edad, sexo, indicadores nutricionales diagnóstico nutricional o sin evaluación nutricional según corresponda.

Reglas de consistencia:

R.1: El total de niños en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con estado nutricional según edad y sexo, incluyendo a aquellos niños y niñas que por ser recién nacido o condición especial de salud no es posible clasificar su diagnóstico nutricional.

Sección A.1: Población en control, según estado nutricional para niños-(as) de 5 años a 9 años 11 meses

Definiciones conceptuales:

Total, de niños-(as) en control: Corresponde a la población infantil de niños(as) de entre 5 años y hasta 9 años 11 meses 29 días, que se encuentra con su control de salud al día y a aquella que en el caso de estar inasistente, no supera los plazos máximos de inasistencia definidos en la sección E. Incluye a todos los niños y niñas que han sido evaluados según su estado nutricional, de acuerdo con la norma vigente y los indicadores IMC/edad, talla/edad y perímetro de cintura/edad junto con aquellos que por su condición de salud no es posible clasificarlos con estos patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional.

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.
- **Estado Nutricional:** o calificación nutricional corresponde a la interpretación de los indicadores antropométricos (P/T, T/E,P/E,CC/E) mediante escalas de valoración nutricional que permite categorizar a la persona evaluado como: riesgo de desnutrir/ déficit ponderal, desnutrido, sobrepeso/riesgo de obesidad, obeso, normal y desnutrición secundaria.

- **Niños y niñas sin diagnóstico nutricional de acuerdo a dichos indicadores nutricionales por curso de vida (recién nacidos) o por condición especial de salud:** Corresponde al total de niños y niñas que han acudido a control y se encuentran en los plazos máximos de inasistencia que por ser recién nacido o presentar una condición especial de salud no es posible realizar un diagnóstico nutricional con los patrones ministeriales vigentes y requieren de otros patrones de crecimiento para la evaluación del estado nutricional específicos.
- **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.
- **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 migrantes.

La sumatoria de los niños(as) registrados en la categoría estado nutricional, más los niños(as) calificados como desnutridos secundarios y los niños y niñas que por condición de salud no es posible calificarlos nutricionalmente, debe ser coincidente con el total de población en control.

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

Reglas de consistencia:

R.1: El total de niños en control según edad y sexo debe ser igual al total de niños con estado nutricional según edad y sexo, incluyendo a aquellos niños y niñas que por ser recién nacido o condición especial de salud no es posible clasificar su diagnóstico nutricional.

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 último resultado clínico del desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 59 meses, objetivado mediante aplicación de la “Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor” (EEDP) de 0 a 24 meses (que puede ser aplicado hasta los 24 meses 15 días) y el “Test de Desarrollo Psicomotor” (TEPSI) de 2 a 5 años, que puede dar como resultado, normal, normal con rezago, riesgo o retraso. Estos, se encuentran asistentes a sus controles de Salud Infantil Integral del establecimiento de salud a la fecha de corte, y no cumplen criterios de inasistencia establecidos.

Ambas evaluaciones deben estar integrados al control de salud, obteniendo los siguientes resultados: Normal, Normal con Rezago, Riesgo o Retraso.

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

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), 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, desde la Diada menor de 10 días, 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.

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

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 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 quinto mes de vida, previo a la introducción de alimentos sólidos y a los 3 años y 6 meses, previo al inicio de la etapa preescolar.

Definiciones conceptuales:

Consulta Nutricional al quinto 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 quinto 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 la población infantil que no concurrió a control en la fecha establecida según norma y que, según la edad alcanzada en el corte, su inasistencia a control supera los plazos máximos de inasistencia según edad, por lo que no cuentan con valores vigentes del estado nutricional. Estos niños y niñas No deben ser incluidos en la sección A y A.1.

Tabla. Criterios de inasistencia a control niño Sano por rango de edad.

Rango de edad	Criterio de inasistencia	Observaciones
De 0 a 11 meses	3 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles	Niños y Niñas asistentes a los 8 meses, no se consideran inasistentes a los 11, puesto que tienen controles al día
De 12 a 24 meses	6 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles	
De 25 a 35 meses	6 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles	Niños y Niñas asistentes a los 24 meses, no se consideran inasistentes a los 30 meses puesto que tienen sus controles al día
De 36 a 59 meses	13 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles	
De 5 a 9 años	18 meses de inasistencia desde el último control asistente según calendario de controles	

En caso de inasistencia al control de los 3 años y medio por nutricionista, empezar las acciones de rescate lo antes posible. Estos niños(as) deberían ser rescatados antes de cumplir estos plazos máximos, con prioridad en menores de 2 años y en controles con evaluación del desarrollo integral a través de la aplicación de instrumentos.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de niños (as) que encuentran “inasistentes” a su control de salud infantil y que superan los plazos máximos de inasistencia a control de salud en la fecha de corte, por rango etario. Identificar y evaluar la inasistencia de la población infantil, permitirá saber el porcentaje de niños y niñas que no asisten, debiendo realizar acciones de rescate antes de cumplir estos plazos máximos. Cabe destacar que, al ser la población infantil susceptible de vulneración de derechos, solo pueden ser pasivos los niños y niñas trasladados de centro de salud o fallecidos. La población pasiva por traslado de centro puede seguir accediendo a los beneficios del PNAC e inmunizaciones.

La sumatoria de la población en control más la población que supera los plazos máximos de inasistencia más la población pasiva (fallecidos, traslados) debe ser similar a la Población Inscrita y Validada o adscrita según corresponda.

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 prehipertensión 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.

Tabla. Clasificación HTA Niños y Niñas de 1 a 9 años de edad

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 estadio 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 Estadio II	PAS y/o PAD $\geq$ (p95 + 120 mmHg) o PAS $\geq$ 140 mmHg y/o PAD $\geq$ 90 mmHg (elegir la opción con el menor valor)

P: percentil; **HTA:** Hipertensión arterial; **PAS:** Presión arterial sistólica; **PAD:** presión arterial diastólica.

Fuente: Flynn & Cols (2017). Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Tabla adaptada de referencia bibliográfica(9).

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 Estadio I o Estadio II, según rango etario 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 rango etario 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 estado nutricional “normal”, según rango etario 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:

El término NANEAS se construye a partir de la sigla que componen las palabras “Niños, Niñas y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud”. Como MINSAL, se considerará a los NANEAS como “niño, niña o adolescente que tiene una o más condiciones o patologías crónicas, de índole física, conductual, emocional y/o del desarrollo, que pueden o no estar asociada a discapacidad. Por lo anterior, requiere para su salud junto a su familia y/o cuidador/a mayor atención interdisciplinaria y efectiva coordinación intersectorial”.

En las distintas definiciones que se han propuesto para este grupo poblacional a lo largo del tiempo, se superponen NNA portadores de enfermedades crónicas con aquellos que deben vivir con una condición de salud que les diferencia del resto de la población. En el concepto NANEAS, el término “necesidades de atención”, pone énfasis en el cuidado, en contraposición a la idea de “enfermedad crónica” que acentúa la patología y la idea de cronicidad, la que desalienta y se acerca al estigma. Además, la pluralidad de “necesidades” aproxima a la diversidad de disciplinas y a la atención en red, con un abordaje coordinado, realizado desde distintas perspectivas y con diversas técnicas, con el fin de lograr la integralidad de la atención. El cuidado en red apunta a la integralidad de la atención con enfoque comunitario, mientras que lo “crónico” está más ligado al abordaje exclusivo desde el sector salud, aludiendo a una condición permanente, no siendo necesariamente así en todos los casos. El término “especiales”, ayuda a focalizarse en quienes más lo necesitan, y el término “salud”, se incluye con la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud, de 1948: “estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”, trascendiendo al enfoque biologicista.

Los NANEAS suelen tener mayor prevalencia de diversos problemas de salud, 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 o condición, hospitalizaciones, determinación de etapa paliativa y preparación para el final de la vida.

Total de NANEAS en control en APS: Corresponde a la población infantil y adolescente, desde los 0 meses hasta los 19 años, que se encuentran asistentes a sus controles de salud integral en el Programa Nacional

de Salud de la Infancia y en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del establecimiento de salud a la fecha de corte, hasta un plazo máximo de inasistencia para cada rango etario establecido (en la sección E de Inasistentes), independiente de la realización de la evaluación del estado nutricional asociada al control de salud. Por lo que están incluidos en la Sección A y A.1.

Las condiciones de salud que se presentan en este reporte corresponden a los siguientes diagnósticos clínicos:

- **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. Además, tienen un riesgo aumentado de presentar distintos problemas de salud que pueden impactar en su calidad de vida y la de sus familias, como: malformaciones congénitas, hipoacusia, vicios de refracción, hipotiroidismo, leucemia, discapacidad cognitiva, entre otras.
- **Trastorno del Espectro Autista:** es una condición heterogénea que afecta el neurodesarrollo y que presenta características expresadas en un amplio rango de manifestaciones. Los niveles de funcionalidad abarcan desde niños, niñas y adolescentes sin lenguaje funcional con grave retraso en el desarrollo, hasta aquellos con un desarrollo intelectual normal o por sobre el promedio sin retraso en el lenguaje. A pesar de esta heterogeneidad de manifestaciones, quienes presentan esta condición, pueden compartir dificultades en distintos aspectos como: la comunicación social, la teoría de la mente, la adaptación a los cambios, la integración sensorial; o tener patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Los términos para nombrar esta condición han evolucionado a lo largo del tiempo, hacia una visión más integradora, que utilice un lenguaje inclusivo y no estigmatizador. Actualmente, se postula hablar de NNA en el Espectro Autista. El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes que pueden causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento de niñas, niños y adolescentes, y generalmente constituyen una característica que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar de acuerdo con el contexto social, educativo o de otro tipo, que al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, puede impedir o restringir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
- **Síndrome de Rett:** Enfermedad poco frecuente, el desarrollo temprano aparentemente normal va seguido de una pérdida total o parcial del habla y de las habilidades locomotrices y del uso de las manos, juntamente con una desaceleración del crecimiento de la cabeza; por lo general, de aparición entre los 7 y los 24 meses de edad. Son signos característicos el movimiento de las manos sin objetivo aparente, las estereotipias con las manos, y la hiperventilación. El desarrollo social y del juego se detienen, pero el interés social tiende a mantenerse. A los 4 años de edad empieza a aparecer ataxia y apraxia del tronco, con frecuencia seguido de movimientos coreoatetoides. Casi invariablemente cursa con retraso mental grave.

- **Parálisis Cerebral:** La parálisis cerebral es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por anomalías del tono muscular, el movimiento y las habilidades motoras, y se atribuye a una lesión del Sistema Nervioso Central en maduración. Es una alteración no progresiva, pero irreversible. Este diagnóstico comprende a un grupo de desórdenes permanentes del desarrollo de la postura y movimiento, que causan la limitación en las actividades y participación de NNA. Las problemáticas motoras suelen estar acompañadas de alteraciones a nivel perceptivo, cognitivo, de la comunicación y/o conducta, epilepsia y problemas musculoesqueléticos secundarios.
- **Epilepsia:** es una enfermedad del sistema nervioso, donde ocurren: al menos 2 convulsiones no provocadas (o reflejas) con más de 24 horas de diferencia, una sola crisis epiléptica no provocada (o refleja) unido a una alta probabilidad por el origen causal de la misma, de que aparezcan más crisis durante los 10 años siguientes o cuando se diagnostica un síndrome epiléptico.
- **Otros trastornos del Neurodesarrollo (no incluye TEA):** se refieren a un conjunto de trastornos que afectan el comportamiento y la cognición. Sus manifestaciones se inician en el período del desarrollo (infancia-niñez). Causan dificultades en la adquisición o ejecución de funciones intelectuales, motrices, del lenguaje o socialización. No considera en el registro niños, niñas y adolescentes en el Espectro Autista, ni alteraciones del desarrollo como riesgo, rezago y retraso, los que deben registrarse en el REM correspondiente.
- **Hipertensión arterial:** Corresponde a valores de la presión arterial por sobre los rangos definidos para los NNA, acorde a su talla, edad y sexo asignado al nacer.
- **Enfermedad renal crónica:** corresponde al daño estructural o funcional según exámenes de laboratorio, imágenes y/o una velocidad de filtración glomerular (VFG) $<60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ que se mantienen por más de 3 meses. La definición temporal no aplica en lactantes menores de 3 meses y el valor de VFG en menores de 2 años debe adecuarse a los límites inferiores para la edad, por la maduración renal de esta etapa.
- **Otras Enfermedades cardiovasculares crónicas (no incluye Hipertensión Arterial ni Cardiopatías Congénitas):** Las enfermedades cardiovasculares crónicas, corresponden a anomalías estructurales y/o funcionales, de carácter congénito o adquirido, que pueden afectar a vasos sanguíneos (ej. arterias coronarias), arritmias, válvulas cardíacas, músculo cardíaco y defectos congénitos o infecciones. No incluye hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, sobrepeso, ni síndrome metabólico.
- **Enfermedades gastrointestinales crónicas (no incluye enfermedad celiaca):** Las enfermedades gastrointestinales crónicas, corresponden a anomalías estructurales y/o funcionales del tubo digestivo, hígado, vías biliares y páncreas, de carácter congénito o adquirido, incluyendo a los trastornos de la deglución.

- **Enfermedades crónicas del sistema visual (no incluye estrabismo ni errores de refracción):** Corresponden a anomalías oftalmológicas crónicas estructurales y/o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades crónicas del oído:** Corresponde a anomalías auditivas crónicas estructurales y/o funcionales de carácter congénito o adquirido.
- **Enfermedades crónicas de piel y mucosas:** Afecciones crónicas de la piel y mucosas, que impiden o afectan sus funciones vitales. Incluye enfermedades crónicas de la epidermis, de los fanéreos (pelo, folículo piloso, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas apocrinas y ecrinas, y uñas) y mucosas (mucosas conjuntival, bucal y genital), de la dermis, de la vasculatura cutánea y del tejido subcutáneo.
- **Neoplasias:** Una proliferación celular anormal o incontrolada que no está coordinada con los requerimientos de un organismo para el crecimiento, reemplazo o reparación normal de tejido. Una neoplasia puede ser benigno (no cancerosa) o maligna (cáncer).
- **Malformaciones congénitas y deformidades:** También llamadas anomalías congénitas, defectos de nacimiento, corresponden a anomalías estructurales o funcionales, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante la gestación, en el parto o en un momento posterior de la vida.
- **Trastornos genéticos:** corresponden a condiciones o enfermedades secundarias a una alteración genética. No incluye Síndrome de Down (sección aparte).
- **Prematuros:** Todo recién nacido vivo, que nace antes de las 37 semanas de gestación. Se pueden clasificar en: EXTREMO (o de muy bajo peso de nacimiento) cuando pesan menos de 1500g o nacen de menos de 32 semanas de gestación; en MODERADO cuando pesan más de 1500 g y nacen entre las 32 y menor a las 34 semanas; y TARDÍO cuando pesan más de 1500 g y nacen entre las 34 y menor a las 37 semanas.
- **Enfermedades hematológicas crónicas:** Corresponden a condiciones que afectan los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y los trastornos de la coagulación. No incluir cánceres (ejemplo: leucemias, linfomas), sección aparte.
- **Enfermedades musculoesqueléticas crónicas:** se consideran alteraciones crónicas de huesos, articulaciones, ligamentos, músculos, tendones, cartílagos; que pueden ser congénitas o adquiridas, que afectan la funcionalidad de niños, niñas y adolescentes. No considerar enfermedades del sistema inmunitario, registradas en sección específica.
- **Enfermedades del sistema inmunitario (no incluye asma, ni alergias alimentarias):** Considera trastornos crónicos que afectan al sistema inmunitario, donde destacan inmunodeficiencias

primarias, inmunodeficiencias adquiridas, trastornos autoinmunitarios sistémicos, trastornos autoinflamatorios, afecciones alérgicas o de hipersensibilidad. Las alergias alimentarias se incluirán en sección aparte.

- **Alergias alimentarias:** La alergia alimentaria es una reacción adversa a los alimentos mediada por un mecanismo inmunitario, ya sea con implicación de IgE específica (mediada por IgE), mecanismos mediados por células (no mediada por IgE) o mecanismos mixtos mediados tanto por células como por IgE.
- **Otras Enfermedades endocrinológicas (no incluye Hipotiroidismo, ni Diabetes):** Grupo de condiciones crónicas en las cuales hay un trastorno asociado con cambios en la producción o utilización de hormonas (sistema endocrino). No incluir hipotiroidismo, ni diabetes mellitus, considerados en sección aparte.
- **Hipotiroidismo:** es el resultado de una disminución de la actividad biológica de las hormonas tiroideas a nivel tisular, bien por una producción deficiente o por resistencia a su acción en los tejidos diana, alteración de su transporte o de su metabolismo. Puede ser congénito o adquirido.
- **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 II en los NNA 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 II en niños, impulsada principalmente por la epidemia de obesidad.
- **Otros Trastornos del metabolismo:** Corresponden a condiciones que afectan a NNA en que reacciones químicas anormales en el cuerpo interrumpen los procesos normales de reacciones catalizadas por enzimas dentro de las células de los tejidos (metabolismo), tales como conseguir o producir energía de los alimentos consumidos.
- **Otras Enfermedades respiratorias crónicas (no incluye Asma, ni Fibrosis Quística):** Incluye condiciones crónicas que afectan las vías respiratorias superiores, como las vías respiratorias bajas. síndrome bronquial obstructivo recurrente, y otras. No considerar fibrosis quística, se considera aparte.
- **Fibrosis Quística:** Es un trastorno hereditario 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. Ella se causa daños graves y progresivos en los pulmones, el sistema digestivo y otros órganos del cuerpo, ya que afecta las

células que producen secreciones y, en lugar de actuar como lubricantes, estas obstruyen las vías, especialmente en los pulmones y el páncreas.

- **Otras condiciones asociadas a NANEAS:** condiciones o enfermedades crónicas que afectan a niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, no consideradas en otras categorías.
- **Hospitalización Domiciliaria:** Modalidad y estrategia asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en contexto de cuadros agudos, en donde el niño, niña o adolescente recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, en atención a lo exigido por su estado de salud hospitalario para su manejo clínico y terapéutico, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial de atención cerrada. Según su definición Minsal, no es equivalente a atención domiciliaria.
- **Oxigenoterapia Ambulatoria:** tiene el propósito de otorgar soporte de Oxígeno a NNA con patología respiratoria crónica, tales como fibrosis quística, displasia broncopulmonar, enfermedad pulmonar crónica post viral, malformaciones cardiopulmonares, con secuelas de neumonía aspirativa post daño neurológico, entre otras.
- **Asistencia ventilatoria Invasiva y No invasiva:** tiene el propósito de otorgar soporte respiratorio en NNA con hipoventilación nocturna derivada de diversas patologías de la bomba respiratoria, vía área, o parénquima pulmonar, a través de la entrega de un equipo generador de flujos, insumos y prestaciones profesionales.
- **Errores Innatos del Metabolismo:** Los errores innatos del metabolismo son enfermedades monogénicas, de herencia autosómica recesiva en su mayoría. La alteración en un gen produce un defecto enzimático, que conlleva a las alteraciones bioquímicas características de cada enfermedad metabólica y son responsables de los fenotipos desadaptativos propios de cada patología.
- **Asma:** 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.
- **Cardiopatía congénita:** Se denomina cardiopatías congénitas a todas las malformaciones cardíacas que están presentes al momento del nacimiento. Son secundarias a alteraciones producidas durante la organogénesis del corazón, desconociéndose en la mayoría de los casos los factores causales.

- **Enfermedad celiaca:** La enfermedad celiaca, a veces llamada caliaquía o enteropatía sensible al gluten, es una reacción del sistema inmunitario al consumo de gluten, una proteína que se encuentra en el trigo, la cebada y el centeno.
- **Estrabismo:** El estrabismo es una desviación ocular manifiesta. Su diagnóstico precoz y manejo oportuno asegura el mejor desarrollo de la visión de ambos ojos, aumentando la probabilidad de una “visión binocular normal” evitando la ambliopía.
- **Errores de refracción:** Un vicio de refracción es la consecuencia de la relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación.
- **Otras Enfermedades crónicas neurológicas (No incluye síndrome de Rett, Parálisis Cerebral, Epilepsia, TEA):** Grupo de condiciones crónicas en las cuales hay un trastorno neurológico asociado.
- **Disrafias espinales:** Las disrafias espinales son un grupo que se caracterizan por una anomalía en el desarrollo del tubo neural. Se clasifican en dos grupos: disrafias abiertas y disrafias ocultas o cerradas. Las primeras corresponden a malformaciones prococes en el desarrollo embrionario de las estructuras medulares y raquídeas, y en todas ellas las estructuras nerviosas y meníngeas se encuentran comunicadas con el medio externo, lo que hace que su corrección quirúrgica sea urgente.

La disrafia espinal cerrada u oculta se caracteriza por arcos vertebrales anormales, médula espinal normal y piel que cubre la lesión intacta sin exposición visible de meninges o tejido neural, debe operarse en forma precoz.

- **Escoliosis:** La escoliosis corresponde a la deformidad estructural de la columna vertebral en el plano coronal (frontal) en forma permanente, asociado a componentes rotacionales simultáneos. Es una enfermedad evolutiva que sin tratamiento oportuno se va agravando con el desarrollo, se acentúa con el crecimiento rápido y, en la mayoría de los casos, se estabiliza al término de la madurez ósea.
- **Displasia luxante de caderas:** La Displasia Luxante de Caderas (DLC) corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur y alteraciones del cartílago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos.
- **Cuidados paliativos:** Consiste en la asistencia activa y seguimiento integral a la persona, por un equipo interdisciplinario, siendo el objeto esencial del tratamiento asegurar la máxima calidad de

visa posible a las personas con cáncer independiente de su estado clínico o en condición de salud de gravedad, mediante el alivio y prevención de síntomas y del sufrimiento asociado a la enfermedad en todo el curso de vida.

- **Gran Quemado:** Persona que sufre quemaduras que pueden comprometer su vida, o dejar secuelas funcionales graves permanentes.
- **Pueblos Originarios:** Corresponde a los niños(as) que se identifican con algún pueblo indígena u originario, y se encuentran bajo control en el establecimiento de salud.
- **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.

Definición Operacional:

Población Bajo control NANEAS: En esta sección corresponde registrar las condiciones de salud de NANEAS bajo control a la fecha de corte, según edad (desde recién nacido hasta los 19 años de edad) y sexo de los NANEAS inscritos en el centro, indicando si pertenecen a población migrante o pueblo originario. Dado que un NANEAS podría presentar más de una condición, estas se deben registrar por separado."

Reglas de consistencia:

No tiene reglas de consistencia.

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

Definición Conceptual:

Los niveles de complejidad de NANEAS son determinados por los puntajes de la nueva pauta de evaluación de complejidad.

NANEAS de baja complejidad: Tienen como resultado al aplicar la pauta entre, 1-8 puntos y corresponden a NANEAS que en general se encuentran estables y sus familias cuentan con herramientas que les permiten ser autovalentes en el cuidado. Pertenecen a este grupo el niño, niña o adolescente, sin alteraciones significativas en su funcionalidad, que puede necesitar apoyo o supervisión en actividades de

la vida diaria. El equipo acompaña y coordina las distintas instancias de atención en salud, enlaza a redes de apoyo, promueve salud y detecta precozmente interurrencias o deterioro de la condición de base. La atención se centra en APS, con uno o dos especialistas de seguimiento en atención Secundaria.

NANEAS de mediana complejidad: Puntaje: 9-15 puntos. NANEAS que se encuentran estables, pero requieren de cuidados específicos permanentes o frecuentes para realizar actividades de la vida diaria o para superar situaciones de discapacidad. El cuidado de este grupo requiere un equipo especializado y multidisciplinario para resolver necesidades complejas. En la actual estructura de nuestro sistema público de salud, su atención debería estar ubicada en el nivel secundario de salud: centro diagnóstico terapéutico, o centro de referencia de salud, a cargo de un pediatra o médico familiar que centralice la toma de decisiones, en acuerdo con la familia y el niño, niña o adolescente.

NANEAS de alta complejidad: Puntaje: 16 o más puntos. NANEAS con fragilidad extrema y limitaciones funcionales severas y permanentes. Frecuentemente requieren hospitalización por descompensación de su condición de base, de forma transitoria o permanente. Este grupo permanece mucho tiempo al cuidado de un equipo en la atención terciaria, en servicios de neonatología, pediatría, unidad de paciente crítico, hospitales de cuidados crónicos u hospitalización domiciliaria. En su atención participan múltiples especialidades médicas y otros profesionales de la salud. Este grupo de NANEAS requiere una evaluación periódica de sus necesidades que permita flexibilizar el nivel de atención cuando la complejidad varíe, con el objetivo de maximizar el uso de los beneficios de la red de salud.

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

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.

Definición Operacional:

Corresponde al registro de NANEAS según edad, sexo y nivel de complejidad.

Reglas de consistencia:

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

Sección J: Población en control, según riesgo odontológico y daño por caries

Definiciones conceptuales

La población bajo control corresponde a los niños(as) menores 10 años que están bajo control en el establecimiento de salud a la fecha de corte. Para su medición considera los siguientes periodos de corte:

- Junio: julio del año anterior a junio del año en curso.
- Diciembre: enero a diciembre del año en curso.

Control odontológico: Es la atención que se otorga la persona, con el objeto de evaluar y mantener la salud oral integral, fomentando acciones y hábitos que contribuyan a proteger la salud bucal, identificando factores y conductas de riesgo de enfermar a través de medidas de prevención y control en forma precoz, **así como actividades recuperativas** en el contexto del programa CERO y del Control Integral en personas de 20 años o más.

Total niños (as) en Control Odontológico con Enfoque de Riesgo: Corresponde al N° de personas menores 10 años que se encuentran bajo control odontológico en establecimientos del nivel primario de atención, que han sido evaluados según riesgo odontológico s y reciben medidas de prevención y recuperativas generales y específicas según su riesgo individual, de acuerdo con orientación técnica y la norma vigente.

Evaluación de Riesgo según Pauta Cero: Corresponde al N° de personas menores de 10 años que, como resultado de la **aplicación anual** de "Pauta CERO", son clasificadas y caracterizadas según en Alto y Bajo riesgo odontológico.

Inasistentes a control odontológico: Corresponde al N° de personas menores de 10 años, los niños(as) que no acudieron a control odontológico en el período establecido según su edad y riesgo. La frecuencia en la cual el niño(a) debe asistir están determinados por la edad y su riesgo individual, aspectos definidos en la Orientación Técnica del programa CERO. Una vez determinada la frecuencia con que el usuario/a debe ser controlado, a partir de los dos factores mencionados, se establece el plazo máximo para el siguiente control, en relación con la última atención odontológica en el contexto del programa CERO en que recibió medidas preventivas.

Tabla. Criterio de inasistencia a control odontológico por Edad

RANGO DE EDAD	CRITERIO DE INASISTENCIA	
	BAJO RIESGO	ALTO RIESGO
1 a 2 AÑOS	12 meses o más de inasistencia desde el último control asistente.	6 meses o más de inasistencia desde el último control asistente.
3 a 9 AÑOS	6 meses o más de inasistencia desde el último control asistente.	4 meses o más de inasistencia desde el último control asistente.

Niños y Niñas menores de 1 año, no se consideran inasistentes, puesto que deben ser ingresados a la población bajo control y se considera un control único, según las orientaciones técnicas del programa.

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

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.

Usuarios con discapacidad: Corresponde al N° de usuario/a que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (6)

El registro de esta información debe ser consistente con lo recogido en la segunda pregunta del ámbito ANAMNESIS de la pauta de riesgo odontológico CERO.

Niños, niñas y adolescentes de la Red Servicio nacional protección Especializada a la Niñez y Adolescencia Corresponde a usuarios que participan en programas del servicio ex Mejor Niñez.

Definiciones Operacionales

Total, niños/as en control odontológico: En esta sección corresponde registrar el número de niños(as) bajo control odontológico a la fecha de corte, según edad, sexo y categorización de riesgo odontológico y daño por caries

Bajo riesgo pauta cero y control vigente: Corresponde registrar a aquellos niños que fueron evaluados tras la aplicación anual de pauta cero como bajo riesgo y que presentan control al día y que por tanto no se encuentra inasistentes al control al control planificado.

Alto riesgo pauta cero y control vigente: Corresponde registrar a aquellos niños que fueron evaluados tras la aplicación anual de pauta cero como alto riesgo y que presentan control al día y que por tanto no se encuentra inasistentes al control planificado.

Inasistentes a Control Odontológico: Corresponde registrar el número total de niños(as) que se encuentran “inasistentes” al control odontológico, a la fecha de corte, según edad, sexo y criterios de inasistencia.

Reglas de Consistencia

R.1: El total de niños(as) en control odontológico debe ser consistente con el desglose según categorización de riesgo odontológico.

R.2: El total de niños(as) bajo control desagregado por sexo debe ser igual al total de niños (as) bajo control desagregado por riesgo.

R.3: Los grupos específicos, Pueblos originarios, migrantes, personas con Discapacidad y niños, niñas adolescentes pertenecientes al Servicio Nacional Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia, deben estar contenidos en los rangos etarios y por sexo.

REM-P3: Población en Control otros Programas

SECCIONES DEL REM-P3

Sección A: Existencia de población en control.

Sección B: Cuidadores de Personas con Dependencia Severa.

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

Sección D: Nivel de Control de Población Respiratoria Crónica.

Sección E: Resultado de Encuesta Calidad de Vida.



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 con el 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.

Síndrome Bronquial Obstructivo 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 Intermitente 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.

Trastorno espectro autista: Comprende a aquellas personas que presentan una diferencia o diversidad en el neurodesarrollo típico, que se manifiesta en dificultades en la iniciación, reciprocidad y mantención de la interacción y comunicación social al enfrentarse a los diferentes entornos, así como también por la presencia de intereses intensos y repetitivos, adherencia a rutinas y conductas que pueden llegar a ser disruptivas en algunos contextos. Estas características pueden llegar a generar un impacto funcional significativo a nivel familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas.

Este diagnóstico engloba los términos utilizados en CIE 10 de autismo infantil, autismo atípico y asperger.

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 de 35 puntos o menos 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 lesión por presión: Personas bajo control que presentan dependencia severa y úlceras por presión.

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.

El marco conceptual del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa (PADDS) está dado por el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario (MAIS), y los principios de cuidado integral, continuidad del cuidado y cuidado centrado en la persona.

Pretende mejorar el acceso y 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, 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 (MAIS).

La población objetivo del programa 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 (PADDS) del Establecimiento.

La **población bajo control** corresponde a la que se ha ingresado en el programa y se mantiene siendo atendida por el equipo de APS, mediante las acciones contenidas en el Plan de Cuidado Integral de la persona con dependencia severa. Por lo tanto, implica, verificar que tenga al menos las 2 Visitas Domiciliarias Integrales mínimas en el período anual y las acciones de tratamiento y seguimiento asociadas al Plan de Cuidado Integral para el período.

Total, Personas: Corresponde al total de personas que se encuentran bajo control en el PADDS, independiente de la condición de salud que origina la dependencia.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa Oncológica: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria y padecen alguna patología cancerígena, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia severa No Oncológica: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria cuya condición funcional no es de origen oncológico, recibiendo las prestaciones en el domicilio.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa con Demencia: Corresponde al subgrupo de dependientes severos con diagnóstico de demencia.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con Dependencia Severa Institucionalizada: Corresponde al subgrupo de dependientes severos que residen en un Establecimiento de larga estadía (ELEAM) o similar (por ejemplo, hogares de SENAME), siempre que estos no correspondan a un establecimiento de salud o penitenciario.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con Lesión por presión: Personas bajo control en el programa de atención domiciliaria que presentan Lesiones por presión.

Total, de Personas en Atención Domiciliaria con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED): 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.

Cuidados paliativos universales:

Se debe revisar los criterios específicos para el ingreso de las personas a la estrategia de salud de Cuidados Paliativos Universales en los siguientes documentos técnicos:

- Orientación Técnica de cuidados paliativos universales DIPRECE, la que define las etapas de la enfermedad cuyos criterios necesitan de estos cuidados.
- Lineamientos para el modelo de atención de Cuidados Paliativos Universales en personas con enfermedades terminales o graves.
- Decreto N° 38: Listado de enfermedades graves de la Ley 21.375(10).
- Guía de práctica clínica de GES 4 “Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos”.

Población bajo control en cuidados paliativos Universales (CPU): se define como el número de personas activas del programa, considerando los últimos 12 meses previos al momento del corte.

Las personas activas en cuidados paliativos universales son aquellas ingresadas y en seguimiento en CPU, que mantiene prestaciones de salud mensuales considerando los últimos 12 meses previos al momento del corte. Se excluyen los egresados por cualquier categoría.

Los dos cortes de medición bajo control corresponden a:

- **Primer corte:** desde 1 de julio del año anterior a 30 de junio del año en curso

- **Segundo corte:** desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año en curso.

El registro de la población en control del programa de cuidados paliativos universales se debe desglosar en las siguientes categorías:

Cuidados Paliativos Oncológicos Progresivo: Personas en control en el programa de cuidados paliativos universales, ingresadas de acuerdo con los criterios diagnósticos descritos en el GES 4 para el diagnóstico de cáncer progresivo.

Cuidados Paliativos Oncológicos no Progresivo: Personas en control en el programa de cuidados paliativos universales, ingresadas de acuerdo con los criterios diagnósticos descritos en el GES 4 para el diagnóstico de cáncer no progresivo.

Cuidados Paliativos no oncológico: Personas en control en el programa de cuidados paliativos universales, ingresadas de acuerdo con los criterios diagnósticos descritos en la orientación técnica y el listado de enfermedades graves, por diagnósticos no oncológicos.

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 lesiones por presión debe estar incluida en el número de personas con dependencia severa oncológica o no oncológica.

En relación con las personas con Dependencia Severa que pertenecen al Programa de Atención Domiciliaria por Discapacidad Severa, se debe tener en cuenta que:

Programa Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa – Total Personas: corresponde al número de personas que poseen dependencia severa y son beneficiarios del programa.

El número total de personas dependientes severas se desagregan en oncológicos y no oncológicos.

Dependencia Severa con Lesión por Presión: Corresponde al número de personas con dependencia severa con úlceras por presión.

Cuidados Paliativos universales:

Se registra la totalidad de la población en control y desagregados según el rango etario y sexo de las personas atendidas. En esta sección se incluye el registro de personas pertenecientes a pueblos originarios y migrantes, desagregados por sexo.

Una persona puede pertenecer a más de una categoría (Migrantes o pueblos originarios), debiendo ser registrada en todas las que correspondan.

Reglas de consistencia:

R.1. La población total de personas bajo control en PADDs, debe ser igual a la suma de población bajo control PADDs oncológico y no oncológico.

R.2. La población de personas bajo control con demencia, institucionalizada, con lesiones por presión y con Nutrición Enteral Domiciliaria, corresponden a subgrupos del total de personas bajo control en PADDs y constituyen necesariamente el total de personas bajo control en PADDs.

R.3: La población bajo control con espirometría vigente no debe ser mayor al total de población declarada en control.

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

R.5: El total de cuidados paliativos oncológico o no oncológicos debe ser igual a la suma de hombres y mujeres, según categoría.

R.6: El total de cuidados paliativos oncológico o no oncológicos debe ser igual a suma de rango etario para cada categoría.

Sección B: Cuidadores de Personas 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, entendiendo 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 ingresado al PADDs en el período anual y 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, su autocuidado, uso de redes locales de apoyo y/o cuidados de fin de vida y duelo, según la pertinencia, 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 el caso de cuidadores ingresados en periodos anuales previos la capacitación deberá constar de al menos 4 sesiones.

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, de las actividades de capacitación, se utiliza el REM A27. La capacitación, corresponde a actividades planificadas en ciclos de capacitación según lo descrito en el REM A 27, de acuerdo con la valoración integral de cuidadores y de personas con dependencia de cuidados y se encuentran contenidas como parte del Plan de Cuidado al Cuidador.

Las actividades de capacitación se agrupan en 4 grandes áreas, descritas en REM A 27 y reiteradas a continuación:

1. Autocuidado del Cuidador/a: Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos de duración destinada a reconocer el rol de persona cuidadora, capacitar al cuidador en conocimientos, habilidades y competencias que le permitan incorporar en su rutina, acciones destinadas a su cuidado integral. En estas actividades se incluyen aquellas destinadas a la prevención, reconocimiento y abordaje de la sobrecarga. Algunos de los contenidos propuestos para abordar este tema son:

- 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.

2. Cuidados de la Persona con Dependencia: Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos destinada a revisar, reforzar y educar en elementos y técnicas para el cuidado de la persona con dependencia, reforzando el ejercicio de la autonomía y la capacidad de decidir de la persona con dependencia severa y la planificación anticipada de cuidados. Se destina a la educación teórico-práctica de estrategias que permitan entregar asistencia a la persona con dependencia en las diferentes actividades de la vida diaria y en las diferentes etapas del curso de la condición de dependencia severa. Considera además la educación y capacitación en prevención, identificación y manejo de lesiones por presión y otras complicaciones de la dismovilidad (dermatitis por incontinencia, neumonía por aspiración) y de las propias condiciones de base de la persona con dependencia severa, para conocer signos de descompensación y medidas a tomar. Algunos de los contenidos propuestos para abordar este tema son:

- 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.

3. Redes y Sistemas de Apoyo a la Diada del Cuidado: Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos destinada a dar a conocer y reforzar el uso de los servicios disponibles para personas cuidadoras y personas con dependencia severa, existentes a nivel local y nacional. Considera también los recursos presentes en el territorio y el trabajo para identificación y recomendación de activos comunitarios. Incluye la educación en uso eficiente de la red de salud, beneficios sociales, programas intersectoriales de apoyo al cuidado, entre otros. Algunos de los contenidos propuestos para abordar este tema son:

- 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(6).

- Ley de atención preferente para personas mayores, personas con discapacidad y cuidadores

4. Cuidados de fin de vida y duelo: Corresponde a la actividad de al menos 1 sesión de 45 minutos de duración destinada a la educación y refuerzo de los cuidados de fin de vida y las habilidades de cuidadores para enfrentar el proceso de fallecimiento de la persona con dependencia severa. Releva el resguardo de la dignidad en la etapa final de la vida, y el desarrollo de habilidades para el cuidado físico, psicológicos, social y espiritual para ambos integrantes de la diada. Incluye también el abordaje del duelo, y la pérdida de la relación significativa con la persona sujeto de cuidado, mediante capacitaciones que faciliten el abordaje emocional y el apoyo social, considerando los recursos disponibles en el ámbito personal, familiar, sanitario y social. Algunos de los contenidos propuestos para abordar este tema son:

- Acompañamiento del buen morir.
- 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 con lo siguiente:

- Persona menor a 65 años sin patología crónica, debe mantener su EMPA vigente.
- Persona menor a 65 años con patología crónica, debe mantener su EMPA vigente.
- Persona mayor de 65 y más años sin patología crónica debe mantener su EMPAM vigente.
- En caso de ser persona de 65 o más años debe mantener su EMPAM vigente.

Cuidadoras/es sin examen preventivo, ingresado a programa de salud: Persona que cumple el rol de cuidador que, no cuenta con su examen preventivo vigente, más fue ingresado al programa que le corresponde según su condición de salud en donde recibe sus controles y estos están al día. Se espera que los cuidadores pueden recibir cuidados integrales e integrados atendiendo al riesgo que representa el cuidar en forma permanente a una persona con dependencia severa y la necesidad de facilitar el cuidado de la salud mediante la planificación integral del cuidado.

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.), beneficiario del estipendio, que es otorgado por el Ministerio de Desarrollo Social.

Cuidadoras/es en espera de 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.), que se encuentra a la espera del beneficiario del estipendio.

Total Cuidadoras/es con evaluación de nivel de sobrecarga vigente: 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), cuidador remunerado, etc.), en quien se evaluó el nivel de sobrecarga en los últimos 11 meses 29 días.

Total Cuidadoras/es mayores de 65 años: 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.), que tiene 65 años o más.

Total Cuidadoras/es con Atención Preferente en Centro de Salud: Total Cuidadores/as beneficiarios de la atención preferente de salud según reglamento vigente y protocolo del establecimiento de APS respectivo.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número total de personas cuidadoras de personas con dependencia severa.

Total, Cuidadoras/es atendidas por Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP): corresponde al total de cuidadores atendidas bajo la estrategia de cuidado integral.

Total, Cuidadoras/es en Programas de Apoyo Intersectoriales: Corresponde al total de cuidador (es), que son parte de programas de apoyo intersectoriales.

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 Estipendio del MDS, 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 con el total de 6 sesiones para cuidadores nuevos y 4 para cuidadores antiguos. En caso de que, en una misma familia, otros cuidadores hayan participado de capacitación, se debe registrar el cuidador principal identificado por el programa para efectos de este registro.

En cuidadores capacitados con apoyo monetario, se registran sólo los cuidadores con apoyo monetario que recibieron capacitación en el periodo según número de sesiones ya descritas.

Reglas de consistencia:

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

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:

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

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

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 Clasificación por niveles de control del Asma

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

PEF: flujo espiratorio máximo; VEF1: volumen de espiración forzada en un segundo

Fuente: Global Strategy for Asthma Management and prevention. Revised 2006 NAEPP 2007 Expert Panel Report(11)

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 con relación a la basal.
- No desarrollan insuficiencia respiratoria.
- Mantienen una buena tolerancia a fármacos inhalados.

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.

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

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

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 Questionary 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 con 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 Q.

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

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

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

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



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 (HTA).
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
- Dislipidemia.
- antecedentes de Infarto agudo al miocardio (IAM)
- Ataque cerebrovascular (ACV),
- Tabaquismo actual en personas de 55 años o más.
- Antecedentes de otra enfermedad cardiovascular (excluyendo IAM y ACV) como enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular, enfermedad carotídea y/o Fibrilación auricular (FA)
- Enfermedad Renal Crónica (ERC).

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.

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 rango etario y sexo, clasificados según riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto), según patología y factores de riesgo HTA, DM2, Dislipidemia, antecedentes de IAM y/o ACV, ERC, Tabaquismo actual en personas ≥ 55 años o antecedentes de otra enfermedad cardiovascular (excluyendo IAM y ACV): enfermedad arterial periférica, enfermedad aórtica aterosclerótica, enfermedad renovascular, enfermedad carotídea y/o FA). 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 mellitus e hipertensión arterial 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 “Migrantes” 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 Migrantes (digite CERO si no tiene).

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

R.3: El total de Personas en programa de salud cardiovascular de la Sección A deberá ser consistente con el total de personas en casilla de Enfermedad Renal Crónica de la sección C.

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:

Tabla. Metas de presión arterial para personas con diagnóstico de hipertensión arterial

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
Menores de 20 años	Según tablas correspondiente a la edad
De 20 a 79 años	PA < 140/90 mm Hg
80 años y más	PA <150/90 mm Hg
Personas con DM, antecedentes de ECV y/o albuminuria	PA < 130/80

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

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

Tabla. Valores de Hemoglobina glicosilada en personas que se encuentran en control con Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

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

Los exámenes de laboratorio y la presión arterial considerada deben ser los más recientes con 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 70 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 morbilidad 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 a la fecha de corte, y que según definición OMS son fumadores diarios u ocasionales.

Personas bajo control con antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio (IAM): Corresponde a las personas que se encuentra en control y que han sido afectadas por infarto agudo al miocardio (IAM) a la fecha de corte, y que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular.

El tratamiento que reciben estas personas para disminuir la morbilidad 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 IAM a la fecha de corte, y que según definición OMS son fumadores diarios u ocasionales.

Personas bajo control con antecedentes de Ataque Cerebrovascular (ACV): Corresponde a las personas que se encuentra en control y que han sido afectadas por ataque cerebrovascular (ACV) a la fecha de corte y que están recibiendo prevención secundaria de un nuevo acontecimiento cardiovascular.

El tratamiento que reciben estas personas para disminuir la morbilidad 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 ACV 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 rango etario 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 rango etario 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 rango etario 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 70 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 rango etario y sexo.

El número de personas en control, con riesgo cardiovascular Alto y con colesterol LDL menor a 70 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 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 variables de seguimiento que se describen en esta sección se agrupan en tres categorías diabetes Mellitus, hipertensión arterial, y todas las personas del cardiovascular.

DIABETES MELLITUS

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 mellitus tipo II 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 velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) y 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 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 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: 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 usan insulina.

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 (todas las etapas) y 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, y utilizan un inhibidor de enzima convertidora (IECA) o antagonista del 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.

Hipoglicemia recurrente: Se debe consignar el número de personas con diabetes que ha presentado a lo menos un episodio de hipoglicemia Nivel 3 (Evento severo caracterizado por un estado mental y/o físico alterado que requiere asistencia para el tratamiento de la hipoglucemia, independientemente del nivel de glucosa) o 2 o más episodios de hipoglicemia nivel 2 (Glucosa <54 mg/dL (<3.0 mmol/L), al corte.

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 convencional (pie diabético): Se registra el número de personas con diabetes mellitus 2 que al corte han recibido curación convencional (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte). Se define curación convencional aquella curación realizada bajo maléolo interno o externo que no requiere uso de apósitos interactivos, bioactivos o mixtos sino más bien insumos simples como suero, apósito tradicional y cinta. En general se realiza en las últimas etapas de cicatrización su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión. Puede ser ejecutada por enfermera(o) o técnico de nivel superior de enfermería capacitado.

Con Úlceras Activas de Pie Tratadas con Curación avanzada (pie diabético): Se registra el número de personas con diabetes mellitus 2 que al corte han recibido curación avanzada (realizada dentro de los últimos 12 meses a la fecha de corte) Se define curación avanzada aquella curación ejecutada por enfermera(o) producida por complicaciones de la diabetes mellitus, ubicada bajo maléolo interno o externo. Tiene la finalidad de controlar carga bacteriana, aplicar un apósito interactivo, bioactivo o mixto su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión y del apósito primario elegido.

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 Retinopatía Diabética: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II que padecen Retinopatía Diabética.

PERSONAS CON HIPERTENSIÓN EN PSCV

Las variables de hipertensión 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 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 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 velocidad de filtración glomerular estimada (VFGe) y con razón albúmina creatinina (RAC) 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.

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

Personas 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 Hipertensión Arterial, y tienen asociado el diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica (G1 a G5).

Protocolo HEARTS: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentra en tratamiento estandarizado de fármacos según protocolo.

TODAS LAS PERSONAS EN PSCV

Las variables asociadas a todas las personas del cardiovascular son:

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 igual o mayor a 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 igual o mayor a 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.

Personas en Actividad Física Salud Cardiovascular: Corresponde a las personas que están bajo control de salud cardiovascular y asisten a taller de actividad física realizada por profesional de la salud y/o profesor de educación física (capacitados en ejercicio para personas con comorbilidad) del establecimiento de salud.

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-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-creatininuria (RAC). La primera se calcula de acuerdo con el 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) <60mL/min/1,73m².
- Marcadores de daño renal definido por la constancia de:
 - Albuminuria (Relación albúmina/creatinina (RAC) ≥30mg/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 $<60\text{mL}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, 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:

Tabla. Clasificación de enfermedad renal crónica de acuerdo con Velocidad de filtración glomerular estimada y relación albúmina creatinina.

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
- ETAPA G2
- ETAPA G3a
- ETAPA G3b
- ETAPA G4
- ETAPA G5
- Desconoce si tiene ERC. Corresponde cuando la persona no tiene antecedentes de ERC y no cuenta con exámenes vigentes de creatinina plasmática y RAC.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar a la población de personas con Diabetes Mellitus 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) vigente: Corresponde registrar 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 de 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) vigente: 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 Velocidad de Filtración Glomerular Estimada (VFGE) Y con Razón Albúmina Creatinina (RAC) Vigente: Se registra el número de personas que, al corte poseen el resultado de VFGe y razón albúmina creatinina (RAC) vigente, es decir, realizado 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).

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 II, por rango etario y sexo.

Persona con ECG Vigente: Se registra el número de personas con diabetes mellitus, que, al corte, poseen electrocardiograma 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.

En Tratamiento con Insulina que logra meta con HbA1C según edad: Se registra el número de persona 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.

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%.

Con ERC (todas las etapas) y 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, 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 con diabetes mellitus 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.

Curación convencional en pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en curación convencional del pie diabético y se realiza en las últimas etapas de cicatrización su frecuencia de cambio dependerá de las características de la lesión.

Curación Avanzada en pie diabético: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en curación avanzada del pie diabético, por complicaciones de la diabetes mellitus.

Población de personas con hipertensión arterial en control por variable de seguimiento:

Protocolo HEARTS: Corresponde a las personas que se encuentran bajo control en el Programa a la fecha de corte con diagnóstico de hipertensión arterial que se encuentra en tratamiento estandarizado de fármacos según protocolo emanado por el Ministerio de Salud.

Población de todas las personas en PSCV por variable de seguimiento:

Personas en actividad física Salud Cardiovascular: Corresponde registrar a las personas que están bajo control de salud cardiovascular, que asisten a los talleres de actividad física ejecutado por profesionales del centro de salud, en los últimos 12 meses. Puede contar o no* con prescripción de ejercicio físico según Orientación Técnica vigente.

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 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 Programa "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.



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 evaluadas mediante el examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) que mide factores de riesgo y los antecedentes de salud. Registra condiciones de salud (patologías crónicas y síndromes geriátricos), estado nutricional, antecedentes mórbidos, 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) o, Índice de Barthel (para personas que presentan dependencia en Actividades de la Vida Diaria Básicas), 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). Como parte del EMPAM las personas deben recibir el correspondiente Plan de Atención Integral y la planificación de acciones de seguimiento respectivo. 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.

En el caso de personas ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP) se debe tener presente que se espera la generación de un único Plan de Cuidado Consensuado que integre los resultados y planificación resultantes del EMPAM, para el desarrollo del Cuidado Integral Centrado en la Persona.

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.

Es preciso recordar que el control del programa de salud cardiovascular efectuado según los lineamientos del respectivo programa no reemplaza la aplicación del EMPAM y, por tanto, las personas de 65 y más años que cuentan con control cardiovascular al día, pero que no cuentan con EMPAM aplicado dentro de los últimos 11 meses 29 días a la fecha del corte, no forman parte de la población bajo control por condición de funcionalidad.

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.

El 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, que permite determinar el nivel de dependencia. 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.

Personas Mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control por condición funcional.

Pueblos Originarios: Corresponde a las personas que se auto reconocen con algún pueblo originario, que se encuentran inscritas en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control por condición funcional.

Migrantes: Corresponde a las personas cuya nacionalidad es distinta a la chilena, que se encuentran inscritas en establecimientos de atención primaria y para efectos de este REM, bajo control en el establecimiento.

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, según rango etario y sexo de las personas, las que pertenecen o se auto reconocen con un pueblo originario, y migrantes 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 las personas mayores con dependencia leve, moderada, grave o total.

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

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda de 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 corresponde a un programa de reforzamiento de la Atención Primaria. Comprende la participación en actividades de estimulación funcional y autocuidado de las personas de 65 y más años pesquisadas en el examen de medicina preventivo del adulto mayor (EMPAM) como Autovalentes sin riesgo, Autovalentes con riesgo y en Riesgo de Dependencia., Este programa desarrolla una intervención promocional y preventiva de estimulación de habilidades motoras, prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable, planificados participativamente en cada comunidad. Este programa atiende también a las personas entre 60 y 64 años con Examen de Medicina Preventiva (EMPA) vigente, o en caso de poseer condiciones crónicas, encontrarse con el control por condiciones crónicas vigente (control integral o control por condiciones crónicas).

El objetivo de este Programa es mantener o mejorar la condición de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria del sector público de salud.

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.

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 rango etario 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 coincidir con el número de personas registradas en la sección A, como ingresos, según rango etario, sexo, y condición de funcionalidad.

Nota: El grupo de 60 a 64 años, que no cumple criterios de aplicación de EMPAM, deben ser registrados en la fila de la condición Autovalente sin riesgo (filas F y G 26). Esta instrucción es una convención con el equipo técnico, que establece para este grupo que no posee evaluación funcional por EMPAM.

La información provendrá desde la ficha clínica, tarjeteros u otro instrumento que cumpla el objetivo de consignar las personas ingresadas al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

Reglas de consistencia:

R.1: La población registrada bajo control en el programa Más Adultos Mayores Autovalentes debe ser igual a los ingresos del período.

R.2: No olvide escribir en la celda de 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 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 evaluadas 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.

Personas Mayores en ELEM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria y que han sido evaluadas por EMPAM.

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.

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 Centro de Salud, evaluadas por el Examen de Medicina Preventiva a la fecha de corte, por rango etario 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 rango etario y sexo, registrado en la sección A.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda migrantes (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, psicológico o económico a la persona. El abuso a las personas mayores puede ser parte de situaciones de violencia intrafamiliar, 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.

Personas Mayores en ELEAM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria.

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 rango etario 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.

Personas mayores en ELEM: Son personas de 65 años y más que se encuentran en un establecimiento de larga estadía para adultos mayores y se encuentra inscritos en establecimientos de atención primaria.

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 y se debe clasificar como RIESGO ALTO.

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 rango etario 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 en Atención Primaria (Personas con Trastornos Psiquiátricos).

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).



Sección 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:

La violencia que se describe a continuación corresponde a aquella que es directa y que se ejecuta intencionadamente. Si bien la violencia es multiforme, se considerará la definición de la OMS(12) para distinguir según su naturaleza:

- **Violencia Física:** Es aquella conducta que vulnera, perturba o amenaza la integridad física o su derecho a la vida. Ejemplos: empujones, tirones de pelo, pellizcos, cachetadas, quemaduras, rasguños, patadas, golpes de puños, golpes con objetos, ataques con armas, estrangulamiento. En los casos más extremos puede llegar a la muerte.
- **Violencia Sexual:** 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 esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo(13).
- **Violencia Psicológica:** Conducta u omisión que tiene por objeto causar temor e intimidación buscando controlar las conductas, sentimientos, pensamientos y/o decisiones de la persona que está siendo agredida; atentando contra su autonomía, integridad y bienestar psíquico.
- **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 Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
 - **Trastornos del Humor (Afektivos) 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 de Alcohol:** se refiere al patrón de consumo de alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
- **Consumo dependiente del Alcohol:** se refiere al patrón sostenido de consumo de alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dicha sustancia. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
- **Consumo perjudicial de Drogas:** se refiere al patrón de consumo de drogas distintas al alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
- **Consumo dependiente de drogas:** se refiere al patrón sostenido de consumo distinto al alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dichas sustancias. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
- **Consumo de drogas y alcohol:** Se refiere al patrón de consumo de drogas y alcohol que conlleva a consecuencias para la salud de la persona.

- **Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:**

- Trastorno Hipercinético.
- 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:** También denominado ansiedad paroxística episódica, corresponden a ataques recurrentes de ansiedad grave (pánico), que no se restringen a una situación en particular o a un conjunto de circunstancias, y que por lo tanto son impredecibles. Entre los síntomas predominantes se cuentan el comienzo repentino de palpitaciones, el dolor precordial, las sensaciones de asfixia, el vértigo y los sentimientos de irrealidad (despersonalización y falta de vínculo con la realidad). A menudo hay también un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer.

La crisis de angustia/pánico no debe aparecer como diagnóstico principal si la persona padece un trastorno depresivo en el período en que se inician los ataques, dado que en esas circunstancias las crisis de angustia son probablemente secundarias a la depresión. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno de pánico si puede darse de manera concomitante con otros diagnósticos como trastorno de personalidad, trastornos somatomorfos, o trastornos disociativos, entre otros.

- **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, uno de los primeros síntomas que suele aparecer es la apatía, la que suele confundirse con depresión.
- No obstante, lo anterior, la persona aún 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 escaso.
- 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 con 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 (14). 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:**

- Los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada. Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.
- Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la inserción o el robo del pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control, de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten al paciente en tercera persona, trastornos del pensamiento y síntomas de negativismo.
- La evolución de los trastornos esquizofrénicos puede ser continua o episódica, con déficit progresivo o estable, o bien puede haber uno o más episodios, con remisión completa o incompleta.
- No debe hacerse diagnóstico de esquizofrenia cuando hay síntomas depresivos o maníacos extensos, a menos que haya quedado en claro que los síntomas esquizofrénicos antecedieron a la perturbación afectiva. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia cuando existe una enfermedad cerebral manifiesta, ni durante los estados de intoxicación o de abstinencia de drogas.
- El primer episodio de esquizofrenia hace referencia al inicio de la enfermedad.
- En muchos casos se consigna el subtipo predominante de los síntomas de la enfermedad: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica (o desorganizada), esquizofrenia catatónica (o catatonía esquizofrénica), esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia residual (o esquizofrenia crónica indiferenciada).
- El diagnóstico de esquizofrenia excluye diagnosticar otros trastornos psicóticos como el trastorno delirante, trastornos psicóticos agudos y transitorios y trastorno esquizoafectivo).

▪ **Trastorno Adaptativo:**

- Es definido como estados de angustia subjetiva y de perturbación emocional, que interfieren con el funcionamiento y con el desempeño social, y que surgen en la fase de adaptación a un cambio vital significativo o a un suceso vital estresante.
- El factor estresante puede haber afectado la integridad de la red de relaciones sociales de la persona (duelo, experiencias de separación), puede haber alterado el sistema más amplio de sus fundamentos y valores sociales (migración, condición de refugiados), o bien puede haber representado una transición o una crisis importante en su desarrollo (ingreso a la escuela, paternidad, fracaso en la obtención de una meta personal esperada, jubilación).
- La afección no habría surgido sin la acción del factor estresante.
- Las manifestaciones varían e incluyen depresión del humor, ansiedad o preocupación (o una mezcla de ambas), sentimiento de incapacidad para arreglárselas, para planificar el futuro o para continuar en la situación actual, como también cierto grado de deterioro en la ejecución de la rutina diaria. Puede haber rasgos de trastornos de la conducta asociados, especialmente en los adolescentes. El rasgo predominante puede consistir en una reacción depresiva breve o prolongada o en una perturbación de otras emociones y de la conducta.
- El trastorno adaptativo no debe aparecer como diagnóstico principal si la persona padece un trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia u otro trastorno mental de mayor gravedad.
- Excluye: trastorno de ansiedad de separación en la niñez, ya que debe ir registrado en la fila correspondiente a ese trastorno.

▪ **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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME, y Servicio de Reinserción Social Juvenil que se encuentran en control vigente en el nivel primario de salud, contemplado en el Plan de Salud Familiar.

Servicio nacional protección Especializada a la Niñez y Adolescencia: Es una entidad avocada a la atención de niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos. Se crea como servicio a partir del 5 de enero 2021, pero comienza su operación el 1 de octubre de 2021.

Es un servicio de protección especializada para restituir los derechos de los niños y darles la protección que sea necesaria. Son sujetos de atención del Servicio no solo los niños, niñas y adolescentes; sino también sus familias. Los programas de SPE pueden ser Residenciales, o Ambulatorios.

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(15), 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 “Número de personas en control en el Programa” “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, rango etario condición de gestante, madre de hijos menores a 5 años, y por población perteneciente a pueblos originarios, migrantes y Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Población **SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil**.

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.

Para el factor de riesgo “violencia” este se organiza en tres categorías: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual, y para su registro se debe considerar que violencia sexual incluye la categoría “abuso sexual”.

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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil** debe estar incluida en la población registrada según rango etario y sexo de las personas atendidas.

En la columna Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes de Programas **SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil** 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. Así como también Servicio de Reinserción Social Juvenil

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 (Enero a Diciembre), 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 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 Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil (digite CERO si no tiene).

R.4: En el caso del trastorno del espectro autista no olvide registrar, además, la población bajo control en el P3 Sección A existencia de población bajo control

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

Definiciones conceptuales:

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 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.

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 rango etario.

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 rango etario 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: Atención de Especialidades

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:

La violencia que se describe a continuación corresponde a aquella que es directa y que se ejecuta intencionadamente. Si bien la violencia es multiforme, se considerará la definición de la OMS(12) para distinguir según su naturaleza:

Violencia Física: Es aquella conducta que vulnera, perturba o amenaza la integridad física o su derecho a la vida. Ejemplos: empujones, tirones de pelo, pellizcos, cachetadas, quemaduras, rasguños, patadas, golpes de puños, golpes con objetos, ataques con armas, estrangulamiento. En los casos más extremos puede llegar a la muerte.

Violencia Sexual: 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 esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo(12,13).

Violencia Psicológica: Conducta u omisión que tiene por objeto causar temor e intimidación buscando controlar las conductas, sentimientos, pensamientos y/o decisiones de la persona que está siendo agredida; atentando contra su autonomía, integridad y bienestar psíquico.

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 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 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 de Alcohol:** Se refiere al patrón de consumo de alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
 - **Consumo dependiente del Alcohol:** Se refiere al patrón sostenido de consumo de alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dicha sustancia. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
 - **Consumo perjudicial de Drogas:** Se refiere al patrón de consumo de drogas distintas al alcohol en el cual la persona experimenta un daño en su salud tanto a nivel físico y/o mental. Asimismo, esto también puede implicar un efecto perjudicial para su entorno o la dificultad para la realización de actividades que cotidianamente llevaba a cabo.
 - **Consumo dependiente de drogas:** Se refiere al patrón sostenido de consumo de drogas distintas al alcohol en la cual la persona ha desarrollado una adaptación o tolerancia al consumo de dichas sustancias. A su vez, se presentan síntomas conductuales y físicos que se acompañan de una pérdida de control del consumo.
 - **Consumo de drogas y alcohol:** Se refiere al patrón de consumo de drogas y alcohol que conlleva a consecuencias para la salud de la persona.
- **Trastornos del Comportamiento y de las Emociones de Comienzo Habitual en la Infancia y Adolescencia:**
 - Trastorno Hiperkinético.
 - 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 de estrés post traumático
 - Trastorno de pánico
 - Fobias sociales
 - Trastorno de ansiedad generalizada
 - Otros trastornos de ansiedad
- **Demencias (Incluye Alzheimer):**
 - Leve
 - Moderado.
 - Grave
- **Esquizofrenia**
- **Trastorno adaptativo**
- **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 (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 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/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil: Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que participan en algún programa de la red de protección del SENAME o servicio nacional de Reinserción social Juvenil, 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(15), 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 “Número de personas en control en el Programa” como en la fila “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, por población perteneciente a pueblos originarios o migrantes.

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 74 y 85.

Para el factor de riesgo “violencia” este se organiza en tres categorías: violencia física, violencia psicológica y violencia sexual, y para su registro se debe considerar que violencia sexual incluye la categoría “abuso sexual”. 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 rango etario 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 (Enero a Diciembre), en condición de gestante.

Reglas de consistencia:

R.1: No olvide escribir en la celda 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 Niños, niña, adolescente y Jóvenes de población SENAME/ Servicio Nacional de Reinserción social Juvenil (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:

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.

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.

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 rango etario.

Reglas de consistencia:

No se consideran reglas de consistencia para esta sección.

REM-P7: Familias en Control de Salud Familiar

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.



Generalidades

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

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 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.

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, 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.

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.

Sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural

Definiciones conceptuales:

N° 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.

N° 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.

N° 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.

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.

Sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural

Definiciones conceptuales:

N° 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.

N° 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.

N° 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, CECOSF 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 de Salud Integral de Adolescentes.
Sección B:	Población en control de Salud Integral de Adolescentes, según estado nutricional.
Sección C:	Población en control Salud Integral de Adolescentes, según educación y trabajo.
Sección D:	Población en control Salud Integral de Adolescentes, según áreas de riesgo.
Sección E:	Población en control Salud Integral de Adolescentes, según ámbito Gineco-Urológicos/Sexualidad.
Sección F:	Población en control de Salud Integral de Adolescentes, según tipo de violencia.
Sección G:	Población en control de Salud Integral de Adolescente que recibe consejería.



Generalidades

El Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años), permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo integral, fortalecer factores y conductas protectoras e identificar riesgos. Permite también, pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad, además de referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención.

El Control, además, tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, fomentar la entrega de herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables y aumentar el uso de los servicios de salud en adolescentes y sus familias, a fin de potenciar una adultez saludable.

El Control de Salud Integral adolescente presencial es realizado por Médico, Matrona/ón o Enfermera/o. Para el egreso de población Bajo Control, se definirá como plazo un máximo de inasistencia a su citación de hasta **11 meses 29 días a la fecha de corte**, en el caso de adolescentes que han sido pesquisados con algún riesgo, se mantiene el mismo plazo máximo de inasistencia a su citación de **11 meses y 29 días a la fecha de corte**. Antes de realizar **Egreso por Abandono** 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

Definiciones conceptuales:

Población Adolescente Bajo Control (PBC): Corresponde a las personas adolescentes de 10 a 19 años, 11 meses y 29 días, que están inscritas en establecimientos de salud primario de atención y que se les ha realizado el Control de Salud Integral dentro de un periodo no superior a 11 meses y 29 días, evaluados con instrumento CLAP (modificado), según orientaciones técnicas vigentes. Cabe señalar, que el Control de Salud Integral adolescente es realizado por Médica/o, Matrona/ón o Enfermera/o, según normativa vigente.

El egreso de adolescentes de la población Bajo Control corresponderá cuando el Control de Salud Integral pierda su vigencia de 11 meses y 29 días, y tras haberse realizado tres acciones de contacto; la persona adolescente no concurra a una nueva realización del Control de Salud Integral, esté inubicable, haya cambiado su inscripción a otro centro de salud, ha cambiado de previsión o ha fallecido. En este contexto, se sugiere iniciar el sistema de contacto de adolescentes, a partir de los 10 meses, de la realización del último Control de Salud Integral; y así evitar la pérdida de vigencia de éste. Asimismo, se solicita siempre dejar registro en ficha clínica de la persona adolescente de las acciones realizadas

Si el establecimiento **no realiza** las acciones de contacto previo a la pérdida de vigencia, y se hayan cumplido los 11 meses, 29 días de ésta; no se debe considerar a este adolescente en la población bajo control.

Registro rango etario: corresponde a los grupos o franjas de edad contruidos para los adolescentes los cuales van de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

Pueblos Originarios: Corresponde a adolescentes que se identifican con algún pueblo indígena u originario, se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y se les ha realizado el Control de Salud Integral.

Migrantes: Corresponde a adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena, se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y se les ha realizado el Control de Salud Integral. Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile tienen nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad (10 a 14 años y de 15 a 19 años) y sexo. Además, se registran las personas adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son 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 B: Población en Control de Salud Integral de Adolescentes, según Estado Nutricional

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 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 y parámetros de medición:

- **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.
- **Estado Nutricional:** La interpretación de los indicadores antes descritos, permite realizar una definición del estado nutricional más preciso mediante escalas de valoración nutricional como: déficit ponderal o bajo peso, desnutrido, eutrófico o normal, sobrepeso o riesgo de obesidad, obeso, obeso severo.

El registro de indicador nutricional y parámetros se debe realizar por sexo y rango etario:
Adolescentes de 10-14 años y adolescentes de 15 a 19 años

- **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.
- **Migrantes:** 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. Cabe señalar que los hijos de inmigrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

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 migrantes.

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 adolescente, con Control Salud Integral.

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 Adolescentes Migrantes (digite CERO si no tiene).

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

Sección C: 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.

- Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 29 días que realiza las tareas del hogar durante jornadas extensas de 21 o más horas a la semana.

Registro por rango etario: corresponde a los grupos o franjas de edad contruidos para los adolescentes los cuales van de 10 a 14 años y de 15 a 19 años

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 y que se les ha realizado el Control de Salud Integral.

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

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 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 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.

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de nivel primario de atención y que han sido detectados a través de control de salud integral (presencial o remoto) con riesgos, es decir si, tiene una o más situaciones de alerta en las siguientes áreas:

Riesgo Salud Sexual Reproductiva (SSR): Se debe considerar las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección: 1) Gineco/urológico: ITS/VIH, embarazo, hijos, abortos 2) Sexualidad: Intensión/conducta anticipatoria o activa, relaciones sexuales, prácticas sexuales, dificultad en relaciones sexuales, uso condón (a veces o nunca), uso MAC actual (a veces o nunca), no haber tenido consejería para uso MAC, Violencia en la pareja, violencia sexual. Se considera riesgo SSR, si tiene una o más situaciones de alerta en estas secciones.

Riesgo suicida: Riesgo suicida: Se debe considerar riesgo las situaciones de alerta (color amarillo) de la sección riesgo suicida: ideación suicida actual (último mes) e intento suicida (últimos 3 meses). En el caso de suicidio amigos/as o familiares cercanos, éste se considera riesgo sólo en adolescentes vulnerables (ver Orientación técnica para el Control de Salud Integral Adolescente, 2021)(16).

Riesgo social: Se considera el riesgo social en adolescentes que en la entrevista refieran antecedentes judiciales, vivir solo/a o en institución, vivienda con malas condiciones sanitarias o hacinamiento, trabajo infantil, peores formas o peligroso, entre otros.

Riesgo Psicoemocional: Se considera riesgo psicoemocional en adolescentes con antecedentes de problemas de salud mental no tratados, mala percepción sobre la familia, con signos o síntomas de sufrimiento emocional (rechazado entre pares, ciberbullying, acoso, sin amigos, impedimento para relacionarse con los demás, sin proyecto de vida u otro), y/o con un estado de ánimo desanimado, estresado o irritable.

Violencia: Se considera la detección de riesgo de violencia en aquellos/as adolescentes que refieran en la entrevista episodios de violencia, como víctima o perpetrador/a, ya sea física, psicológica y/o sexual, presencial o virtual, de pares, adultos, familia y/o desconocidos.

Riesgo Alcohol y otras Drogas: Se considera riesgo cuando refiere consumo de alcohol y/o drogas en el último mes y cuyo resultado del CRAFF resulta positivo para consumo.

Todo adolescente menor de 14 años que refiere consumo debiera recibir intervención motivacional, ya sea para un refuerzo preventivo, como para realizar estrategias de motivación y cambio.

Malnutrición por déficit: Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC menor o igual a -2 desviación estándar, detención o disminución de canal de crecimiento de IMC sin tratamiento para bajar de peso, asociado a cambios en conducta alimentaria, alimentación inadecuada, dietas vegetarianas, veganas o práctica de deportes de alto rendimiento sin supervisión profesional, consumo de fármacos purgantes u otras conductas similares. También se considerará Talla/Edad menor o igual -2 desviación estándar, incremento o estatura por debajo de lo esperado en 6 meses.

Malnutrición por exceso: Se debe considerar quienes resulten de la antropometría con IMC igual o superior +2 desviación estándar y/o con perímetro de cintura mayor o igual al percentil 90, según edad y sexo.

Riesgo deserción escolar: Considera a adolescentes que refieran no estar escolarizados, hayan repetido, tengan problemas en instituciones educativas, que sean víctimas de violencia escolar y/o su rendimiento sea peor que el de sus pares, y que él o la profesional lo interprete como una amenaza para la continuidad de sus estudios.

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

Registro Rango etario: corresponde a los grupos o franjas de edad contruidos para los adolescentes los cuales van de 10 a 14 años y de 15 a 19 años

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 y que se les ha realizado el Control de Salud Integral.

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

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 Adolescentes 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 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.

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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 11 meses 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.

Registro Rango etario: corresponde a los grupos o franjas de edad contruidos para los adolescentes los cuales van de 10 a 14 años y de 15 a 19 años

Pueblos Originarios: Corresponde a adolescentes que se identifican con algún pueblo, indígena u originario y se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que se les ha realizado el Control de Salud Integral.

Migrantes: Corresponde a adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que se les ha realizado el Control de Salud Integral. Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile, tiene nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad (10 a 14 años y de 15 a 19 años) y sexo, de acuerdo con 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 Adolescentes Migrantes (digite CERO si no tiene).

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

Sección F: Población en Control Salud Integral de Adolescentes, según tipo de violencia.

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días, que se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que refiere algún episodio de violencia actual o pasado, en alguna de estas categorías(17):

- **Violencia intrafamiliar:** Presencia de violencia hacia y entre algún(os) miembros de la familia nuclear
- **Violencia pareja o Pololeo:** Consignar si él o la adolescente refiere episodios de violencia en la pareja, sea física, sexual y/o psicológica, tanto si es el perpetrador/a o víctima de las situaciones de violencia.
- **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 deberá consignar “sí” en 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. La relación existente entre el o la agresor/a y la víctima en la violencia sexual está caracterizada por coerción y asimetría entre ambos. Esta sección incluye ser testigo de eventos de violencia sexual, precisar en comentarios u observaciones.
- **Violencia escolar y/o acoso escolar (bullying):** Se registrará la referencia de cualquier acción perjudicial, hostigamiento o agresión, heteroinfligida, intencional, física, psicológica y/o sexual, entre pares, en contexto escolar, sea en calidad de víctima, victimario/a o testigo. Si la respuesta fuera positiva, especificar en observaciones.
- **Violencia virtual:** Considera las siguientes manifestaciones de violencia y/o agresiones virtuales, como también la ciber violencia de género, entre otras:
 - **Cyberbullying:** Se registrará el uso de los medios virtuales (Internet, telefonía móvil y videojuegos online, principalmente) para ejercer el acoso y/o maltrato psicológico entre pares. Se excluye aquí el acoso o abuso de índole estrictamente sexual y los casos en que personas adultas intervienen.

Ejemplos de preguntas: *¿Te han molestado por redes sociales? ¿Te han llegado mensajes de texto, de voz o memes ofensivos sobre ti por parte de amigos/as o compañeros/as?*

- **Grooming:** Se consignará cualquier acción de carácter sexual virtual hacia un menor de edad, a través de servicios de chat y mensajería instantánea, para obtener imágenes de contenido erótico y extorsión, ejercida por un adulto que simula ser un/a adolescente.

Ejemplos de preguntas: *¿Te han pedido que te desnudes por webcam o envíes fotos íntimas?, ¿Te han forzado para que envíes fotografías íntimas por internet? ¿Has conocido a alguien por internet que aparentaba ser un/a adolescente, como tú, y descubriste después que era un adulto?*

- **Extorsión sexual (sextorsión):** Se registrará el antecedente que se obtiene cuando la persona que agrede (par o adulto) tiene información y/o imágenes con contenido sexual del o de la adolescente y con esto intenta manipularlo/a y/o conseguir algún beneficio a cambio de no difundir el material.

Ejemplo de pregunta: *¿Alguna vez te han pedido fotos con poca o sin ropa (“pack”) y luego te han amenazado con hacerlas públicas?*

- **Registro por rango etario:** corresponde a los grupos o franjas de edad construidos para adolescentes de 10-14 años y adolescentes de 15 a 19 años.
- **Pueblos Originarios:** Corresponde a adolescentes que se identifican con algún pueblo, indígena u originario y se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que se les ha realizado el Control de Salud Integral.
- **Migrantes:** Corresponde a adolescentes cuya nacionalidad es distinta a la chilena y se encuentran bajo control en establecimientos de atención primaria y que se les ha realizado el Control de Salud Integral. Cabe señalar que los hijos de migrantes nacidos en Chile, tienen nacionalidad chilena.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad (10 a 14 años y de 15 a 19 años) y sexo, de acuerdo con aspectos mencionados anteriormente. Además, se registran las personas adolescentes que pertenecen o se auto reconocen con algún pueblo originario o que son migrantes.

Reglas de consistencia:

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

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

Sección G: Población en control de salud Integral Adolescentes que recibe consejería

Definiciones conceptuales:

Corresponde a la población total de adolescentes de 10 años hasta 19 años 11 meses 29 días que se encuentra bajo control en establecimientos de atención primaria y que se les ha realizado el Control de Salud Integral, evaluados con instrumento CLAP, según orientaciones técnicas vigentes(18) (. y han sido derivados a consejería en algunas de las siguientes áreas:

1. Actividad Física
2. Alimentación saludable
3. Tabaquismo
4. Consumo de drogas
5. Salud sexual y reproductiva

Prevención VIH-ITS

Consejerías Individuales: Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona.

Actividades y 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 con el

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.

La Consejería (en todas sus actividades y áreas temáticas) debe incorporar la pertinencia cultural cuando se realizan a grupos específicos como:

- **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.
- **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.

También puede ser realizada en Espacios Amigables, los que se definen como: espacios de atención cercanos a adolescentes, con características que aseguran accesibilidad, con horarios diferidos de atención, gestión de tiempos de espera, con profesionales que cuentan con competencias específicas para la atención de este grupo etario, con resguardo de la privacidad y confidencialidad; respetando las diversidades, sin discriminación; facilitando, además, la participación de adolescentes y su empoderamiento.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de adolescentes bajo control a la fecha de corte, según edad (10 a 14 años y de 15 a 19 años) y sexo, que han recibido consejería en alguna de las temáticas mencionadas. 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 Adolescentes 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 Espacios Amigables (digite CERO si no tiene).

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

SECCIONES DEL REM-P11

- Sección A:** Población en control del Programa de VIH/SIDA (Uso exclusivo de Centros de Atención VIH/SIDA).
- Sección B:** Población en control por comercio sexual (Uso exclusivo de unidades de control comercio sexual).



Sección A: Población en control del programa de 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), dentro de los últimos 6 meses previos a la fecha de reporte. Deben estar excluidos los abandonos de tratamiento y egresos.

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 julio 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.

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.

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 rango etario, 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 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 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).

REM-P12: Personas con Tamizaje para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino – Cáncer de Mamas (Semestral)

SECCIONES DEL REM-P12

Sección A: Programa de cáncer de cuello uterino:

Sección A.1: Población con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Sección A.2: Programa de Cáncer de Cuello Uterino: Población con examen de VPH (vigente).

Sección B: Programa de cáncer de mama

Sección B.1 Mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años.

Sección B.2: Programa de cáncer de mama: Número de mujeres con examen físico de mama (vigente).



Sección A: Programa de cáncer de cuello uterino:

Sección A.1 Población con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Definiciones conceptuales

Mujeres con Tamizaje Vigente para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino: El Programa cáncer de cuello uterino, es un Programa nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de cáncer del cuello del útero y sus lesiones pre invasoras. Esta sección mide el numerador del indicador de Cobertura de tamizaje vigente para la detección precoz de cáncer de cuello uterino, examen focalizado en mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

El tamizaje está inserto dentro del control ginecológico preventivo financiado por el plan de salud familiar. Por otra parte, el tamizaje 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 Tamizaje Vigente para la Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino: Corresponde a personas Trans masculino que mantiene cuello de útero, con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

Esta población también tiene acceso garantizado a tamizaje vigente para la detección precoz de cáncer de cuello uterino 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 en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años, a la fecha del corte. Registrar en la columna de Mujeres todas las personas que se encuentran con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino. Se debe desagregar por variable “Trans Masculino”, pueblos originarios y migrantes, según corresponda.

Las comunas sin implementación Test de VPH, mantendrán su población en base a tamizaje por PAP: Número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas con PAP vigente a junio a diciembre según corresponda.

Mientras que las comunas que cuentan con co-test (PAP+ Test de VPH), deben considerar ambos exámenes para definir su población vigente: Número de mujeres y personas trans masculinos con Test VPH tomados en los años 2021y 2022+ número de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2022, 2023, 2024).

De igual manera, la obtención de este reporte integrado de PAP y VPH se encuentra disponible en Citoweb en comunas que dispongan de acceso de test de VPH por otras vías de financiamiento o proyectos locales, deberán considerar la misma metodología de cálculo.

Por otro lado, cada establecimiento debiera obtener el dato del Citoweb o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), y **sumar** el registro local de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en **extrasistema**, respetando la fecha de corte (30 de junio y 31 de diciembre). La profesional matrona (ón) encargada (o) del programa de cáncer Cervicouterino del centro de Atención Primaria es responsable del reporte.

Reglas de consistencia:

R.1: La información de la columna “trans masculino” debe estar contenida en los registros de la columna “mujeres”

R.2: En el caso que no esté presente se debe colocar el número 0, no dejar el espacio en blanco.

Sección A.2: Población con Examen 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 persona trans Masculino, es decir persona de sexo mujer asignado al nacer que se identifica a sí misma como de género masculino, que mantiene cuello uterino. Esta sección mide el numerador del indicador de cobertura de VPH en los últimos 5 años.

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 todas las personas que se encuentran VPH vigente. Se debe desagregar por variable transmasculino, pueblos originarios y migrantes según corresponda. Cada establecimiento debiera obtener el dato Citoweb, 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:

R1. La información de la columna “trans masculino”, pueblos originarios y migrantes debe estar contenida en los registros de la columna “mujeres”.

Sección B: Programa de Cáncer de Mama

Sección B.1 Mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años

Definiciones conceptuales:

Programa de Cáncer de Mama; mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años:

Corresponde al número de mujeres con mamografía realizada e informada en los últimos dos 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 2 años, actualmente en el Examen de Medicina Preventiva (EMP) se garantiza una mamografía en mujeres de 50 a 59 años. no obstante, el Programa de imágenes diagnósticas de APS financia una mamografía a mujeres de 50 a 69 años y de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mamas. Por lo cual, 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:

Corresponde registrar el número de mujeres con mamografía vigente en los últimos 2 años, según grupo etario. Se debe desagregar por variable transmasculino, pueblos originarios y migrantes según corresponda.

La fuente de información para esta sección son los Tarjeteros Población bajo control de Cáncer de Mamas o sistemas informatizados.

El profesional matrón (a) 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:

R.1: La información de la columna “trans masculino”, pueblos originarios y migrantes debe estar contenida en los registros de la columna “mujeres”.

Sección B.2: 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) en los últimos 2 años, 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:

Corresponde registrar el número de mujeres con examen físico de mamas vigente en los últimos 2 años, según grupo etario. Se debe desagregar por variable trans masculino, pueblos originarios y migrantes según corresponda.

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.

Reglas de consistencia:

R1. La información de la columna “trans masculino”, pueblos originarios y migrantes debe estar contenida en los registros de la columna “mujeres”.

REM-P13. Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes con vulneración de derechos y/o infracción a la ley bajo la protección del estado en atención

SECCIONES DEL REM-P13

- Sección A:** Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o Infracción a la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente en control de salud en APS al corte.
- Sección B:** Variables de seguimiento a población del Servicio nacional de Protección Especializada **a la Niñez y Adolescencia** (ex Mejor Niñez) y Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil – SENAME, en control de salud en APS al corte.



Sección A: Niños, Niñas, Adolescentes y jóvenes con vulneración de derechos y/o Infracción a la Ley 20.084 de responsabilidad Penal Adolescente en control de salud en APS al corte.

Definición conceptual:

Corresponde a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de programas ambulatorios y de cuidado alternativo residencial del Servicio de Protección Especializada (SPE) y adolescentes y jóvenes en medio privativo de libertad en Centros de Internación Provisoria (CIP), Centros de Régimen Cerrado (CRC) o con cumplimiento de sanciones o medidas en medio libre de SENAME-Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil.

Definiciones operacionales:

En esta sección corresponde registrar el número de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a la fecha de corte (30 de junio o 31 diciembre) según sexo, en la celda que indica si pertenece a un programa ambulatorio o de cuidado alternativo residencial del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (SPE) y adolescentes y jóvenes en medio privativo de libertad en Centros de Internación (CIP), Centro de Régimen Cerrado (CRC) o con cumplimiento de sanciones o medidas en medio libre de SENAME.

Ambulatorio: Se deberá registrar el número de niños, niñas y adolescentes que se encuentran al cuidado del estado participando en programas ambulatorios correspondiente a oferta programática del Servicio nacional Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (ex mejor Niñez). El niño, niña o adolescente recibe atención por parte de un programa hasta que se resuelva su situación de protección.

Sanción medio libre (SENAME -Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil): Se deberá registrar el número de Adolescentes y Jóvenes (AJ) que se encuentran en conflicto con la Ley 20.084(1) de Responsabilidad penal Adolescente, cumpliendo una sanción o medida en el sistema medio libre: servicio en beneficio de la comunidad, libertad asistida, libertad asistida especial, programa de salidas alternativas y medidas cautelares alternativas. Se registrará acá también a la población vinculada a los programas del nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil.

Dado que existe la posibilidad que un AJ esté en ambas instituciones, el registro es por persona por lo que debe realizarse sólo una vez y debe darse prioridad a programas de cumplimiento de sanción en medio libre o medio privativo de libertad. Si AJ tiene alguna sanción vigente por ley de Responsabilidad Penal Adolescente (RPA) se deberá registrar en programa correspondiente.

Centro de Cuidado Alternativo Residencial (Residenciales): Se debe 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- Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil, sin importar si la residencia es 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.

CIP-CRC: Se debe registrar el número de adolescentes y jóvenes que se encuentran al cuidado del Estado bajo la Ley 20.084 de Responsabilidad Penal Adolescente(1) en un Centro de Internación Provisoria (CIP), un Centro de Régimen Cerrado (CRC) o Centro Semi-Cerrado (CSC). El adolescente o joven permanecerá vinculado a estos centros hasta dar cumplimiento de su sanción o medida. Diferenciar el número total según sexo.

Corresponde registrar también a la población vinculada a los programas del nuevo Servicio de Reinserción Social Juvenil.

Regla de consistencia:

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

R.2: Se debe consignar la información desglosada por sexo.

Sección B: Variables de seguimiento a población del Servicio nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (ex Mejor Niñez), y Servicio nacional de Reinserción Social Juvenil - SENAME en control de salud en APS al corte

Definición conceptual:

Las variables de seguimiento son las condiciones específicas de la población vinculada a programas del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (ex Mejor Niñez) o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil - 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 niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes (NNAJ) que pertenecen a la variable de seguimiento a la fecha de corte (30 de junio o 31 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 del Servicio nacional de Protección especializada a la niñez y adolescencia (ex Mejor Niñez) o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil - SENAME 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 29 días que pertenecen a algún programa del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (ex -Mejor Niñez)o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil y Niños, Niñas, Adolescentes - SENAME 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 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 del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (ex - Mejor Niñez) o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil y Niños, Niñas, Adolescentes - SENAME de 10 años hasta 19 años 11 meses 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.

Población en Control de salud según ciclo vital mayor de 20 años: Corresponde a las atenciones realizadas a los individuos de 20 o más años en forma periódica, integral y de carácter preventiva, permitiendo pesquisar los riesgos físicos y sociales acorde a su ciclo vital, que afectan la salud y bienestar de las personas, entregando acciones de fomento y protección de la salud, para mejorar la calidad de vida de éstos.

En la Población en control de salud mental, se consigna a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que pertenecen a algún a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes vinculados a programas del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (ex - Mejor Niñez) o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil y Niños, Niñas, Adolescentes – SENAME 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 del Servicio nacional de Protección Especializada a la niñez y adolescencia (ex - Mejor Niñez) o Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil y Niños, Niñas, Adolescentes - SENAME 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.

En la Población en control de salud bucal, se consigna a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que pertenecen a algún programa del Servicio nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (ex Mejor Niñez) o al Servicio Nacional Reinserción Social Juvenil y Niños, Niñas, Adolescentes - SENAME y se encuentran en control y/o tratamiento con odontólogo en APS, que han sido evaluados según riesgo odontológico y daño por caries y que reciben, al menos, medidas de prevención generales y específicas según su riesgo individual.

Regla de consistencia:

R.1: Se informan todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (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.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Justicia. Ley N°20084: Establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal [Internet]. Congreso Nacional de Chile; dic 7, 2005. Disponible en: <https://www.leychile.cl/leychile/navegar?idNorma=244803>
2. Ministerio de planificación y cooperación. Ley N° 19253 [Internet]. Congreso Nacional de Chile; oct 5, 1993. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30620>
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica 820 Estándares de información de Salud Feb2023. 2023.
4. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 236: Promulga el convenio N°169 sobre pueblos Indígenas y tribales en países independientes de la organización internacional del trabajo [Internet]. oct 14, 2008. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=279441>
5. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Decreto N°21: Aprueba reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1199560>
6. Ministerio de Planificación. Ley N° 20422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad [Internet]. Congreso nacional de Chile; feb 10, 2010. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>
7. Ministerio de Salud. Norma General Técnica N° 0141: Norma conjunta de prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis [Internet]. Santiago de Chile; 2012 [citado 9 de septiembre de 2025]. p. 1–142. Disponible en: Ministerio de Salud
8. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de eliminación de la transmisión vertical del VIH y sífilis en Chile [Internet]. 2020 [citado 9 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org>
9. Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics [Internet]. 1 de septiembre de 2017 [citado 8 de septiembre de 2025];140(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28827377/>
10. Ministerio de Salud. Ley N° 21375: Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves [Internet]. Congreso nacional de Chile; oct 21, 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846>

11. GINA. Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2007 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/04/GINA-Main-Report-2007-WMSA.pdf>
12. OMS. Nota descriptiva 239: Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Ginebra; 2011. Report No.: 239.
13. Ministerio de Salud. Política de salud para el abordaje de las violencias de género. Santiago de Chile; 2022.
14. OPS, OMS. Demencia una prioridad de salud pública. 2012.
15. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Ley N°20584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. Chile; 2012 p. 16. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
16. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Orientaciones técnicas para el control de salud integral del adolescente [Internet]. 2021 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/11/OT-Control-Adolescente-v3.pdf>
17. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Instructivo para completar historia Clínica de Adolescentes CLAP/OMS/OPS. Santiago de Chile; 2021.
18. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades. Orientaciones técnicas para el control de Salud integral de adolescentes. 2021;1–136.