

Proceso de Diseño de la Red Asistencial Servicio de Salud Ñuble

Informe Conclusiones Diagnósticas

Ministerio de Salud

Junio 2022

Contenido

Introducción	4
Organización para la definición de las conclusiones diagnósticas	5
Participantes Jornada Diseño de la Red Asistencial	6
Componente Cuantitativo de la Conclusión Diagnóstica	8
Análisis de la caracterización del área de influencia.....	8
Características sociodemográficas:	8
Distribución urbano rural:.....	9
Pobreza:.....	9
Vivienda:.....	9
Conectividad digital:.....	9
Educación:	10
Situación de Salud:	10
Demanda explícita.....	10
Tasa de consultas y otras atenciones profesionales médicos/as por cada 1000 habitantes.....	11
Tasa de consultas y otras atenciones profesionales no médicos/as por cada 1000 habitantes.....	11
Tasa de Atención de Salud Odontológica en APS y especialidades por cada 1000 habitantes.	11
Actividades de atención en especialidades odontológicas.	12
Tasa de atención de urgencia en SAPU y SAR por cada 1000 habitantes.	12
Tasa de atención de urgencia en UEH de alta y mediana complejidad por cada 1000 habitantes.	12
Número de egresos hospitalarios.	13
Número de egresos por fallecimiento.....	13
Demanda no explícita.....	13
Establecimiento(s) con mayor lista de espera por consulta nueva de especialidad, quirúrgica y odontológica.....	13
Establecimiento(s) con mayor ingreso a lista de espera por consulta nueva de especialidad, quirúrgica y odontológica.....	15
Lista de espera según promedio de días de espera, mediana y percentil 10 y 90.....	16
Número de Garantías retrasadas al período evaluado.	17
Oferta	18
Número de médicos/as por cada 1000 personas.	18
Número de habitantes por médicos/as.	18
Número de quirófanos habilitados y en trabajo.	18
Número y proporción de camas UCI y UTI.....	19

Componente Cualitativo de la Conclusión Diagnóstica	19
Proceso de Atención Abierta y Gestión de la Demanda	19
Proceso de Atención Cerrada	21
Proceso Quirúrgico.....	23
Proceso de Urgencia.....	24
Atención primaria en salud	27
Telemedicina	29
Servicios de Apoyo clínico diagnóstico y terapéuticos.....	30
Red de Salud Mental	31
Red de Rehabilitación.....	32
Red de cardiología.....	33
Red odontológica	34
Red Oncológica.....	34
Hospital Clínico Herminda Martin (HCHM)	36
Recursos humanos para la salud universal	37
Tecnologías de la Información y Comunicaciones	40
Resumen Conclusiones Finales.	43

Introducción

La región de Ñuble presenta la tasa más alta de ruralidad en el país, con un 30,6% de la población. Esto se traduce en un alto número de personas con necesidades básicas insatisfechas, entre las cuales se encuentra el acceso a servicios públicos como la conectividad, la energía, el agua potable y alcantarillado. Esto trae como consecuencia directa el aumento de la demanda de servicios de salud. Es necesario tener presente que esta es la región con mayor proporción de adultos mayores y clasifica dentro de las 4 con menor proporción de menores de 14 años. De sus 21 comunas, 20 se encuentran por sobre el nivel nacional de los índices de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional, destacándose las comunas de la provincia de Itata con los peores índices nacionales.

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, 3 Hospitales Comunitarios de Salud Familiar y 38 establecimientos de Atención Primaria de Salud. Es la única provincia 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 cual genera congestión en la atención en el 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 al Hospital de Chillán, aun cuando esta comuna forma parte de la provincia de Punilla, esto por la falta de conectividad vial desde Coihueco a San Carlos. Las otras dos provincias, Itata y Punilla, se encuentran en desventaja, respecto de establecimientos disponibles para la atención.

En este acápite fueron incorporados todos los aspectos relevantes sobre la red asistencial de Ñuble, su estructura, recursos humanos, físicos y de conectividad. También se describieron los resultados de salud de la población, las demandas de salud prioritarias, en relación a las listas de espera en consultas médicas, odontológicas e intervenciones quirúrgicas, que la población demanda y espera sean sus problemas resueltos con oportunidad. Así también se evidencia que el modelo actual de salud, dificulta el uso eficiente de los recursos y el acceso a las prestaciones especializadas más cerca al lugar donde habitan las familias de Ñuble.

En el Componente Cuantitativo se consideró principalmente la información oficial, obtenida de los REM, Encuesta CASEN 2017/2020, Censo 2017, SIGTE, entre otros, lo que permitió un análisis participativo del diagnóstico del Diseño de la Red Asistencial, como así la caracterización del área de influencia, la demanda explícita y no explícita, el análisis de Indicadores de Gestión de la Red Asistencial, el rendimiento de los recursos humanos disponibles en la red.

En el Componente Cualitativo se presentan las brechas de atención, las causas que provocan los quiebres de la red que impiden la continuidad de la atención.

Con la información obtenida en este trabajo, se podrá avanzar en las propuestas de mejora para definir una red asistencial regional integrada, centrada en el usuario, eficiente en el uso de recursos, complementada con el intersector y que fomente la participación activa de la comunidad.

Organización para la definición de las conclusiones diagnósticas

El equipo de Diseño de la Red Asistencial de Ñuble, planificó para el mes de junio y julio de 2022, realizar Jornadas de Trabajo por proceso y redes temáticas. Se efectuaron 17 talleres, con la participación del referente de cada área, quien a su vez convocó a los actores claves de su red. Se contó con la colaboración de 121 participante, de los cuales 12 se integraron en más de un taller, esto, según la necesidad técnica del área específica a tratar.

Las temáticas trabajadas en los talleres fueron; Salud Mental, Unidad de Rehabilitación, Odontología, Gestión de Demanda, Servicio de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico, Servicios Farmacéuticos en Red, Tecnología Informática y Comunicación; Telemedicina, Hospitalización en Red, Atención Primaria de Salud, Atención Abierta, Red de Urgencia, Cardiología, Recursos Humanos, Red de Oncología y Hospital Regional de Ñuble.

Cada taller se realizó en jornadas de medio día, con una pauta de desarrollo que contuvo los siguientes puntos: Introducción y Caracterización del Área de Influencia, poniendo en contexto la región de ñuble, como es la distribución de su población, situación de vivienda, nivel de pobreza, educación, indicadores de Salud, entre otros aspectos.

Se presentó el Modelo de Gestión del Hospital Regional de Ñuble, con los 4 pilares que le conforman. En las mayorías de las jornadas se trabajaron 2 talleres. En el primer taller se Identificaron las brechas de la Red Asistencial de Ñuble, respondiendo preguntas de los 14 atributos de las RISS, instancia en que se generaron las primeras impresiones diagnósticas relativas al conocimiento, acceso, necesidad, promoción prevención, eficiencia, gobernanza, participación, integración, RRHH, sistema de financiamiento, TIC, etc. De nuestra red y sus usuarios.

En el segundo taller, se trabajó en base a una pauta, donde los participantes desarrollaron el ámbito de modelo de gestión, estructura de la red, equipos y equipamientos, RRHH, carteras de servicios, tecnologías de la información y comunicaciones, identificando oportunidades de mejora en el corto, mediano y largo plazo y entregando luces hacia dónde, cómo y cuándo debemos enfocar nuestros esfuerzos.

Participantes Jornada Diseño de la Red Asistencial

N°	Nombre	Cargo
1.	Claudia Quezada Nitor	Jefa Depto. Salud Mental. Dirección SSÑ
2.	Daniel Navarrete Bustamante	Jefe Servicio de Psiquiatría. HCHM
3.	Nicol Navarrete Riquelme	Psicóloga Asesora. Dirección SSÑ
4.	Jorge Fierro Pornquist	Coordinador Psiquiatría Infanto Adolescente, HCHM
5.	Fernando Igor Moraga	Terapeuta Ocupacional, Depto. Salud Mental. DSSÑ
6.	Andrea Muñoz Parra	Kinesióloga Unidad Rehabilitación Física y Respiratoria, DAP - SSÑ
7.	Claudia Pinto Quintana	Jefa Rehabilitación. Hospital de San Carlos
8.	Diego Olivares González	Fonoaudiólogo. HCSF de Bulnes
9.	Marcelo Pérez Gaete	Jefe Unidad Medicina Física y Rehabilitación - HCHM
10.	Lorena Venegas Vera	Terapeuta Ocupacional CESFAM Isabel Riquelme
11.	María José Guzmán	Kinesióloga CESFAM San Ramón Nonato
12.	Fernando Aravena Robles	Jefe Programa Odontológico. DSSÑ
13.	Alejandra Molina Ortiz	Jefe Unidad Especialidades Odontológicas - HCHM
14.	Patricia Mardones Uribe	Directora CESFAM Pinto, Odontóloga, jefa de programa odontología.
15.	Ana Caamaño Caamaño	Odontóloga, jefa de Programa Odontología CESFAM Michelle Bachelet
16.	Diego Muñoz Pickering	Asesor Odontológico - Sección Territorial Punilla - DSSÑ
17.	Camila Vásquez Orrego	jefa Territorial Itata/DAP - DSSÑ
18.	Andrea Hernández Sánchez	jefa Sección de Procesos y Gestión Garantías Explícitas en Salud - DSSÑ
19.	Ester Venegas Ortiz	jefa Sección Gestión de la Demanda - DSSÑ
20.	Pamela Utreras Salgado	Tecnólogo Médico UAPO y Salud Digital - DSSÑ
21.	Alejandra Barrenechea B.	Enfermera Asesora GES - DSSÑ
22.	Daniela León Peña	Profesional Asesora, SATyD - DSSÑ
23.	Román Cárcamo Velásquez	Tecnólogo Médico Supervisor. HCHM
24.	Sebastián Troncoso Moraga	Tecnólogo Médico Imagenología y Física. HCSF de Coelemu
25.	Paola Gutiérrez Lagos	Enfermera Supervisora - HCHM
26.	Jorge Silva Salazar	Tecnólogo Médico Superviso - HCHM
27.	Susana Rocha Castillo	Jefa Sección Apoyo Terapéutico y Diagnóstico (SATyD) - DSSÑ
28.	Lorena Flores Silva	Químico Farmacéutico, SATyD - DSSÑ
29.	Lucía Cruzat Hermosilla	Jefa(s) Químico Farmacéutico CESFAM Violeta Parra
30.	Alejandro Cares Carrasco	Químico Farmacéutico, SATyD - DSSÑ
31.	Cecilia Vera Pino	Jefa Unidad de Farmacia de Especialidades Ambulatorias – HCHM
32.	Karla Salgado Neira	Químico Farmacéutico, HCSF Coelemu
33.	Nathalie Jara Ascencio	Jefa Químico farmacéutico CESFAM Coihueco
34.	Cecilia Garrido Flores	Bioquímica, Coordinadora Laboratorios - DSSÑ
35.	Jorge Peñaranda Flores	Jefe Laboratorio. Hospital de San Carlos
36.	Ruth Castillo Riquelme	Químico Farmacéutico Asesora, Coordinación Laboratorios - DSSÑ
37.	Freddy Cerda Romero	T.M jefe Laboratorio, HCSF de El Carmen.
38.	Marlene Barrientos Saldivia	Jefa Unidad de Laboratorio Clínico - HCHM
39.	Sergio Becerra Bustos	Jefe Unidad Medicina Transfusional - HCHM
40.	Ninoska San Martín Barragán	Jefe de Laboratorio, HCSF de Coelemu
41.	Alex Paredes Poblete	Subdirector (S) de Recursos Físicos y Financieros - DSSÑ
42.	Marcelo Cancino Pizarro	Profesional, Sección Seguridad de la Información - DSSÑ
43.	Eduardo Ceballos Sanhueza	Profesional Desarrollo Informático - DSSÑ
44.	Félix Sanhueza Luna	Médico Hospital San Carlos.
45.	Jorge Conejeros Muñoz	Profesional Inversiones, EPH Módulo TICS - DSSÑ
46.	Gastón Vergara Figueroa	Jefe Departamento informático(s) - DSSÑ
47.	Joanna Sandoval Reyna	Encargada, Unidad Telemedicina y Resolutividad APS - DSSÑ
48.	Pilar Fernández Guzmán	Referente Registro, Sección Gestión de la Demanda/DSSÑ
49.	Francisca Rizzo Sepúlveda	Médico CESFAM Coihueco
50.	Natalia Lubones Godoy	jefa Departamento Gestión del Usuario (DGU). Hospital de San Carlos.
51.	Claudio Medina González	jefe Telemedicina. HCHM
52.	Eugenia Riveros Pincheira	subdirectora Gestión del Cuidado. DSSÑ
53.	Maicol Candia Sandoval	subdirector Médico. Hospital Comunitario de Salud Familiar de Bulnes.

54.	Mauricio Contreras Parra	Enfermero Coordinador General - HCSF de Bulnes.
55.	Jeanette Doudeau	subdirectora de Gestión de los Cuidados -Hospital de San Carlos
56.	Daniela Irribarra Fuentes	Enfermera Gestora de Camas - HCHM.
57.	Guillermo Paves Morales	Jefe Servicio de Medicina - HCHM
58.	Daniel Pradenas Chandia	Jefe Depto. Coordinación Redes Urgencia, Emerg. y Desastres - DSSÑ.
59.	Pedro Segura López	Jefe U. de Emergencia (s). HCHM.
60.	Rosa Espinoza Vásquez	Jefa SAMU Cordillera. DSSÑ.
61.	Claudia Troncoso C	Enfermera Coordinadora CESFAM Ultra Estación
62.	Alejandro Padilla Pérez	Coordinador Redes de Urgencia Hospitalaria y APS. DSSÑ.
63.	Jaime Zapata Sepúlveda	Sub Director Médico HCSF de El Carmen.
64.	Diego Garrido Ibáñez	Médico SAR CESFAM Violeta Parra
65.	Ricardo Vásquez Sandoval	Jefe U. de Emergencia. HCHM
66.	Felipe Peña Brevis	Jefe Sección Territorial Diguillín. DSSÑ.
67.	Francisco Garrido Sanhueza	Director de Salud Municipalidad Pemuco.
68.	Roberto Jara Adasme	Director Salud Municipalidad Ninhue
69.	Cristian Julio Arellano	Director Salud Municipalidad Coihueco.
70.	Ximena Meyer Álvarez	Director Salud Municipal Chillán.
71.	Raquel Pavés Morales	Asesora Modelo Salud Integral. DSSÑ.
72.	Miguel Orrego Saavedra	Encargado Unidad de Gestión Técnica de Convenios Asistenciales. DSSÑ.
73.	Betsania Flores Avendaño	Jefa de SOME -HCSF de Coelemu.
74.	Marly Cortes Fica	Jefe Sección Admisión y Coordinación - HCHM.
75.	Fredy Rodríguez Gallardo	Jefe SOME - Centro de Salud Familiar Violeta Parra.
76.	Andrea Espinoza Zúñiga	Jefa CROME - HCHM.
77.	Max Besser Valenzuela	Subdirector (s) Gestión Asistencial. DSSÑ.
78.	Claudia Moraga Garrido	Enfermera de Tele cardiología. HCHM.
79.	Alexis Rojo Araya	Subdirector Médico. HCHM.
80.	Alejandrina Gajardo soto	Encargada Sección GES. DSSÑ
81.	Marcos Concha Rivas	Cardiólogo Hospital Herminda Martin
82.	Leticia Luengo Navarrete	Subdirectora (S) Gestión y Desarrollo de las Personas. DSSÑ.
83.	María Paz Gutierrez Vidaurre	Jefa Departamento Desarrollo de las Personas. HCHM.
84.	Mauricio Opazo Utreras	Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas. HCHM
85.	Luis Jara Espinoza	Asesor Unidad de Apoyo a los Procesos Clínicos. HCHM.
86.	Alejandro Landaeta Jaque	Profesional - Departamento RRHH. Hospital de San Carlos.
87.	Edwin Benitez Beltrán	Jefe (S) Sección de Salud Integral del Trabajador/a. DSSÑ
88.	Sebastián González Merino	Jefe Gestión y Desarrollo de las Personas. HCSF de Bulnes.
89.	Angela Ibañez Fuentes	Jefa Depto. Gestión de Personas. Hospital de San Carlos
90.	Catherine Garrido Fuentealba	Profesional - Departamento RRHH. Hospital de San Carlos
91.	Laura Bahamondez Sáez	Jefa Depto. de Formación y Capacitación. DSSÑ.
92.	Katherine Gacitúa Canales	Encargada de Oncología. DSSÑ
93.	Yessica Villaman Vásquez	Enfermera Supervisora. HCHM.
94.	Constanza Gajardo Padilla	Gestora Oncológica. DSSÑ.
95.	Michelle de Arcas Orellana	Médico Asesor. DSSÑ
96.	Emma Contreras Acuña	Matrona Encargada Monitora GES CESFAM Isabel Riquelme
97.	Felipe Sancho Tapia	Jefe programa cuidado paliativos, Referente Oncología de Bulnes.
98.	Paulina López Barrenechea	Jefa Policlínico Alivio del dolor y Cuidados Paliativos. HCHM
99.	Rodrigo Avendaño Brandéis	Coordinador General de la Puesta en Marcha del NHR. DSSÑ.
100.	Alejandro Beltrán Díaz	Jefe CR Anestesia y Pabellón (s). HCHM.
101.	Jimena Viñuela Piorier	Subdirectora de Desarrollo y Planificación. HCHM.
102.	María Teresa Higuera Arias	Gestora de los Cuidados de Matronería. HCHM.
103.	Elena Romero González	Enfermera Supervisora. HCHM.
104.	María Loreto Laval Cruchaga	Médico, asesor Comité Puesta en Marcha – Hospital Regional de Ñuble.
105.	María Angélica Vejar Mercado	Jefe CR. Neuropsiquiatría. HCHM.
106.	Miriela Cabrera Morales	Jefa Centro Ambulatorio de Especialidades. HCHM.
107.	Alejandra Jaque Gutiérrez	Jefa Sección Finanzas. HCHM
108.	Luz Morán Ibáñez	Directora (s). HCHM.
109.	Carla Urrutia Veloso	Jefa Sección Asuntos Públicos. HCHM.

Componente Cuantitativo de la Conclusión Diagnóstica

Análisis de la caracterización del área de influencia.

La región de Ñuble nace como región en el año 2017, siendo la región más pequeña territorialmente ocupando el 1,7 % del territorio nacional (13.178Kms²). La actividad económica que ejerce nuestra población en su mayoría es silvoagropecuaria seguida de Pesca, Manufactura, Electricidad, Servicios Personales y Administración Pública, denotando con ello una estructura económica bastante diversificada.

Características sociodemográficas:

De acuerdo al Censo 2017, la nueva región de Ñuble tiene 480.609 habitantes, lo cual representa el 2,7% de la población de Chile. Según el sexo 248.022 (51,6%) son mujeres y 232.587 (48,4%) son hombres. Por grandes grupos de edad, se observa que niños y adolescentes entre 0 y 14 años son 93.886 (19,5%), los jóvenes y adultos entre 15 y 64 años son 321.607 (66,9%) y los adultos mayores, de 65 años y más son 65.116 (13,5%). Es la región con mayor proporción de adultos mayores y una de las 4 con menor proporción de menores de 14 años. Las mujeres son el 51% del total convirtiéndola en la región con mayor proporción de mujeres.

Una de las tendencias demográficas más remarcables de Ñuble es una tasa de crecimiento poblacional muy baja de 0,62% frente al promedio nacional de 1,06%. Actualmente, hay ocho comunas que tienen un crecimiento negativo y son expulsoras de población, la mayoría de las cuales están en el secano costero, en la provincia de Itata. Estas son Cobquecura, Ninhue, Portezuelo y Coelemu, Ñiquén en la Provincia de Punilla y San Ignacio, El Carmen y Pemuco en la Provincia de Diguillín. Se identifica como causa expulsora el escaso dinamismo económico de las comunas.

Respecto a la población adulta y adulta mayor, la que es de mayor proporción en la región, se describen algunos datos relevantes de destacar, tales como:

1. Índice de envejecimiento de la población: Respecto al índice de envejecimiento de la población (relación entre adultos mayores y niños menores de 15 años), este ha ido subiendo desde el año 2017 con cifras de 126,6 en el año 2017 a 133,6 en el año 2020, cifras superiores al promedio nacional. En este indicador donde las comunas del secano oriente (provincia de Itata) son las que presentan mayor población adulta y adulta mayor.
2. El uso de internet en adultos mayores en la región sólo llega al 21%.
3. El ingreso promedio mensual en población de 60 y más años alcanza en el año 2020 \$368.125.
4. Respecto a la percepción del estado de salud que tienen las personas mayores de 60 años, solo el 30 % lo califica con nota de 6 a 7, siendo esta percepción más generalizada evaluada con nota 3 a 5 en el 62,6% de la población.
5. Respecto a la dependencia funcional en personas mayores de 60 años el 19, 7% tiene alguna dependencia funcional, en igual proporción las clasificaciones severa y moderada, ambas con un 6,7 % del total de la población.

Distribución urbano rural:

En la distribución urbano rural, es la región de más alta ruralidad en el país con un 30,6% de la población. En esta distribución: 16 comunas tienen una ruralidad entre 37 y 90%, dentro de las cuales, 12 comunas superan el 50% de ruralidad (Sn Ignacio, El Carmen, Portezuelo, Trehuaco, Ninhue, Ñiquén).

Como referencia entre los lugares más apartados de la región se encuentran la localidad de Colmuyao en la comuna de Cobquecura, ubicada a 117 km de distancia del HCHM; Sector el Caracol de la comuna de San Fabián a 91.3 km del HCHM y por último el sector del Avellano en la comuna de Yungay a 95.9 km del HCHM. Estas distancias se traducen en 4 a 5 horas de traslado (considerando las dificultades en los caminos, la escasa dotación de vehículos y medios de transporte) para llegar al centro de atención de mayor complejidad de la región.

Respecto al tamaño de los Hogares, ha ido disminuyendo de 2,9 personas en el año 2017 a 2,8 en el año 2020 siendo más bajo que el promedio nacional (3,0 en el año 2020). En términos de la composición de los hogares, la región muestra una estructura similar a la nacional con algunos matices que pueden obedecer al alto nivel de envejecimiento ya señalado. La familia nuclear con hijos representa el 29,2%, seguida por los hogares unipersonales con 18,7%, los hogares extendidos con 17,0%, los hogares nucleares sin hijos con 13,4% y los hogares monoparentales con 13,4%. Los hogares unipersonales y los hogares nucleares sin hijos, ambos un punto porcentual por encima del promedio nacional, son notoriamente más elevados en las comunas de la nueva región que concentran los niveles más altos de adultos mayores.

Pobreza:

la Región de Ñuble es la segunda región con mayor incidencia de pobreza por ingresos con un 16.1 (2017) y 14.7 (2020) versus la incidencia país que es de un 10.8¹. Respecto a la incidencia de la pobreza extrema Ñuble alcanza un 5.2 versus el dato país que corresponde a 4.3, en este punto es preciso mencionar que desde el año 2017 al 2020 hubo un aumento de 0.6, situación que con seguridad fue ocasionada por la pandemia COVID – 19. Respecto a pobreza multidimensional, esta alcanza el 24,6% versus 20.7% de pobreza multidimensional país. Ambos indicadores de pobreza son superiores al promedio nacional y todas las comunas de la región son más pobres en ambos indicadores que el promedio nacional, siendo las comunas de la provincia de Itata, las que presentan mayor porcentaje.

Vivienda:

En consecuencia, con los indicadores de pobreza existe una precariedad en la infraestructura de las viviendas, en donde hay carencia en un 18% de conexión a agua potable. El abastecimiento de agua en zonas rurales el 76% es de pozo o noria. Las comunas del secano costero son de las que presentan mayor dificultad de acceso al agua. Se evidencia un 22% de viviendas con precariedad en los materiales de construcción.

Conectividad digital:

la Región de Ñuble tiene territorios con poca conexión digital como es el caso en comunas de El Carmen,

¹ Casen 2017 – 2020; Resultados pobreza por ingresos y distribución ingresos, MIDESO.

Pinto, Coihueco, Ñiquén y San Carlos. Asimismo, se percibe la escasa cobertura de vías en el caso de las comunas de Bulnes y Ránquil. La comuna de Cobquecura, la cual tiene un grado de aislamiento vial, presenta, un buen nivel de cobertura digital, lo que probablemente se debe a su importancia como centro turístico litoral, Por último, en la comuna de San Fabián, en el extremo nororiente, dada su morfología territorial, presenta gran parte de su territorio sin cobertura de la red.

En relación a la brecha digital, los indicadores no son los óptimos, ejemplo de ello es: en internet residencial, el promedio nacional es de un 49%, y en Ñuble, es de un 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 de un 45%. Además, la región de Ñuble, cuenta con 2 comunas de un total de 23 comunas del país, que se encuentran en situación crítica debido a los bajos niveles de conectividad fija que presentan, estas son las comunas de San Carlos, y Chillán Viejo.

Es significativo 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 Equipo Médico Rural (EMR) no cuentan con conectividad.

La conectividad digital para todos puede enriquecer la prestación de servicios de salud, mejorar la calidad del servicio y la seguridad del paciente, además de aumentar la eficiencia y la coordinación de la atención. Por medio de las soluciones digitales, las instituciones relacionadas con la salud pueden ampliar las opciones para que las personas desempeñen un papel activo en el mantenimiento de su propia salud y su bienestar.

Educación:

La Región de Ñuble, tiene el promedio de años de escolaridad más bajo a nivel nacional con 10 años promedio (Chile 11,7). En las comunas más pobres 8 a 8,5 años de escolaridad.

Situación de Salud:

La región tiene una mortalidad general: 6,9 defunciones por cada 1000 habitantes, sin embargo, la mortalidad de la provincia de Itata es de 8,134.

Las causas de mortalidad asociada a grandes grupos (sistema circulatorio, tumores malignos, sistema respiratorio, sistema digestivo), las que siguen igual tendencia que las tasas nacionales, sin embargo, son 20 a 30 % por encima de promedios nacionales

Prevalencias de enfermedades crónicas: Hipertensión arterial: 31,1 % - Diabetes Mellitus: la sospecha de diabetes corresponde a un 12,5% - Síndrome metabólico: la sospecha es de 43% - Riesgo Cardiovascular: prevalencia 23,2% - Discapacidad: 16,7%, de las cuales el 42% es mayor de 60 años.

En relación al Seguro Salud: Ñuble es una de las regiones que tiene el mayor porcentaje de afiliados a FONASA (86,6%) y uno de los menores en el sistema privado de ISAPRES (6,2%). El 66% de los afiliados a FONASA son personas calificadas para tramos A y B.

Demanda explícita.

Para definir la demanda de salud se debe conocer el número de servicios que la persona, población y/o comunidad necesita y que utilizará en un tiempo definido. Habitualmente esta demanda está regulada

por la percepción de las necesidades en salud que la población tiene, los ingresos económicos que dispone la población para inversión de un servicio de salud, el sistema de salud, modelo de atención ofrecido, el nivel de accesibilidad, cultura y geografía.

A continuación, se presentarán algunos indicadores descriptivos, que evidencian el rendimiento general del Servicio de Salud, para lo cual se consideraron los años del 2019 al 2021 y la variación respecto el año 2019, lo cual evidencia la disminución en la actividad asistencial ocasionada por la pandemia Covid.

Tasa de consultas y otras atenciones profesionales médicos/as por cada 1000 habitantes.

CONSULTAS Y CONTROLES MEDICOS	2019	2020	2021	Variación 2021 - 2019
Consultas Médicas Morbilidad	579.187	343.937	463.756	-19.9%
Tasa	1,2	0,7	0,96	
Consultas Médicas de Urgencias	567.951	356.372	423.091	-25.5%
Tasa	1,2	0,7	0,9	
Consultas Médicas de Especialistas	231.031	155.526	194.360	-15.9%
Tasa	0,5	0,3	0,4	
Controles Médicos	145.567	67.460	97.028	-33.3%
Tasa	0,3	0,1	0,2	

Fuente: REM 07 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

Se observa una disminución considerable en todas las consultas y controles médicos, siendo más notoria la baja en los controles médicos de un -33%. Respecto a la tasa de consulta de morbilidad es posible apreciar que al año 2021 es de 0.96 por cada 1000 habitantes, para las consultas médicas de especialidad es de 0,4 por cada 1000 habitantes, lo que significa que sólo se están atendiendo 400 personas de 1000 que requieren de una atención de especialidad.

Tasa de consultas y otras atenciones profesionales no médicos/as por cada 1000 habitantes.

CONSULTAS Y CONTROLES NO MEDICOS	2019	2020	2021	Variación 2021 - 2019
Controles no Médicos Especialidades	80.449	52.007	55.624	-30,9%
Tasa	0,167	0,108	0,116	
Controles otros profesionales no médicos	376.294	162.313	243.374	-35,3%
Tasa	0,8	0,3	0,5	

Fuente: REM 07 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

Para el caso de las consultas de los profesionales no médicos, se observa una disminución respecto del año 2019 de un -30.9%, y para los controles se presenta una disminución de -35.3%. Respecto a las tasas de consulta se aprecia que existen un 0.11 por cada 1000 habitantes y para el caso de los controles es de 0.5 los que se traduce que, de 1000 personas 500 acceden a un control con algún profesional no médicos; enfermera, matrona, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, entre otros.

Tasa de Atención de Salud Odontológica en APS y especialidades por cada 1000 habitantes.

CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLOGIA APS	2019	2020	2021	Variación 2019 - 2021
Consulta de morbilidad	141.028	61.385	98.610	-30%
Tasa	0,29	0,13	0,21	
Control odontológico	210.502	57.254	53.046	-75%
Tasa	0,44	0,12	0,11	
Consulta de urgencia (ges)	13.868	13.486	9.093	-34%
Tasa	0,03	0,03	0,02	

Fuente: REM 09 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

Respecto a la atención odontológica en APS, se evidencia una fuerte disminución de la actividad respecto del año 2019, siendo mayor la disminución en los controles de -75%, seguido de los controles y consultas de morbilidad. Respecto de las tasas de atención oscilan entre un 0.21 en consulta de morbilidad, 0.11 control odontológico y 0.02 urgencias GES.

Actividades de atención en especialidades odontológicas.

Actividades de especialidades	2019	2020	2021	Variación 2019 - 2021
Total, atenciones especialidad odontológicas	63.670	16.767	25.429	-60,1%
Tasa	0,13	0,03	0,05	

Fuente: REM 09 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

Como se puede apreciar en la tabla la atención de especialidades odontológicas se percibió altamente afectada por la pandemia Covid 19, reflejando una disminución del 60% respecto al año 2019.

Tasa de atención de urgencia en SAPU y SAR por cada 1000 habitantes.

Atenciones de Urgencia	2019	2020	2021	Variación
Médico	155.485	96.487	127.071	-18,3%
Tasa	0,32	0,20	0,26	
Enfermera /o	165	292	555	236,4%
Tasa	0,0003	0,0006	0,0012	
Matrona /ón	0	0	0	-
Tasa	-	-	-	
Kinesiólogo/ a	1.435	0	26	-98,2%
Tasa	0,003	-	-	

Fuente: REM 08 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

Precisar que en la Región de Ñuble existen; 5 SAPU y 2 SAR, respecto a las atenciones realizadas por médico en estos servicios se aprecia una disminución del 18.3% y una tasa de 0.26 (260 de 1000), para el caso de enfermeras se observa un incremento del 236.4% y si consideramos la tasa es de 1 atención por cada 1000 habitantes. Los kinesiólogos se prestan atenciones en los años 2019 y 2021 con una disminución considerable de un 98.2% durante el 2021.

Tasa de atención de urgencia en UEH de alta y mediana complejidad por cada 1000 habitantes.

Atenciones UEH	2019	2020	2021	Variación
Atención médica niño y adulto	212.348	124.077	128.600	-39,4%
Atención médica gineco-obstetra	17.102	13.405	13.790	-19,4%
Atención por matrona	9.073	5.449	6.811	-24,9%
Atención por odontólogo	-	-	9.369	-

Fuente: REM 08 años 2019 – 2020 – 2021, Depto. Planificación Sanitarias SSÑ.

En Ñuble existen 2 Unidades de Emergencia de alta complejidad en las comunas de Chillán y San Carlos. Al revisar su actividad se observa una disminución de 39.4% en las consultas médicas adultos y niños, un 19.4% en las consultas gineco-obstetra y 24.9% en las atenciones por matrona. Esta disminución obedece a la situación de pandemia Covid – 19, donde se promovió fuertemente evitar asistir a los servicios de urgencia de mayor complejidad, por situaciones menos complejas.

Número de egresos hospitalarios.

Los egresos hospitalarios totales de la red asistencial de Ñuble desde al año 2019 al 2021 descendieron de 32.900 a 27.238 (17,1%). La relación porcentual de egresos Mujeres/Hombres es de 57,5 a 42,5. En el año 2021 los egresos del HCHM representan el 60% de todos los egresos de la Red, El HSC representa el 21,6% de los egresos y en conjunto los 5 HCSF el 18,4%. De los HCSF el establecimiento de mayores egresos es el HCSF de Bulnes el cual representa el 5% del total de egresos. Durante el año de pandemia (2020) el total de egresos bajo respecto al año 2019 en un 19,7% del total.

Número de egresos por fallecimiento.

Los egresos por fallecimiento en toda la red asistencial de Ñuble desde el año 2019 al año 2021 bajaron en un 5,3%. La relación porcentual de fallecimientos de Mujeres/Hombres en el año 2021 es de 44,6 a 55,4. En el año 2021 los egresos por fallecimientos del HCHM representan el 55% de los egresos por fallecimiento de la red, el HSC representa el 20% de los fallecimientos y en conjunto los HCSF representan el 25% de los egresos por fallecimiento de la red asistencial.

Demanda no explícita.

Establecimiento(s) con mayor lista de espera por consulta nueva de especialidad, quirúrgica y odontológica.

Según la organización de la red asistencial de Ñuble, los establecimientos con mayor número de listas de espera nueva de especialidades son los hospitales de alta complejidad, Herminda Martin de Chillán y Benicio Arzola de San Carlos. Las microrredes de Itata y Punilla, derivan directamente a este último.

Consulta Nueva de Especialidad

A marzo de 2022, 65.146 personas esperaban una consulta nueva de especialidad, 24.950 por una consulta nueva odontológica, 159.349 personas esperan procedimientos especiales y 14.146 que se encuentran esperando una intervención quirúrgica.

El promedio de días de espera para una consulta nueva de especialidad de las personas que habitan en la provincia Diguillín es de 428 días, 450 días en la provincia de Punilla y 436 en la del Itata. Como se muestra en la tabla siguiente.

Provincia	N° de personas	Promedio días	% total LE Región
Diguillín	44.240	428	68%
Punilla	13.966	450	21%
Itata	6.940	436	11%
Total, Región	64.146	438	100%

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

En la provincia de Punilla, las personas que esperan atención en los centros de alta complejidad, esperan con mayor tiempo para las especialidades de Traumatología y ortopedia, Oftalmología, otorrinolaringología, ginecología y medicina Interna, con las cifras que muestra la tabla siguiente

Consultas Nuevas de Especialidad Provincia de Punilla

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Traumatología y ortopedia	2.584	674
Oftalmología	2.405	296
Otorrinolaringología	1.956	580
Ginecología	1.310	496

Medicina Interna	1.094	333
------------------	-------	-----

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

En la provincia de Itata, las personas que esperan atención en los centros de alta complejidad, esperan con mayor tiempo para las especialidades de Oftalmología, Traumatología Ginecología Cirugía General, Otorrinolaringología, cirugía general y Ginecología; como se aprecia en la tabla siguiente.

Consultas Nuevas de Especialidad Provincia de Itata

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Oftalmología	1.574	225
Traumatología y ortopedia	1.461	587
Otorrinolaringología	928	631
Cirugía general	495	317
Ginecología	339	492

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

En la provincia de Diguillín, las personas que esperan atención en los centros de alta complejidad, esperan con mayor tiempo para las especialidades de Oftalmología, cirugía general, Cardiología Gastroenterología y otorrinolaringología, de acuerdo a las cifras que se muestran en la siguiente tabla.

Consultas Nuevas de Especialidad Provincia de Diguillín

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Oftalmología	11.813	355
Cirugía general	4.309	431
Cardiología	3.416	646
Gastroenterología adulta	3.044	638
Otorrinolaringología	2.748	410

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

Consultas Nuevas Odontológicas

Las especialidades odontológicas con mayor tiempo de espera, al 31 de marzo de 2022, fueron 24.950, con un promedio de 718 días. La mayor demanda está concentrada en la provincia de Punilla, como muestra la siguiente tabla.

Provincia	N° de personas	Promedio días	% total LE Región
Diguillín	17.209	908	69%
Punilla	4.669	587	19%
Itata	3.072	659	12%
Total, Región	24.950	718	100%

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

En general las especialidades odontológicas de mayor demanda en la región son en Ortodoncia y Ortopedia Dentomáxilofacial, Endodoncia y Rehabilitación Oral.

Intervenciones quirúrgicas.

Las intervenciones quirúrgicas con mayor tiempo de espera promedio son Maxilofacial, Neurocirugía, Oftalmología, Cirugía adulto y Otorrinolaringología. A continuación, se detallan las intervenciones quirúrgicas con mayor tiempo de espera, separados por provincia:

Intervenciones Quirúrgicas Provincia de Punilla.

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Maxilofacial	23	906
Oftalmología	362	548
Traumatología	464	546
Cirugía adulta	892	519
Otorrinolaringología	232	505

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

Intervenciones Quirúrgicas Provincia de Itata

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Maxilofacial	43	879
Neurocirugía	30	639
Cirugía adulta	409	600
Traumatología	195	596
Oftalmología	199	560

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

Intervenciones Quirúrgicas Provincia de Diguillín

Especialidades	Volumen	Promedio de días
Maxilofacial	252	863
Oftalmología	778	795
Cirugía adulta	1671	612
Traumatología	1445	588
Otorrinolaringología	1319	520

Fuente: Reporte SIGTE al 31/03/2022 Sección Gestión de la Demanda (SEGEDE). DSSÑ

Establecimiento(s) con mayor ingreso a lista de espera por consulta nueva de especialidad, quirúrgica y odontológica.

Los hospitales de Chillán y San Carlos son los que resuelven la atención de especialidades en la red, por lo que son los establecimientos con mayor ingreso de lista de espera, puesto que son los centros de referencia y resolutivez de los demás establecimientos de la región.

La demanda por consulta médica de especialidad en la provincia de Diguillín, al 31/03/2022, es de 187.139 interconsultas, de las cuales las con mayor volumen son las de Oftalmología, Traumatología, Ginecología, Cirugía General, Otorrinolaringología. Sin embargo, las especialidades que tienen mayor tiempo en espera en la provincia, son Cirugía Vasculaz Periférica, Cardiología, Neurocirugía, Gastroenterología Adulto, Neurología Adulto, Otorrinolaringología y Cirugía General, todas las anteriores, tienen un tiempo de espera superior a 1 año.

La demanda por consulta médica de especialidad en la provincia de Punilla, al 31/03/2022, es de 67.695 interconsultas, de las cuales las con mayor volumen son las de Oftalmología, Traumatología, Ginecología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Neurología Adulto, Cardiología. Sin embargo, las especialidades que tienen mayor tiempo en espera en la provincia, son Cirugía Vasculaz Periférica, Neurocirugía, Gastroenterología Adulto, Traumatología, Otorrinolaringología, Gastroenterología Pediátrica y Cardiología Pediátrica, todas las anteriores, tienen un tiempo de espera superior a 1 año.

La demanda por consulta médica de especialidad en la provincia del Itata, al 31/03/2022, es de 32.004 interconsultas, de las cuales las con mayor volumen son las de Oftalmología, Traumatología,

Ginecología, Cirugía General, Otorrinolaringología, Neurología Adulto, Dermatología. Sin embargo, las especialidades que tienen mayor tiempo en espera en la provincia, son Cirugía Vascul Periférica, Hematológica, Pediatría, Neurología adulto, Otorrinolaringología, Gastroenterología Adulto, Enfermedades Respiratorias Adulto y Urología Pediátrica, todas las anteriores, tienen un tiempo de espera superior a 1 año.

Respecto de la demanda por especialidades odontológicas, a marzo del año 2022, se registró un total 111.375 interconsultas, con un tiempo de espera promedio de 454 días.

En la provincia de Diguillín, se concentra la mayor demanda, lo que representa el 62,5% del total, con tiempo promedio de 497 días de espera. Las especialidades más demandadas son Rehabilitación Oral, Endodoncia, Cirugía y Traumatología Buco Maxilar y Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar, esta última con un tiempo de espera superior a 3 años

En la provincia de Punilla, la mayor demanda por especialidades odontológicas es en Rehabilitación Oral, Endodoncia, Cirugía Bucal, Traumatología Buco Maxilar y Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. Las con mayor tiempo de espera son Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar, Implantología Buco Maxilofacial y Trastornos Temporomandibulares, con espera superior a 2 años.

En la provincia de Itata, la mayor demanda por especialidades odontológicas es en Rehabilitación Oral, Endodoncia, Cirugía y Traumatología Buco Maxilar, Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. Las con mayor tiempo de espera son Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar, Implantología Buco Maxilofacial, Trastornos Temporomandibulares y Odontopediatría, con espera superior a 2 años.

Respecto de la demanda por intervenciones quirúrgicas, a marzo del año 2022, se registró un total 90.859 interconsultas, con un tiempo de espera promedio de 327 días.

En la provincia de Diguillín, se concentra la mayor demanda, lo que representa el 63% del total de las intervenciones quirúrgicas, con tiempo promedio de 399 días de espera. Las especialidades más demandadas son cirugía adulta, otorrinolaringología, traumatología y cirugía menor.

En la provincia de Punilla, concentra el 25% de la demanda con un promedio de días de espera de 277, las especialidades más demandadas son: cirugía adulta, otorrinolaringología, traumatología, cirugía menor y ginecología.

En la provincia de Itata, presenta el 12% de la demanda con un promedio de 306 días de espera las especialidades con mayor demanda son: oftalmología, cirugía adulto y otorrinolaringología.

Lista de espera según promedio de días de espera, mediana y percentil 10 y 90.

Lista de espera Consulta Nueva de especialidad.

LE CNE	Número de registros	Prom. días de Espera	Percentil (10) de días de Espera	Mediana días de Espera	Percentil (90) de días de Espera
31-03-2022	65.193	434	31	301	1.032
31-12-2021	61.724	424	36	301	977
31-12-2020	53.795	417	48	404	780
31-12-2019	84.846	332	40	262	671

Fuente: Consolidado Indicadores LE, Depto. Inteligencia Hospitalaria, MINSAL.

Durante los últimos años, respecto al tiempo de espera para especialidades médicas, en el total de la red de Ñuble ha aumentado el tiempo de espera de las consultas médicas. A marzo del año 2022 el

promedio de días de espera fue de 434 días, lo que representa un 30% del año previo a la pandemia. Según los percentiles, el menor tiempo de espera es de 31 días, que corresponde al 10% del total de consultas médicas en espera y el 90% restante espera 1.032 días, es decir, casi 3 años.

Lista de espera odontológica.

LE Odontológica	Número de registros	Prom. días de Espera	Percentil (10) de días de Espera	Mediana días de Espera	Percentil (90) de días de Espera
31-03-2022	24.956	817	74	840	1.685
31-12-2021	24.820	797	70	799	1.604
31-12-2020	25.789	695	294	583	1.326
31-12-2019	-	-	-	-	-

Fuente: Consolidado Indicadores LE, Depto. Inteligencia Hospitalaria, MINSAL.

Respecto al tiempo de espera en el total de espera en Odontología, a marzo del año 2022 el promedio de días de espera para una consulta odontológica fue de 817 días. Según los percentiles, el menor tiempo de espera es de 74 días, que corresponde al 10% del total de consultas odontológicas en espera y el 90% restante espera 1.685, es decir, más de 4 años.

Lista de espera quirúrgica.

LE IQ	Número de registros	Prom. días de Espera	Percentil (10) de días de Espera	Mediana días de Espera	Percentil (90) de días de Espera
31-03-2022	14.146	483	49	377	1.046
31-12-2021	13.231	480	50	377	994
31-12-2020	12.137	439	68	429	770
31-12-2019	11.255	247	34	209	530

A marzo del año 2022, existen 14.146 intervenciones quirúrgicas en espera, de los cuales el promedio de días de espera fue de 434 días, lo que representa un 95.5% más que el año previo a la pandemia. Según los percentiles, el menor tiempo de espera es de 49 días, que corresponde al 10% del total de intervenciones quirúrgicas en espera y el 90% restante espera 1.046 días, es decir, casi 3 años.

Número de Garantías retrasadas al período evaluado.

A marzo de 2022, hubo un total de 1.951 garantías retrasadas, un 96, 6% corresponden a la provincia de Diguillín, las que se concentraron principalmente en Cataratas, Artrosis de Cadera, Colectectomía Preventiva, Retinopatía Diabética, Vicios de Refracción, Salud Oral Integral de la embarazada, Cáncer de Mama, Hiperplasia de Próstata, Cáncer Gástrico, VIH, Cáncer Cervicouterino, Enfermedad Renal Crónica en Etapa 4 y 5.

En Punilla, hubo 81 garantías que no fueron cumplidas, éstas representan un 4,1% del total y se concentraron en Diabetes Mellitus tipo 2, Cataratas, Hipertensión Arterial, Colectectomía Preventiva, Vicios de Refracción, Retinopatía Diabética, Salud Oral de la Embarazada.

En la provincia del Itata, las patologías de Diabetes Mellitus, Asma Bronquial de 15 años y más y Salud Oral de la Embarazada, no cumplieron con la garantía, las que representan un 0,2% del total.

Las razones del incumplimiento se deben principalmente por el efecto de la pandemia, en la que se vieron disminuidas la oferta de pabellones, camas y horas de especialistas. Sin embargo, es importante mencionar que Ñuble históricamente ha tenido déficit de horas de especialistas, por lo que hasta el año 2019 se compraban servicios para cumplir con las garantías GES.

Oferta.

Se entiende por oferta al número de recursos humanos, físicos y las prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un período y en una determinada Red de Salud. En este apartado se proporcionará información referida a la oferta de médicos por habitantes, quirófanos y camas, dispuestos en la Red Asistencial de Ñuble.

Número de médicos/as por cada 1000 personas.

En Ñuble el número de médicos por cada 1000 habitantes es de 1.54. Al revisar las cifras del país existen 2.5 médicos por cada 1000 habitantes y el promedio de la OCDE es de 3.5² por cada 1000. Esta comparación refleja la gran brecha existente en la red de médicos. Para alcanzar el promedio país se debería contar con una dotación de 1200 médicos, por lo que la sería de 460 médicos.

De acuerdo a dotación al 31/12/2021, (todos los contratos asimilados a cargos 44 hrs.) y población según CENSO 2017 de 480.609 habitantes, se muestran los resultados en la tabla siguiente.

Médicos	Dotación
Médicos en APS	170
Médicos generales Ley 19.664	171
Médicos especialistas Ley 19.664	235.75
Médicos generales Ley 15.076	42
Médicos especialistas Ley 15.076	107.5
Médicos a honorarios	14
Total, médicos en la Red	740.25
N° médicos por cada 1000 personas	1.54

Fuente: Registro al 31/12/2021 – SIRH/SSÑ

Número de habitantes por médicos/as.

En la actualidad en Ñuble se cuenta con un médico para 649 habitantes, mientras que el promedio país es de 400 habitantes por médico y según la OCDE de 285 habitantes por médico.

Médicos	Dotación SSÑ	Promedio País	Promedio OCDE
Total, médicos en la Red	740.25	1200	1685
N° médicos por cada 1000 personas	1.54	2.5	3.5
N° de habitantes por médicos/as	649	401	285

Número de quirófanos habilitados y en trabajo.

En la red asistencial de Ñuble hay disponibilidad de pabellones en el HCHM y HSC, para cirugías electivas, de urgencia y obstétricas, como se detalla en el siguiente cuadro. En estos pabellones se entregan las prestaciones quirúrgicas de toda la región de acuerdo a la cartera de servicios definida.

Tipo de quirófanos	2019		2020		2021	
De cirugía electiva	9	3	9	3	9	3
De urgencia	1	1	1	1	1	1
Obstétrico	1		1		1	
Total, quirófanos	11	4	11	4	11	4

² Health at a Glance 2019 OECD INDICATORS.

Respecto a la ocupación de los pabellones, es posible apreciar un óptimo desempeño para cirugías electivas en horario hábil, sobre el 80% de ocupación. Sin embargo, al revisar la información global de los años 2019, 2020 y 2021, teniendo en consideración el total de horas de pabellones habilitados el HCHM ocupa entre cirugías electivas, de urgencia y obstétricas en horario hábil e inhábil un 73% de su capacidad instalada. Para el caso del HSC el rendimiento es de 45%, situación preocupante, la cual se acrecentó con el inicio de Pandemia (2020) con la reconversión de sus pabellones.

Número y proporción de camas UCI y UTI

De un total de 803 camas en la red asistencial 105 corresponde a camas críticas (87 del HCHM y 18 en HSC), por lo cual las camas críticas corresponden al 13%. Las camas UCI representan el 40% de las camas críticas y las camas UTI el 60%. Las camas críticas se concentran en las comunas de Chillán y San Carlos, siendo distantes de hasta 130 kms. de establecimientos que realizan referencia.

Componente Cualitativo de la Conclusión Diagnóstica

Este componente consiste en un análisis descriptivo de los elementos más relevantes presentados durante el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de Ñuble y pretende encontrar las causas que explican el comportamiento de los datos e información recopilada durante la etapa de diagnóstico y sobre las cuales se deben establecer las líneas de trabajo, el plan estratégico y las acciones que permitan mejorar los resultados sanitarios y satisfacción usuaria de la diversa, compleja y vulnerable población de la Región de Ñuble.

Para desarrollar esta etapa se diseñó una metodología de trabajo participativa, que consideró la ejecución de talleres por cada macroproceso y las líneas temáticas más complejas de la red, evidenciadas en la primera etapa de oferta y demanda. En estos talleres se revisó la caracterización del área influencia de la red, la información relevante del diagnóstico; demanda explícita, listas de espera, infraestructura, equipamiento crítico, recursos humanos. Con esta información se evaluó el estado de los distintos procesos y redes temáticas, contrastándolas con los 14 atributos de las RISS³.

Con este trabajo se obtuvo el diagnóstico y un análisis sistemático de la Red, con los dueños de los procesos, identificando las problemáticas y nodos críticos que deben ser solucionados, revisando por cada nivel de atención y por cada macroproceso, las líneas temáticas, para finalmente esbozar las propuestas de mejora a trabajar en los próximos años.

Proceso de Atención Abierta y Gestión de la Demanda

La prestación de servicios especializados en Ñuble, está concentrado en las ciudades de Chillán y San Carlos. La ruralidad, mala conectividad digital y territorial, dificulta el acceso de las personas que no habitan en esas urbes. No existe interoperabilidad entre los establecimientos de la atención primaria y establecimientos más complejos. La red debe avanzar en organizar su atención en función de las condiciones de ruralidad de la población, buscando mecanismos que acerquen las prestaciones al lugar donde residen las personas. La provincia del Itata es la que tiene mayor inequidad en el acceso y distribución.

³ Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.

Sobre el proceso se observa que, si bien se han realizado múltiples diagnósticos sobre la población y territorio a cargo, aún no se conoce la demanda real de la red, debido a que los sistemas de información no conversan entre sí. Actualmente, no existe un seguimiento de las personas que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Esto lleva a duplicar esfuerzos, duplicación de despacho de recetas, no descontar de las listas de espera a las personas ya atendidas, por mencionar algunas.

Los establecimientos de APS, como primer nivel de atención multidisciplinario no cuentan con la capacidad para satisfacer las necesidades de salud de la población asignada. La distribución de los recursos, no tiene relación con los problemas que aquejan a la población y con baja coordinación en los programas. No existen servicios de promoción y prevención. En los establecimientos de atención primaria, se tienen tantas administraciones como municipalidades tiene la región. Esto dificulta la gobernanza de la red, la toma de decisiones y el control correctivo.

Las precarias acciones intersectoriales, no permiten el abordaje de los determinantes de la salud en forma integral y uniformes en toda la red. Se destaca la participación ciudadana visualizada en el Consejo Integrado de la Red (CIRA). Sin embargo, los dirigentes comunitarios que lo integran, no cuentan con el suficiente poder de decisión sobre la ejecución de los programas de salud, en sus respectivas comunas.

Existen múltiples sistemas de información que no están integrados, por lo que es muy difícil vincular a los miembros de la red, como así también las prestaciones que se realizan. Existen diversos indicadores, pero las decisiones en salud no se toman en base a los resultados y por ende a las necesidades reales.

No se cuenta con los recursos humanos suficientes. Sin embargo, en los equipos existentes, es necesario reforzar liderazgos y trabajar en procesos de atenciones.

A continuación, se presentan algunos indicadores relevantes del proceso de atención abierta de especialidades y cumplimiento GES.

Respecto a la programación de las consultas médicas en atención secundaria durante el año 2019, se tuvo un 100% de cumplimiento. Durante el año 2020, por la pandemia, no se dio cumplimiento a la programación, la que se había fijado por sobre un 20% adicional a la realizada el año anterior. Si bien el año 2021 se cumplió con la programación, las consultas médicas realizadas, disminuyeron en un 14%, respecto del año 2019. Esto se explica en gran parte por el fenómeno de la pandemia por Covid-19, lo que obligó a cerrar boxes de atención debido al resguardo o contagio de funcionarios médicos y no médicos, lo que hizo imposible citar a los pacientes, los cuales a su vez estuvieron con restricciones de movilidad, debido a cordones sanitarios que afectaron a toda la región.

La programación de profesionales odontólogos/as especialistas de los establecimientos de la Red Asistencial, en el año 2019 se cumplió en un 98% con un total de 15.374 primeras consultas y 9.518 altas de tratamiento. El año 2020 se realizó la programación, pero no hubo medición ni cumplimiento de meta por la situación de pandemia covid – 19. Para el año 2021 se alcanzó un cumplimiento de 94% con 18.956 actividades cumplidas de una programación de 20164.

Es necesario precisar que el cumplimiento de la programación se explica en parte por los rendimientos aplicados a cada profesional, aun cuando, el MINSAL es el encargado de entregar las orientaciones de rendimientos de cada especialidad, es cada establecimiento el responsable de asignar los rendimientos a cada profesional, lo que puede variar dependiendo de múltiples factores, como la edad del profesional, la complejidad de la atención y los fenómenos sanitarios que limitan los aforos y el normal

funcionamiento de cada proceso. Sería este último factor lo que incidiría directamente en la producción estimada para cada periodo, lo que se podrá mejorar considerando la normalización de las atenciones.

Otro indicador clave en el proceso de atención abierta corresponde al porcentaje “No Se Presenta” (NSP), en consultas con profesionales médicos/as de atención secundaria. Durante el año 2019, hubo un 12,9% de personas citadas para recibir atención en el nivel secundario de la red, que no se presentaron. Este número de inasistencias aumentó a 16,4%, durante el año que se inició la pandemia. En el año 2021, a pesar de haber disminuido la ejecución de las prestaciones, es decir hubo menos producción, este porcentaje aumentó respecto del 2019, en 1,5%. Considerar que la meta MINSAL es de 14% de NSP.

Sobre el cumplimiento de garantías de oportunidad GES en patologías oncológicas y de las metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el período. Durante el año 2021, el número de garantías retrasadas fue de 517, lo que representa un 93.6% más que el año anterior, donde se informan 267, el año 2019 no hubo garantías retrasadas.

Proceso de Atención Cerrada

En los establecimientos hospitalarios de Ñuble, el modelo de atención del proceso de hospitalización, sigue siendo bajo el modelo biomédico y no es centrado en la persona, aunque se cumplen las acciones del programa “Hospital Amigo”, las acciones de entrega de educación a la familia y coordinación con el establecimiento de APS no se producen, lo cual no permite entregar la continuidad del cuidado.

Existe unidad de centralización de camas en todos los establecimientos, sin embargo, no se utiliza para la gestión de disponer la mejor cama posible al usuario, hay una falta de gobernanza en la red asistencial para la hospitalización ceñida a las directrices de centralización de camas según la categorización del usuario. En los establecimientos de mayor complejidad (HCHM y HSC) no hay modelo de camas indiferenciadas y los resultados de la categorización diaria de pacientes por riesgo dependencia, no son utilizados para una mejor gestión y disponibilidad de camas.

No se cumple con la norma N° 150 respecto a porcentaje de complejidad de camas respecto al total, en todos los establecimientos de atención cerrada y en el total de camas de la red, existiendo un alto porcentaje (70%) de camas de baja complejidad.

El número de camas de toda la red asistencial es de 1,6 camas por 1000 habitantes habiendo un promedio nacional de 2,1 camas por 1000 habitantes, por lo cual falta 205 camas para igualar el promedio nacional.

Los registros del usuario (Ficha clínica) se realizan en distintos sistemas, no existiendo un único documento o sistema de registro en la red asistencial.

Respecto a Recurso humano, no existe un estándar de competencias en áreas de atención clínica en toda la red respecto a gestión del Cuidado.

Camas en la red asistencial de Ñuble

El total de camas de la red asistencial de Ñuble es de 804 camas, de las cuales 101 corresponde a camas críticas (13%), concentradas en el HCHM y HSC; 122 (15%) a camas de mediana complejidad y 581 (72%) a camas de baja complejidad.

Índice de ocupación

El índice ocupacional promedio de los de los establecimientos EAR, en las camas críticas es de 70.35% y las camas de mediana y baja complejidad de 77.5%; Ambos establecimientos, mejoraron entre los años 2019 y 2021 en las camas críticas y tuvieron una baja en las camas de mediana y baja complejidad.

Establecimiento	2019		2020		2021	
	Críticas	Básicas y medias	Críticas	Básicas y medias	Críticas	Básicas y medias
HCHM	68,8%	89,6%	62,8%	73,5%	61,7%	81,1%
HSC	72,1%	79,6%	70%	61,1%	79%	74%

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

El índice ocupacional en los HCSF:

Este índice esta diferenciado por tipo de cama, muestra que las camas Medico quirúrgicas son las de mayor utilización, siendo entre 78 y 43% de ocupación, las Gineco obstetricia entre 4 y 22 y la pediátricas entre 1,7 y 7 días de promedio. El índice ocupacional en camas Ginecobstetricias y pediátricas es baja ocupación en todos los HCSF. Las camas Médico quirúrgico de mayor utilización están en el HCSF de Bulnes con un 78% y el establecimiento de menor indicador es el HCSF de Quirihue con un 43,6.

Establecimiento	2019			2020			2021		
	MQ	GO	Ped.	MQ	GO	Ped.	MQ	GO	Ped.
Quirihue	58%	12,3%	6,6%	43,8%	9,1%	2,0%	43,6%	9,8%	7,8%
Bulnes	82,4%	14,3%	20,9%	72,2%	11%	5,1%	78,2%	7,6%	6,3%
Coelemu	56%	10,8%	7,4%	44,4%	15,2%	4,7%	60%	22,6%	1,75%
Yungay	79,3%	5,4%	9,8%	67,3%	3,6%	7,0%	77,4%	4,5%	7,8%
El Carmen	91%	3,6%	43,3%	81,5%	3,4%	3,8%	76,9%	6,0%	n/r

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

Índice Funcional

El índice funcional mide la eficiencia en el uso de las camas, siendo el óptimo un IF de 1, en el HCHM el índice funcional es de 1,01 en el año 2021, lo cual evidencia ineficiencia en el uso de sus camas, generando un mayor gasto. El HSC tiene un índice funcional de 0,83 por lo cual su gasto en atención es menor al promedio, por lo que hace un uso más eficiente de las camas.

Establecimiento	2019	2020	2021
HCHM	0,89	1,03	1,01
HSC	0,89	0,82	0,83

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

Principales causas de egresos

Las principales causas de egresos en todos los establecimientos de atención cerrada de la red son de Embarazo, parto y puerperio causa que permanece en el primer lugar entre los años 2019 y 2021 aunque a la baja (5373 en el año 2019 a 4070 en al año 2021), en 2° lugar, enfermedades del sistema digestivo con 3543 egresos y en 3^{er} lugar enfermedades del sistema circulatorio con 3400 egresos.

Número de Egresos Fallecidos

La mayor cantidad de fallecimientos se presenta en los establecimientos de mayor complejidad, estos además de tener recurso crítico son los que poseen mayor dotación de camas. Respecto a fallecimiento por género, los hombres tienen mayor número de fallecidos, cifra que aumento en el año 2021 respecto

al año 2019, en cambio en las mujeres, el número de fallecidos ha disminuido en el año 2021 respecto al año 2019.

Establecimientos	2019		2020		2021	
	H	M	H	M	H	M
Total	668	627	649	511	706	568

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

Promedio de días de estada

En los establecimientos de mayor complejidad (HCHM y HSC) el promedio de días de estada desde al año 2019 al año 2021 fue en aumento gradual llegando desde 7,8 a 8,1 en el HCHM y de 4,6 a 5,6 días en el HSC. En los HCSF, todos tuvieron aumento del promedio de días de hospitalización.

Establecimiento	2019	2020	2021
HCHM	7,8	7,7	8,1
HSC	4,6	4,7	5,6
Quirihue	7,8	8,5	8,5
Bulnes	6,2	7,0	7,4
Coelemu	6,9	7,0	7,6
Yungay	5,6	5,9	7,0
El Carmen	6,8	6,8	7,6

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

Proceso Quirúrgico.

El proceso de los casos quirúrgicos en la red asistencial de Ñuble se genera en los servicios de pabellones quirúrgicos del HCHM y HSC. El primero con 11 pabellones (9 electivos, 1 de urgencia y 1 obstétrico) y HSC con 4 pabellones (3 electivos y uno de urgencia).

El proceso se inicia con la programación anual que genera el jefe de Pabellones, donde distribuye la ocupación de cada quirófano por cada especialidad quirúrgica. Esta programación es ofrecida a cada jefe de especialidad quirúrgica, el cual junto a la enfermera gestora de la especialidad quirúrgica determinan los usuarios a intervenir quirúrgicamente. En esta determinación se programan los pacientes a cirugía electiva y CMA. Los criterios para seleccionar a los usuarios son en base a: Urgencia vital, GES y LE.

Los elementos críticos del cumplimiento de la ocupación quirúrgica, que llevan a la suspensión de la cirugía programada son:

- Disponibilidad del RRHH en pabellón; médicos, profesionales y técnicos.
- Gestión de la tabla quirúrgica: la tabla se genera con 24 horas o menos de antelación, por lo cual el paciente es avisado tardíamente.
- Sobre programación: se realiza sobre programación porque no todos los pacientes llegan a hospitalizarse, lo que en ocasiones genera sobre número de pacientes para un mismo horario de intervención.
- Falta de estudio del paciente a intervenir: el cirujano conoce al paciente al momento de intervenir y no conoce el plan quirúrgico.
- Falta de insumos: aunque es un elemento crítico de menor ocurrencia, esto sucede por gestión menos eficiente de los insumos necesarios previstos tardíamente.

En el proceso quirúrgico, también están presentes elementos críticos en la fase post operatoria inmediata, específicamente, en el recuperador de anestesia. Estos elementos están dados por la falta de cupos en salas de cirugía para trasladar a los pacientes y a si desocupar cupos del recuperador. La falta de camas en la sala de cirugía es generada habitualmente por falta de alta oportuna, habiendo pacientes con días postquirúrgicos prolongados.

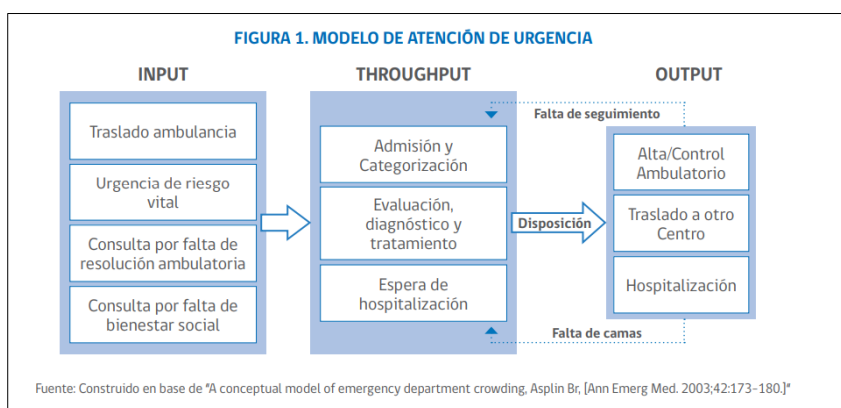
Respecto al instrumental: Este generalmente es de posesión del establecimiento, existiendo compras de servicio para un grupo de cajas de instrumental quirúrgico (cirugías de Traumatología como caderas y rodilla). Este es un instrumental de alto costo y las cajas son de variable composición según la técnica quirúrgica a utilizar. Lo complejo en este tema, es la programación quirúrgica (tabla) que se hace el día anterior a cada cirugía, lo que provoca demora en llegar al establecimiento, puesto que las empresas en convenio son de Concepción o Santiago y necesariamente según protocolo estas cajas deben ser revisadas y esterilizadas en el establecimiento donde se realiza la cirugía.

En conclusión, el elemento crítico del proceso quirúrgico esta dado por la tardía generación de las tablas quirúrgicas, lo que no permite una gestión eficaz de este proceso.

Indicadores Proceso quirúrgico			
	2019	2020	2021
Porcentaje Ocupación de Pabellones	82,40%	85,40%	92,20%
Porcentaje de Suspensión de Pabellones	7,60%	7,50%	6,50%
Porcentaje C.M.A.	71,90%	67,20%	75,10%

Proceso de Urgencia.

El proceso de atención de urgencia en la red de Ñuble obedece a las Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia⁴, donde se utilizó como modelo el enfoque conceptual de Bret Asplin⁵ en el que se divide el proceso de atención de urgencia en tres, como se muestra en la siguiente imagen.



⁴ Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria enero 2018- MINSAL.

⁵ Bret Asplin et al [Ann Emerg Med. 2003; 42:173-180.]

En la red asistencial de Ñuble el proceso de atención de urgencia se materializa por medio de los 66 dispositivos dispuestos en la red, si bien existen varios dispositivos, éstos no son suficientes para garantizar el acceso de la atención de salud, la cual está condicionada por la distribución geográfica de la región. En la tabla siguiente se presenta la distribución de los dispositivos según provincia.

Provincias	UEH	HCSF	CESFAM	SAR	SAPU	SUR	Postas	CGR
Diguillín	1	3	-	2	4	6	13	1
Punilla	1	-	1	-	1	4	14	-
Itata	-	2	-	-	-	5	8	-
Total	2	5	1	2	5	15	35	1

Por otra parte, falta de disponibilidad de ambulancias según estándar nacional y además dada la gran dispersión geográfica de la población, tampoco se cumplen tiempos de respuesta adecuados (menor a 20 min). En tabla siguiente detalle de móviles por comuna.

Provincias	Chillán	El Carmen	Yungay	San Carlos	Quirihue	Coelemu
Móviles básicos	6	1	-	3	1	1
Móviles avanzados	2	-	1	1	-	-
Total	8	1	1	4	1	1

De la red de urgencia se observa que se tiene un conocimiento parcial de las necesidades y preferencias de la red de Ñuble. La atención de urgencia, está centrada en los rendimientos, en la producción, se ha perdido el foco de la atención enfocada en las personas de manera integral.

Los establecimientos de APS, como primer nivel de atención, tienen baja resolución de urgencias de acuerdo a su complejidad, con deficiente respaldo con la continuación de controles y seguimiento en APS, por lo cual al pasar de pocos días los pacientes consultan nuevamente en los servicios de urgencia con igual o mayor gravedad que su consulta previa. En la APS existe una cantidad de horas de morbilidad insuficiente para las demandas de la población, por lo cual se produce el aumento de consultas en los servicios de urgencia no pertinentes. Por otra parte, la población no se encuentra informada de forma adecuada del funcionamiento de los distintos dispositivos de atención de urgencia/emergencia; por lo cual no efectúa un correcto uso de estos.

La prestación de servicios especializados, no está en el lugar más apropiado, no es expedita ni oportuna. Existe la necesidad de aumentar complejidad de los hospitales de la red (Bulnes – Quirihue) para lo cual deben mejorar la disponibilidad de servicios de apoyo (sin laboratorio 24/7 - sin imagenología básica 24/7), lo cual limita su capacidad resolutoria tanto para consultas espontáneas (aumentado la tasa de derivación) e imposibilidad de cumplir con función de centro de descarga de hospitales de mayor complejidad para mantener la operatividad de la red.

En el proceso de atención de urgencia los procesos y la coordinación se realizan de forma constante, pero son largos y poco expeditos. Ejemplo: sin disponibilidad de unidad hemodinamia en la región de Ñuble y escasas ambulancias; cuando se requiere un traslado urgente a otra región que cuente con esta prestación, no es expedito, por lo cual aumentan los riesgos para la salud de los pacientes. Existe poco desarrollo en el traslado oportuno de pacientes graves en áreas remotas o de difícil acceso (Las trancas - Cobquecura).

No existe un sistema de coordinación centralizado de las ambulancias de la red de salud Ñuble no pertenecientes al SAMU, lo cual sería muy útil en contexto de poca disponibilidad de ambulancias libres. Además, no se cuenta con la tecnología necesaria para que los mecanismos se coordinen y funcionen correctamente.

La gobernanza en la red de urgencia, no es único, si bien existe un sistema jerárquico, no se siguen lineamientos planteados por urgencia, se debe trabajar en el cumplimiento de la gobernanza.

A nivel de microrredes existen interacciones intersectoriales que tienen buen funcionamiento, pero es necesario ampliarlo al resto de la red. Existe muy poca participación con COE regional (comité operativo de emergencia)

Existe una gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico durante todo el proceso de atención de los usuarios, pero aun es deficiente en cuanto a su desarrollo y dependiendo de los distintos dispositivos de urgencia se encuentra con mayor o menor desarrollo; es necesario trabajar en la integración de estos sistemas para evaluar los pacientes derivados de un centro a otro.

Los centros de mayor complejidad tienen mayor apoyo clínico - administrativo - logístico. Existe una amplia brecha en cuanto a sistemas de apoyo clínico y logístico en los hospitales comunitarios, lo cual no permite coordinar traslados desde los servicios de urgencia a servicios clínicos a pesar de contar con camas disponibles para pacientes. Se requiere un sistema informático de alerta temprana de colapso o sobre poblamiento de los servicios de urgencia que sea transmitida de manera automática al resto de los dispositivos de atención abierta y cerrada de la red.

En materia de recursos humanos, según los distintos dispositivos de la red de urgencia y su capacidad resolutive hay un déficit parcial de recurso humano para la función necesaria. Es imprescindible cubrir la necesidad de urgenciólogos para urgencias de alta complejidad (HCHM - HSC).

Existe un déficit de ambulancias básicas y avanzadas del SAMU - Déficit de médicos reguladores SAMU (requerimiento de cobertura de turnos parcializada en varios médicos modalidad honorarios, sin rotativa de 6 médicos en cargo 28 horas, sin contratos 28 horas a pesar de ser 3° SAMU más antiguo de Chile, con 24 años desde su fundación)

Sobre los sistemas informáticos los que existen brindan información parcial, sin embargo, se está trabajando en la mejora de estos sistemas informáticos. Falta integrar a todos los sistemas y agregar prehospitalario a los registros digitales e integrados con el resto de la red.

A continuación, se presentan algunos indicadores relacionados al proceso de urgencia en la red asistencial de Ñuble, de acuerdo a los registros del REM 08 y DAU electrónico al 31/12/2021.

N° usuarios C2 atendidos antes de los 30 minutos por SS	11.192	84%
N° total de usuarios atendidos C2, por SS	13.254	

La meta de este indicador corresponde a un 90%, para el periodo en evaluación se encuentra 6 puntos bajo.

N° de pacientes que abandonan atención	14.189	10%
N° total de DAU generados por SS	142.573	

La meta del indicador es de 10% de abandono del proceso de urgencia, según lo informado se cumple en el periodo evaluado.

% de pacientes que ingresan a una cama antes de 12 horas.	2019	2021	Indicador 2021
Total, de pacientes con indicación de hospitalización	20.574	18.733	-
Menos de 12 horas	8.897	9.827	52%
Entre 12-24 horas	504	1.084	6%
Mayor a 24 horas	871	766	4%

La meta para el indicador de hospitalización antes de 12 es de al menos 80%, por lo que no se cumple el indicador, sin embargo, este indicador se vio altamente afectado por la pandemia covid – 19.

Porcentaje de Reingresos Urgentes de Pacientes antes de 7 días, la meta para Reingresos Pacientes Adultos es $\leq 2,0\%$ y en pacientes Pediátricos $\leq 1,7\%$. De acuerdo a lo registros del sistema de monitoreo del BSC el HCHM tiene un cumplimiento de 0,82 y el HSC de 1,3.

Atención primaria en salud

De acuerdo a la población y territorio a cargo, las diversas comunas indican que no disponen de un amplio conocimiento de las necesidades y preferencias de sus habitantes; Dado que, no existe información por grupo familiar, desactualización de riesgo familiar, recursos insuficientes para desarrollar el modelo de salud familiar, según orientaciones e inexistencia de funcionarios capacitados y con tiempos resguardados para realizar diagnósticos.

En relación al acceso de atención y distribución geográfica de dispositivos necesarios, Así como la relación con los grupos poblacionales se concluye que es deficiente sobre todo en la provincia de Itata. Se debe tener presente el criterio de distancia, ruralidad, pobreza al momento de definir nuevos establecimientos.

Las acciones de promoción y prevención de salud, así como también acciones intersectoriales para todos los grupos de población a cargos están fuertemente disminuidas, dado por la falta de equipos que trabajen prioritariamente en estos ámbitos. Hasta el momento predomina el modelo biomédico. Hay acciones limitadas de participación y muchas de ellas se realizar sin cumplir los requisitos mínimos de calidad. (Sin planificación en base objetivos, sin evaluación, No registrada adecuadamente, etc.).

La Red de APS cuenta con un sólo sistema informático, (RAYEN salud) sobre el cuál realiza su gestión y está desplegado en todos los establecimientos. Este sistema no inter opera con los sistemas utilizados en los otros niveles de la Red. En cuanto a las habilitantes (deficiente conectividad de internet, insuficiente ancho de banda), constituye una seria brecha ya que son altamente inestables y deficiente. Tampoco existe una ficha única integrada.

Los equipos de salud primaria para ejecutar las acciones por territorios, competentes con el rol que deben desempeñar son insuficientes, esto se traduce en dotaciones que no están acorde a la población a atender, así como también, la carga de problema de salud, instalada en esa población. Se debe reforzar competencias en el modelo de atención de salud integral.

Indicadores de prevalencia ECNT y Tamizaje:

Con los datos y análisis que se presenta a continuación, podemos concluir que la red APS de la región de Ñuble no está cumpliendo con las compensaciones de ECNT como también con los tamizajes necesarios para diagnosticar patologías graves y de alto costo en forma oportuna.

Pacientes diabéticos/as compensados/as en el grupo de 15 años y más.

Indicador DM Tipo 2	2019	2020	2021
---------------------	------	------	------

Población en control DM	39.326	39.572	34.338
Pacientes diabéticos/as compensados/as en el grupo de 15 años y mas	15.485	11.095	10.800

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

En problema de salud Diabetes Mellitus, se observa una disminución progresiva en los pacientes bajo control, equivalente a un 13% al año 2021. El 40% de los pacientes bajo control estaban compensados al año 2019. Mientras que, en el año 2021, solo el 31,4% estaba en esta condición, mostrando una baja de un 8,6%.

Pacientes hipertensos/as compensados/as bajo control en el grupo de 15 años y más.

Indicador HTA	2019	2020	2021
Población en control HTA	81.664	79.290	63.645
Pacientes hipertensos/as compensados/as en el grupo de 15 años y mas	47.941	40.966	32.077

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

En relación de hipertensión Arterial, en el tri año analizado el número total de pacientes hipertensos controlados disminuyó en 18.019 pacientes equivalente a un 20%, en cuanto a compensación el porcentaje al año 2019 era de un 58,7%, mientras que el 2021 es de un 50,8%

El número total de paciente tanto en DM e HTA bajo control, así como sus porcentajes de compensación presentan valores con tendencia a la baja, significando un deterioro importante de la actividad de APS.

Si a estos datos de les adiciona las tasas de prevalencia regional, para ambos problemas de salud (14,2% DM, 31,1%HTA) se concluye que para la patología DM la demanda potencial corresponde a 81,3% del número estimado por prevalencia, mientras que para el HTA es de 20,5% de demanda potencial del número estimado por prevalencia. Al ser estas patologías bases para otros problemas de salud de mayor gravedad (IAM. ACV) constituye un desafío formidable para la Red asistencial, poder incidir en el cambio de tendencia.

Cobertura de PAP y Cobertura de mamografías (Tamizaje)

Coberturas PAP y mamografía	2019	2020	2021
Cobertura de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente	64,1%	52,2%	53,6%
Cobertura de mujeres de 25 a 64 años con mamografías vigentes	60%	53%	56%

Fuente: Depto. Planificación Sanitaria. Tabla elaboración propia

Análisis cobertura de Papanicolau: La meta programática a alcanzar es una cobertura de 80% en mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente, sin embargo, en esta región lo que se ha alcanzado es variable según año calendario. Esta disminución de 11 puntos porcentuales, esta mediada por efectos de dificultad en el acceso en periodos de pandemia, sin embargo, si se analiza el período 2019 a 2021 las cifras están lejos de alcanzar la meta nacional.

En la cobertura de mamografía, el Plan Nacional del Cáncer dispone como meta alcanzar una cobertura del 70% en mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente, sin embrago estas cifras se deben a nodos críticos importantes no resueltos como insuficiente Recurso Humano en APS para el área de programa de la mujer (Tecnólogo medico Imágenes, TENS y Matrona), y establecimientos dotados de equipos mamógrafos distribuidos geográficamente en la red asistencial, que permita el acceso fácil y oportuno.

Telemedicina

En Ñuble, existen recursos focalizados asociados a la estrategia telemedica que no permiten su desarrollo integral como tampoco tienen presente los requerimientos locales de las redes. El MINSAL ha entregado recursos para estrategias centralizadas nacionales (Hospital digital) y paralelamente como SSÑ se ha ido desarrollando o licitando la aplicación informática para telemedicina sin una mirada integrada con RRHH necesarios, incorporación de fármacos requeridos, exámenes de apoyo diagnósticos, procedimientos en APS y disposición de infraestructura y equipos y condiciones de interoperabilidad y conectividad entre los niveles de atención.

En cuanto a disponer de un sistema de información integrado que vincule a todos los nodos de la red hoy existe una plataforma asincrónica de teleprocesos integrada a sistema hospitalario disponible (Osiris; MLE) pero no interopera con sistema informático desplegado en APS (Rayen), esta situación complica la gestión pues se debe laborar con múltiples plataformas al mismo tiempo realizando cruces manuales para complementar la información básica del paciente.

Algunos establecimientos tienen salas o box, para desarrollar la telemedicina con buen equipamiento, pero la mayoría no disponen de infraestructura ni de equipos requeridos para una interacción de calidad, hoy no existe un apoyo tecnológico exclusivo para promover esta actividad

En la red primaria no existen horas exclusivas para gestionar esta estrategia, tanto en horas profesionales clínicos como de apoyos. Las actividades que realiza preparando los casos y gestionada respuesta a nivel secundario son a costa del compromiso y dedicación de los funcionarios de atención primaria.

Las Tablas siguientes muestran que las prestaciones gestionadas por plataformas tanto en la modalidad asincrónica como sincrónica.

El total de transacciones telemedicas asincrónicas desde el año 2018 al 2021 ha aumentado en un 1352% y las transacciones sincrónicas han aumentado en un 203%, demostrando esta tendencia a la valoración de esta estrategia en la red asistencial.

Telemedicina asincrónica plataforma teleprocesos SSÑ

Establecimiento resolutor	2018	2019	2020	2021	Total, general
HCHM	8	300	1.758	3.275	5.341
HSC	60	915	1.282	1.421	3.678
Hospital Las Higueras	15	771	499	775	2.060
UAPOs			2.714	5.912	8.626
Hospital digital	24	1.869	1.469	2.026	5.388
Total, general	107	3.855	7.722	13.409	25.093

Telemedicina sincrónica SSÑ

Establecimiento resolutor	2018	2019	2020	2021	Total, general
HCHM	1098	1.323	2.733	2.693	7.847
HSC	20	1	215	432	668
Hospital Las Higueras	506	317	73	167	1063
Total, general	1.624	1.641	3.021	3.292	9.578

Fuente: Unidad de Telemedicina SSÑ. Tabla de elaboración propia

Servicios de Apoyo clínico diagnóstico y terapéuticos

Los servicios de apoyo diagnósticos y terapéuticos, analizados con la metodología prevista de identificación de brechas por nivel de atención y macro procesos, incluido en el presente análisis son: Farmacia, Imagenología, Endoscopia, Anatomía patológica, Medicina Transfusional y Laboratorio Clínico.

Todas estas redes tienen una distribución multicéntrica con diversos grados de coberturas, y han sido desarrollados de forma no integral dado que los recursos físicos, financieros y humanos provienen de diferentes orígenes y siendo muy creativos en su implementación.

Dada la naturaleza de sus prestaciones de apoyo diagnósticos y terapéuticos, estas unidades no disponen de un amplio conocimiento de las necesidades y preferencia en salud, focalizadas en sus ámbitos de acción originada por la poca integración a los programas de salud, a los procesos de redes integradas y a las múltiples funciones admirativas, significando poco acceso a la información. Pues por lo general no participan en reuniones gerenciales.

Las Redes de apoyo Diagnóstico y Terapéuticos, no disponen de un desarrollo con las unidades necesarias en los diversos nodos de la Red según población, ubicación geográfica y accesos cercanos. Se concentran en las comunas urbanas de Chillán y San Carlos donde existen los hospitales de mayor complejidad y un número significativo de CESFAM.

Los mecanismos de coordinación asistencial muestran un alto grado de desconexión a lo largo del proceso de atención, existe descoordinación y desinformación de los usuarios de estas redes referidos como contra referidos sobre todo en los procesos no GES. Esto se traduce en repetición de exámenes, perdidas en horas de atención, demora en consultas y procedimientos, médicos y odontológicos, repetición de recetas, lo que se traduce en pérdida importante de recursos.

En relación al ámbito de Gobernanza y Liderazgo, se define como débil debe profundizarse acercando la toma de decisión con las diversas unidades de apoyo diagnósticos involucradas, incorporándose y coordinándose con los diversos programas como, por ejemplo: Resolución de lista de espera quirúrgico, donde se financian refuerzos en pabellones, pre y post quirúrgico no involucrando de manera alguna a las unidades de apoyo.

No existe una acción integrada de los sistemas de apoyo informático. Hoy coexisten múltiples sistemas digitales, que no interoperan entre sí, como tampoco están desplegados en todos los niveles de la Red dificultando las labores de dichas unidades.

En cuanto a disponer de RRHH suficientes, competentes, comprometidos y valorados, este ámbito constituye un nodo crítico a no disponer de cargos necesarios que permitan la contratación de los profesionales necesarios para operar los equipos y las unidades, en los diversos establecimientos. Se destaca el alto compromiso y valoración por parte de los pacientes.

El sistema de financiamiento actual de estas unidades, no permite su optima gestión. En la mayoría de los casos no están incorporados en el listado de prestaciones APS (salvo laboratorio clínico). Esto se traduce en un inconveniente para la contratación de profesionales mínimos, así, como también poder ampliar la cartera de prestaciones.

Red de Salud Mental

La Red de Salud Mental de Ñuble, cuenta con un Modelo de Gestión (2018), el cual plantea que a través de la profundización del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y su articulación al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, busca mejorar la gestión de la red y adaptarse a las distintas realidades geográficas y poblacionales.

La red de salud mental Ñuble, concentra la atención a nivel de Cesfam y Hospitales Comunitarios por medio del Programa de Salud Mental integral de APS y a nivel de especialidad, en los Centros de Salud Mental Comunitaria (San Carlos, Ñuble, Chillán), Hospitales de día (San Carlos, Chillán) y Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (HCHM). Sin embargo, no se cuenta con dispositivos necesarios según población ni territorio.

Respecto a la prevalencia en salud mental, la violencia intrafamiliar es una de las principales fuentes de trastornos mentales en la región, ésta representa un 58% de la población bajo control en atención primaria. El segundo factor de riesgo que predomina es el suicidio, representando un 33% y el tercer factor condicionante es el abuso sexual, que representa el 9% de la población que se encuentra en tratamiento. Existe conocimiento de los usuarios, las necesidades y preferencias en temas de salud mental, según los diagnósticos predominantes en la región/comunas/establecimientos. A su vez, en la realización de intervenciones individuales, son consideradas las preferencias y necesidades de las personas usuarias en atención.

La gobernanza de la red de salud mental en Ñuble cuenta con dependencias administrativas híbridas (dependencia Servicio de Salud Ñuble, Hospital de Alta Complejidad, y Municipio) y dependencia técnica del Dpto. de Salud Mental del SS. Ñuble. Situación que complejiza la gestión de la salud mental en la red.

La prestación de servicios especializados, se encuentra ubicado en lugares apropiados, que es donde hay mayor densidad poblacional, sin embargo, debido a la alta demanda y brechas en cuanto RRHH en dispositivos ya establecidos, la atención resulta no expedita y oportuna, debiéndose priorizar los casos más graves. Por otra parte, la brecha de dispositivos se encuentra en los lugares de la región con mayor dispersión geográfica y limitando acceso. Con la finalidad de acercar la especialidad a los territorios de la región, se mantiene prestación de Consultoría Psiquiatría Adulto e Infantojuvenil, la cual cuenta con cobertura 100%, contando con instancia mensual para los establecimientos de APS, buscando aumentar su resolutivez.

Los mecanismos de coordinación presentes en la red si bien son eficientes, no son suficientes para la demanda y complejidad de atención en salud mental. Respecto a las instancias presentes se encuentran: Consejo Técnico de Salud Mental, Comité Articulador de la Continuidad del Cuidado, Consultorías Psiquiatría Adultos e Infantojuvenil. Se encuentra pendiente incorporación de Comité de Ingreso a la Atención Cerrada.

En relación a la participación social a lo largo de la Red Temática, existen en algunos nodos y puntos de atención con representación de las personas usuarias a través de Consejo de Participación Ciudadana en Salud Mental, además de realización de cabildos de usuarios, sin embargo, no ha sido un desarrollo transversal para toda la red. Las acciones intersectoriales, presentan también un desarrollo dispar, dependiente del nivel de atención. Algunos de los PRAPS (programas Atención Primaria) y dispositivos de especialidad cuentan con instancia de trabajo con intersector, además de elaboración de planes de trabajo intersectorial y participación en reuniones y mesas con el intersector. Desde del departamento

de Salud Mental se mantiene trabajo intersectorial con Senda, Mejor niñez, Seremi, Justicia, Educación, entre otros.

En materia de recursos humanos en la red de salud mental lo que se dispone no es suficiente. Al analizar producción se aprecia que en APS Municipal existe una brecha de 283.656 actividades, lo que da cuenta de la falta de 5.964 horas semanales de dotación profesional, que se traduce en la brecha de 135 jornadas completas. Situación que se repite en la APS dependiente del SS. donde la brecha es de 73.291 actividades, lo que da cuenta de la falta de 37 jornadas completas de profesional. Sin embargo, lo que sostiene principalmente la red es el compromiso, motivación y entrega de los funcionarios red de salud mental Ñuble.

Sobre un sistema de información integrado que apoye el proceso de atención propiamente tal y la continuidad de tratamiento, no existe, salvo en el HCHM que presenta un mayor avance. Progresivamente se ha avanzado en la implementación de Registro Clínico Electrónico en COSAM Ñuble, se encuentra comprometida informatización de COSAM San Carlos, Hospital de Día San Carlos y Hospital de Día Chillán.

De acuerdo al Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental (2018), en la región se requieren 8 establecimientos de salud mental comunitaria, existiendo una brecha actual de 5 COSAM, contando en la actualidad con el 37.5% de los dispositivos que debieran existir. Respecto a los Hospitales de Día, la brecha es de 4 dispositivos de adultos (72 plazas), además de brecha de acceso para la provincia de Itata.

El área infantojuvenil en Ñuble, se presenta brecha de dispositivos específicos para la población como es Hospital de Día Infanto adolescente y UHCIP Infanto adolescente, ya que actualmente no se cuenta con estos dispositivos en la región. Respecto a UHCIP Infanto adolescente están consideradas 12 camas en el Nuevo Hospital Regional. En relación a las camas en psiquiatría Ñuble tiene como región 26 camas de adultos ubicados en HCHM, presentando una brecha de 22 camas, puesto que el nuevo Hospital Regional no considera aumento de dotación.

En el área residencial (HP, RP), se ha evidenciado a nivel territorial una alta demanda de ingreso a usuarios a Residencia Protegida, y la necesidad de Residencia Protegida de mayor complejidad.

Red de Rehabilitación.

La atención de la red de rehabilitación física en Ñuble, está centrada en el usuario y su familia, conociendo los requerimientos y necesidades de salud, sin embargo, dado que no se dispone de la oferta en recursos humanos, recursos físicos y una red de dispositivos robusta, no es posible satisfacer estas necesidades.

La infraestructura de Rehabilitación es precaria, las acciones de prevención, promoción de la salud y acciones de referencia y contrareferencia son escasos, esto por la alta rotación de recurso humano, como también la alta ruralidad que dificulta el acceso a los centros de salud, y la insuficiente coordinación entre centros de atención

No existe gobernanza única en la red asistencial, aunque la derivación de los usuarios implica indicaciones a cumplir por el usuario y establecimientos de baja complejidad; en ocasiones hay directrices municipales que cambian el curso de estas indicaciones.

Existe trabajo intersectorial con Educación y trabajo participativo con la comunidad

No existe coordinación eficiente con los servicios de apoyo clínico. Existe una brecha importante de tecnologías de la información que permita finalmente un mejor acceso al sistema de salud.

El RRHH, es insuficiente, pero comprometido y motivado, sin embargo, se percibe y poco valorado en la red.

La gestión actual se basa en los resultados que se obtienen de la atención, dejando claro que hay demanda no abordada

Los recursos son escasos y los que se disponen están mal utilizados y mal distribuidos. No consideran aspectos importantes de Rehabilitación especialmente en la instalación de prestaciones en diferentes niveles de atención.

Red de cardiología

La red asistencial de Ñuble, conoce las necesidades de la población respecto a salud cardiovascular, sin embargo, no cuenta con una organización y gobernanza estructurada en la red, que le permita abordar esta situación en forma eficiente y hacerse cargo en forma integral de los usuarios. Aunque se aprecia que la población no reconoce su responsabilidad ni se hace cargo de su propio autocuidado

Los Hospitales de mayor complejidad clínica no cuentan con las horas suficientes de especialistas necesarias para la demanda y específicamente la red norte (Hospital San Carlos) no cuenta con especialistas en Medicina Interna ni Cardiología. Existe además una brecha importante en infraestructura y equipamiento.

La cartera de servicios de la subespecialidad es entregada, a esta red asistencial, por establecimientos de la macrored (red de Concepción), sin embargo, la red de Ñuble no cuenta con un servicio de traslado oportuno, perdiéndose algunas horas cedidas, lo que aumenta los días cama en hospitales y número de días para un proceso terapéutico que puede resolverse en un número acotado de días.

En la red asistencial no se cuenta con los dispositivos necesario para acceder a atención oportuna y el Programa Cardiovascular (PSCV) no logra impactar y llegar a tiempo sobre su población.

No existe un agente rector para toda la Red asistencia de Ñuble que dirija las acciones de los usuarios y en la APS no muestra un empoderamiento de los encargados del PSCV para que se coordine efectivamente con un agente rector, no existen referentes de este programa en cada establecimiento de la Red. También está ausente la capacitación en la red respecto al área de cardiología, a los médicos de APS y Hospitales comunitarios que fortalezca la atención y de fluidez al acceso a algunos procedimientos de cardiología. A esto se suma un bajo número de médicos especialistas en formación, lo cual no apunta a la demanda actual, tampoco hay formación de subespecialistas, siendo que pronto el HRÑ que está en construcción tendrá puesta en marcha de pabellón de Hemodinamia.

Los usuarios de áreas rurales tienen acceso dificultoso a las prestaciones de la especialidad, no siendo gestionados para mejorar el acceso esto debido a escases de personal de apoyo. Existe dificultad en obtener exámenes y procedimientos cardiológicos, después de la primera consulta lo que no permite cerrar la atención en forma integral

La información y datos de los usuarios cardiológicos es dispersa en la red, estos se encuentran en diversas plataformas que no interoperan entre sí.

Existen diversos indicadores e informes, los que son entregados, a los Directivos de Hospitales, APS y Jefatura de CAE HCHM; sin embargo, las decisiones en salud no se toman en base a lo informado, no considerando las reales necesidades de la red o indicadores socioeconómicos, sino que se focalizan en cumplir COMGES, especialmente el indicador “N° de primeras consultas”, dejando Controles y Procedimientos sin resolución y seguimiento. Durante estos últimos años se perdió el concepto de hospital en red.

Red odontológica

Se ha realizado un desarrollo multicéntrico de diversos dispositivos de especialidad odontológica en la Red Asistencial los cuales no han sido implementados con una mirada estratégica, logística como tampoco basado en datos de demanda y de zonas con mayores dificultades de accesos y oportunidad a la atención.

En relación a recurso humano, se cuenta con profesionales competentes y comprometidos en todos los niveles de atención, pero insuficiente a la demanda asistencial. Esto se traduce a largas listas de esperas y pérdidas de piezas dentarias, dado al limitado acceso en la Red Primaria como de especialidades a una prestación con oportunidad.

Déficit Estructural, la atención odontológica requiere disponer de salas de procedimientos dotadas de equipamientos complejos y diversos, alto número de instrumental e insumo, así como de sistema de mantención de dichos equipos. En la Red, un alto número de estas salas cuentan con demostración sanitaria.

Red Oncológica

La mortalidad en Ñuble por patologías oncológicas, liderada por el cáncer gástrico, seguido por el colorrectal y de próstata, constituyen la segunda causa de muerte en la región. Siendo los hombres los que poseen mayor tasa de mortalidad por esta causa. En mujeres, la mayor causa de muerte por cáncer, se debe a cáncer colorrectal, mama, gástrico y vesícula.

La oferta actual es insuficiente para hacer frente a las necesidades de atención de las personas que padecen patologías oncológicas. El tratamiento, se limita sólo a una parte de quimioterapia debiendo derivar todos los casos que demandan un tratamiento más específico y de radioterapia a la macrored y principalmente al Hospital Regional de Concepción, hecho que provoca grandes inequidades en el acceso y en la oportunidad en el tratamiento, de igual forma significa grandes costos para el paciente y su familia. Costos monetarios que significa pernoctar y vivir en el lapso del tratamiento en otra ciudad, pero también lo que representa el desgaste emocional al tener que ser separado de su grupo familiar en un estado tan vulnerable

En la Unidad de Oncología del HCHM se realizan atenciones por un equipo multidisciplinario, como exámenes, controles y tratamientos de quimioterapias orales y endovenosas para todas las patologías oncológicas en pacientes mayores de 15 años a excepción de las leucemias agudas que son derivadas al Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

De forma local se da cobertura a la totalidad de las quimioterapias orales y endovenosas. No existe una lista de espera en esta área. Sin embargo, la brecha se presenta en el diagnóstico oportuno, ya que la pesquisa precoz es fundamental, en este contexto existe una demanda oculta que no es posible cuantificar con la información disponible en la actualidad.

Se derivan a la Macroregión la totalidad de los tratamientos de radioterapia, medicina nuclear (yodoterapia para cáncer de tiroides), braquiterapia y algunas cirugías oncológicas de las especialidades de hepatobiliar y cirugía de tórax.

Aproximadamente 850 pacientes de toda la región, reciben apoyo de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en la Red Asistencial de Ñuble.

El año 2021 se obtuvieron 1.446 biopsias positivas para neoplasia de las cuales 349 fueron derivados a tratamiento en macrored consolidando un 24,1% de la población oncológica que debe trasladarse a Concepción para recibir sus terapias, más un número de pacientes que forma parte de la demanda oculta de usuarios que se diagnostican en los establecimientos de la red.

Los establecimientos de APS, como primer nivel de atención multidisciplinario tienen una cartera de servicios muy reducida y rígida que limita el acceso a exámenes diagnósticos, rehabilitación, cuidados universales de salud mental. Los recursos están dirigidos a la atención del adulto mayor, con horarios de atención poco flexibles para las personas en edad laboral. No se trabaja en promoción y prevención del cáncer.

En el nivel secundario, la oferta es reducida, existe escasez de exámenes diagnósticos y servicios especializados como Tomografía por Emisión de positrones (PET), resonancia magnética, cintigrama óseo, exámenes de citogenética y laboratorio nuclear.

Existe una red asistencial fragmentada, con una red digital insuficiente, con múltiples programas que no se coordinan entre la atención primaria y nivel secundario, como por ejemplo el programa discapacidad severa, hospitalización domiciliaria y cuidados paliativos. No existe flexibilización de la cartera de servicios en función de acercar los servicios de salud de patologías complejas al lugar de residencia de las personas que sufren este tipo de enfermedades.

No existe red privada de apoyo en Ñuble para prestaciones oncológicas.

No se cumple el modelo de atención centrado en la persona, la familia y la comunidad. Como así también, por falta de recursos, no se realiza promoción, prevención de factores de riesgo, consejería y acompañamiento en la atención primaria de salud. No existe un programa de seguimiento y detección de población de riesgo en APS o con lesiones precancerígenas.

Respecto de la gobernanza, existe división en la administración de salud, de los establecimientos de salud dependientes de las municipalidades y los de dependencia del Servicio de salud Ñuble, que produce descoordinaciones, programas fraccionados, duplicación de esfuerzos e ineficiencia de los recursos existentes.

No se realizan acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud

Si bien los recursos humanos son insuficientes para las atenciones de las personas con cáncer, éstos son competentes, comprometidos y valorados por la Red. Existe déficit de subespecialidades necesarias para el manejo avanzado de pacientes oncológicos en las diferentes áreas.

Los sistemas de información no conversan, existen múltiples plataformas no integradas. Falta ficha clínica única. Existen múltiples plataformas no integradas que dificultan la continuidad de la atención y seguimiento en la red de las personas en tratamiento

No se consideran los resultados de la región para la toma de decisiones, especialmente en la etapa de planificación de las acciones en salud.

Los recursos financieros se orientan más al tratamiento. Los incentivos están mal orientados, la gestión está dirigida al cumplimiento de metas en particular y no en la mejora continua de resultados en salud. Existe déficit de recursos para potenciar áreas claves, como el screening de población de riesgo, tratamiento de lesiones precancerígenas y el seguimiento de los pacientes para detectar recidivas.

Los recursos no están orientados a disminuir tanto la incidencia como la mortalidad atribuible a esta enfermedad de la población de Ñuble, de igual forma al diagnóstico precoz, a brindar un tratamiento integral y oportuno de tal forma de mejorar la sobrevida de las pacientes impactando en su calidad vida y en la de sus familias.

Hospital Clínico Herminda Martin (HCHM)

El HCHM es el establecimiento de mayor capacidad resolutoria de la Red Asistencial de Ñuble, y es el centro regional de derivación, cuenta con 473 camas de las cuales el 13% corresponde a camas críticas. Tiene una cartera de servicios con prestaciones de baja, mediana y alta complejidad, la cual está limitada por la presencia de médicos especialistas, planta física y equipamiento. En la actualidad se encuentra en construcción el Hospital Regional que debiese estar para el año 2025 hacia donde debe migrar el HCHM.

En la interacción con el equipo directivo de dicho establecimiento, se lograron las siguientes conclusiones diagnósticas:

El conocimiento que tiene los directivos y jefes de servicio acerca de la realidad familiar de la población de Ñuble, en términos de clasificación de riesgo y de las necesidades de los habitantes de la región es insuficiente y en algunas ocasiones no se dispone de información de salud mínima para la toma de decisiones respecto a prestaciones que deben realizar para satisfacer la demanda de los usuarios.

La integración y coordinación del establecimiento con la red asistencial es poco eficiente y empática; cada sector define sus ámbitos de acción en busca de la satisfacción de las necesidades de sus usuarios reconocidos, los mecanismos de integración que existen son subutilizados, no está presente un relato común para toda la red, esto se traduce que el principio de continuidad de la atención y la trazabilidad de los pacientes es difícil y muy complejo.

En relación al principio de gobernanza, entendida como el liderazgo sobre los procesos de atención principales en la red asistencial con participación vinculante, no es ejercida como una herramienta que le permita gestionar sus procesos de oferta con impacto sanitario en la población de Ñuble.

En cuanto a la gestión de los servicios de apoyo clínico, administrativos y logísticos, es deficiente y poco integrada; pues el despliegue de las diversas estrategias en la red asistencial por lo general se basa en la cooperación, buena voluntad y compromiso de los profesionales; sin una visión completa de los alcances de la instalación y funcionamiento de una estrategia para gestionar de modo eficiente las prestaciones de estos servicios, en función de las prestaciones finales entregada a los usuarios.

En el ámbito de recursos humanos, la dotación de médicos especialistas es inferior a lo que requiere la demanda de la población y no se relaciona con la epidemiología actual, sino que generalmente esta responde a definiciones del nivel central y personales en la decisión del especialista de integrar esta dotación.

El manejo de los datos de atención clínica de los usuarios, se realiza tanto en registro clínico electrónico como manual. El registro clínico electrónico es de desarrollo local y no aborda todos los ámbitos de la acción sanitaria, y no se comunica en red con los establecimientos derivadores.

La información que genera la actividad asistencial del establecimiento no es utilizada estratégicamente para la toma de decisiones en los recursos, solo se estudian y evalúan los indicadores de producción.

En el desarrollo de las diversas estrategias que utiliza este establecimiento en la red asistencial, para promover la continuidad de la atención mejorando acceso y oportunidad, no cuentan con un sistema de financiamiento acorde a las necesidades y expectativas de la población usuaria.

Recursos humanos para la salud universal

Como primera conclusión se declara que los recursos humanos de salud de la red asistencial de Ñuble lo conforman “Todas las personas que realizan acciones cuya finalidad fundamental es mejorar la salud de la población de Ñuble, son personas con distintas profesiones y ocupaciones que se forman y trabajan en los distintos niveles y dispositivos de la Red Asistencial con buen trato, excelencia y compromiso”.

Para la definición de las conclusiones diagnósticas se analizó el atributo N°11 de las RISS “recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red” y a partir de estas características se contrastó la situación actual de los recursos humanos de la Red Asistencial de Ñuble.

Según las RISS, los recursos humanos suficientes consideran: El número, distribución y competencias de los recursos humanos y que se traduce en la disponibilidad de servicios apropiados para cubrir las necesidades de la población y el territorio.

Teniendo en consideración la definición es posible referir que, en Ñuble, los recursos humanos son insuficientes, no existe una planificación estratégica robusta que permita determinar las brechas de recursos humanos en el corto, mediano y largo plazo. En la actualidad, se actúa en base a las expansiones que se autorizan desde el nivel central, que responden a las líneas estratégicas definidas por éste, pero no resuelven la brecha estructural que arrastra el Servicio, brecha que cada año se envía al MINSAL, sin embargo, no existe retroalimentación sobre la factibilidad de estas solicitudes.

Respecto a la brecha de médicos especialistas y subespecialistas, es necesario disponer de un programa especial de formación y cargos disponibles para realizar reclutamiento, así también disponer de los profesionales para gestión en materia de formación a nivel de Dirección. Por otra parte, existe una gran

brecha en todas las áreas de atención, apoyo diagnóstico y terapéutico, así como de apoyo logístico y administrativo, que actualmente se reflejan en personas contratadas a honorarios y/o compras de servicios.

Es necesario disponer de guías técnicas que permitan determinar claramente las dotaciones, para de esta forma optimizar las actividades asistenciales y de apoyo, teniendo en cuenta la capacidad instalada con equipamiento ocioso por falta de RRHH. Por otra parte, está pendiente la actualización de los estándares de recursos humanos para los Hospitales Comunitarios de Salud Familiar y esta forma establecer nuevos polos de desarrollo (camas, consultas y controles, procedimientos, procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico, telemedicina, etc.).

Existe brecha de dotación en Unidades de Salud del Trabajador, para abordar la salud pre - ocupacional, ocupacional y curativa, en todos los establecimientos de la red.

Es necesario establecer mecanismos de control para el uso eficiente de los recursos. Por ejemplo; control de asistencia digital para la ley 19.664 y 15.076, cruce de horarios con producción y ausentismo.

Recursos humanos competentes según las RISS, considera, La elaboración de un plan de desarrollo organizacional para lograr las transformaciones deseadas y de procesos sistemáticos de educación permanente para ajustar las competencias de los equipos de trabajo. En un sentido más amplio, las RISS requieren de políticas nacionales de formación y gestión de recursos humanos que sean compatibles con las necesidades del trabajo en red.

Respecto a esta característica en Ñuble, es preciso desarrollar mayores niveles de competencia en toda la red, pero especialmente en la APS, que permitan descongestionar los establecimientos de mayor complejidad. Además, controlar que quienes están capacitados, ejerzan y apliquen sus conocimientos y habilidades adquiridas en el desarrollo de las funciones asignadas.

Establecer fuentes de financiamiento que permitan ejecutar programas de formación, perfeccionamiento y capacitación acordes a las necesidades de la red. Además, fortalecer el proceso de formación de especialistas y subespecialistas, para los requerimientos actuales de la región aún más con miras al Nuevo Hospital Regional.

Por otra parte, es necesario implementar procesos de selección estandarizados en toda la red, que considere las competencias técnicas y habilidades relacionales como requisito fundamental para ingresar a la red asistencial de Ñuble. Fortalecer las competencias de liderazgo en todos los niveles de la organización, desde Directivos a liderazgos naturales de los equipos de trabajo.

Planificar y desarrollar procesos de evaluación de desempeño que permitan identificar las reales brecha de competencias (el sistema actual es totalmente sesgado y no es una herramienta de gestión por competencias).

Las RISS respecto de disponer de recursos humanos comprometidos considera: Promover y desarrollar una gestión basada en la participación, motivación y compromiso institucional, manteniendo instancias de participación permanente.

En Ñuble es fundamental avanzar en este ámbito, en la actualidad existen altísimos índices de ausentismos en todos los establecimientos; con promedio de días perdidos entre 30 a 40. Si bien el ausentismo por licencia medicas se explica por múltiples factores, además de los asociados una afección de salud, es sabido que uno de sus componentes es la falta de compromiso. Este indicador ha aumentado exponencialmente a nivel nacional en los últimos 4 años, pasando de 20 a 36 días promedio por funcionario.

Por otra parte, según la última encuesta ISTAS 21, 5 de los 7 establecimientos dependientes se encuentran calificados en riesgo medio, siendo las dimensiones de doble presencia, exigencias psicológicas y apoyo social las con mayor calificación.

El recambio generacional representa nuevos desafíos para la organización, por lo que se deben diseñar incentivos adecuados, considerando que hoy prima el interés personal por sobre el bienestar general o los objetivos de la organización.

Es menester corregir las inequidades entre distintos estamentos, asociados a obligaciones, derechos y condiciones laborales, por ejemplo, el control de asistencia diferenciado para la ley 19.664 y 15.076, precariedad de los contratos a honorarios; bajas remuneraciones en los estamentos profesionales, técnicos y administrativo aun cuando desarrollan una labor que requiere alta calificación.

La precariedad contractual, como, por ejemplo, las personas contratadas a honorarios en el contexto de la pandemia hace 2 años, que hoy cumplen laborales permanentes, son una muestra de las condiciones que no permiten establecer las condiciones para afianzar una cultura de reconocimiento.

Respecto a la calidad de vida y sus distintos componentes, existe poca capacidad de respuesta en la red para cumplir con las expectativas y necesidades de los funcionarios, en aspectos tales como cuidado personal, salud ocupacional, cuidados infantiles, entre otros.

Según las orientaciones de las RISS un recurso humano valorado en la red debe contar con una cultura organizacional que contribuya a la coordinación asistencial por ser un elemento de cohesión y de identificación entre los miembros que trabajan en la organización, especialmente si promueve valores y actitudes de colaboración, trabajo en equipo y orientación hacia resultados.

En Ñuble es necesario trabajar fuertemente la cultura organizacional, teniendo en consideración los valores que definen la organización; compromiso, excelencia y buen trato. Así también materializar en acciones concretas el código de ética, documento promueve valores y conductas éticas, siendo un marco de referencia que permite a las personas adecuar su conducta hacia el buen ejercicio de sus funciones.

Para lograrlo es preciso desarrollar una gobernanza única, con la participación de los funcionarios que permita fortalecer la vocación por el servicio público y el aporte que genera en la comunidad el trabajo en Salud.

Es necesario invertir y proteger parte del presupuesto en el desarrollo y reconocimiento, esto permiten generar una cultura de trabajo que se transforma en una fuente de motivación constante. Esto permite implementar las distintas estrategias e impacta directamente en la satisfacción de los usuarios.

Todo lo anterior converge en la necesidad urgente de disponer un plan estratégico de recursos humanos, bajo la gobernanza del equipo directivo del SSÑ, con una mirada de red integrada, que considere al menos los siguientes aspectos; sistema de reclutamiento y selección autónomo; definición de perfiles de cargo; estándares de dotaciones adecuadas, definición brechas de médicos especialistas y subespecialistas fundamentadas; situaciones contractuales dignas y acordes al mercado; sistemas de compensaciones, mecanismos de medición del desempeño. En calidad de vida, puestos de trabajos dignos, ambientes de trabajo libres de violencia y maltrato, disponibilidad de salas cunas y club escolares; En capacitación y formación continua, cierre de brechas según competencias y habilidades definidas para los cargos; medición de transferencias.

Tecnologías de la Información y Comunicaciones

Análisis del Diagnóstico de TIC 's para el Diseño de la Red Asistencial.

El diagnóstico de la dimensión de TIC 's para las RISS, permitió caracterizar la situación actual de los sistemas informáticos de apoyo a la red; la evaluación del ecosistema y su apoyo al modelo de interacción; conocer la situación actual del Departamento TIC; destacar los aspectos más importantes relativos al Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI); el estado de las Comunicaciones y Conectividad; Gobernanza; Hardware; todo a nivel de red, en sus distintos niveles de complejidad. Especialmente, destaca la situación de las TIC 's ante el desafío que representa el Hospital Regional de Ñuble, en construcción.

La realización de 17 talleres, con diferentes áreas clínicas y administrativas, permitió al equipo que elabora el Diseño de la Red Asistencial, obtener una mirada transversal sobre la situación actual del ámbito de TIC 's, destacando en todos los talleres realizados, la necesidad de contar con mejores sistemas de información que interoperen y permitan una integración en los distintos niveles de complejidad; la necesidad de tener la información del paciente en red, sistemas de imagenología, laboratorio, telemedicina, comunicaciones, conectividad, seguridad de la información, renovación del hardware obsoleto, sistemas clínicos (HIS) y administrativos (ERP) integrados.

A continuación, se enunciarán los principales hallazgos del Diagnóstico de la Situación Actual, con la finalidad de buscar fórmulas para el cierre de brechas y asegurar que la información necesaria para la gestión institucional, esté disponible, sea usable, confiable y en línea, administrada como un Activo institucional. A saber:

1. Sistemas de Información Existentes en el Servicio de Salud Ñuble.

En lo relacionado a los Sistemas Informáticos con Desarrollo Interno del SSÑ, puede señalarse que el mayor riesgo que presentan, dice relación con la ausencia de documentación técnica actualizada de respaldo; además, frente a la ausencia de los profesionales que construyeron internamente estos desarrollos de software, podría generarse una discontinuidad operacional, respecto de los procesos apoyados, en caso de falla de éstos.

Estos sistemas no interoperan con la APS (RAYEN) resultando imposible conformar una historia clínica compartida en red y disminuir la fragmentación de los niveles de atención de la red asistencial. 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. Asimismo, considerando que la gran mayoría de los sistemas del SSÑ son desarrollo propio y no satisfacen las necesidades de la red asistencial para sus procesos clínicos y administrativos, puede resultar recomendable evaluar soluciones de mercado para HIS Y ERP, ya maduras.

2. Elaboración de un Plan Estratégico TIC.

Destaca como una brecha fundamental a cerrar, el no contar con una Planificación Estratégica a Nivel de Servicio de Salud, de la cual se desprenda la Estrategia Digital para las RISS de Ñuble, con una mirada a mediano y largo plazo. Consecuente con lo anterior, el proceso de planificación de T.I., es un paso crucial para el SSÑ y tiene como propósito alinear los objetivos de la función de TIC, con los objetivos estratégicos del SSÑ y la Red Asistencial y sea una herramienta eficiente que apoye el logro de la Misión y permita responder a la Ley N°21.180, sobre Transformación Digital del Estado.

3. Existencia de una Consultoría Externa Actualizada.

Una fortaleza para el SSÑ, que puede transformarse en oportunidad para dar un salto cualitativo y cuantitativo en el desarrollo de las TIC 's, es que se dispone de un instrumento de diagnóstico, elaborado por la Unión Temporal de las Empresas Consultoras ARZOBARR – ARTICLYNX, denominado: *“Consultoría Diagnóstico y Diseño de Arquitecturas de las TIC 's para la Red del SSÑ”*, concluida recientemente (junio de 2022), cuyo costo fue de M\$65.000.- (financiamiento GORE).

4. Necesidad de Estandarización de los Procesos.

Se requiere avanzar en la Estandarización de Procesos, dado que ellos reflejan la identidad, características y quehacer de la institución. Para lograr utilizar dichos procesos, como herramientas modeladoras de la organización, es necesario identificar las actividades en las que se componen; analizarlas, desglosarlas y finalmente, estandarizarlas con el fin de generar un patrón de control, que permita a los integrantes de los diferentes equipos de trabajo del SSÑ, homologar el lenguaje técnico, tanto para su gestión, como para su evaluación.

5. Necesidad de Mejorar y/o Reemplazar las TIC 's Actuales en el Futuro Hospital Regional de Ñuble.

Para que la puesta en marcha del HRÑ, se realice con éxito y cumpla las expectativas de mejora de los funcionarios/as, como también de la ciudadanía de la Región de Ñuble, deberá propiciarse opciones de mejora en base a un ecosistema de aplicaciones informáticas, alineadas con la Estrategia Institucional, interoperables, articulables, crecientes e inclusivas.

6. Gestión del Cambio.

El hecho de asumir que la incorporación de tecnologías al quehacer del negocio involucra cambios y que éstos son inherentes a las personas y la organización, adoptar estrategias para su gestión se transforma en un factor crítico para el éxito de todo proyecto T.I. Es en este contexto, que debe considerarse como un requerimiento no funcional, la necesidad de incorporar la gestión del cambio -tanto para el HIS como para el ERP- como un elemento clave en la incorporación exitosa de soluciones informáticas.

7. Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

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 son 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.

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.

7. Estado de la Comunicaciones y Conectividad de la Red Asistencial de Ñuble.

Durante la pandemia por SARS COV-2, las tecnologías de la información han sido la principal forma de mantener y favorecer la interacción social. Entre las muchas oportunidades que estas herramientas presentan, 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.

Situación Actual de Conectividad en la Región de Ñuble.

El acceso a las redes de comunicación en Chile, y especialmente en la región de Ñuble, presenta grandes brechas digitales producto del desigual acceso a los beneficios generados, producto de la escasa cobertura de servicios de conectividad digital, acrecentado en las zonas rurales. Además, la región de Ñuble, cuenta con 2 comunas de un total de 23 comunas del país, que se encuentran en situación crítica, debido a los bajos niveles de conectividad fija que presentan, 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, no cuentan con conectividad (Fuente: Encuesta CASEN 2017). Las personas con mayor brecha digital en el uso de servicios digitales en Ñuble, son mujeres de menor formación educacional e ingresos bajos.

Consideraciones Finales.

Tal como se menciona en el Diagnóstico de las TIC del SSÑ, es prioritario desarrollar el *Proceso de Planificación Estratégica de las TIC*, el cual tiene que ser liderado por la Alta Dirección del SSÑ.

Resumen Conclusiones Finales.

El modelo de atención que hoy se desarrolla en la red asistencial de Ñuble, tiene un énfasis eminentemente Biomédico, centrado en la oferta en desmedro de la demanda y no centrado en el usuario, su familia y comunidad.

De acuerdo a los atributos de las RISS la red asistencial de Ñuble tiene características de alta fragmentación, los atributos que le componen revelan que no se tiene un amplio conocimiento de las familias, sus necesidades y preferencias de salud; los dispositivos de salud no están instalados según características de la población y distribución geográfica, con niveles deficientes de integración en redes específicas.

La gobernanza de acuerdo a las RISS, se entiende como la presencia de un liderazgo en los procesos estratégicos de la red asistencial y la toma de decisiones en los recursos existentes, basado en información emanada desde la comunidad y de equipos técnicos; En Ñuble, este atributo se muestra insuficiente en la red asistencial, aun cuando existe un gestor de redes definido institucionalmente y una organización de orientación técnica.

En el ámbito de Organización y Gestión, la gestión de los procesos clínicos no está suficientemente desarrollada, coordinada ni acordada en la red, sobre todo en la actividad de contrarreferencia, lo que entorpece el seguimiento y continuidad de la atención. Destaca la deficiente integración y nula de los sistemas informáticos desarrollados internamente, que vinculen a todos los nodos de la red. Por otra parte, la información generada por la actividad clínica de la red asistencial, no es considerada para planificar con mirada estratégica.

Respecto a Recursos Humanos, no se cuenta con una dotación acorde a la necesidad de la demanda de especialistas y profesionales de la salud y, a su vez requiere competencias transversales, como son habilidades relacionales y técnicas para desarrollar el modelo de atención.

En el ámbito de Asignación de Recursos e Incentivos, estos no se condicen con el financiamiento necesario de estrategias que busquen impacto sanitario.

Respecto a los macroprocesos, es necesario precisar que se debe realizar una revisión profunda al **proceso de atención abierta**, tanto de morbilidad como especialidad, que permita: dar mayor resolución a los problemas de salud de la población; disminuir las listas de espera; otorgue una atención integral y completa; facilite la continuidad de la atención de los usuarios para que fluya por la red sin contratiempos; eficiente los rendimientos de horas médicas; disminuya los NSP, entre muchas otras acciones fundamentales para el buen desarrollo de la red.

A través del proceso de atención abierta se debe fomentar el desarrollo de la Telemedicina, aumentando el número de prestaciones de consulta y control realizado por esta vía, tanto entre los establecimientos de mayor complejidad (HCHM y HSC), como los establecimientos de menor complejidad de la red asistencial, y desde los establecimientos de mayor complejidad con la macrored (Hospital Las Higueras). Para ello, es necesario que los HCSF, mejoren su planta física, equipamiento de apoyo, destinación de horas profesionales para la presentación de pacientes y contar con los habilitantes como anchos de banda, conectividad, equipos, suministro eléctrico asegurado, cámaras y equipos de apoyo diagnóstico conectados.

En el **proceso de atención cerrada**, existe una Unidad de Centralización de Camas en todos los establecimientos; sin embargo, no se utiliza para la gestión de disponer la mejor cama posible al usuario, por falta de gobernanza en la red asistencial para la hospitalización.

En los establecimientos de mayor complejidad (HCHM y HSC), no hay existe un modelo de camas indiferenciadas y los resultados de la categorización, no son utilizados para una mejor gestión y disponibilidad de camas. El trabajo que realizan los equipos de enfermería y matronería, son independientes entre los establecimientos, no coordinándose para mejorar la efectividad. Los cuidados de esta disciplina, no están estandarizados ni protocolizados en los establecimientos de la red, de acuerdo a la complejidad de las camas de atención cerrada y prestaciones directas que entrega.

Los registros de los usuarios (Ficha Clínica), se realizan en distintos sistemas, no existiendo un único documento. Respecto al Recurso Humano, no existe un estándar de competencias en áreas de atención clínica en toda la red, respecto a Gestión del Cuidado.

De acuerdo a la dotación de camas actual, se observa un déficit de 205 camas para alcanzar el promedio país: Sin embargo, es necesario llevar a cabo un estudio profundo, con el fin de tener certeza sobre el lugar y el tipo de cama que se requiere.

Para el **proceso de urgencia**, se evidencia que las dificultades no están en las entradas al proceso, ni tampoco en el desarrollo de la atención propiamente tal, sino en las salidas; cuando un paciente requiere una cama hospitalaria, no está disponible, por lo cual debe permanecer hospitalizado en el Servicio de Urgencia; si requiere ser traslado a otro centro, no están los medios de transportes para ser movilizado, y si necesita una cama de la red, no existe la coordinación, ni comunicación para recibir estos pacientes. En este proceso, es crucial mantener mecanismos de comunicación y coordinación permanente, que permita un tránsito fluido de los usuarios; fortalecer los servicios de urgencias de menor complejidad, que eviten los atochamientos en las UEH de mayor complejidad. Continuar la implementación progresiva del DAU electrónico en los distintos dispositivos de urgencia de la red.

En relación al **proceso Quirúrgico**, el elemento crítico está dado por la tardía generación de las tablas quirúrgicas, lo que no permite una gestión eficaz de este proceso; esta descoordinación da lugar a suspensiones por parte del usuario al no ser informado oportunamente de la cirugía. Otra dificultad es la falta de instrumental quirúrgico especializado que debe ser solicitado a otras regiones y no siempre es recibido oportunamente; falta de insumos. Otro factor a considerar es la disponibilidad de salas de recuperación, las que colapsan tempranamente por déficit de camas en los servicios de cirugía.

Las unidades de **servicios de apoyo clínico** instaladas en la red, se gestionan con una gobernanza insuficiente, no se coordinan entre sí para hacer más eficientes los recursos que manejan, ni para acercar estas prestaciones a las personas, especialmente, las de áreas rurales que se atienden en las especialidades de los establecimientos ubicados en centros urbanos de la región (HCHM y HSC). La gestión de estos servicios no tiene una planificación estratégica que ponga a estas unidades al servicio de la atención clínica para mejorar la resolutivez final de los usuarios.

El equipamiento de los servicios de apoyo clínico, está concentrado en los establecimientos de mayor complejidad, a los cuales deben acceder las personas de áreas rurales lejanas. Los equipos instalados en establecimientos de baja complejidad, son de bajo número, se utilizan sólo en horario hábil y algunos de ellos, requieren contar con recurso humano especializado.

Sobre las patologías asociadas a las mayores tasas de mortalidad en la Región de Ñuble se encuentran:

Red de salud oncológica, sólo presenta un mayor desarrollo instalado en el HCHM, en donde se mantiene profesionales especialistas en esta área, e infraestructura y equipamiento para la atención de quimioterapia, cuidados paliativos, camas de mediana y alta complejidad y quirúrgica necesaria. Sin embargo, es de limitada cobertura y desarrolla una cartera de baja resolución, respecto a la atención de quimioterapia y cuidados paliativos; como también en el ámbito preventivo y tamizaje. Existe brecha de prestaciones oncológicas en las áreas de radioterapia, farmacia oncológica, medicina nuclear, yodo terapia y ontogenética. Además de no contar con un sistema de trazabilidad, en los seguimientos de los procesos terapéuticos en la red.

La red cardiológica, la primera causa de mortalidad en Ñuble, son producto de enfermedades de las enfermedades del sistema circulatorio, con altas tasas de prevalencia en Hipertensión Arterial: 31,1 %, Diabetes Mellitus: 12,5%, Síndrome Metabólico: 43% y Riesgo Cardiovascular: prevalencia 23,2%⁶. Sin embargo, la red cardiológica en Ñuble, es débil; con escasez de médicos especialistas y altas listas de espera. A lo antes mencionado, se suma la deficiente actividad de los establecimientos de APS, en materia de promoción y prevención de enfermedades cardiovasculares en la población en riesgo, y, aún más complejo, es la disminución de las coberturas efectivas de diabetes mellitus e hipertensión durante los últimos años.

La red de salud mental; El funcionamiento de esta red presenta bajas coberturas, infraestructura deficiente y concentradas, principalmente, en las comunas de mayor densidad poblacional. Destaca la inexistencia de dispositivos de esta red en la provincia de Itata, que además es la provincia con los peores indicadores en este ámbito. Existe déficit de camas, especialmente en el área pediátrica. Por otra parte, las camas de Psiquiatría en el HCHM, presentan una alta ocupación, producto de dictámenes judiciales. Esta red se comporta con una deficiente coordinación entre los dispositivos, lo que dificulta el flujo de los usuarios en la red, originada principalmente por la doble gobernanza existente.

Respecto a las dimensiones de la oferta, es posible concluir:

Carteras de servicios

Las prestaciones que componen la cartera de servicios de la red asistencial de Ñuble, 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, dificultando el acceso de los habitantes de comunas rurales y lejanas. En algunos establecimientos se implementan prestaciones complejas, sin contar con los subprocesos relacionados al producto final, lo cual podría implicar situaciones de falta de seguridad y de la calidad en la atención. Las prestaciones de las carteras de servicios de los 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 bien, por definiciones ministeriales del Programa de Retorno, no obedeciendo a un Plan Estratégico para la implementación de carteras, según epidemiología de la población.

⁶ (datos de región Biobío ENS 29016-2017)

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

Estructura de la Red.

La red de salud regional cuenta con 29 CESFAM, de los cuales 14 se encuentran en regulares condiciones por lo que necesitan estudios pre inversiones que permitan determinar su reposición. Respecto a las 54 postas distribuidas en las tres provincias, el 67% se encuentra en regulares condiciones y 4 de ellas en malas condiciones de habitabilidad y funcionamiento.

En relación a los HCSF, los 5 establecimientos de este tipo son de antigua data de construcción, lo que implica que las condiciones de la planta física y servicios generales, son poco funcionales y seguros. Es necesario realizar los respectivos EPH que permitan definir el rol y la infraestructura adecuada para red que se necesita.

La infraestructura del HCHM, responde a diversos programas arquitectónicos, de larga data, por lo que en la actualidad se encuentra en proceso de construcción el Hospital Regional con un 40% avance. El HCHM, dará paso al HR 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 podrían ser absorbidas en el nuevo hospital. Respecto al HSC, este establecimiento presenta alto hacinamiento y flujos de desplazamiento disfuncionales, tanto de pacientes como de funcionarios. Por otra parte, está instalado en un terreno estrecho, lo que dificulta su normalización. Es preciso realizar un EPH y así definir las acciones a realizar.

Equipos y Equipamiento Médicos

Ámbito muy relevante y su análisis conlleva a definir brechas, estados y funcionalidad determinando capacidades y limitaciones de los diferentes nodos integrantes de la red, para proporcionar atenciones de salud a sus usuarios definidas en sus carteras de servicios.

En APS el 76% de los equipos disponibles, se encuentran en buenas condiciones, la limitación está dada por la falta de programas de mantención preventiva. Importante declarar que con ocasión de proyectos de reposición de Cesfam, se han incorporado equipos más complejos como sistemas de climas, elevadores y generación eléctrica, lo cual conlleva a la necesidad de disponer de personal calificado y competente para su manejo. A nivel de establecimientos de dependencia del SSÑ, del total de equipos, el 95% de ellos se encuentran en buen estado y con programas de mantención preventiva al día.

Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Destaca como una brecha fundamental a cerrar, contar con una *Planificación Estratégica a Nivel de Servicio de Salud*, de la cual se desprenda la *Estrategia Digital para las RISS de Ñuble*, con una mirada a mediano y largo plazo. Consecuente con lo anterior, *el proceso de planificación del SSÑ debe considerarse como un paso crucial* para el desarrollo de la red, donde se alinean los objetivos de la función de TIC's, con los objetivos estratégicos del SSÑ a través de herramientas eficientes que apoyen el logro de su Misión y permita responder a la Ley N°21.180, sobre Transformación Digital del Estado.

Se espera que el año 2024, ocurra la puesta en marcha del Hospital Regional de Ñuble, actualmente en construcción. Para que ello se realice con éxito y cumpla las expectativas de mejora de los funcionarios y las funcionarias, como también de la ciudadanía de la Región de Ñuble. Actualmente, no existe un ecosistema de aplicaciones informáticas, alineadas con la Estrategia Institucional, interoperables, articulables, crecientes e inclusivas. Además, existe un gran número de equipos informáticos que no están actualizados y son 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; tampoco existe estandarización de procesos y lenguajes técnicos homologados.

La región de Ñuble, cuenta con 2 comunas de un total de 23 comunas del país, que se encuentran en situación crítica, debido a los bajos niveles de conectividad fija que presentan, 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, no cuentan con conectividad (Fuente: Encuesta CASEN 2017). Las personas con mayor brecha digital en el uso de servicios digitales, son mujeres de menor formación educacional e ingresos bajos.

La Política de Seguridad de la Información, no se encuentra implementada en toda la atención primaria, por la inexistencia de referentes técnicos con la formación pertinente del área informática; no se utiliza criptografía o mecanismos de cifrado, certificados digitales para el establecimiento de canales seguros, entre otras brechas.

Recursos humanos

A modo de resumen de esta dimensión, es posible concluir que en 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. Se aprecian deficiencias en las competencias técnicas y habilidades relacionales, para entregar un bien social tanpreciado por la comunidad, por lo que es necesario potenciar la capacitación, formación continua, favorecer la transferencia de conocimiento y su aplicabilidad en los puestos de trabajo.

Existe una importante brecha de médicos especialistas y odontólogos, lo cual lleva a limitar la oportunidad de la atención, generando importantes listas de espera y alta insatisfacción usuaria, es urgente 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 y mejores mecanismos e incentivos que promuevan el compromiso institucional y la fidelización. Avanzar en eliminar la precariedad contractual (honorarios y compras de servicios), mejorar los niveles remuneratorios, fomentar los ambientes de trabajo saludables, entre otros.

Crucial es fortalecer los procesos de reclutamiento y selección, por medio de definición de perfiles de competencia, que identifiquen claramente la necesidad de contar con las competencias técnicas para el cargo, pero también con las habilidades relacionales básicas que debe tener un prestador de salud, tales como; liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva, proactividad, empatía, entre otras. Paralelamente, se deben fortalecer las alianzas con las casas de estudio, que promuevan la formación de profesionales con estas competencias.



PROCESO DE DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL DE ÑUBLE
Jornadas de Trabajo por proceso y redes temáticas.
Junio - Julio 2022

