

# **Proceso de Diseño de la Red Asistencial Servicio de Salud Nuble**

**Informe Identificación de la oferta,  
“Dimensiones: Estructura de la Red, Equipos Médicos, TIC’s,  
Recursos Humanos y Carteras de Servicios”**

**Ministerio de Salud**

**Junio 2022**

## Tabla de Contenido

Introducción.....	4
Organización para la Identificación de la Oferta.....	5
DIMENSIÓN - ESTRUCTURA DE LA RED.....	6
Distribución de los establecimientos en la Región de Ñuble.....	6
Análisis de los Establecimientos Autogestionados en Red de Ñuble.....	7
Análisis Hospitales Comunitarios de Salud Familiar de la Red de Ñuble.....	9
Análisis Establecimientos de Atención Primaria de Salud Familiar Red de Ñuble.....	10
Centros De Salud Familiar (CESFAM) dependencia Servicio Salud Ñuble.....	10
Centros de Salud Familiar (CESFAM) con Dependencia Municipal.....	10
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF).....	11
Postas de Salud Rural.....	11
Dispositivos de Salud Mental.....	12
Dispositivos de Medicina Física y Rehabilitación.....	12
Dotación De Camas.....	13
Dotación De Pabellones.....	16
DIMENSIÓN - EQUIPOS MÉDICOS.....	17
Equipos médicos en Establecimientos (APS) por Provincia.....	18
Equipos Médicos en Establecimientos Hospitalarios por Provincia.....	19
DIMENSIÓN RECURSOS HUMANOS.....	21
Dotación Recursos humanos en Atención Primaria de Salud Municipal.....	22
Dotación Recursos humanos Dependiente en el Servicio de Salud Ñuble.....	24
Proceso de Formación de especialistas y Médicos en Periodo Asistencial Obligatorio.....	26
Proceso de capacitación.....	28
Ausentismo.....	28
DIMENSIÓN - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	31
1. Sistemas Informáticos de Apoyo a la Red.....	32
2. Evaluación del Ecosistema y su Apoyo al Modelo de Interacción.....	36
3. Situación Actual del Departamento TIC del Servicio de Salud Ñuble.....	36
4. Seguridad Informática.....	37
5. Estado de las Comunicaciones.....	39
6. Gobernanza.....	42
DIMENSIÓN CARTERAS DE SERVICIOS.....	43

Hospital Clínico Herminda Martin.....	44
Hospital de San Carlos.....	46
Hospitales Comunitarios De Salud Familiar .....	47
CESFAM Violeta Parra .....	49
Establecimiento Atención Primaria de Salud Municipal en Red.....	49
Dispositivos de Salud Mental en Red.....	50
Atención Prehospitalaria.....	50

## Introducción.

La salud pública se ha transformado en uno de los ejes principales del quehacer en el sector público, por lo cual es necesario e impostergable disponer de un Diseño de la Red Asistencial en cada Servicio de Salud, que aporte los antecedentes para una óptima planificación, que responda a las necesidades actuales y cambios epidemiológicos futuros de su población; que permita potenciar la articulación y gestión de la red asistencial que dispone el territorio, maximizar los recursos y ejecutar acciones que puedan dar respuesta a la alta demanda en el sector salud como a las iniciativas de gestión local.

Es así, como el presente documento debe constituirse en un elemento central de apoyo a la gestión del Servicio de Salud Ñuble, que permita alinear el quehacer de los equipos de salud, potenciar la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y la integración funcional de los diferentes niveles de atención de la red asistencial, logrando con ello la optimización del uso de los recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura y financieros, orientándolos a resultados medibles que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población de la región, evitando vacíos de cobertura, aumento en los tiempos de espera, inequidad en el acceso y disminución de la calidad de las prestaciones de salud.

Se entiende como oferta “las prestaciones disponibles en una red de salud específica para ser otorgadas en un determinado período a la población asignada”. De acuerdo a las Orientaciones para el Diseño /Rediseño de la Red Asistencial” elaborado por el MINSAL, se han considerado para la identificación de la oferta, cinco dimensiones; Estructura de la Red, Equipos médicos, Recursos Humanos; Cartera de Servicios y TIC’s.

Este apartado entrega continuidad al acápite del Informe de Caracterización del Área de Influencia y del Informe de Demanda ligado al segundo, tercer y cuarto corte del Compromiso de Gestión N°8, año 2021. El desarrollo del presente informe, muestra la identificación de la oferta que posee y entrega la Red Asistencial de Ñuble, desagregada en 5 dimensiones; Estructura de la Red, distribuida en la totalidad de sus establecimientos hospitalarios, públicos y privados; Atención Primaria, Secundaria y Terciaria; Dotación de Camas; Pabellones Quirúrgicos habilitados; Equipos Médicos, correspondientes al equipamiento clínico disponible para la atención sanitaria. Además, provee antecedentes de la identificación de la oferta de la dimensión Recursos Humanos, respecto a área de trabajo y por tipo de establecimiento donde está disponible; la dimensión de Oferta Cartera de Servicios, que representa el servicio final disponible a los usuarios de la red y el diagnóstico de las TIC’s a nivel de Servicio.

## Organización para la Identificación de la Oferta.

El Servicio de Salud Ñuble, para el año 2022, ha continuado el Proceso de Diseño de la Red Asistencial iniciado el año 2021, a través de un nuevo equipo, liderado por un Coordinador y 6 profesionales con amplia experiencia en salud pública y que tienen distintas visiones hacia el quehacer organizacional.

Para el trabajo a desarrollar durante el año 2022, se confeccionó un Plan de Trabajo, que contempla un cronograma de las actividades a realizar y asignación de responsabilidades y control de cumplimiento de los compromisos contraídos.

Al interior del Equipo de Diseño del Servicio de Salud Ñuble, se han generado comisiones temáticas, con el fin de analizar información epidemiológica, estadísticas, procesos y subprocesos, necesarios para identificar aspectos relevantes de funcionamiento de la red asistencial actual.

Las instancias de participación con la comunidad, se realizarán a través de las reuniones mensuales del Consejo Integrado de Redes Asistenciales (CIRA), donde se dará a conocer estados de avances del trabajo de Diseño, se recogerán las expectativas, percepciones y necesidades de la población y comunidad. Así también, se generarán espacios para el trabajo con el intersector; Seremías, Municipios, Gobierno Regional, privados de la red, entre otros.

## DIMENSIÓN - ESTRUCTURA DE LA RED.

La población de la Región de Ñuble, según el último censo 2017, corresponde a 480.609 habitantes, distribuidos en 3 Provincias; Diguillín 319.809; Punilla 106.968 e Itata 53.832, población a la que debe dar respuesta oportuna, eficaz, de calidad y segura en la Red de Establecimientos de Ñuble.

La Red Asistencial de Ñuble, se compone de 7 microrredes, organizadas según la presencia de un hospital en cada una de ellas, con el fin de facilitar la conexión de las distintas comunas de la región a los centros asistenciales. A continuación, se describen para un mejor entendimiento del documento.

Microrredes	Comunas
HCHM	Chillán, Chillán Viejo, Coihueco, Pinto, Portezuelo
Hospital de San Carlos	San Carlos, Ñiquén, San Nicolás y San Fabián
HCSF Bulnes	Bulnes y Quillón
HCSF Coelemu	Coelemu, Trehuaco y Ránquil
HCSF EL Carmen	El Carmen, San Ignacio
HCSF Quirihue	Quirihue, Ninhue, Cobquecura
HCSF de Yungay	Yungay, Pemuco

La Red Asistencial está conformada por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud territorial y los demás establecimientos públicos y/o privados, que se mantengan en convenios. Esta red, debe colaborar y complementarse con la de otros Servicios y otras instituciones públicas o privadas, con el fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

### Distribución de los establecimientos en la Región de Ñuble.

La red de infraestructura de salud de la Región se conforma, en su mayoría, por establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), la cual se encuentra ubicada mayoritariamente en zonas rurales.

Respecto a la distribución de establecimientos de salud, la provincia de Diguillín, alberga la mayor parte de la infraestructura de establecimientos, los cuales incluyen el Hospital de mayor complejidad, las clínicas privadas, tres Hospitales Comunitarios de Salud Familiar (HCSF) y 38 establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS). Esto constituye el 45,7% de los establecimientos para una población de 344.251 personas, la que representa el 67% de la población. Por otro lado, la provincia de Itata tiene el 11% de la población regional y cuenta con un 10,8% de los establecimientos. Por último, la provincia de Punilla, tiene asignado el 26% de la población y cuenta con el 22,1% de los establecimientos de salud.

La provincia de Diguillín, es la única que posee todos los niveles de atención, el acceso a especialistas y subespecialistas, como también a pabellón quirúrgico de urgencia. Esta descripción, nos evidencia la alta centralización en la comuna de Chillán, lo que genera congestión en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM), falta de resolutivez y oportunidad, ocasionando mayor dificultad en el acceso de la población del área rural. A lo anterior, se suma la población de la comuna de Coihueco,

para atención secundaria y terciaria, quienes derivan directamente al Hospital de Chillán, aun cuando esta comuna forma parte de la provincia de Punilla, debido a la falta de conectividad vial desde Coihueco a San Carlos.

La provincia de Punilla, concentra un establecimiento de atención cerrada de mediana complejidad para la atención de las comunas de la provincia, a lo que se agrega la atención de las microrredes de Coelemu y Quirihue en algunas especialidades quirúrgicas y médicas. La implementación de pabellones, obedece a cirugía electiva y cuenta con un pabellón de urgencia, que es utilizado sólo en horario hábil, por falta de especialista anestesista.

La provincia del Itata, que concentra la mayor pobreza, ruralidad y dispersión de su población, cuenta con dos establecimientos de baja complejidad, debiendo derivar de acuerdo a la organización de la red asistencial a pacientes de mediana y alta complejidad, hacia el Hospital San Carlos y Hospital de Chillán. En este sentido, la población de la mayoría de las comunas, recorre grandes extensiones del territorio de la región, para acceder a una atención de mayor complejidad, especialmente, para la ocupación de camas medias, críticas y acceso a pabellón quirúrgico.

En las comunas donde hay HCSF, no existe CESFAM municipales, sólo postas dependientes de la Municipalidad local, lo cual genera un mayor número de derivaciones a los establecimientos de mayor complejidad, puesto que no está instalado de manera óptima, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar con Enfoque Psicosocial debido, principalmente, a que funcionan en una infraestructura antigua, no diseñada para entregar las prestaciones del ciclo vital en forma sectorizada, además de no contar con el recurso humano adecuado y suficiente, por lo que su actuar se focaliza en un modelo antiguo de hospital, con enfoque en la atención cerrada y Urgencia.

## **Análisis de los Establecimientos Autogestionados en Red de Ñuble.**

La Red Asistencial de Ñuble, la conforman dos hospitales autogestionados: Hospital Clínico Herminda Martín y Hospital San Carlos.

El Hospital de Chillán, es el establecimiento de mayor complejidad en la Red. Cuenta con servicios básicos de atención hospitalaria, especialidades y subespecialidades; Unidad de Emergencia Hospitalaria; Unidad Quirúrgica y un Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). Es el principal centro de referencia en la resolución de la lista de espera de consultas nuevas de especialidad e intervenciones quirúrgicas de la región de Ñuble.

Su Microred, está conformada por las comunas de Chillán Viejo, Pinto, Coihueco y Portezuelo, debido a que estos establecimientos no disponen de un HCSF que le ofrezca atención en camas básicas y una atención de urgencia adecuada, por lo cual refieren su atención hospitalaria básica y de urgencia a este establecimiento. Esto conlleva a que el Hospital de Chillán, disponga de una dotación importante de camas básicas. Por otra parte, estas comunas generan una alta demanda de usuarios de bajo riesgo vital (ESI4 – ESI5) en la Unidad de Emergencia, limitando el flujo de pacientes, alargando los tiempos de espera para recibir atención y como resultado final, usuarios hospitalizados en la Unidad de

Emergencia del Hospital (UEH), lo que afecta negativamente en la satisfacción usuaria (dignidad, calidad y seguridad de la atención).

En materia de infraestructura e instalaciones, no se cumple con los estándares actuales que señala la normativa. Es crítico el nivel de hacinamiento en la atención ambulatoria y algunos servicios de hospitalización.

Lo anterior, llevó a la aprobación del proyecto de Construcción del Hospital Regional de Ñuble, el que se encuentra con obras en ejecución, emplazado en el sector sur de la comuna de Chillán, en una superficie de 4,9 ha. que, de acuerdo a la programación, debe entrar en operación el año 2025.

El HCHM, dará paso al Hospital Regional de Ñuble, lo que obliga a estudiar y definir el uso alternativo de la actual infraestructura, pudiendo significar una oportunidad para el cierre de brechas de atención cerrada y quirúrgica, que no podrán ser absorbidas en el nuevo Hospital.

El segundo hospital autogestionado, es el de San Carlos, que cuenta con servicios básicos de atención hospitalaria, más especialidades tales como; Endoscopía, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Camas Críticas, Unidad de Emergencia Hospitalaria; Unidad Quirúrgica y un Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). Esto significa que es un establecimiento de mediana complejidad.

El hospital de San Carlos, atiende una población de 85.018 habitantes. Su Microred, la conforman las comunas de San Fabián, San Nicolás y Ñiquén. Adicionalmente, atiende la población de las microrredes de Coelemu y Quirihue, en lo referido a algunas especialidades. Esta estrategia ha sido de utilidad para descongestionar la alta demanda de especialistas en el HCHM. Sin embargo, con el paso del tiempo, ha significado para los usuarios un mayor costo social en cuanto a tiempo y recursos económicos.

Este establecimiento fue reparado post terremoto del año 2010, lo que obligó a un reforzamiento estructural y actualización de estándares normativos en algunas áreas del recinto. En el caso de los edificios más antiguos (hospital original y ambulatorio), los elementos constructivos no cumplen con los actuales requerimientos normativos. Sobre la habitabilidad, se logra en el edificio de atención cerrada, por su impronta más moderna (torre) salvo los servicios de Medicina y Traumatología. En el caso del edificio original, predomina la mediterraneidad del recinto y condiciones de hacinamiento para pacientes y funcionarios. Mencionar que el terreno donde está emplazado el establecimiento consta, de 12.000 m<sup>2</sup>, estando muy por debajo del definido para un establecimiento de mediana complejidad, que define un terreno de al menos 50.000 m<sup>2</sup>.

En consideración a lo señalado en el punto anterior, es necesario proyectar la normalización del establecimiento y/o su reposición, en el mediano plazo.

Respecto al proceso de acreditación, ambos establecimientos autogestionados están Reacreditados por la Superintendencia de Salud y cuentan con su autorización sanitaria, desde el año 2011 a la fecha.



## Análisis Hospitales Comunitarios de Salud Familiar de la Red de Ñuble.

La Red Asistencial de Ñuble, cuenta con 5 Hospitales Comunitarios de Salud Familiar, distribuidos de la siguiente manera:

Provincia	Comuna	Hospitales	Dotación Camas*
Diguillín	Bulnes	HCSF	51
	El Carmen	HCSF	23
	Yungay	HCSF	43
Itata	Quirihue	HCSF	50
	Coelemu	HCSF	48

\*Dotación de camas, según RE 1C N° 624 del 07/02/2022.

Estos Centros Asistenciales disponen de tres servicios básicos de atención hospitalaria: Medico/quirúrgico (Hombres y Mujeres), Maternidad, Pediatría; Servicio de Urgencia y Atención abierta para consultas de morbilidad y programas de ciclo vital de (APS).

Según el modelo, los HCSF deben ser un espacio de atención integral dedicado a la familia, la comunidad y el entorno en el cual desarrolla su vida, el fomento y la promoción de la salud. Los HCSF de la Red Asistencial de Ñuble, fueron construidos previo a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar (MAIS – 2004); por lo tanto, en su planta física actual, no es posible implementar el modelo a plenitud que, como principal característica, considera la sectorización de acuerdo a la población adscrita (3.000 a 5.000 personas cada uno). Esto se ha logrado medianamente, utilizando los mismos espacios de atención para dos o más sectores, obligando a la definición en dos horarios para poder funcionar, incidiendo en mayores tiempos de espera, desorden administrativo, hacinamiento en las salas de espera, entre otros problemas. Lo que se traduce en una mayor insatisfacción por parte de los usuarios.

En lo referido a las áreas de hospitalización, es posible establecer que son de diversas dimensiones; sin embargo, los pacientes están distribuidos por servicio clínico, de acuerdo a la norma. Las salas no disponen de baños exclusivos; las áreas de apoyos terapéutico y de cuidado (áreas limpias y sucias) no se encuentran en un orden lógico respecto al mantenimiento de insumos y preparación de terapias necesarias para los usuarios. Los pasillos, no cumplen las normas para transporte de camillas y sillas de rueda. Todo lo anterior, genera déficit en la dignidad, calidad y seguridad de la atención.

La atención de urgencia que entregan estos establecimientos, forma parte de los dispositivos de urgencia de la red asistencial y se coordinan con servicios de urgencia de mayor complejidad para la resolución de situaciones de emergencia de los usuarios. Un elemento crítico, es el apoyo diagnóstico, para imagen y laboratorio, en turno de 24 horas, lo que se traduce en un atraso en la resolutivez de la atención. No existe Unidad de Urgencia Maternal. No existe distinción entre urgencia adulto y pediátrica. De los 5 hospitales comunitarios, en 3 de ellos las urgencias no se encuentran ubicadas en el acceso principal del establecimiento, como debería ocurrir.

En cuanto a la infraestructura en los 5 HCSF, es posible señalar que por la data de construcción (en promedio sobre los 50 años), sus edificaciones no cumplen con los estándares funcionales, de instalaciones y constructivos, por lo que se hace urgente proyectar procesos de reposición total de la infraestructura, y así dar cabal cumplimiento al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, que es la principal característica de estos establecimientos, según el modelo ministerial. En cuanto a las

condiciones de emplazamiento de los establecimientos, si bien cumplen en su mayoría con una ubicación estratégica y sin peligros o amenazas que condicionen su vulnerabilidad operativa, se debe revisar, caso a caso, la dimensión predial respecto de los metros cuadrados que se requieren para la reposición, de acuerdo a la normativa vigente.

La planta física de los servicios de apoyo clínico: laboratorio, imagenología, farmacia y esterilización, se encuentra dispersa al interior de los establecimientos, en espacios que no cumplen la norma. Los servicios de lavandería están obsoletos.

Por último, mencionar que los 5 Hospitales Comunitarios cumplen con el proceso de Acreditación de prestadores de acuerdo a normativa vigente.

### **Análisis Establecimientos de Atención Primaria de Salud Familiar Red de Ñuble. Centros De Salud Familiar (CESFAM) dependencia Servicio Salud Ñuble.**

El CESFAM Violeta Parra de Chillán, es el único CESFAM con dependencia técnica y administrativa de la Dirección del SSÑ. Tiene una población inscrita de 51.587 personas, superando ampliamente lo establecido en la norma, lo que dificulta dar cumplimiento al Modelo de Atención Integral (MAIS). Cuenta con un Sistema de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR).

El CESFAM Violeta Parra de Chillán, cumple con el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS); sin embargo, dada la alta población inscrita, ha tenido que organizar múltiples sectores, en espacios estrechos, donde deben funcionar box, salas de espera, salas de procedimientos que no cumplen con las normas técnicas básicas, entre otros. Este CESFAM, no dispone de central de esterilización ni laboratorio clínico, por lo que debe realizar estos procesos en el HCHM, aumentando de esta forma la demanda en dicho hospital.

Dada la configuración estructural actual del CESFAM Violeta Parra, al ser demasiado rígida para proyectar un edificio con flexibilidad a nuevos recintos y la actual población inscrita del establecimiento, resulta pertinente llevar a cabo un estudio técnico que determine la factibilidad de reponer este establecimiento.

### **Centros de Salud Familiar (CESFAM) con Dependencia Municipal**

La Red de Ñuble cuenta con 28 CESFAM de dependencia Municipal, distribuidos en las 3 Provincias de la Región. Según la data de construcción, 14 de ellos fueron construidos en la década del 90, siendo el más antiguo el CESFAM de Ultraestación de Chillán. Durante el período de 2000 al 2009, se construyeron 7 establecimientos y luego, en el período 2010 a la fecha, se han repuesto 8 establecimientos. Todos cuentan a la fecha con autorización sanitaria vigente y 9 con acreditación sanitaria.

Los CESFAM de la región dan cumplimiento al Modelo de Atención Integral de Salud; sin embargo, para el caso de los CESFAM anteriores al año 2006, éstos han tenido que adecuar su planta física para dar

cumplimiento al modelo de atención. Los diseños de los nuevos establecimientos, han considerado una planta física apropiada para su territorio.

Según la población de cada comuna de la región, los CESFAM cumplen con la normativa de población inscrita bajo control, de menos de 30.000 personas. El único establecimiento que no cumple la norma, es el CESFAM Violeta Parra, con una población inscrita superior a 50.000 personas.

Una de las brechas a considerar, es el fortalecimiento del trabajo comunitario, a través de acciones de promoción – prevención, educación en el autocuidado de la salud y pesquisa de la demanda oculta de enfermedades crónicas no transmisibles y cánceres.

A modo resumen, en la Provincia de Diguillín, 10 CESFAM se encuentran en regulares condiciones, de los cuales 2 están en construcción; 2 en etapa de diseño; 2 en etapa de estudio y 4 con requerimiento de estudio preinversional. En la Provincia de Punilla, se encuentran 5 CESFAM en regulares condiciones; 2 en etapa de diseño, 1 en ejecución y 2 con requerimiento de estudio preinversional. Por último, en la Provincia de Itata, 5 CESFAM se encuentran en regulares o malas condiciones, de los cuales 1 está en etapa de diseño, 2 en estudio y 2 con requerimiento de estudio preinversional.

### Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

Corresponde a un establecimiento ubicado en un sector asignado a un CESFAM. En la Red de Ñuble, existen 9 de estos establecimientos. Seis de ellos, ubicados en zonas urbanas y tres, en zonas rurales. En relación a las condiciones de infraestructura y funcionamiento, 4 están considerados en buenas condiciones, mientras que los 5 restantes, requieren de proyectos de conservación, normalización o reposición.

### Postas de Salud Rural

En la Red Asistencial de Ñuble, se dispone de 54 postas desplegadas en las 3 Provincias de la Región. Estos establecimientos entregan asistencia sanitaria de nivel primario a la población más dispersa de la comuna; donde el usuario inicia su flujo de atención en la red asistencial y homologa el trabajo realizado en el CESFAM. Las prestaciones que entregan son: control de ciclo vital, atención de morbilidad y, en algunos casos, atención odontológica.

En la provincia de Diguillín, se dispone de 20 Postas Rurales. La más antigua, data del año 1967 y la más nueva, desde 2003. En la Provincia de Punilla, en la actualidad se encuentran funcionando 15 Postas, con una data de construcción entre los años 1989 y 2014. Por último, la Provincia de Itata cuenta con 18 Postas, sus años de construcción oscilan entre 1978 y 2014.

Respecto a las 54 postas, un 67% de ellas se encuentra en regulares condiciones, de las cuales 4, están en malas condiciones, dado que no cuentan con los servicios básicos, por lo que es urgente su reposición. Es preciso relevar que 3 de estas postas, están ubicadas en las zonas de rezago de la provincia de Itata. Otro factor a considerar, es que las postas construidas antes del año 2006, no dan cumplimiento a los requerimientos de las normas técnicas básicas, puesto que obtuvieron su

demostración sanitaria, por el solo ministerio de la ley. Varias de estas postas, no cuentan con sistemas de abastecimiento de agua potable autorizada y sistemas de tratamiento de aguas servidas.

El desafío para estos establecimientos, es disponer de una mejor y mayor infraestructura, aumentar la periodicidad de las rondas de profesionales, los cuales deben incluir atenciones de salud presenciales y/o telemáticas, rehabilitación y trabajo comunitario. Para ello, resulta indispensable superar las brechas de conectividad que existen en las localidades rurales.

## Dispositivos de Salud Mental

La Red de Salud Mental de la Región de Ñuble, tiene presencia a través de dispositivos, sólo en las provincias de Diguillín y Punilla, para usuarios de las comunas donde están ubicados. Crítica es la situación que afecta a los habitantes de la Provincia de Itata, que no cuentan con la posibilidad de acceder a una atención de salud mental oportuna en un dispositivo ubicado en su territorio, aún teniendo alta prevalencia de estas patologías.

Respecto a los dispositivos que integran esta Red, se debe destacar que todos ellos funcionan en inmuebles arrendados y adaptados para esta vital actividad, con poca funcionalidad. Entre las deficiencias, podemos mencionar: flujos de atención deficientes, incumplimiento de las NTB en áreas clínicas (box de atención, sala para trabajo en equipo, acción comunitaria y social), además de no disponer de espacios lúdicos para realizar actividades recreativas, que permitan un óptimo trabajo integrado de los equipos de profesionales.

Es fundamental contar con un Plan Estratégico que proyecte el desarrollo de la red asistencial con mirada a todo el territorio regional, que incluya recursos humanos, infraestructura y equipamiento adecuado, para de esta forma asegurar el acceso, oportunidad de atención y tratamiento de estos usuarios en la Red Asistencial de Ñuble.

## Dispositivos de Medicina Física y Rehabilitación

La Red de Rehabilitación, está integrada por 32 dispositivos de diversa complejidad. De las cuales 2 unidades son de mayor capacidad resolutive, ubicadas en el HCHM y Hospital de San Carlos y las restantes, se distribuyen en los hospitales comunitarios y CESFAM, dentro de las 3 Provincias de la Región.

Para los centros de baja resolutive, el estándar de infraestructura es de 100 m<sup>2</sup>. cuadrados, cumpliéndose sólo en un 21,9% de las unidades.

Cabe señalar, que en los establecimientos de mayor complejidad, se entregan prestaciones de rehabilitación de nivel básico, por falta desarrollo en el nivel primario; por lo tanto, el desafío es generar una red de medicina física y de rehabilitación por niveles de complejidad, la que debe ser dirigida por el establecimiento de mayor complejidad de la Red, donde todos los establecimientos de

APS y HCSF, deben entregar prestación en su nivel básico y/o medio, basándose en protocolos de referencia y contrarreferencia, para la derivación de usuarios.

## Dotación De Camas

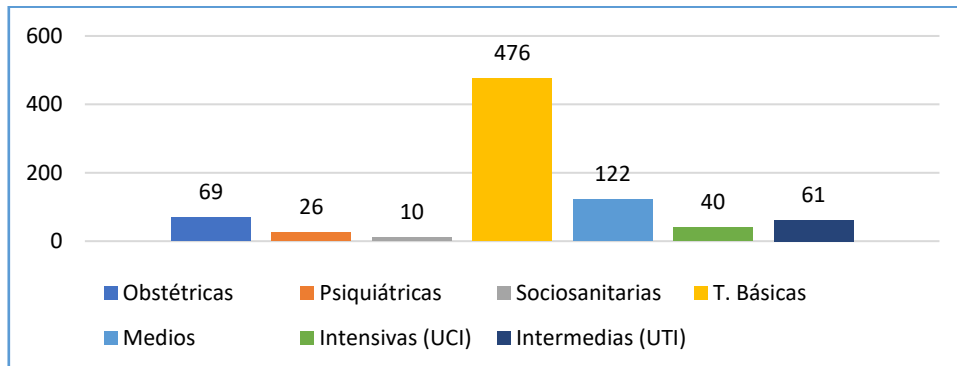
La Red Asistencial de Ñuble, en la actualidad dispone de un total de 804 camas públicas, distribuidas en los 7 establecimientos de la Red, según los diferentes niveles de complejidad y según lo establece la Resolución N°624 del 07/02/2022 del SSÑ.

### Distribución de Camas según Población y Provincia

El mayor número de camas, se concentra en la provincia de Diguillín, representando un 73% del total de camas, equivalentes a 590, situación que se explica por reunir la mayor población de la región. En segundo lugar, se encuentra la Provincia de Punilla, con un 14% (116 camas) y, en tercer lugar, está la Provincia de Itata, con un 12% (98 camas).

En pandemia por Covid, se desarrolló la estrategia de complejización de las camas en Red, en los hospitales de mayor complejidad. Para el caso de los HCSF significó una disminución de camas pediátricas y reconversión de las camas obstétricas en camas médico quirúrgicas, optimizando este valioso recurso.

### Distribución de Camas según prestaciones en la Red.



La distribución de las camas de la red asistencial, es la siguiente: camas básicas, representan un 59.2% del total; las camas obstétricas (8.6%); las camas medias (15.2%), intensivas (5.0%) e intermedias (7.6%) se encuentran instaladas solamente en los hospitales de mayor complejidad HCHM y HSC. Por otra parte, las camas sociosanitarias están disponibles sólo en los HCSF (1.2%) y, por último, las camas psiquiátricas se ubican en el hospital base (3.2%). Cabe señalar, que las camas obstétricas tienen una mayor ocupación en los hospitales de mayor complejidad.

### Estándar por Nivel de Cuidados:

La Norma N°150, define el porcentaje de camas según nivel de cuidados que debe estar presente en cada establecimiento. Si contrastamos con la realidad de los hospitales de la región, tenemos que, en el HCHM existe una brecha importante para alcanzar el grado de nivel de cuidado definido en la Norma,

para un hospital de alta complejidad, pues el 70% de su dotación de camas (330) corresponden a camas básicas. Similar situación ocurre con las camas de mediana complejidad, que hoy constituyen el 13% del total (60 camas). En relación a camas críticas, estas corresponden al 17.5% estando *2.5 puntos porcentuales por debajo de alcanzar lo normado*. Para el caso del Hospital de San Carlos, podemos observar que se acerca al estándar en el nivel de camas básicas y medias. Respecto a las camas críticas, alcanzan un 16% *encontrándose 4 PP por debajo de lo definido en la norma*.

En relación a la ocupación de las camas, tenemos que, el SSÑ alcanza un promedio 70.6% a diciembre 2021. Al observar el comportamiento de los HCSF, la ocupación de camas fluctúa entre el 41% y 55%, sobresaliendo el HCSF de El Carmen, con un 75% (23 camas), para el caso de los Hospitales Autogestionados, el índice de ocupación alcanza un 76.5%.

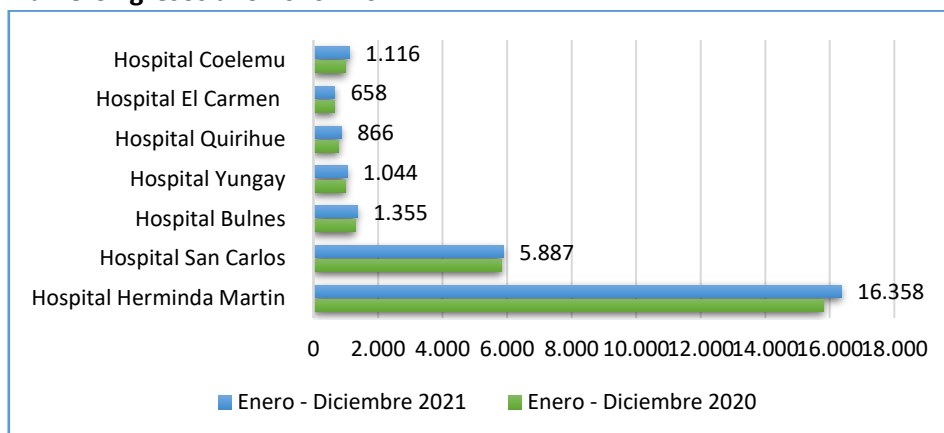
### Índice Ocupacional Establecimientos SSÑ años 2020 - 2021.

Nombre Institución	Enero - diciembre 2020	Enero - diciembre 2021	Tasa de variación
HCHM	71,10%	78,50%	9,40%
HSC	61,80%	74,60%	20,80%
HB	44,50%	52,50%	18%
HY	40,80%	52,90%	29,60%
HQ	34,80%	41,20%	18,30%
HEC	55,40%	75,20%	35,60%
HC	38,90%	52,40%	34,90%
<b>Total, Servicio</b>	<b>61,60%</b>	<b>70,60%</b>	<b>14,50%</b>

Se puede observar una variación de 14% de aumento que obedece principalmente a todos los esfuerzos por dar respuesta a la pandemia con la estrategia de reconversión de camas, donde fue necesario flexibilizar y convertir camas en los diferentes niveles de cuidados. En los Hospitales Comunitarios, se sigue observando bajos índices ocupacionales, con un promedio de 54.8%. Situación similar ocurre en los hospitales de mayor complejidad, donde se observa que, en promedio, ambos establecimientos alcanzan un 76.55%. Es importante precisar que el estándar de ocupación de camas óptimo está definido entre un 80% y 85%.

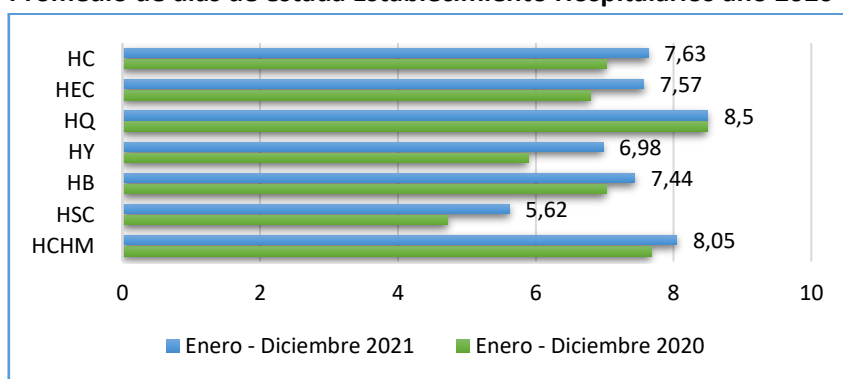
Otro indicador relacionado al proceso de hospitalización, es el número de egresos. Un aumento en los egresos hospitalarios, evidencia una mayor rotación de pacientes, uso más eficiente de las camas, por lo que la polaridad positiva del indicador, es la óptima. Durante el año 2021, se registraron 27.284 egresos en el SSÑ, presentando una variación positiva de 3,32%, con respecto al mismo período del año anterior, con 877 egresos más a nivel de Servicio.

### Número Egresos año 2020 - 2021



Otro indicador es el promedio de días de estada, el cual da cuenta del número de días estada promedio ocupados por cada egreso hospitalario en un período. El promedio óptimo para todos los establecimientos es de 7 días. Se incluye en la medición las camas de psiquiatría y camas sociosanitarias. A nivel de SSÑ para el año 2021, el promedio de días de estada, corresponde a 7,44 días.

### Promedio de días de estada Establecimiento Hospitalarios año 2020 - 2021



Se observa un mayor promedio de días de estada en el HCHM, el cual se ve incrementado por el área de Cuidados Intensivos Adulto (UCI) con 11,7 días. Esta situación se explica por la mayor complejidad de los pacientes hospitalizados en esa área. Sin embargo, también se observa un promedio de 7.7 días, en camas básicas.

Como Servicio de Salud, se ha impulsado la gestión de camas en red, la que se ha planteado como una estrategia de optimización del recurso, para lo cual todos los establecimientos, informan diariamente la disponibilidad de camas al SSÑ; con esta información y en forma coordinada, se trasladan pacientes a través de la red para que los usuarios dispongan de este recurso.

Una situación que preocupa, son los pacientes sociosanitarios (47 en la actualidad en toda la red), que son aquellos de escasos o nulos recursos económicos y que además, no cuentan con red de apoyo familiar ni comunitaria, por lo cual permanecen hospitalizados sin estar enfermos; su permanencia afecta la disponibilidad de este importante recurso en los HCSF.

Es pertinente analizar la situación de los HCSF de Coelemu, Quirihue, Bulnes y Yungay, que presentan bajo índice ocupacional de camas, bajo número de egresos y un alto promedio de días de estada.

Por último, sobre la dotación de camas en establecimientos privados en Ñuble, existen 90 camas, de las cuales 57 están disponibles en la Clínicas Andes Salud (47 básicas y 10 críticas) y 33 camas en la Clínica Las Amapolas (17 básicas y 16 obstétricas). De estas clínicas, solamente se encuentra acreditada la Clínica Andes Salud.

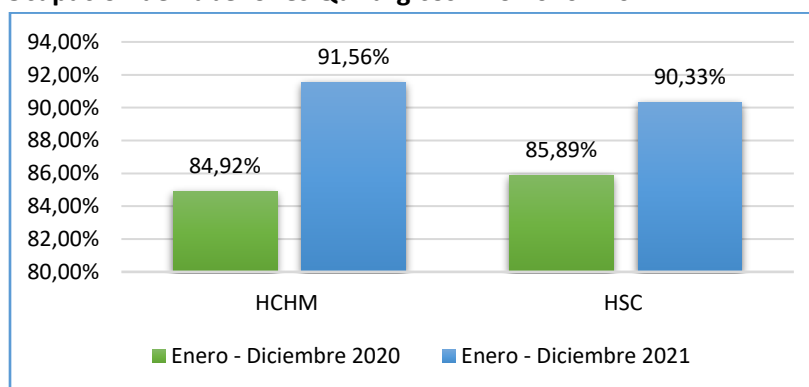
### Dotación De Pabellones

El Servicio de Salud Ñuble dispone de 15 pabellones en los Hospitales Autogestionados; en los hospitales comunitarios de Coelemu, Bulnes y Quirihue, existe infraestructura de un único pabellón, no habilitados, que obedece al modelo de atención que existía cuando estos establecimientos se construyeron, que sólo permite ser utilizados para cirugías menores.

El HCHM cuenta con 11 pabellones, de los cuales 9, están destinados a cirugías electivas, 1 pabellón a urgencia y 1 a pabellón obstétrico. En el Hospital de San Carlos, se disponen de 4 pabellones; 3 para cirugía electiva y 1 para urgencia, cuyo horario de funcionamiento es de 8:00 a 17:00 horas, de lunes a viernes, debido a que este establecimiento, no dispone de profesionales especialistas en anestesia y cirugía, que roten en turnos, en horario inhábil. Los pacientes quirúrgicos de urgencia son trasladados a la UEH del HCHM, fuera del horario del establecimiento. En los hospitales de Chillán y San Carlos, todos los pabellones electivos son indiferenciados, esto significa que cumplen características para ser utilizados para cualquier tipo de cirugía, de acuerdo a su cartera de servicios.

A nivel de Servicio de Salud, la ocupación de pabellones electivos para el año 2021, alcanzó un 91.3%, representando un aumento de 7.21% respecto del año 2020. Al observar el cumplimiento por cada establecimiento, se puede apreciar que ambos dan cumplimiento al estándar definido por el MINSAL, de alcanzar un porcentaje mayor o igual al 80%.

#### Porcentaje de Ocupación de Pabellones Quirúrgicos Año 2020 - 2021



En cuanto al hospital base, durante el año 2021, en 9 pabellones se realizaron 8.244 cirugías mayores electivas a usuarios beneficiarios, de las cuales un 29.6% corresponden a cirugías mayores ambulatorias (CMA), mientras que, en el HSC en 3 pabellones se realizaron 1.837 cirugías, de las cuales un 54.2% corresponden a CMA.



Según el estándar del MINSAL, el rendimiento de los pabellones debería ser:

1. Pabellones electivos; 1.300 a 1.400 intervenciones anuales en cada pabellón.
2. Pabellones de Cirugías Mayores Ambulatorias; 1.500 a 1.600 intervenciones al año.
3. Pabellones de Urgencia, 3.000 intervenciones al año.

Al comparar nuestros establecimientos con esta norma, podemos concluir que para el año 2021 nos encontramos por debajo del rendimiento exigido, sin embargo, esta producción se vio condicionada por la pandemia, puesto que, según datos del año 2019, la producción anual por pabellón superaba las 1.141 cirugías. Según las estadísticas proporcionadas por MINSAL, el rendimiento de la región va desde un 4,7% a un 2,3% lo que indica una gran variabilidad de estos de acuerdo a los momentos vividos en la pandemia y esto llevó a suspender las intervenciones quirúrgicas por reconversión de pabellones (en Unidad de Paciente Crítico COVID y/o No Covid - 19).

## DIMENSIÓN - EQUIPOS MÉDICOS

La información generada en este ámbito, es relevante para calificar su aporte en el diagnóstico de la oferta, pues interactúa directamente con los diferentes procesos clínicos de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como también en el funcionamiento óptimo de los diferentes establecimientos de la red, constituyendo en algunos casos nodos críticos fundamentales a tener en cuenta, pues limitan la acción curativa y/o reparativa. Es un ámbito muy relevante para el Diseño, puesto que permite analizar su cantidad en términos de brechas y estado, en término de funcionalidad, determinando capacidades y limitaciones de los nodos integrantes de la Red para proporcionar las atenciones de salud a sus usuarios definidas en sus carteras de servicios.

En concordancia con los principios de continuidad de la atención, descentralización y atención lo más cercana posible al lugar donde viven nuestros usuarios y teniendo presente que esta es la región con mayor población rural del país, con problemas de conectividad digital y de caminos, pobreza multidimensional, entre otros indicadores, como Servicio de Salud se ha desarrollado lentamente una estrategia para dotar a los establecimientos de equipos en toda la red, en diseños multicéntricos interconectados. De esta manera, propiciar la instalación en zonas rurales (CESFAM y HCSF) de equipos como Mamógrafos, RX osteopulmonares, equipos endoscópicos, unidades dentales para atención de especialidad, equipamiento para laboratorios clínicos, equipos para unidades de rehabilitación y unidades de esterilización con equipamiento de mayor envergadura, de alta tecnología y calidad, procurando aumentar acceso y oportunidad a la atención de salud, algunos ejemplos de esta política son:

### **Provincia de Diguillín**

1. CESFAM los Volcanes de Chillán: Mamógrafo con software de tomo síntesis, permitiendo un diagnóstico de lesiones mamarias con tecnología digital en 3D en funcionamiento.
2. HCSF Bulnes: Laboratorio clínico con equipos y equipamiento que permite aumentar la cartera de servicios de exámenes inmunológicos y microbiológicos en funcionamiento; Unidad de Endoscopias Digestivas y Mamógrafo operativos desde varios años.

### 3. Provincia de Punilla

- CESFAM Coihueco: instalación de equipo RX osteopulmonar y unidad de urgencia tipo SAR (actualmente en fase de diseño).

#### Provincia de Itata

1. HCSF de Quirihue: construcción de sala para mamografías (en etapa de diseño).

Con ocasión de la pandemia COVID-19, se generó un proceso de modernización de equipamientos de unidades críticas, pediátricas, neonatales y de adultos, así como también el aumento de este tipo de camas. Se incorporaron nuevas bombas de infusión, ventiladores invasivos y no invasivos, sistema de termo regulación, unidades de monitoreo, entre otros. En el ámbito de exámenes de laboratorio, se incorporó la técnica de biología molecular RT-PCR, aumentando las capacidades diagnósticas para detección del virus SARCOR-19, en el HCHM en funcionamiento y Hospital de San Carlos, en etapa de diseño.

A continuación, se presentan de manera resumida los catastros de equipos médicos de acuerdo a lo solicitado por MINSAL, por provincias según los distintos niveles de atención (baja, mediana y alta).

#### Estado Equipos Médicos (APS).

En la Red de atención primaria de salud, el 76% (528) de los equipos se encuentran en buenas condiciones, 18% (122) en regulares condiciones y 6% (45) en malas condiciones de funcionamiento, según es posible apreciar en la tabla siguiente.

#### Equipos médicos en Establecimientos (APS) por Provincia.

Provincia	Bueno	Regular	Malo	total
Diguillín	341	76	29	446
Punilla	128	33	9	170
Itata	59	13	7	79
Total	528	122	45	695

#### Al desagregar la información de los equipos APS por Provincia, podemos señalar:

1. **Provincia de Diguillín:** Equipos tales como: Desfibriladores, Radiografía Dental, Unidad Dental, Unidad Dental Móvil. Entre el 22% y 30% de estos equipos, están en malas condiciones. Crítica es la situación de los autoclaves, donde el 41,6% de ellos están en condiciones regulares o malos. Sobresale la cifra de los equipos de Imagenología, donde el 67% de ellos están no operativos, dado su obsolescencia.
2. **Provincia de Punilla:** Situación no diferente es lo que ocurre en esta provincia, en donde equipos como: Desfibrilador, Radiografía Dental, el 25% de ellos están funcionando de forma regular o mal estado. Otros equipos como Autoclaves (40%), Ecógrafos (50%) y Monitores Signos Vitales, en donde el 100% de sus equipos, se encuentra en estado regular. En Equipos Industriales donde las unidades electrógenas, son vitales dado el alto grado de inestabilidad del suministro eléctrico, se encuentran entre un 58% y 73,3% en regular y mal estado. En esta provincia sólo existen 2 CESFAM con equipos de clima (CESFAM Teresa Baldecchi), ubicado en la comuna de San Carlos y CESFAM

Coihueco, este último recientemente puesto en marcha. En relación a los equipos de elevación (ascensores) sólo un establecimiento cuenta con ellos, con una data de 12 años.

- 3. Provincia de Itata:** En esta provincia, el 25% de las unidades Dentales están en regular estado. Mientras que autoclaves, equipos imagenológicos y ecógrafos, sobre el 50%. Además, el 50% de equipos de generación eléctrica, están en condición regular. Esta situación es la más complicada, dado que esta provincia presenta los peores indicadores sanitarios (pobreza multidimensional) y con mayor distancia a la capital regional.

Es posible asegurar según la evidencia que, en la red de baja complejidad, el principal problema radica en la presencia o ausencia de los equipos necesarios para brindar una atención oportuna y expedita a los usuarios que habitan en las comunas rurales. También por el uso constante de ellos, con un alto porcentaje de vida útil cumplida y deficiencia en contar con mantención preventiva o reparación de forma oportuna.

#### **Estado de Equipos Médicos en Establecimientos Hospitalarios.**

En la Red Hospitalaria, el 95,1% (827) de los equipos, se encuentran en buenas condiciones; un 4.6% (40) en regulares condiciones y 0.3% (3) en malas condiciones.

#### **Equipos Médicos en Establecimientos Hospitalarios por Provincia.**

Provincia	Bueno: Operativo	Malo: No Operativo	Regular	total
Diguillín	543	2	22	567
Punilla	49	0	4	53
Itata	235	1	14	250
<b>Total</b>	<b>827</b>	<b>3</b>	<b>40</b>	<b>870</b>

Estos equipos que están dispuestos en la red hospitalaria dependiente del SSÑ, cuentan en su mayoría con servicios de mantención preventiva y/o correctiva, exigencia dada por las características de seguridad del equipamiento incluidos en la acreditación de prestadores. Además, motivado por la pandemia y proceso de recuperación de equipamiento, un número significativo de nuestros equipos son de reciente adquisición y encontrándose en buen estado. Cabe tener presente, que la vida útil de un equipo médico es de 8 años (según SII).

Sin embargo, podemos detallar las principales falencias de equipos que se dan en los diferentes establecimientos, los cuales se detallan según la provincia al cual pertenecen:

- 1. Provincia de Diguillín:** En el HCSF de Yungay, es necesario la reposición del equipo de esterilización, por vida útil cumplida; En HCHM, el 46% de los monitores multiparámetros, se encuentra con vida útil cumplida y/o regular estado. También en el HCHM, hay 3 especialidades cuyos equipos de diagnósticos y terapéuticos se encuentran con su vida útil cumplida y con múltiples fallas recurrentes, correspondientes a las especialidades de Otorrinolaringología, Oftalmología y Ginecología, constituyendo un nodo de alta criticidad.
- 2. Provincia de Punilla:** En el de San Carlos, 21 monitores multiparámetros, se encuentran en regular estado y también con su vida útil cumplida.

3. **Provincia de Itata:** En HCSF de Coelemu, es necesario la reposición del equipo de esterilización, dado que tiene su vida útil cumplida; El HCSF de Quirihue, requiere reponer en forma urgente, el equipo Osteopulmonar, en funcionamiento desde el año 2012.

En relación a los equipos móviles disponibles en la Red Asistencial de Ñuble, es posible evidenciar lo siguiente:

#### **Equipos Móviles Red Atención Primaria de Salud.**

El catastro de vehículos de (APS), incorpora ambulancias, camionetas, vehículos de transportes y algunas unidades de atención, como las unidades dentales y las unidades de atención primaria oftalmológica. Concluyendo que el 52% (56 móviles), están en medianas condiciones de mantenimiento y funcionalidad.

#### **Ambulancias con Dependencia SSÑ**

En general, las ambulancias se encuentran en regular estado de operación, debido a que su vida útil se acorta, por los caminos rurales que no están pavimentados ni en condiciones óptimas para su circulación, por ende, la mayoría de ellas son 4x4. El 25% de las ambulancias, se encuentra en buenas condiciones, en tanto el 75% restante está en malas condiciones y 4 de estas ambulancias en mal estado, pertenecen a la dotación de vehículos de la Provincia de Itata.

Las ambulancias son indispensables para el funcionamiento de la Red de Ñuble, debido a que sólo 30% de los caminos están pavimentados y presentan malas condiciones para circular. Esto genera un alto costo de mantención y reparación, como también la necesidad de reponer las ambulancias con depreciación acelerada. Contar con este recurso, permite mejorar el acceso y la oportunidad de atención y a su vez, es el medio por el cual es posible agilizar los traslados de pacientes entre los distintos establecimientos de la Red, optimización en la ocupación de camas, mejorar la oportunidad de atención en la unidad de emergencia, entre otros.

A modo de conclusión de la dimensión de equipamiento, se define que, respecto a los equipos de imagenología, tanto en el HCHM como HSC, tienen déficit en equipos de Rayos X portátiles y algunos Ecógrafos, lo que amerita su reposición. En la situación de los equipos de Arco C, algunas de estas unidades fueron dadas de baja por cumplimiento de vida útil. En los HCSF los ecógrafos, se encuentran operativos, pero en regulares condiciones.

El estado de los Equipamientos Médicos, Móviles e Industriales de los establecimientos de la Red Asistencial de APS, es disímil en cada una de las 21 comunas de la región, en términos de disponibilidad de ellos y de su estado. Esta diferencia radica, por una parte, en el escaso financiamiento para adquirir estos elementos y por otra, en la básica o nula mantención de ellos. Existe la necesidad de dotar de forma equitativa a los establecimientos de la Red de APS, con equipos que permitan mantener una red de atención primaria que cumpla con los actuales estándares de atención de su cartera de prestaciones, respetando el modelo de salud familiar y comunitario y que responda a las expectativas de los usuarios.

Según lo reportado, destacan las provincias de Itata y Diguillín, con mayores déficits de equipos, por lo tanto, es necesario elaborar estrategias que permitan avanzar en la dotación de ellos, según las

características territoriales de cada provincia. Por otro lado, se requiere que los establecimientos elaboren planes de mantención preventiva de sus equipos, para permitir extender su vida útil.

Existe un convenio de programación con GORE Ñuble, MINSAL y Servicio Salud Ñuble, el cual es una de las oportunidades para gestionar las mejoras, tanto en lo relacionado a infraestructura como en equipamiento.

Todo el análisis anterior, está en directa relación con la demora en el diagnóstico clínico de los usuarios, porque al no disponer de los equipos en el lugar y momento adecuado, ocasiona un aumento en los tiempos de espera para el usuario y una mayor complejización de su patología, creando de esta forma un círculo vicioso de ineficiencia que se traduce en una mayor insatisfacción usuaria.

## DIMENSIÓN RECURSOS HUMANOS

En esta dimensión, el análisis se focaliza en la fuerza laboral empleada en la Red Asistencial de Ñuble en sus tres niveles de atención. Se presenta la descripción de la dotación de personal, identificando sus principales características en términos de composición por distribución por provincias, sexo, planta, establecimientos, ley y área de desempeño. Se incluye también la descripción del personal en calidad contractual honorario, por cuanto contribuyen a la producción de la red. La formación y capacitación de los funcionarios y los niveles de ausentismos en la Red y su vinculación con la producción de los establecimientos.

Como primera observación, el recurso humano de salud de la red asistencial de Ñuble lo conforman “Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud de nuestra población. Son personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en la salud, y que pertenecen a diversas categorías de formación, ámbito laboral y situación de empleo”.

Por otra parte, los funcionarios de la Red forman parte de un campo intersectorial complejo y mantienen un compromiso con la salud y con las poblaciones a las que sirven que, para el caso de la Región de Ñuble, se trata a usuarios en su gran mayoría pobres, con altos niveles de envejecimiento, bajos grados de escolaridad, alta ruralidad, grandes dificultades para acceder a los centros de salud y, por otra parte, con una gran carga de patologías asociadas a estas determinantes sociales. El trabajo en salud es un servicio público y un bien social de gran importancia para el desarrollo humano. Es necesario un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de salud y los derechos sociales y responsabilidades de los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud.

Los trabajadores de salud son protagonistas de su desarrollo, el cual corresponde a un proceso social (no exclusivamente técnico), orientado a mejorar la situación de salud de la población y la equidad social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada. Este proceso social tiene como uno de sus protagonistas a los trabajadores de la salud. (OPS, 2005)

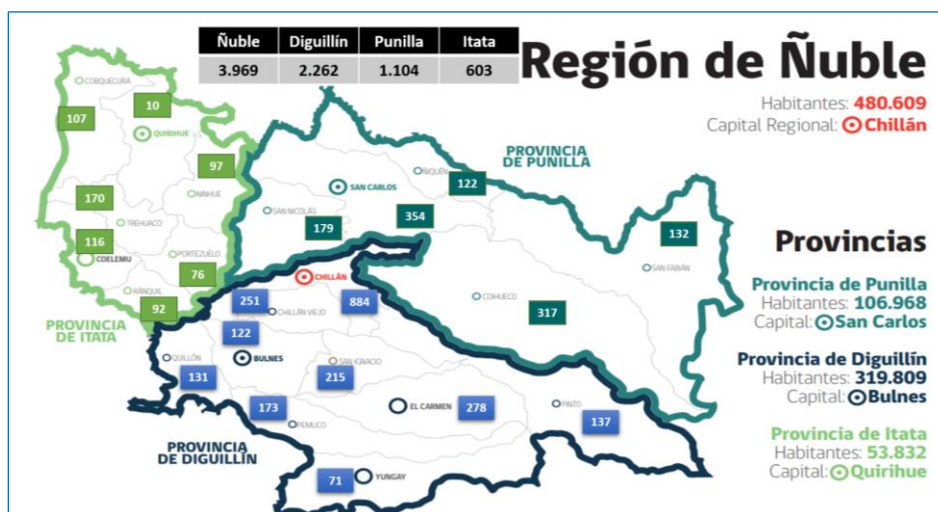
A continuación, se presentará un breve resumen de la situación del recurso humano de la Red Asistencial de Ñuble. En primer lugar, la Atención Primaria de Salud, que corresponde a todos los funcionarios que laboran en los CESFAM, CECOSF, Postas, Direcciones de Salud Municipales, entre

otros y, en segundo lugar, una descripción de la situación de los funcionarios dependientes del Servicio de Salud que laboran en los hospitales, dispositivos y Dirección de Servicio.

Es importante precisar que, respecto de la dotación, se consideró la vigente al mes de diciembre de 2021, tanto para la APS como la dotación dependiente del Servicio de Salud Ñuble.

### Dotación Recursos humanos en Atención Primaria de Salud Municipal.

De acuerdo a la información proporcionada por el sistema Módulo Dotación (MoDo) (APS), al revisar la dotación desagregada por Provincias, se observa que Diguillín tiene una dotación de 2.262 funcionarios (57% de la dotación total), concentrándose en las comunas de Chillán (39.1%) y El Carmen (12.3%). En la Provincia de Punilla, la dotación es de 1.104 funcionarios (28%), los cuales se encuentran en mayor proporción en las comunas de Coihueco (28.7%) y San Carlos (32.1%) y finalmente, en la Provincia de Itata, con 603 funcionarios, (15%), concentrándose principalmente en las comunas de Coelemu (19.2%).



Respecto a la profesión u oficio de los funcionarios que se desempeñan en los establecimientos de atención primaria, el 37% corresponden a TENS, un 13.9% auxiliares de servicio, 8% de enfermeras y 4.3% médicos. Se cuenta con 170 médicos, de los cuales 87 se encuentran en la provincia de Diguillín, 61 en Punilla y 22 en Itata.

Profesión / oficio	Diguillín	Itata	Punilla	Total
Administrativo	157	19	83	259
Asistente social	84	15	28	127
Auxiliar de servicio	289	105	159	553
Enfermera(o)	194	39	84	317
Fonoaudiólogo(a)	12	5	13	30
Kinesiólogo(a)	92	28	37	157
Matrón(a)	94	14	37	145
Médico	87	22	61	170
Nutricionista	92	30	39	161
Odontólogo(a)	105	22	41	168
Otros + Ingenieros	104	26	58	188
Psicólogo(a)	69	22	29	120
Químico farmacéutico	35	10	13	58
TANS – TENS – Tec. Salud	818	240	412	1470
Tecnólogo(a) médico	19	5	7	31
Terapeuta ocupacional	11	1	3	15
<b>Total, general</b>	<b>2.262</b>	<b>603</b>	<b>1.104</b>	<b>3.969</b>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que menos de 2.3 trabajadores de la salud (médicos, enfermeras y matronas solamente) por cada 1.000 serían insuficientes para alcanzar la cobertura de las necesidades de atención primaria. Al contrastar con la realidad de Ñuble, se observa una ratio de 1.31 por cada 1.000 habitantes (170 médicos; 317 enfermeras y 145 matronas), lo cual evidencia la insuficiencia de profesionales de salud en la región y la gran tarea de ir abordando la brecha, teniendo en cuenta las características particulares de la población a cargo.

En relación al sexo, el 68.5% (2.717) son mujeres y el 31.5% (1.252) hombres. Proporción que se presenta en las 3 provincias. Según la ley de contratación, el 84.9% (3.371) de los funcionarios está contratado por la Ley 19.378, un 14.3% (569) a honorarios y un 0.7% (29) según código del trabajo. Respecto al tipo de contrato, el 55.7% corresponde a contratos indefinidos, 28.1% a plazo fijo; 15.1% honorarios y 1.1% reemplazos.

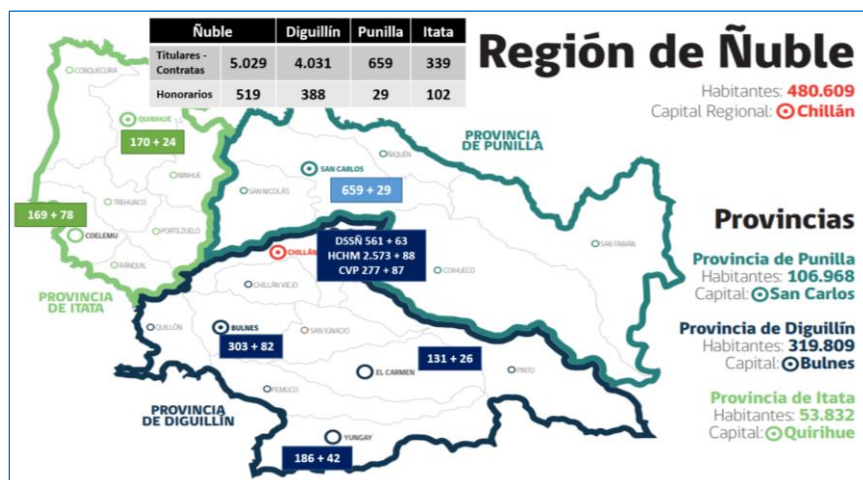
Sobre el índice de ausentismo, es preciso mencionar que no existe un sistema centralizado que disponga de esta información, por lo que se debió solicitar directamente a las 21 comunas de la región, de las cuales sólo se obtuvo respuesta de: Bulnes, Chillán, El Carmen, Pemuco, Pinto, Coihueco, San Fabian, Cobquecura, Coelemu, Ninhue, Portezuelo, Quirihue, Ránquil y Trehuaco. Los mayores índices de ausentismo al año 2021, se encuentran en las comunas de; San Fabián (56), Chillán (62), Pinto (48), Cobquecura (48) y Bulnes (40). Para el año 2020 y 2021 se observa un alza en prácticamente todas las comunas, situación que se explica principalmente por la pandemia COVID 19.

Este mayor ausentismo, provocó en los establecimientos una disminución de la producción, enfocada en su mayoría a dar respuesta a la contingencia COVID, donde los profesionales debieron abandonar sus actividades diarias y enfocarse a realizar otras acciones, tales como asumir los roles de anfitriones de los establecimientos. Por tal motivo, desde el MINSAL se definió programar para el año 2021, sólo 51 actividades trazadoras, entre ellas, control de salud en población infantil menor de 1 año, evaluación del desarrollo psicomotor, control de crónicos respiratorio sala ira, consulta de morbilidad

en población adolescente, ingreso control prenatal, vacuna neumocócica polisacárido, consulta morbilidad odontológica adulto mayor, entre otras.

### Dotación Recursos humanos Dependiente en el Servicio de Salud Ñuble.

Respecto a la dotación de recursos humanos con dependencia del SSÑ, la información fue obtenida a través del sistema de información de recursos humanos (SIRH), con fecha de corte diciembre 2021.

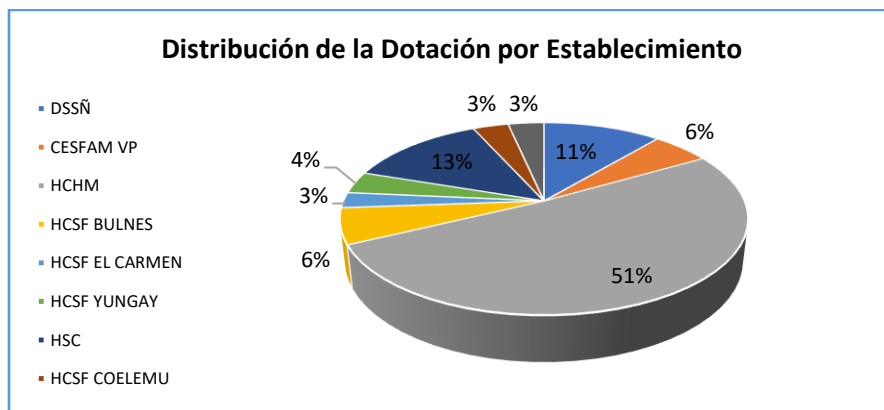


De acuerdo a la imagen anterior, es posible observar que el 79.7% de la dotación se concentra en la provincia de Diguillín, que a su vez tiene el mayor número de establecimientos, incluido el de mayor complejidad y además, es la provincia con mayor densidad poblacional. Le sigue la provincia de Punilla con un 12.4% donde sólo se dispone de un establecimiento de mediana complejidad y por último, la Provincia de Itata con un 7.9% de la dotación total, donde se ubican 2 HCSF.

Distribución de la Dotación Según Ley y Área (clínica y no clínica)	Total
Funcionarios Cínicos no médicos (Ley 19.664 – 18.834)	3.188
Profesionales – Administrativos y Técnicos (Ley 18.834)	890
Especialidades Médicas y Odontológicas (Ley 19.664)	716
Especialidades Médicas y Odontológicas (Ley 15.076)	235
<b>Total</b>	<b>5.029</b>

Del total de funcionarios de la red del SSÑ, un 63% corresponde a profesionales no médicos, técnicos, y auxiliares que incluye la ley 18.834, así como también, a Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos que corresponden a la ley 19.664. Un 18% de la dotación corresponde a profesionales, administrativos y técnicos que desempeñan funciones en el área administrativa. En cuanto a médicos y odontólogos, representan un 19% del total de la dotación de la institución. Un 5% de ellos, corresponde a contratos de la ley 15.076 y un total de 715 contratos a la ley 19.664, lo que representa un 14% de la oferta de recursos humanos.





En cuanto a la concentración de la dotación por establecimientos de la red, esta obedece a la complejidad de los hospitales, siendo el HCHM el que reúne una mayor cantidad de funcionarios, seguido por el Hospital de San Carlos. En ambos establecimientos se concentran las especialidades médicas y odontológicas y es en estos dos hospitales, donde se encuentran las horas correspondientes a la ley 15.076. La Dirección del Servicio, es el tercer establecimiento con mayor cantidad de dotación, dado que reúne a los médicos y odontólogos EDF que cumplen su ciclo de formación en la red de atención primaria municipal de la región. Además, dependen técnica y administrativamente de la Dirección, los dispositivos de Atención de Salud Mental y SAMU.

La dotación de los hospitales de baja complejidad y el CESFAM Violeta Parra, es considerablemente menor. Sobresale, al comparar la oferta, la del CESFAM que es similar a la del Hospital de Bulnes, y que, a su vez, concentra la mayor cantidad de funcionarios de los 5 HCSF de la Red.

#### **Distribución según planta.**

La planta que concentra la mayor cantidad de dotación corresponde a los técnicos, que se desempeñan en el área clínica. Los profesionales se ubican como la segunda planta que reúne una mayor cantidad de oferta, siendo los y las enfermeras la profesión con mayor número de profesionales contratados; los/as matronas se ubican en segundo lugar, y como tercera mayoría, se encuentran las y los tecnólogos médicos y kinesiólogos. Las profesiones clínicas con menor dotación, corresponden a Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos. La planta de la ley 18.834, con menor cantidad de personal asociado, es la de auxiliares.

La planta de Químicos y Bioquímicos, representa la menor cantidad de contratos de la ley 19.664. Los médicos representan la dotación más numerosa de esta ley, considerando que un profesional puede tener más de un contrato, y asimilando el total a jornadas de 44 horas. Se puede señalar que son 401.5 jornadas completas, lo que equivale a 401 contratos de 44 horas y 1 de 22 horas.

En la ley 15.075, se cuenta con un total 226 contratos de médicos, de los cuales 49 corresponden a profesionales liberados de guardia. En cuanto a los odontólogos de los 9 profesionales, 4 se encuentran en igual condición. Del total de 235 médicos y odontólogos, 184 mantienen también contratos correspondientes a la ley 19.664.

#### **Especialidades médicas y odontológicas, Ley 19.664 (considera médicos 44 horas)**

Las especialidades médicas que presentan una mayor concentración de horas contratadas de especialidades, son: anestesiología con 20.75; cirugía general 18; ginecología y obstetricia 17; traumatología y ortopedia 15.75 y medicina interna 14.

Las especialidades con menor cantidad de horas, corresponden a las especialidades de: Medicina Física y Rehabilitación 2.75; Oncología 2; Enfermedades Respiratorias y Reumatología 1.75; Gastroenterología/ Diabetología 1.5; Hematología / Inmunología/Geriatria 0.5. Así también existen áreas de subespecialidad, en las cuales no se cuenta con ningún profesional, ejemplo de ellos, son Medicina Intensiva Adulto y Pediátrica, Infectología, Cirugía Vascul, entre otras.

### **Especialidades Odontológicas**

Las especialidades odontológicas, a diferencia de las médicas, se distribuyen en toda la red; esto independiente al nivel de complejidad del establecimiento. Las especialidades que presentan el mayor número de horas son: Endodoncia 12.5; Rehabilitación Oral 10.5; Ortodoncia 9; Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial 6.75.

Las especialidades con menor cantidad de horas, son: Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial, las cuales cuentan con sólo 44 horas, respectivamente.

### **Honorarios**

A la dotación del personal contrata y titulares, se suman 519 contratos a honorarios, que no son parte de la dotación. Sin embargo, es personal que realiza las mismas funciones en las distintas áreas de atención de los establecimientos de la Red. De este total, 30 contratos corresponden a médicos, 344 a profesionales, técnicos y auxiliares clínicos no médicos y 145 a profesionales, técnicos y administrativos que se desempeñan en áreas no clínicas de la institución.

### **Proceso de Formación de especialistas y Médicos en Periodo Asistencial Obligatorio**

La gestión global de formación a nivel de Red Asistencial de Ñuble, al igual que a nivel país, está centralizada en la Dirección de Servicio, en virtud de lo cual, se observan algunas situaciones tales como: La generación de la oferta de formación, se ha implementado a nivel local según la Metodología EPH; Los cupos de formación otorgados a nivel Ministerial, no siempre están alineados a lo requerido localmente; En la gestión y seguimiento de los médicos PAO y profesionales EDF, se ha definido un proceso local de revisión; sin embargo, las posibilidades de cambio de PAO por disminución de horas y/o cambios de plazas, generan un sinnúmero de coordinaciones y gestiones locales y con otros Servicios de Salud y un desmedro de profesionales en las especialidades asociadas. Otra situación, tiene relación con la destinación de médicos PAO a labores administrativas y de gestión, en desmedro de la atención clínica.

A la red asistencial de Ñuble, durante los años 2020 al 2022 se han incorporado los siguientes médicos PAO; 46 especialistas y 3 odontólogos. Las especialidades fortalecidas con la incorporación de estos médicos son: anestesiología, cirugía general, medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría adulta y pediátrica, entre otros. Aun así, la brecha de especialistas y subespecialistas es muy alta.

Es preciso mencionar, que en Ñuble la brecha de formación de Médicos se ha ido lentamente abordando a través del convenio de colaboración del GORE y MINSAL, del programa de Formación de 100 Médicos Especialistas. No obstante, se observa una serie de dificultades en su ejecución, siendo una de ellas, la autorización de cupos de becarios, por parte del Minsal.

Respecto a este tema, existe grandes dificultades por el déficit de médicos especialistas que, sumado a otras dificultades, tales como, sistemas informáticos no integrados, sistemas de referencia y contrarreferencia debilitados, repercute en grandes volúmenes y tiempos de espera.

En las siguientes tablas, se presentan las especialidades con mayor volumen y tiempo de espera, y la relación con el número de profesionales para cada especialidad médica u odontológica, situación que genera altos niveles de insatisfacción en los usuarios e inequidad en el acceso atención.

N°	Especialidades médicas	Volumen	Tiempo espera	Especialistas Ley 19.664 (asimilado a 44 horas)	Médicos Ley 15.076
1	Gastroenterología Adulto	3.511	621	1,5 médicos	
2	Neurología Adulto	3.631	588	8,75 médicos	
3	Traumatología y Ortopedia	6.106	551	14,75 médicos	8 médicos
4	Otorrinolaringología	5.632	540	6,5 médicos	
5	Cardiología	4.001	494	6 médicos	5 médicos
6	Neurocirugía	3.200	462	2,5 médicos	2 médicos
7	Cirugía General	5.808	347	18 médicos	30 médicos
8	Dermatología	1.984	339	3,5 médicos	-
9	Medicina Interna	1.967	316	10 médicos	19 médicos
10	Oftalmología	<b>15.792</b>	292	10,5 médicos	

Fuente: Sigte – SSÑ al 31/03/2022

N°	Especialidades odontológicas	Volumen	tiempo espera	Odontólogos Ley 19.664
1	Ortodoncia Y Ortopedia Dento Máxilo Facial	6.734	1091	9 odontólogos
2	Implantología Buco Maxilofacial	665	705	3,75 odontólogos
3	Rehabilitación Oral	8.128	666	10,5 odontólogos
4	Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	1.010	618	1 odontólogo
5	Odontopediatría	853	526	5 odontólogos
6	Endodoncia	5.368	491	11,5 odontólogos
8	Periodoncia	1.138	415	4,5 odontólogos

Fuente: Sigte – SSÑ al 31/03/2022

Cada año, se envía al MINSAL un informe detallado de la brecha de RRHH, de cada uno de los establecimientos dependientes del SSÑ, Informe que posteriormente el MINSAL consolida y envía a la Comisión Especial Mixta de Presupuesto. Sin embargo, no existe una retroalimentación sobre la factibilidad de estas solicitudes, toda vez que las expansiones que autoriza el nivel central, responden a las líneas estratégicas definidas por éste, pero no resuelven la brecha estructural que arrastra el Servicio de Salud Ñuble.

Múltiples son los desafíos en materia de disponibilidad y distribución de personal de salud para alcanzar una dotación adecuada, desde la eficiencia de los recursos asignados, disponer de un presupuesto acorde a las definiciones de nuevos requerimientos de equipos de salud que faciliten la

respuesta a nuevas demandas de atención de salud de la población, de acuerdo a los cambios demográficos y epidemiológicos, entre otros.

Esta dinámica permanente de los factores influyentes sobre la demanda y oferta de profesionales de salud, ha sustentado la priorización de un Sistema de Planificación de Recursos Humanos en Salud, que permita sentar las bases de análisis permanente, incorporando la contribución de las diferentes fuerzas influyentes en este objetivo, de manera de prever las necesidades de dotación de personas, en un tiempo y espacio determinado, en consistencia con el Modelo de Atención de Salud y la Red Asistencial Pública, así como a enfrentar la demanda creciente de equipos de salud con una mayor especialización y con competencias necesarias para brindar una atención con estándares de calidad y seguridad requeridos. Esta planificación debe dar respuesta a la necesidad de profesionales, de acuerdo a las características particulares de la Región de Ñuble; epidemiológica, geográfica, territorial, demográfica y de determinantes sociales.

### Proceso de capacitación

Respecto a la capacitación, es un proceso liderado a través de la Dirección del Servicio de Salud con departamentos y unidades en cada establecimiento. Según los indicadores de medición, es posible observar que el 76% de los funcionarios acceden al menos a una capacitación durante el año, para lo cual existe una amplia gama de alternativas, tanto para la APS, como en los establecimientos dependientes; la oferta se expresa en el Plan Anual de Capacitación (PAC) Institucional, Programas de iniciativas ministeriales, capital humano, formación médica continua, FENAPS, desarrollo de RRHH en APS y capacitación Universal.

De acuerdo a las brechas observadas, se puede mencionar que es necesario consolidar la capacitación como herramienta estratégica y de calidad, para contribuir a fortalecer el desempeño del personal de salud y su desarrollo integral, con el fin de otorgar prestaciones de excelencia a los usuarios del sistema de salud público.

Así también es necesario desarrollar mayores niveles de competencia en la APS, que permitan descongestionar los establecimientos de mayor complejidad. Además, controlar que quienes están capacitados, ejerzan las funciones asignadas y medición de transferencia.

Es necesario realizar una reingeniería al proceso de evaluación de desempeño, que permita identificar las reales brechas de competencias y de esta forma trabajar las debilidades que presentan los funcionarios para desempeñarse de manera óptima en la función encomendada.

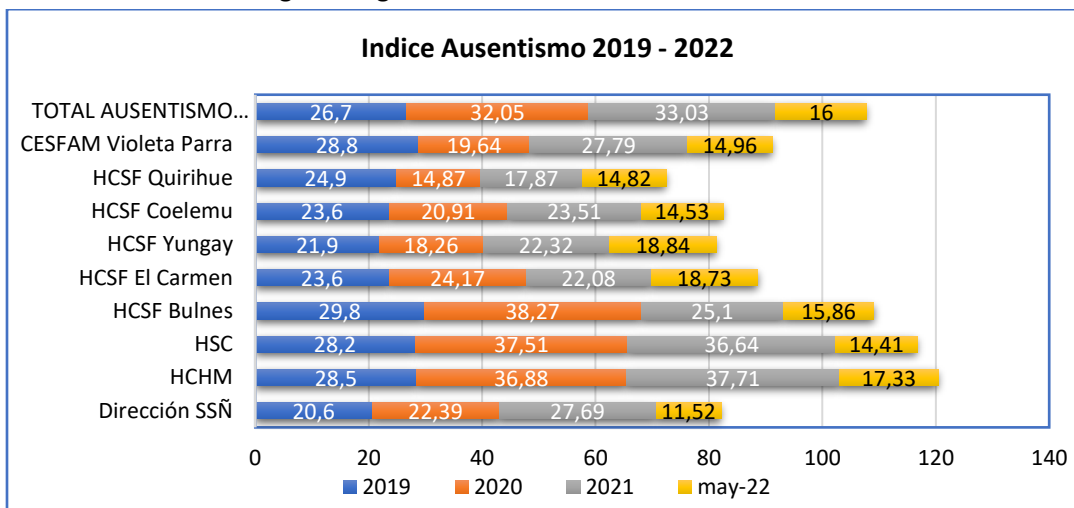
### Ausentismo.

Desde el año 2015, el aumento en el índice de ausentismo funcionario a causa de licencias médicas tipo 1, ha ido creciendo de manera exponencial. Según datos de la SUSESO, la región de Ñuble durante el año 2018 (último estudio vigente), fue la tercera región con mayor tramitación de licencias médicas de origen común, con un 8.1% del total. Según el sistema de desglose a nivel nacional, es el siguiente:

1. Trastornos mentales 22.9%.
2. Enfermedades osteomusculares 20.9%.
3. Enfermedades respiratorias 14.2%.
4. Traumatismos y otros 7.4%.

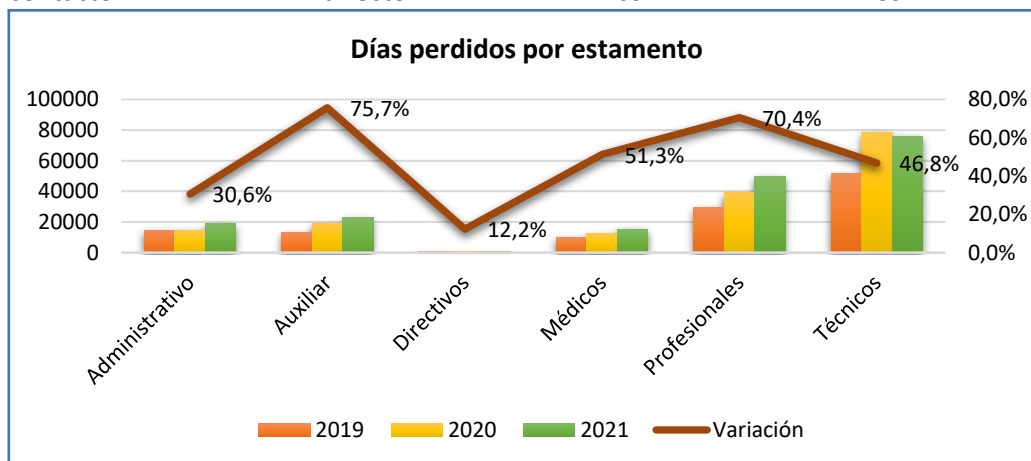
5. Enfermedades infecciosas 6.9%.
6. Enfermedades del sistema digestivo 5.2%.
7. Otros diagnósticos 22.4%

Esta Situación, también se observa al interior de los establecimientos de la Red, donde cada año, el ausentismo ha ido aumentando de manera considerable, más aún por la pandemia COVID – 19, como es posible observar en el siguiente gráfico.



De acuerdo al gráfico, se observa que del año 2019 al 2020, se experimentó un aumento de 6 días de ausentismo, en los años 2020 y 2021 de 1 día. Sin embargo, para el presente año, si se proyecta el ausentismo alcanzado al mes de mayo 2022, es posible pensar que se terminará el año con un ausentismo por funcionario de 40 días promedio.

Al desagregar el ausentismo por estamento, podemos observar que son los técnicos y profesionales quienes acumulan más días. Si revisamos la variación 2019 / 2021, fue el estamento de auxiliares y profesionales, quienes presentaron más días perdidos, lo cual obedece a los efectos de la pandemia, dado que los auxiliares en su mayoría, son funcionarios de avanzada edad, por lo que debían tomar todas las medidas de resguardo, como también los profesionales que, en su gran mayoría, están en contacto directo con los usuarios.



Fuente: sistema QlikView Minsal.

Al revisar los días perdidos por rango etario, desde los 55 años hacia adelante, son los que menos días de ausentismo presentan. Respecto a la variación de los años 2019 – 2021 es preocupante la situación de los menores de 24 años, que presentan una variación positiva de 415%.

El indicador de ausentismo, ha aumentado exponencialmente a nivel nacional, en los últimos 4 años, pasando de 20 a 36 días promedio por funcionario. El recambio generacional representa nuevos desafíos para la organización, que debe diseñar incentivos adecuados, considerando que hoy prima el interés personal por sobre el bienestar general o los objetivos de la organización.

Entre los desafíos está el corregir las inequidades entre distintos estamentos, asociados a obligaciones, derechos y condiciones laborales. Calidad de vida y sus distintos componentes, tienen un gran desafío en esta tarea, junto a los jefes directos que deben velar por el cuidado integral de los funcionarios.

De acuerdo a los resultados del ISTAS 21 del año 2020, se observa que en la dimensión doble presencia, un 46% de los funcionarios considera que es de alto riesgo, manifestándose en la preocupación que tienen los funcionarios mientras desarrollan sus labores, por las tareas domésticas, el cuidado de los niños, entre otras. La segunda dimensión de mayor riesgo, corresponde a exigencias psicológicas, con un 38%, que tiene relación con los elementos tanto cualitativos (exigencias emocionales, creativas, sensoriales) como cuantitativos (cantidad y ritmo de trabajo, distribución del trabajo) exigidos en el desarrollo de las funciones.

Según la última encuesta, de los 7 establecimientos dependientes, 5 de ellos, se encuentran evaluados en un nivel de riesgo medio, los establecimientos son: HCHM, HSC, CESFAM Violeta Parra, HCSF de Coelemu y El Carmen.

Otro factor de preocupación e interés directamente relacionado con los resultados de la encuesta ISTAS, es la situación de las salas cunas y la necesidad de disponer de clubes escolares para los hijos de funcionarios/rias. Actualmente, en Ñuble se dispone de salas cunas en: HCSF de Yungay, Bulnes, Quirihue y El Carmen. La dotación de estas salas cunas, se provee por medio de contratos a Honorarios, o bien, compras de servicios.

Para el caso del HCHM, Hospital de San Carlos y CESFAM Violeta Parra, no se cuenta con salas cunas ni proyectos vigentes en esta materia, por lo que se realizan compras de servicios con salas cunas particulares. Respecto al HCSF de Coelemu, al no tener sala cuna anexada ni oferta de mercado en la comuna para compras de servicios, a los funcionarios que requieren de este beneficio, se les otorga un bono especial por zona geográfica. En el Nuevo Hospital Regional, se proyecta una sala cuna anexa al establecimiento, con capacidad para 50 niños, con dotación completa; educadoras, técnicos en párvulos, auxiliar de aseo y manipuladoras de alimentos, acorde con lo establecido en la normativa de la Subsecretaría de Educación Parvularia.

En relación a los Clubes Escolares, en la red de Ñuble sólo existe un club escolar, que pertenece al HCHM. En la Dirección del SSÑ, existe un proyecto que no se ha podido ejecutar por falta de financiamiento. Para el caso de los demás establecimientos, no existen proyectos de esta índole por el momento.

A modo de resumen de esta dimensión, es posible aseverar que, en el SSÑ, no se cuenta con el recurso humano suficiente para la población que tiene a su cargo y las características propias de una región

extremadamente vulnerable, siendo la primera región más rural del país; la segunda más pobre; con bajos niveles de escolaridad y nivel de alto envejecimiento. Se aprecia deficiencias en las competencias necesarias para entregar un bien social tanpreciado por la comunidad, por lo que es necesario potenciar la capacitación y formación continua.

Existe una importante brecha de médicos especialistas y odontólogos, lo que obliga a limitar la oportunidad de la atención y en consecuencia, generando grandes listas de espera. Urge realizar un Plan Estratégico de Recursos Humanos que permita proveer los profesionales en déficit, teniendo en cuenta la pronta puesta en marcha del Nuevo Hospital Regional.

Por otra parte, es necesario diseñar nuevos mecanismos e incentivos que promuevan el compromiso institucional y la fidelización. Avanzar en eliminar la precariedad contractual (honorarios y compras de servicios) y mejorar los niveles remuneratorios, mejorar los ambientes de trabajo saludables, entre otros.

Crucial es fortalecer los procesos de reclutamiento y selección, por medio de definición de perfiles de competencia y detección de brechas, considerando aspectos tales como, habilidades relacionales básicas que debe tener un prestador de salud, tales como trabajo en equipo, comunicación efectiva, proactividad, empatía, entre otras. Paralelamente, se deben fortalecer las alianzas con los centros de estudios, que promuevan la formación de profesionales con estas competencias.

## DIMENSIÓN - TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Las TIC 's, es uno de los ejes fundamentales para el desarrollo de las RISS, tal como queda declarado en el Ámbito “Organización y Gestión”, atributo 10 “*Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico*” y en su atributo 12 “*Sistema de información integrada, que vincule a todos los miembros de la red con un desglose de datos por paciente*”. Las TIC se perfilan como el integrador esencial en la solución del manejo de la fragmentación y continuidad del proceso de atención del paciente.

El Servicio de Salud, en la actualidad no cuenta con un **Plan Estratégico de Tecnologías de la Información** (T.I.) y comprendiendo que este proceso es un paso crucial para establecer los objetivos a alcanzar en un corto, mediano y largo plazo (10 años, desde la formulación del Plan Estratégico), con un enfoque en las RISS, se hace urgente disponer de un Plan Estratégico de Tecnologías de Información (e-Salud), que permita alinear los objetivos de la función de TIC con los objetivos estratégicos del SSÑ, proporcionándole el soporte necesario para el cumplimiento de la misión; estableciendo la hoja de ruta de las necesidades e iniciativas que resulten priorizadas; definiendo un posicionamiento estratégico de T.I. alineado con el SSÑ; Identificando y descubriendo oportunidades de mejora; para finalmente, definir la propuesta que permita alcanzar el posicionamiento deseado y/o soñado en la Visión del SSÑ.

La construcción del **Hospital Regional de Ñuble**, requiere proyectar opciones de mejora para integrar la gestión clínica, administrativa y logística del Hospital Base, así como también los demás establecimientos asistenciales dependientes, en sus distintos niveles de complejidad y

resolutividad, sobre la base de un ecosistema de aplicaciones informáticas, alineadas con la Estrategia Institucional, interoperables, articulables, crecientes e inclusivas.

Dicho lo anterior, el presente diagnóstico de las TIC, plantea dar a conocer su situación actual, identificar las brechas más sustanciales y entregar insumos que sirvan de base para la futura formulación de la Estrategia de TIC del SSÑ, con el propósito de satisfacer los siguientes objetivos para la Tecnología Digital:

1. Definir e implementar un Plan de Desarrollo en el ámbito de las Tecnologías de Información y Comunicaciones, alineado con las políticas y planes Ministeriales sobre la materia y que responda a las necesidades de gestión del Nuevo Hospital Regional de Ñuble y la red asistencial dependiente del SSÑ.
2. Mantener un servicio TIC que dé respuesta a las necesidades de los usuarios.
3. Propender a la interoperabilidad de los sistemas Informáticos del Hospital Regional de Ñuble, con aquellos en uso dentro de la red asistencial del SSÑ y/o con aquellos en uso en la Instituciones con convenio.

El diagnóstico del estado de las TIC en la Red Asistencial del SSÑ, se abordará considerando los siguientes aspectos:

1. Sistemas Informáticos de Apoyo a la Red.
2. Evaluación del Ecosistema y su Apoyo al Modelo de Interacción.
3. Situación Actual del Departamento TIC.
4. Seguridad Informática.
5. Comunicaciones.
6. Gobernanza.

## 1. Sistemas Informáticos de Apoyo a la Red

La situación actual de las TIC 's en la red asistencial del SSÑ, considera como foco principal su mapa de procesos clínicos y administrativos. En materia de Sistemas Informáticos, se determinó que actualmente, se utilizan soluciones mixtas, que se clasifican en 3 categorías:

- Sistemas transversales, ámbito administrativo y clínico.
- Sistemas de desarrollo local, administrativo y clínico.
- Sistemas comerciales.

**1.1 Sistemas Transversales – Ámbito Administrativo:** SIGFE - Sistema de Recursos Humanos (SIRH) - Certificador Previsional FONASA - Sistema Ley del Lobby - Transparencia Activa.

### 1.2 Sistemas Transversales – Ámbito Clínico y Ámbito Administrativo

#### 1.2.1. ÁMBITO CLÍNICO

A continuación, se enuncian los principales procesos cubiertos por los sistemas declarados para la red asistencial del Servicio de Salud Ñuble. Estos son:



#### **a. Agenda**

El componente Agenda, permite apoyar la gestión de las horas profesionales destinadas a la atención abierta de pacientes. Los procesos cubiertos por este componente son:

Gestionar cartera de servicios; Gestionar pacientes (datos personales y demográficos); Gestionar profesionales (médicos y no médicos); Gestionar rendimientos por tipos de atención y profesional (consulta, control); Gestionar agendas (por tipo de profesional) y Gestionar citas.

#### **b. Admisión**

El componente de Admisión, facilita el proceso de ingreso de los pacientes a los diferentes servicios que presta cada uno de los establecimientos de la red de SSÑ, apoyando los siguientes procesos: Gestión de índice de pacientes: Gestión de citas; Recepción del paciente para el ingreso de atención.

#### **c. Atención**

Este componente, facilita el proceso de atención de los pacientes en los diferentes servicios que la red del SSÑ.

- **Atención ambulatoria de especialidad (OSIRIS):** proceso que tiene como objetivo brindar la atención de especialidad necesaria para el tratamiento de problemas de salud no abordables desde la APS. El acceso del paciente a este proceso y la cartera de prestaciones asociadas (presencial y por telemedicina) estará dado por la generación de una solicitud de interconsulta proveniente de APS, desde el mismo nivel de especialidad, del servicio de urgencia hospitalario o de otro establecimiento de la red.
- **Atención clínica de hospitalización (SGH):** proceso que tiene como objetivo brindar la atención necesaria por parte del personal médico, además de la atención, cuidados por parte del personal de enfermería (el aplicativo actualmente en uso no considera esta funcionalidad), y/o atención de profesionales no médicos según corresponda. Este proceso se relaciona con Admisión del Paciente Hospitalizado; Gestión de Camas; Registro de Prestación e Insumos; Alta Clínica y Alta Administrativa.
- **Atención de urgencia (DAU):** proceso que tiene como objetivo brindar el conjunto de actividades clínicas y administrativas que se llevan a cabo en la Unidad de Emergencia Hospitalaria. Esta atención de urgencia se relaciona con los procesos de: Admisión; Categorización; Atención; Gestión de alta clínica y administrativa.

#### **d. Referencia**

Proceso que permite gestionar solicitudes de interconsultas, sean estas desde la APS, otros establecimientos de la red o aquellas generadas internamente. Los procesos apoyados por este sistema son: Revisar Pertinencia Clínica; Agendar Cita.

#### **e. Gestión del Historial Clínico**

Permite gestionar la historia clínica de paciente en los ámbitos de atención abierta y cerrada, actualmente los sistemas que dan soporte a este proceso son: RAYEN, en APS; OSIRIS, Atención

Ambulatoria de Especialidades; SGH, Atención Cerrada – Hospitalización y DAU, Atención de Urgencia.

**f. Gestión de Camas**

El componente de Gestión de Camas, está orientado a la gestión de la Hospitalización de un paciente derivado, ya sea desde la Urgencia o por indicación médica, durante el proceso de atención de especialidad. Los procesos apoyados por este sistema son: Admitir al Paciente; Gestionar Cama.

**g. Gestión de Indicaciones Médicas**

Proceso que gestiona las actividades relacionadas con las solicitudes y posterior ejecución, de las indicaciones realizadas por el médico durante la atención del paciente; éstas pueden ser recetas médicas de fármacos y/o un estudio de laboratorio, imágenes, procedimientos de apoyo diagnóstico, entre otras.

**h. Gestión de Imagenología (RIS/PACS)**

Gestión de información que está orientado a la medicina radiológica, permite apoyar los procesos administrativos y clínicos desde el momento en que al paciente se le prescribe procedimiento de Imagenología hasta que se entrega el respectivo Informe, cubriendo así todos los procesos intermedios: Gestionar reserva de horas; Configurar equipo; Realizar estudio y Gestionar informes.

**i. Sistema de Laboratorio (LIS)**

Sistema de apoyo al laboratorio clínico, permite apoyar los procesos administrativos y clínicos de éste, desde el momento en que a un paciente se le prescribe un examen y hasta el momento en que el resultado de dicho examen es liberado por el Laboratorio. Los procesos apoyados son: Gestionar solicitudes; Gestionar toma de muestra; Configurar equipo; Gestionar resultados; Gestionar estadística.

**j. Banco de Sangre**

Admite gestionar todas las actividades que desarrolla el Banco de Sangre para tener un control de los componentes sanguíneos de acuerdo a estándares internacionales. Los procesos apoyados son: Administrar donantes y donaciones; Gestionar procesado de unidades; almacenamiento de unidades; Gestionar distribución de unidades; Gestionar transfusión a pacientes.

**k. Anotomía Patológica**

Proceso que permite gestionar la información relacionada con los estudios que se realizan en el servicio de anatomía patológica; cuenta con facilidades para apoyar los estudios propios de la unidad, generando los informes administrativos que dan soporte a la gestión de: Ingresar solicitudes; Procesar muestras; Gestionar almacenamiento de muestra; Elaborar informes médicos.

**l. Gestión de Farmacia**

Proceso que permite gestionar las actividades asociadas a la dispensación de fármacos de Atención Abierta y Atención Cerrada en los procesos de: Prescripción y Dispensación. En la particularidad de la prescripción, se dejan ingresados los talonarios de recetas física asociados a los prestadores individuales, lo cual permite llevar un control de la emisión de recetas.

### **m. Gestión de Pabellones**

Proceso que permite gestionar todas las actividades asociadas a la gestión del pabellón como soporte al proceso de procedimiento quirúrgico, incluida la tabla quirúrgica.

### **n. Gestión de Nutrición y Alimentación**

El objetivo principal de este proceso, es apoyar el control alimenticio y nutricional de los pacientes es post de reducir los tiempos de atención mejorando la efectividad del tratamiento. Permite gestionar a pacientes, llevar un historial clínico del paciente y sus hábitos alimenticios, evaluar su estado nutricional, realizar diagnóstico para elaborar un plan de dietas efectivo, generando información respecto a la evolución del paciente a lo largo de sus visitas médicas.

## **1.2.2. ÁMBITO ADMINISTRATIVO**

### **a. Recaudación**

Sistema que permite valorar y recaudar las prestaciones asociadas a un proceso de atención de un paciente, sea de atención abierta, cerrada o de urgencia. En el caso de la atención abierta, permite recaudar el copago de cada atención y en el caso de la atención cerrada y de urgencia, permite recaudar el copago de las prestaciones brindadas durante la atención. Los procesos cubiertos por el sistema son: Registrar Prestaciones; Mantener Aranceles; Gestionar Cuentas Corrientes de Atención; Valorar Cuentas Corrientes y Recaudar.

### **b. Abastecimiento**

Sistema de información que responde a las necesidades de la gestión de compras del establecimiento, para el seguimiento y análisis de las adquisiciones y su consumo. Asimismo, controla los aspectos relacionados con el manejo de la bodega: recepciones, envíos, transferencias, solicitudes de despacho, entre otros. Los procesos que están automatizados a través de este sistema son: Gestión de compras; Gestión de bodegas y Gestión de recepción.

## **1.2.3. EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS**

En la actualidad el SSÑ, mantiene en operación 74 Sistemas Informáticos, los que según su origen se clasifican en:

- Sistemas con origen Desarrollo Interno (HIS y ERP), los que suman 46.
- Sistemas Comerciales (HIS y ERP), los que suman 11.
- Sistemas Institucionales Transversales, los que suman 17.

En lo relacionado a los Sistemas Informáticos con Desarrollo Interno del SSÑ, señalar que el mayor riesgo que presentan, dice relación con la ausencia de documentación técnica actualizada de respaldo de los sistemas; además, frente a la ausencia de los profesionales desarrolladores de estos softwares, se genera discontinuidad operacional, respecto de los procesos apoyados, en caso de falla de éstos. Por otra parte, la Consultoría de la empresa ARZOBARR, en su Informe N°1 de la Fase Diagnóstico, estableció que, de los 46 sistemas informáticos desarrollados, 20 requieren ser cambiados o renovados, con el fin de conformar un HIS y otros absorbidos por el Sistema de Gestión Hospitalaria. Estos sistemas no interoperan con la APS (en este caso RAYEN), resultando imposible

conformar una historia clínica compartida en red y disminuir la fragmentación de los niveles de atención de la red asistencial. Además, 17 sistemas con desarrollo interno, necesitan salvar la brecha de integración con el ecosistema informático de la red y/o no interoperan en un 100% con los sistemas clínicos y administrativos. En resumen, el 80% de los desarrollos internos deben cambiarse y/o integrarse (los que tengan la factibilidad técnica y agreguen valor) para que permitan aportar como herramientas de apoyo al cumplimiento de los objetivos de la Red Asistencial.

En la actualidad, el Departamento Informático, otorga respuesta a medida que los usuarios solicitan las herramientas, pero no obedecen a una planificación estratégica ni a la priorización del nivel jerárquico superior de la organización. Este puede ser un punto relevante en el estado del arte de las TIC 's del SSÑ, cuyos desarrollos no están integrados y no dan respuesta a un enfoque de RISS.

## 2. Evaluación del Ecosistema y su Apoyo al Modelo de Interacción

Dado que el SSÑ está inserto en una estructura de gobierno, en la cual interactúa con otras instituciones, esta evaluación considera cómo el ecosistema informático de la institución, es capaz de responder al modelo de interacción de las Unidades de Negocio. Consecuente con ello, se observa que las TIC del SSÑ apoyan débilmente al Modelo de Interacción en el cual está inserto.

## 3. Situación Actual del Departamento TIC del Servicio de Salud Ñuble.

### 3.1 Organigrama

El SSÑ cuenta con un Departamento de Informática que tiene doble dependencia, debido a que jerárquicamente depende de la Subdirección de Recursos Físicos y Financieros de la Dirección del SSÑ, pero al estar ubicado en dependencias físicas el HCHM, técnicamente da respuesta a los requerimientos de la Dirección del HCHM y equipos usuarios. Se encuentra físicamente segregado por áreas, de modo que, el Soporte Informático tiene su oficina en la dirección del SSÑ; Desarrollo de Sistemas, se ubica en dependencias del HCHM y el área de Seguridad Informática, tiene sus dependencias físicas en el Edificio de Inversiones. No cuenta con referentes técnicos en toda la red dependiente del SSÑ, situación que dificulta dar el soporte oportuno a los usuarios de los sistemas informáticos, como también implantar herramientas y aplicativos. Lo mismo ocurre, a la hora de administrar recursos informáticos como PCs, impresoras, otros.

Es a través de este Departamento, que se entrega el soporte a la red de salud pública de Ñuble, cuya estructura organizacional se muestra en la figura siguiente:



Fuente: Organigrama del Depto. de Informática - Elaboración Propia, a partir del Organigrama publicado en el Sitio Web del SSÑ.

### 3.2 Conformación del Equipo de Trabajo de TIC

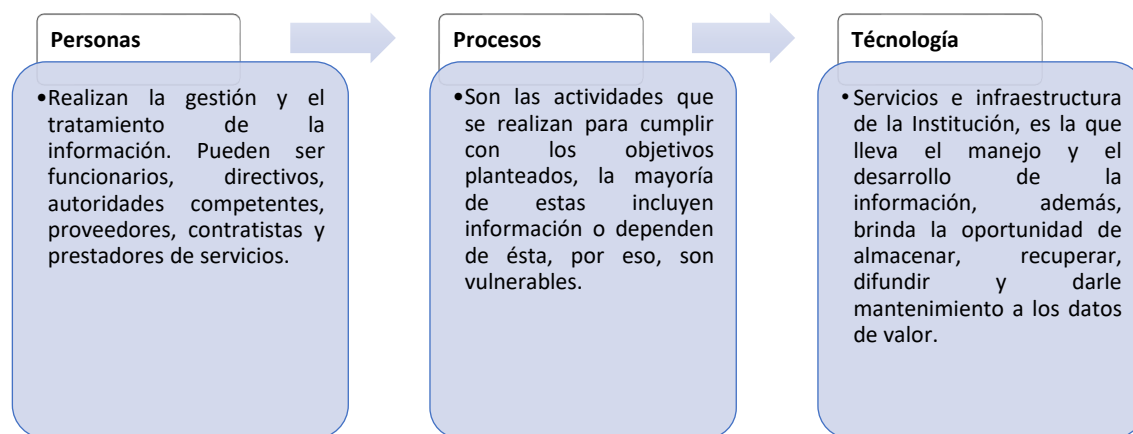
El Servicio lo brindan, en jornada completa, un staff de 20 profesionales, compuesto en su mayoría por Ingenieros y Técnicos liderados por una Jefatura, de profesión Ingeniero en Informática. Si bien, dentro de las funciones, se declara la existencia de un Administrador de Base de Datos (**DBA**), profesional que comparte este rol con el de desarrollador de software. De igual forma, no se identifica un rol de **jefe de Proyecto**, a pesar de que el Departamento TIC dedica grandes esfuerzos al desarrollo de software.

El Departamento de Informática, requiere segregar las funciones por áreas de especialidades y así otorgar respuesta a los requerimientos con mayor eficiencia, mejorando la percepción del cliente o usuario. Además, requiere reforzar los equipos de trabajo, para poder cumplir con las brechas detectadas en la Consultoría. Algunas áreas que se visibilizan para rediseñar el Departamento de TIC 's son: jefe del Departamento Informático - Analista Diseñador – Soporte - jefe de Proyectos – Desarrollador - Administrador de Plataforma - Encargado de Ciberseguridad.

## 4. Seguridad Informática

La seguridad de la información se define como un proceso integrado, que permite proteger la identificación y gestión de la información de los riesgos a los que ésta puede verse enfrentada. Es importante destacar, que el conjunto de activos de información del SSÑ, considera entre otros: documentos en papel, documentos digitales, bases de datos, sistemas y software de aplicación, personas, equipos informáticos, redes de transmisión de datos, enlaces de terceros, data-center, soportes de almacenamiento, y otros elementos de infraestructura que están sujetos a diferentes tipos de riesgos e inseguridades, tanto desde dentro de la propia Institución como fuera de ella.

MINSAL, promueve activamente la implementación de un **“Sistema de Seguridad de la Información”** que posibilite disminuir en forma significativa, el impacto de los riesgos a los que están sometidos los activos de información. Es en este contexto, que el Área de Seguridad Informática se propone gestionar la seguridad de la información, considerando tres elementos claves:



Fuente: Elementos Claves a considerar en un SGSI - Elaboración propia Encargado de Seguridad de la Información del SSÑ

El Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, se realiza a través de estrategias y acciones de mitigación para asegurar y mantener de manera confidencial los datos del SSÑ, con foco en *“lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante, con el objeto de asegurar continuidad operacional de los procesos y servicios, a través de un sistema de gestión de seguridad de la información”*.

El área encargada de la Seguridad de la Información, presenta un mediano estado de avance en la implementación del SGSI y da respuesta a una Política de Seguridad Informática; Manual de Seguridad, Procedimientos Definidos, realiza registros con evidencia documentada; tiene un Plan que lleva a la práctica para la concientización y educación de los funcionarios de la organización; capacidad de respuesta ante incidentes de seguridad; contraseñas robustas y diferenciadas por aplicación o servicio, entre otros aspectos de la NCh -ISO 27001, referida a *“Tecnología de la Información – Técnicas de Seguridad - Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información – Requisitos”*.

A su vez, presenta debilidades o brechas que atender, tales como; contar con referentes técnicos que extiendan la implementación de la Política de Seguridad Informática en toda la red asistencial (en todos sus niveles de complejidad) uso de criptografía o mecanismos de cifrado, uso y gestión de certificados digitales para el establecimiento de canales seguros. Existe un gran número de equipos informáticos que no están actualizados y obsoletos, debido a recursos insuficientes para su reposición (Servidores, PCs, Sistemas Operativos, Licencias, entre otros). No existe una Sala de Servidores que cumpla las normas técnicas ISO, entre otras brechas identificadas.

Es menester precisar que los servicios públicos están regulados por el *Decreto N°83 del 2004*, que aprueba la Norma Técnica para los Órganos de la Administración del Estado Sobre Seguridad y Confidencialidad de los Documentos Electrónicos y se complementa con la *NCh-ISO 27002*, referida a *“Tecnología de la Información, Códigos de Prácticas para la Gestión de la Seguridad de la Información”*. La citada Norma, contempla 114 controles, de los cuales los siguientes ámbitos o dominios, son los que conforman el *Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)*. A considerar:

Política de Seguridad, Organización de la Seguridad, Seguridad de Recursos Humanos, Administración de Activos, Control de Acceso, Criptografía, Seguridad Física y Ambiental, Seguridad de las Operaciones, Seguridad Comunicaciones, Seguridad en Sistemas, Relaciones con los Proveedores, Gestión de Incidentes, Administración de la Continuidad Comercial y Cumplimiento.

Es en base a estos puntos, que debe desarrollarse un Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) para la red.

El SSÑ cuenta con un repositorio de las políticas y procedimientos a considerar como referencia, las recomendaciones de buenas prácticas para establecer un SGSI, que la Consultora Arzobarr- Articlynx, menciona en su informe de Consultoría de Diagnóstico y Diseño de Arquitecturas de las TIC 's para la Red de Salud Nuble, en su apartado denominado: "*Seguridad de la Información*", de fecha 21 de febrero de 2022, Versión 1.0. Este informe señala que al establecer un SGSI se recomienda, a lo menos, considerar el desarrollo de los siguientes elementos: Definir un Manual de Seguridad; Definir Procedimientos; Definir Instrucciones Claras y Precisas; Realizar Registros de Evidencia y Respaldo.

Además, se puede indicar un conjunto de actividades recomendadas para la implementación de un SGSI, como son: Contar con el apoyo de la alta dirección, Establecer la metodología que se va a implementar, Definir el alcance del SGSI, Redactar una Política de Seguridad de la Información, Definir la Evaluación de Riesgos, Llevar a cabo la evaluación y el tratamiento de riesgos, Definir cómo se medirá la efectividad de los controles, Crear una cultura dentro de la organización, a través de programas de difusión, capacitación y concientización, Monitorear y medir el SGSI para verificar si es efectivo e Iniciar un proyecto de desarrollo de software para la automatización de los procesos de negocio en torno al SGSI.

Por otra parte, agrega valor atender las recomendaciones contenidas en el Informe **de Auditoría Interna 24/2022 de fecha 31.05.2022**, para el área de Seguridad de la Información, el cual formuló observaciones que tienen carácter de transversales a cada área del Departamento de Informática.

Por último, poner énfasis, en que resulta de vital importancia que se involucre a la Alta Dirección, para reforzar una estructura adecuada para la toma de decisiones en torno al SGSI, a través de la conformación de un Gobernanza interdisciplinaria y permanente.

## 5. Estado de las Comunicaciones

### 5.1. Conformación de la Red Minsal

Los avances en el área de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han permitido proveer de diversas herramientas que soportan los procesos de los establecimientos y a favorecer que los pacientes transiten por el sistema de salud, sabiendo que sus antecedentes clínicos, demográficos y personales, estarán disponibles en beneficio de la efectividad de su atención y tratamiento.

Durante la pandemia por SARS COV-2 miles de personas se han visto forzadas a realizar cuarentenas y aislamiento social, basados en el bien común y en la limitación de contagios, por lo que las TIC y en particular la telefonía celular, se han transformado en el principal medio por el cual personas, gobiernos e instituciones de salud trabajan, interactúan, comparten información, intercambian y generan conocimiento y se comunican. Entre las muchas oportunidades que estas herramientas presentan en el contexto actual, tenemos, por ejemplo: Acceso a datos e información confiable en tiempo real y a recomendaciones personalizadas sobre COVID-19; Telemedicina; Tele orientación (entrega información solicitada para resolver dudas en materia de salud); Teleasistencia (Tele monitoreo, tele seguimiento); Teleeducación (formación y aprendizaje); interacción social; teletrabajo.

El año 2005, se contrataron los servicios para la implementación y operación de una Red (privada virtual, VPN) de Comunicaciones Sectorial, la “Red Minsal”. Esta red dotó al SSÑ de una plataforma de telecomunicaciones (infraestructura, prestaciones básicas de telecomunicaciones y herramientas que les agreguen valor) que ha facilitado el desarrollo e implementación de nuevos mecanismos de gestión. Para responder a la necesidad antes señalada, la Red Minsal está conformada por los siguientes servicios de red:

- a) **Red de Comunicaciones para voz, datos e imágenes:** Telefonía Fija – FAX - Numeración 800 y 13x - Red LAN - Red WAN - Red Inalámbrica - Telefonía Celular - Banda Ancha Móvil (BAM) - Integración de Radiofrecuencia.
- b) **Seguridad y Contingencia de la Red de Comunicaciones**
- c) **Servicios Complementarios:** Videoconferencia - Correo Electrónico - Herramientas Generales para administración, medición, control y monitoreo - Mesa de Ayuda - Datacenter On-Demand - Call Center On-Demand.
- d) **Protocolos de red:** Los principales protocolos red incluidos son:
  - **DATOS:** TCP/IP (Transmisión Control Protocol / Internet Protocol) - ICMP (Internet Control Message Protocol - UDP (User Datagram Protocol) - ARP (Address Resolution Protocol) - HTTP (Hyper Text Transfer Protocol) - HTTPS (Hyper Text Transfer Protocol Security).  
En materia de interoperación de sistemas se incluye: HL7: Estándar de mensajería para datos clínicos - DICOM: Estándar de mensajería para Imágenes.
  - **CORREO:** SMTP (SimpleMail Transfer Protocol) - POP3 (Post Office Protocol Ver 3)
  - **TELEFONÍA IP Y VIDEOCONFERENCIA:** SIP (Protocolo de Inicio de Sesión) - H. 323 - H324 – H365 (Audio y Video) - RTP (Protocolo de Transporte en Tiempo Real) - RTCP (Protocolo de Control en Tiempo Real) - SRTP (Seguro de Transporte en Tiempo Real) - SDP (Protocolo de Descripción de Sesión).

## **5.2. Situación Actual de Conectividad en la Región de Ñuble**

El avance en materia de conectividad y nuevas tecnologías, se ha convertido en una necesidad para el desarrollo social y productivo en la Región de Ñuble. Contar con la infraestructura adecuada, permite acceder a prestaciones de salud, educación, trabajo a distancia, seguridad, fomento a la inversión, emprendimiento, innovación, desarrollo de productos y procesos, diversificación productiva, desarrollo del turismo, etc. Sin embargo, el acceso a las redes de comunicación en Chile,



y especialmente Ñuble, presenta grandes brechas digitales producto del desigual acceso a los beneficios generados, debido a la escasa cobertura de servicios de conectividad digital, acrecentándose en las zonas rurales.

Según datos de la Subtel, de junio 2018, Ñuble, tiene uno de los peores indicadores en la brecha digital. Por ejemplo, en internet residencial, el promedio país es de un 49%, y en Ñuble es de 28%; En telefonía fija, el promedio nacional es de un 55% y en Ñuble es un 28%. Por último, en televisión pagada, el promedio nacional es de un 59% y en Ñuble un 45%. Además, en la región, *hay 2 comunas de un total de 23 comunas del país, que se encuentran en situación crítica, por los bajos niveles de conectividad fija, siendo éstas: San Carlos y Chillán Viejo.*

Es revelador destacar, que la Red Asistencial del SSÑ, cuenta con un total de 55 Postas y 55 Estaciones Médico Rurales, de las cuales 16 Postas y las 55 EMR<sup>1</sup>, no cuentan con conectividad. Las Postas de Salud Rural de Ñuble que no tienen acceso a conectividad son se las comunas: El Carmen, Postas de Salud Rural Agua Santa, Capilla Sur, Castañal, Las Hormigas; Ñiquén, Postas de Salud Rural Belén, Zemita; Trehuaco, Boca del Itata; Cobquecura, Buchupureo, Colmuyao; Coelemu, Vegas del Itata, Guarilhue; Chillán Viejo, Rucapequén; Quillón, Liucura Alto, Chancal; Pemuco, General Cruz y Pinto, Ciruelito.

Es importante tener en consideración que el concepto de brecha digital, que según literatura más reciente, ha distinguido entre tres distintos tipos de brecha:

**Brechas de Acceso.** como su nombre señala, se refiere a la posesión o acceso de dispositivos que permitan la navegación y uso de la comunicación e información digital;

**Brechas de Habilidades y Usos.** aluden a los diferentes usos que las personas realizan con esos dispositivos y las habilidades con que cuentan para realizar estas actividades

**Brechas de Resultados.** indica las diferencias en los beneficios y oportunidades que genera el uso de estas tecnologías (Fuente CASEN 2017).

En este sentido, “la brecha digital es concebida como un fenómeno multidimensional, que incluye un conjunto complejo de brechas y que se debe a una variedad de factores, expresando y reforzando la estructura de desigualdad social existente”.

Son 3 los grupos más vulnerables, a la hora de acceder a servicios digitales:

- Personas con menores ingresos. Existe una correlación lineal entre menores niveles de ingresos y mayores grados de dificultad para el uso de los servicios digitales.
- Mujeres, comúnmente privilegian el trabajo sobre la educación.
- Personas con menores niveles educativos.

En síntesis, la mayor brecha digital en el uso de servicios digitales, *son mujeres*, de menor formación educacional e ingresos bajos.

Por lo tanto, de la situación actual, se desprenden las siguientes conclusiones, específicamente en el área de salud:

1. La conectividad es fundamental para el lograr el éxito, en especial si las personas, las familias y las comunidades en situación de vulnerabilidad, necesitan un mejor acceso a la atención de salud y que se reduzcan las inequidades. Por medio de las soluciones digitales, las instituciones relacionadas con la salud pueden ampliar las opciones.
2. Intensificar el uso de TIC para prestar servicios de salud, gestionar las prioridades en materia de salud pública y reducir las inequidades en torno a los determinantes sociales de la salud, requiere una óptima conectividad y banda ancha, para garantizar un flujo adecuado y sostenible de servicios, de manera de satisfacer las exigencias impuestas en el ámbito de la salud pública.
3. Las personas que más necesitan el sistema de salud, suelen ser quienes tienen menos acceso a él. En el ámbito de la salud digital, esto se amplifica, ya que la vulnerabilidad de la población con frecuencia está vinculada a la falta de conectividad.

## 6. Gobernanza

Es una buena práctica, considerar el desarrollo de una estructura adecuada para la toma de decisiones en torno a las TIC, a través de la conformación de grupos interdisciplinarios. Para su definición, es necesario el patrocinio y compromiso de la alta dirección del SSÑ, como también de los directivos de su red asistencial, muy especialmente, en los establecimientos de mayor complejidad.

El SSÑ, no dispone de una Estrategia de TIC´s que proyecte la hoja de ruta, acorde con los atributos claves que se requieren para el buen desempeño de este ámbito en la Red Asistencial. La toma de decisiones está desagregada, por la doble dependencia del Depto. de Informática, situación que dificulta seguir un plan acorde a las necesidades de la red en su conjunto y no solamente atender al establecimiento de mayor complejidad y a la DSSÑ.

La organización del Departamento Informático, no tiene la capacidad para responder a las necesidades actuales, donde el paradigma es tecnológico y las TIC 's son herramientas claves para resolver las necesidades de la población, donde el usuario, es un ciudadano empoderado que tiene el derecho social de exigir las prestaciones en forma oportuna y recibir información confiable, que esté disponible en el lugar y momento en que la persona demanda una atención sanitaria dentro del sistema de salud. El potencial de la información y comunicaciones en esta materia, no sólo son herramientas de apoyo al proceso de atención clínica, sino que también, una estrategia al logro de los objetivos sanitarios definidos por el MINSAL.

## DIMENSIÓN CARTERAS DE SERVICIOS

De acuerdo a lo establecido en el D.F.L. Núm. 1, del 23/09/2005, en su Art. 16, se crearon los Servicios de Salud, que entre sus funciones tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

En su Artículo, 17 del mismo DFL, se define la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, donde se establece que *“estará constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”*.

Así también, se establece que la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, se debe organizar con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos. Estos establecimientos con los recursos físicos y humanos que dispongan, deben prestar atención de salud programada y de urgencia, además, de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

Por otra parte, en el art. 20, se establece que cada Servicio estará a cargo de un Director seleccionado, designado y evaluado, conforme a la ley N° 19.882, a quien le corresponde el desempeño de sus funciones: *“Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como, asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio. Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red”*.

En este contexto, se entiende que, en los establecimientos, las prestaciones de salud que entregan son definidos por el Director del Servicio de Salud correspondiente, quien los define de acuerdo con las necesidades de la población a cargo. Dicho de otra manera, no es el hospital quien determina su cartera de servicio, lo que explica que no sea un organismo autónomo.

La Cartera de Servicios Hospitalaria, corresponde a los servicios que como Hospital se proveen, a usuarios finales, los cuales provienen de una cadena de procesos. La cartera de servicios identifica los servicios del establecimiento, de acuerdo al modelo de atención adoptado y definido, para dar respuesta a la demanda de los usuarios, de acuerdo a lo establecido por el gestor de red. La definición de la cartera de servicios, caracteriza al establecimiento y refleja su misión. En consecuencia, la cartera de servicios del establecimiento, está conformada sólo por los servicios específicos provistos por los procesos clínicos y de apoyo clínico.

La cartera de servicios tiene como principales objetivos:

1. Definir la oferta de la red asistencial.

2. Caracterizar el quehacer del establecimiento como oferente de la red asistencial.
3. Mostrar los distintos servicios específicos que el establecimiento produce a partir de su cadena de procesos.

A continuación, se presentarán los aspectos más relevantes a considerar en las carteras de servicios de todos los establecimientos de la Red Asistencial de Ñuble.

### Hospital Clínico Herminda Martin

La cartera del HCHM, es la de especialidades médicas, quirúrgicas y de apoyo clínico y diagnóstico, de mayor complejidad de la red de Ñuble y es la de referencia para todos los establecimientos de la red. Está integrada por prestaciones de baja, mediana y alta complejidad. Las prestaciones de baja complejidad, están orientadas a un área de geográfica donde no existen hospitales que ofrezcan prestaciones de este tipo, como son Coihueco, Pinto, Portezuelo, Chillán y Chillán Viejo.

Sus usuarios finales, son adultos, niños y neonatos, tanto para el área de atención cerrada (incluye camas críticas), abierta, quirúrgica y de urgencia.

El nivel de resolutivez de la cartera de servicios está limitada en algunas especialidades como Cardiología y Oncología; por lo cual esta cartera se complementa con prestaciones realizadas en la macrored (HGGB, Hospital las Higueras y otros centros de referencia en Santiago). Esta limitación se debe a un bajo número de médicos especialistas, otros profesionales de apoyo, infraestructura y equipamiento disponibles en Ñuble.

A nivel de la Red Nacional de Procuramiento de Órganos, la cartera de servicios, incorpora acciones en este ámbito y es la única en la red de Ñuble.

#### **Atención ambulatoria**

La cartera de servicios del área ambulatoria, está formada por prestaciones de controles, consultas y procedimientos de diversas complejidades de especialidades médicas y odontológicas, como Oftalmología, Neurocirugía, Hematología, Ginecobstetricia, Traumatología, Urología, Neurología Otorrinolaringología, Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, Cardiología, Dermatología, Inmunología y Gastroenterología.

En el ámbito de la Salud Bucal: Rehabilitación Oral, Endodoncia, Odontopediatría, Ortodoncia, Cirugía Máxilo Facial y Periodoncia. Junto a estas prestaciones, se entregan procedimientos de Enfermería, Cirugía Menor, Matronería, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología. Además, consultas de otros profesionales, tales como, Psicólogos y Trabajadores Sociales.

La Cartera de Servicio, también contempla la entrega de prestaciones bajo la modalidad de telemedicina, ya sea de forma sincrónica o asincrónica para la atención de usuarios en CESFAM y HCSF de la red.

#### **Atención Cerrada**

Contempla la hospitalización de usuarios infantiles, neonatos y adultos en cama de baja, mediana y alta complejidad. En donde el porcentaje de camas de baja complejidad, supera el 70% del total de camas, no cumpliendo con la norma N°150, la cual refiere que el porcentaje de camas básicas no debe superar el 30% de su dotación de camas.

Incorpora prestaciones en el ámbito de Hospitalización Domiciliaria, de acuerdo protocolos de atención y complementándose con la atención intrahospitalaria.

Las camas críticas son médicas quirúrgicas para adultos, como también se cuenta con camas críticas pediátricas y neonatales.

La cartera de servicios del HCHM, es única en la red en: Psiquiatría Adultos, Neurología, Cardiología, Oncología, Cama Crítica Infantil y Neonatal.

### **Atención Quirúrgica**

La Cartera Quirúrgica, está conformada por prestaciones de Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Electiva y Cirugía de Urgencia de Baja Complejidad, predominando las de mediana y alta complejidad como neurocirugía y cirugía gástrica, entre otras.

La Cartera de Servicios Quirúrgica, está limitada debido a la dotación mínima de profesionales médicos, especialistas y equipamiento con los que se dispone. Por lo tanto, hay un gran número de patologías quirúrgicas que no son resueltas y que deben ser derivadas a establecimientos de la Macrored, o bien, comprar servicios a prestadores privados. Esto se expresa en un alto volumen de pacientes en Lista de Espera Quirúrgica y tiempos de respuesta superiores a los promedios nacionales.

### **Atención de Urgencia**

Las prestaciones de atención de urgencia, están dirigidas a usuarios infantiles, adultos y mujeres. Resuelve pacientes clasificados según gravedad, de acuerdo a ESI de 1 a 5. La Cartera tiene atención de urgencia en especialidades de Pediatría, Neurocirugía, Cardiología, Neurocirugía, Anestesiología, Cirugía Infantil, Cirugía Máxilo Facial, Medicina de Urgencia, Neurología, Odontología, Oftalmología, Psiquiatría Adultos, Psiquiatría Infantil, Traumatología, Gineco Obstetricia, por lo cual, se constituye como la única referencia de los demás establecimientos de la Red.

En el ámbito de emergencia quirúrgica, es referencia regional, dado que es el único establecimiento que tiene una cartera de servicios quirúrgicas de urgencia las 24 horas.

La cartera de servicios de emergencia cardiológica, es limitada, ya que sólo resuelve el abordaje inicial del Infarto Agudo al Miocardio (trombolisis), y una vez que el usuario se encuentra estabilizado, es derivado al Hospital La Higuerras de Talcahuano.

También en esta Unidad, su cartera resuelve el trauma grave, estabiliza al gran quemado y aborda el Ataque Cerebro Vascular (trombolisis). En el ámbito de la Salud Oral, es la única oferta con prestaciones de urgencia disponible las 24 horas.

### **Servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico**

Esta cartera de servicios contempla prestaciones de Servicios Farmacológicos, Imagenología (radiografía convencional, intervencional, ecografía, mamografía y scanner), Endoscopía (Alta y Baja), Anatomía Patológica (incluye biopsia intraoperatoria), Medicina Transfusional (centro recolector, dispensador y procedimientos transfusionales), Laboratorio Clínico (Química, Hematológico Bacteriología, Parasitología, Inmunofluorescencia e Inmunología), Medicina Física y Rehabilitación y Diálisis.

Las prestaciones de alta complejidad que considera esta Cartera, sólo se prestan en el HCHM, las que incluyen, distribución de componentes sanguíneos, anatomía patológica, medicina física y

rehabilitación, con consultas y controles de Médico Fisiatra; Diálisis (peritoneo diálisis, diálisis aguda, casos especiales), endoscopia colangiopancreatografía retrógrada (ERCP), PCR (polimerasa), lo cual concentra la atención a usuarios en la comuna de Chillán, dificultando el acceso de los usuarios que habitan en áreas rurales de la región.

En el ámbito de la cartera de servicios de Laboratorio Clínico, es referente para toda la red, dado que funciona en régimen 24/7 los 365 días del año, como centro derivador de muestras. Esta cartera se complementa con compras de servicios a prestadores privados, para resolver exámenes de marcadores tumorales, estudio de papanicolau, entre otras necesidades.

### **Hospital de San Carlos**

El Hospital de San Carlos Dr. Benicio Arzola Medina, en los últimos 5 años ha experimentado un desarrollo en su cartera de servicios, impulsado por la incorporación de nuevos procedimientos de diferentes especialidades, la que fue posible por la incorporación de nuevos especialistas, captados de acuerdo al interés propio de los profesionales (retorno del programa de formación de especialistas) y otros sin concordancia con los requerimientos de la demanda.

Este desarrollo, evidencia un aumento de su complejidad, por lo que, desde el punto de vista de las prestaciones, se encuentra en un proceso de transición de un hospital de mediana a uno de alta complejidad, entendiéndose que cumple requisitos de la Norma N°150. El tránsito hacia un Hospital de Alta Complejidad, no obedece a un Plan Estratégico, ya que cumple solamente con algunos requerimientos de la norma para llegar a esta categoría.

La cartera de servicios del HSC, está comprendida por los 4 macroprocesos, con un proceso transversal de Servicios de Apoyo Clínico Diagnóstico Terapéutico y está destinada a usuarios adulto e infantil.

#### **Atención Abierta**

Comprende la atención de consultas, controles y procedimientos de baja y mediana complejidad, abordando las especialidades de Medicina General, Oftalmología, Ginecología, Pediatría, Dermatología, Neurología, Odontología y apoyo de otros profesionales de la Salud.

#### **Atención Cerrada**

Comprende la atención de hospitalización en camas de baja y mediana complejidad, para adultos, infantil y camas de alta complejidad para usuarios adultos.

Se cuenta con las siguientes especialidades: Medicina General, Ginecología, Pediatría, Oftalmología, Traumatología. Además, se desarrolla la Gestión del Cuidado. Para esta atención, se realizan diversos tipos de procedimientos de baja, mediana y alta complejidad, complementando su atención para alta complejidad, con derivación al HCHM, en caso de requerirse.

Respecto a las camas críticas, antes de la Pandemia COVID, sólo mantenía camas de Nivel Intermedio y la incorporación de camas críticas, obedeció a la demanda pandémica. Estas camas no cuentan con el apoyo de otras áreas, en el sentido de la alta complejidad, como, por ejemplo, Pabellones 24 horas, Imagenología Intervencional, Medicina Transfusional, como también una planta física adecuada, recurso humano y equipamiento clínico propio de una unidad de este tipo.

En situación de mayor gravedad y requerimiento de otros apoyos, el usuario debe ser trasladado al HCHM, en todo horario.

### **Atención Quirúrgica**

Esta cartera de servicios cuenta con procedimientos de CMA, cirugía electiva y de urgencia en horario hábil, sólo para usuarios adultos. Esto se genera por un déficit de dotación de especialistas anesthesiólogos y cirujanos. Cuenta con procedimientos quirúrgicos en las áreas de Oftalmología, Ginecoobstetricia, Cirugía General, Otorrino, destacando los procedimientos quirúrgicos traumatológicos.

### **Atención de Urgencia**

Centro de derivación de la microred de la provincia de Punilla y Secano Costero de la provincia de Itata. Atiende pacientes clasificados con riesgo vital de ESI 5 a 1, resolviendo la gran mayoría de los casos (incluido Trombolisis, ACV e IAM), los cuales posteriormente son trasladados al HCHM y macrored. Resuelve atención de usuarios adultos, niños y mujeres (ginecoobstetricia), con atención de usuarios en el Reanimador (ESI1) y parto integral.

### **Servicios de Apoyo Clínico**

Cuenta con servicios de apoyo clínico de Mediana Complejidad, como Farmacia, Imagenología Convencional, Tomografía Axial Computarizada y Ecografía; además de Laboratorio Clínico y Rehabilitación.

## **Hospitales Comunitarios De Salud Familiar**

La cartera de servicios de los HCSF, obedece a la estrategia de APS de las comunas donde están instalados: Quirihue, Coelemu, Bulnes, el Carmen y Yungay. Por otro lado, deben dar respuesta a la atención cerrada y de urgencia de sus respectivas microrredes.

### **Atención abierta, Estrategia (APS)**

Los HCSF, tienen en su cartera de servicios todas las prestaciones de la canasta de prestaciones del Modelo Atención Integral de Salud (MAIS); desarrollan las actividades de los programas a lo largo del ciclo vital. Para ello, tienen su población distribuida por sectores y disponen de equipos clínicos insuficientes para una atención sectorizada, de acuerdo al modelo de salud familiar. Por lo tanto, esta cartera aborda los programas de infantil, adolescente, mujer, cardiovascular, adulto, adulto mayor, programa odontológico y la atención de patologías GES con garantías explícitas, en la complejidad que les corresponde.

Cuentan con consulta de especialidades de baja complejidad. Pediatría (sólo en HCSF de Bulnes), acciones de Interconsultores de Psiquiatría, Oftalmología a través de las UAPO, y en forma remota, presentación de pacientes a diversas especialidades en coordinación con el HSC y HCHM.

Estos establecimientos, en modelos multicéntricos, desarrollan especialidades odontológicas (rehabilitación oral, ortodoncia, endodoncia) y en algunos establecimientos como en el caso de los HCSF de Bulnes y Coelemu, cirugía bucal y periodoncia.

### **Atención Cerrada**

La cartera de servicios de hospitalización responde a camas de baja complejidad en los servicios de Médico Quirúrgico (adultos), Pediatría y Ginecoobstetricia, con desigual número de recurso camas entre los HCSF.

Estos servicios tienen como función prestar una atención multidisciplinaria e integral a todos los pacientes que se hospitalizan con patologías de baja complejidad, de acuerdo al nivel de resolución

del establecimiento, ya sea por causa médica o quirúrgica. Estos últimos, por traslado desde establecimientos de mayor complejidad en pacientes ya resueltos.

### **Atención de Urgencia**

La cartera de servicios del ámbito de urgencia de estos establecimientos, tienen como función recepcionar, evaluar de acuerdo a clasificación de riesgo vital y estabilizar a pacientes con problemas de salud grave y determinar si éste será hospitalizado, trasladado a otro establecimiento según complejidad o devuelto a su establecimiento de origen o domicilio.

La cartera de servicios, aborda pacientes infantiles - adultos en consulta, hospitalización abreviada y en ginecobstetricia, consultas y atención integral del Parto Normal Inminente (según Norma N°150 del MINSAL), manejo del dolor en el trabajo de parto (Analgesia inhalatoria con óxido nitroso por garantía GES) y consecuentemente, atención inmediata del recién nacido, fomento del apego, lactancia materna precoz, administración de vacuna BCG, vitamina K, profilaxis ocular y de cordón umbilical.

### **Servicios de Apoyo Clínico Diagnóstico y Terapéutico**

Estos establecimientos cuentan con: laboratorio clínico, imágenes, unidades de farmacia y de rehabilitación, prestaciones que facilitan la resolutivez de atención médica de baja complejidad, tanto en la atención abierta, de urgencia y cerrada, en horario hábil y extendido.

Los laboratorios clínicos realizan prestaciones de cartera básica de APS, para lo cual cuentan con tomas de muestra. Para pacientes de atención cerrada, realizan prestaciones de transfusión de glóbulos rojos y coordinan la atención del Policlínico de TACO.

En forma especial, el Laboratorio Clínico del HCSF de Bulnes, cuenta con cartera de servicios en el ámbito de Bacteriología, realizando exámenes de urocultivo, cultivo corriente y de flujo vaginal.

En el área de imagenología, la cartera de servicios está conformadas por procedimientos de imagenología convencional, ecografías obstétricas, ligadas al control de cada trimestre del embarazo. En el HCSF de Bulnes se realiza, además, la prestación de Mamografía. La cartera de servicios de imagenología se entrega a los usuarios en horario diurno extendido.

La cartera de Farmacia, se desarrollan en el ámbito de la dispensación de medicamentos, despacho y seguimiento farmacoterapéutico de todos los programas y servicios clínicos de los establecimientos.

La cartera de Endoscopia Digestiva alta para pacientes adultos, sólo se entrega en el HCFF de Bulnes, siendo la red de derivación de la población del sector sur de la provincia de Diguillín.

La cartera de Rehabilitación motora que se entrega en estos establecimientos, es de baja complejidad y es realizada por profesionales Kinesiólogos y Fonoaudiólogos. En el HCSF de Bulnes, a esta cartera se adicionó el profesional Terapeuta Ocupacional.

Los HCSF de Bulnes, El Carmen y Coelemu, integran a su cartera de servicios prestaciones de la estrategia UAPO (Unidad de Atención Primaria Oftalmológica), en convenio con las Municipalidades respectivas.



## CESFAM Violeta Parra

La cartera de servicios del CESFAM Violeta Parra (único CESFAM dependiente del SSÑ) dispone de todas las prestaciones de la canasta del Modelo Atención Integral de salud (MAIS), desarrollando actividades de los programas incorporados a lo largo del ciclo vital.

Para esto, tiene su población distribuida por sectores y equipos clínicos, los cuales son insuficientes para una atención sectorizada, de acuerdo al modelo a cumplir (población inscrita cercana a 60.000 habitantes). Por lo tanto, esta cartera aborda los programas: Infantil, adolescente, mujer, cardiovascular, adulto, adulto mayor, programa odontológico y la atención de patologías con garantías explícitas, en la complejidad que le corresponde. Junto con esto, también realiza actividades de prevención y promoción de la salud al interior del establecimiento.

Esta cartera, incorpora prestaciones de especialidades en el ámbito odontológico, ginecobstetricia y pediatría, siendo el CESFAM de la Región con mayor resolutivez.

Tiene prestaciones derivadas de la instalación de un Servicio de Urgencia de Alta Resolutivez (SAR), relacionadas con atención médica de urgencia de mediana y baja complejidad con servicios de apoyo clínico de laboratorio e imágenes convencionales. Esta cartera está dispuesta para usuarios adultos e infantil pertenecientes a la comuna de Chillán. Cuando esta cartera se ve sobrepasada en su complejidad los usuarios son derivados a la unidad de emergencia del HCHM.

## Establecimiento Atención Primaria de Salud Municipal en Red.

Esta cartera de servicios adicional, complementa y apoya la resolutivez la canasta de prestaciones MAIS de la atención en establecimientos de APS.

La cartera de servicios de APS, contenida en el Plan de Salud Familiar y Comunitario, responde a las orientaciones técnicas y programáticas ministeriales. Se desarrolla en los diferentes establecimientos de la red primaria de atención de la región. Esta cartera está compuesta por 96 actividades distribuidas a lo largo del ciclo vital y, con ocasión del GES, algunas prestaciones cuentan con garantías explícitas en salud.

En la búsqueda de alcanzar mayor capacidad resolutivez y mejorar acceso y oportunidad a la atención sanitaria, teniendo en cuenta la realidad territorial con largas distancias y caminos en regular estado como Servicio de Salud, se ha desarrollado una Estrategia Regional de Cartera de Baja Complejidad, de variadas prestaciones, especialmente, en los ámbitos de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como de salud mental y rehabilitación. Algunos ejemplos de prestaciones incorporadas en esta canasta son: mamografías en el CESFAM los Volcanes y Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes; atención farmacéutica en la totalidad de los CESFAM; COSAM municipal en la comuna de Chillán para las consultas por demencia, trastorno de la personalidad, entre otras problemáticas y unidades de rehabilitación motora y respiratoria en establecimientos de atención primaria.

Toda esta cartera de baja complejidad, complementaria, se enmarca en el desarrollo de un modelo multicéntrico de prestaciones de redes específicas con distribución territorial que busca mejorar el acceso y la oportunidad de la atención a los usuarios de acuerdo a su residencia.

La cartera de servicios del CESFAM Michelle Bachelet de la comuna de Chillán Viejo, tiene prestaciones derivadas de la instalación del SAR, relacionadas con atención médica de urgencia de mediana y baja complejidad, con servicios de apoyo clínico de laboratorio e imágenes convencionales. Esta cartera,

está dispuesta para usuarios adultos e infantil pertenecientes a la comuna de Chillán Viejo. Cuando esta cartera se ve sobrepasada en su complejidad, los usuarios son derivados a la Unidad de Emergencia del HCHM.

### Dispositivos de Salud Mental en Red.

La cartera de prestaciones de dispositivos de la red temática de Salud Mental, contempla una red de baja, mediana y alta complejidad; estas última instaladas en la cartera del HCHM, mientras que el resto de los dispositivos de esta red, están distribuidos en establecimientos ambulatorios en las provincias de Diguillín y Punilla, cumpliendo con el modelo de atención ambulatorio y comunitario. Está implementada en Hospitales de Día, COSAM; Residencias, Hogares Protegidos y Centro de Tratamiento Residencial.

Esta cartera de servicios, aunque está disponible para toda la red asistencial, no es accesible debido a las grandes distancias a recorrer para recibir una prestación, tampoco existe factibilidad de conectividad en todos sectores de la región, lo que incide negativamente en la oportunidad de la atención.

### Atención Prehospitalaria

La cartera de servicios de la Atención Prehospitalaria, incorpora las prestaciones de rescate primario y secundario, ejecutadas por móviles básicos y avanzados. Esta cartera, se despliega en bases SAMU implementadas en las comunas de: Chillán, San Carlos, Coelemu, Quirihue, Yungay y El Carmen; el Centro Regulador, se encuentra en dependencias del HCHM.

Las prestaciones de Regulación Médica, se efectúan desde el Centro Regulador y Atención al Paciente Domiciliario vía telefónica.

### Resumen Cartera

En la dimensión de cartera de servicios, se evidencia que las prestaciones que la componen, no están definidas de forma estratégica y territorial, considerando las características demográficas geográficas y epidemiológicas de los usuarios.

La cartera de servicios de especialidades médicas, está concentrada en las grandes comunas de la Región de Ñuble (Chillán y San Carlos), dificultando el acceso de los habitantes de comunas rurales y lejanas.

En algunos establecimientos, se han implementado prestaciones complejas que obedecen a un requerimiento específico y urgente, sin disponer de los recursos y elementos necesarios para el óptimo desarrollo de cada etapa y subprocesos relacionados al producto final, lo que podría provocar situaciones de falta de seguridad y calidad de la atención.

Las prestaciones de las carteras de servicios de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), no han sido definidas en su totalidad por el Gestor de Redes, sino que es el resultado de la incorporación espontánea de los profesionales especialistas o por definiciones ministeriales del programa de retorno, no obedeciendo a un plan estratégico de implementación de carteras según las características epidemiológicas de la población.

Las prestaciones ligadas a la cartera de Atención Primaria de Salud Familiar respecto al Modelo se concentran en actividades intramurales en desmedro de las actividades de promoción y prevención de la salud y la participación comunitaria.