



Diseño de la Red Asistencial

Servicio de Salud Metropolitano Sur

2022-2025

Departamento de Gestión de Redes Asistenciales

Diciembre 2022

Índice

1	<i>Capítulo 1: Conclusión Diagnóstica</i>	9
1.1	Análisis de Rendimiento Demanda y Oferta por proceso asistencial	9
1.1.1	Atención ambulatoria de especialidad	9
1.1.2	Proceso de Hospitalización	10
1.1.3	Proceso Quirúrgico	11
1.1.4	Urgencia	13
1.2	Análisis de Lista de Espera	14
1.2.1	Lista de espera GES	15
1.2.2	Lista de espera PRAIS/SENAME	16
1.2.3	Lista de Espera No GES Consulta Nueva de Especialidad (LE CNE)	17
1.2.4	Lista de Espera No GES Intervención Quirúrgica (LE IQ)	18
1.2.5	Procuramiento y Trasplante	19
1.3	Diagnóstico de Principales problemas de salud del SSMS	22
1.3.1	Entornos y Estilos de vida saludables	22
1.3.2	Enfermedades Crónicas no Transmisibles	25
1.3.2.1	Cáncer	25
1.3.2.2	Salud cardiovascular	27
1.3.3	Enfermedades Infectocontagiosas	29
1.3.3.1	SIDA y Virus de la Inmunodeficiencia Humana	29
1.3.3.2	Tuberculosis	31
1.3.4	Salud Mental	31
1.3.5	Salud Bucal	36

1.3.6	Rehabilitación	37
1.3.7	Inclusión en Salud	38
1.3.7.1	Enfoque de equidad e inclusión en el SSMS	38
1.3.7.2	Personas privadas de libertad	38
1.3.7.3	Género y salud	39
1.3.7.4	Interculturalidad	40
1.3.8	Trabajo en Red	41
1.4	Referencias	43
2	<i>Capítulo 2: Plan de mejora</i>	45
2.1	APS como puerta de entrada y eje primordial	45
2.1.1	Objetivos Priorizados	46
2.2	Estrategias de Gestión y Coordinación	47
2.2.1	Proceso Ambulatorio de Atención de Especialidades	47
2.2.2	Proceso de Hospitalización	48
2.2.3	Proceso Quirúrgico	48
2.2.4	Proceso de Urgencia	49
2.2.5	Cáncer	50
2.2.6	Salud cardiovascular	50
2.2.7	Enfermedades Transmisibles	51
2.2.7.1	Epidemias, Pandemias y Enfermedades Emergentes	51
2.2.7.2	Virus de la Inmunodeficiencia Humana	51
2.2.7.3	Tuberculosis	51
2.2.8	Salud Mental	51

2.2.9	Salud Bucal	52
2.2.10	Rehabilitación	53
2.2.11	Inclusión y participación social	53
2.2.11.1	Pueblos indígenas	53
2.2.11.2	Migración	53
2.2.11.3	Género	54
2.2.11.4	Participación Social	54
2.2.12	Trabajo en red	54
2.3	Procesos Transversales	56
2.3.1	Tecnologías de Información	56
2.3.2	Salud Digital	56
2.3.3	Servicios farmacéuticos	58
2.4	Nuevas Propuestas de inversiones 2023	58
2.5	Proyectos de Inversión en curso	60
2.5.1	Atención Primaria en salud	60
2.5.2	Proyecto Prehospitalario	61
2.5.3	Proyectos Hospitalarios	61
2.5.4	Inversiones en Equipos, Equipamiento y Vehículos en curso	63
3	<i>Capítulo 3: Diseño de la Red proyectado</i>	67
3.1	Diseño de la red por capacidad resolutive	69
3.1.1	Mini redes	69
3.1.2	Urgencias	73
3.1.3	Ambulatorio	75

	5
3.1.4 Quirúrgico	77
4 Anexos	78
4.1 Anexo N°1: Análisis FODA SSMS 2019-2020.	78

Introducción

Metodología del proceso de Diseño de Red

La elaboración del Diseño de la Red del Servicio de Salud Metropolitano sur (SSMS) se ha desarrollado desde un minucioso trabajo de recolección y análisis de información en complemento con consultas realizadas a actores de la red asistencial, **siendo la construcción de Diseño un proceso colaborativo, reflexivo e iterativo**, llevado a cabo principalmente vía remota durante el año 2021 y de manera combinada durante 2022.

Tal como se muestra en la imagen N°1 el levantamiento de datos para caracterización del territorio, oferta y demanda del SSMS consideró encuestas poblacionales, indicadores del Instituto Nacional de Estadística, la Estrategia Nacional de Salud para análisis de prevalencias epidemiológicas y de la Organización Mundial de la Salud, entre otros referentes teóricos de importancia nacional e internacional. Así también, se extrajeron datos de lista de espera de las plataformas SIGGES y SIGTE y se analizaron registros electrónicos mensuales del SSMS, dando cuenta de información sobre la demanda del mismo.

Fuentes de información, Diseño de la Red Asistencial 2021-2022.



Junto con ello, se implementaron metodologías cualitativas de recolección de datos como el Conversatorio con Asociaciones Mapuche del SSMS, la Consulta y Encuesta Ciudadana en modalidad virtual durante el 2021, que dieron cuenta de las necesidades sentidas de la población en sus atenciones de salud.

Durante el año 2022 se realizó un CIRA ampliado presencial para profundizar sobre los temas de lista de espera, salud mental e inclusión en salud, en el cual participaron actores de la DSSMS y de diversos dispositivos de la red y de la comunidad.

Particularmente, para la elaboración del plan de mejora del SSMS se realizó una estrategia de encuentros de referentes y autoridades de la DSSMS donde se propusieron estrategias de gestión y/o inversión en los temas de salud priorizados, lo que permitió integrar miradas considerando aspectos técnicos de gestión, recursos humanos, inversiones, abastecimiento y tecnologías de

información, entre otras áreas de trabajo transversales, proceso que resultó especialmente enriquecedor, formativo e integrador y que fue valorado positivamente.

En cuanto a la constitución y organización del equipo a cargo del proceso de Diseño de Red en el Servicio de Salud, el trabajo se desarrolló principalmente en el Departamento de Gestión de Redes Asistenciales de la Subdirección de Gestión Asistencial y de Gestión Estratégica del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

Durante el año 2021 el proceso de Diseño de Red contó con un equipo operativo conformado por los tres departamentos de la Subdirección de Gestión Asistencial, a saber, Departamento de Gestión de Información, Departamento Técnico en Salud y Departamento de Gestión de Redes Asistenciales, que se reunió semanalmente utilizando técnicas de metodologías ágiles que permitieron la entrega incremental de los productos acordados y el análisis de facilitadores y barreras en el avance de los trabajos consensuados.

Durante el año 2022 el trabajo de recolección de datos y elaboración de informes de Diseño de Red se realizó desde el Departamento de Gestión de Redes, recibiendo apoyo permanente de la Subdirección de Gestión Asistencial y los departamentos que la conforman, integrando también reflexiones derivadas de otras subdirecciones.

Contenido

El presente informe, se corresponde con la última etapa del Diseño de la red asistencial, y está enfocado en generar análisis de los principales problemas de salud y brechas del SSMS, a fin de desarrollar un el plan de mejora para el año 2025 (y más), apuntando a optimizar el desarrollo y gestión del SSMS desde una perspectiva estratégica.

¿Por qué establecer prioridades? El SSMS, como toda institución pública, cuenta con recursos limitados para cumplir con sus objetivos, por lo que se deben definir técnicamente cuales son los problemas de salud que más aquejan a la población y cuáles son las principales brechas gestión por analizar y mejorar en el período. Estas necesidades varían según indicadores como el envejecimiento, cambios en los determinantes de salud, introducción de nuevas tecnologías sanitarias, cambios epidemiológicos, nueva infraestructura, prioridades de gobierno, etc., por lo que se deben actualizar periódicamente.

La importancia de contar con informes como este, es transparentar los mecanismos que llevan al SSMS a tomar decisiones fundamentadas, para garantizar el buen uso de los recursos públicos con base en la evidencia, en correspondencia con los valores institucionales de probidad, trato digno, eficiencia, compromiso, trabajo en equipo y excelencia.

De este modo, en el primer capítulo se presenta la conclusión diagnóstica, a fin de identificar y describir fortalezas, brechas y nodos críticos del trabajo actual del SSMS. Este diagnóstico comprende aspectos relevantes en cuanto a la caracterización del área de influencia y la correlación existente entre demanda y oferta, contemplando un análisis cualitativo del funcionamiento del SSMS.

Todo lo anterior es abordado con base en las Orientaciones para el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial del MINSAL (2022), destacando aquellas particularidades que requieran de intervención para optimizar la calidad y oportunidad de la atención de los(as) usuarios(as).

En el capítulo número dos, se describe la propuesta de plan de mejora del SSMS proyectada al año 2025 y más. Para su elaboración se consideró el documento de trabajo de la Planificación Estratégica de la Dirección del SSMS, el análisis de todas las instancias de participación de la comunidad, los Informes de Área de influencia, Demanda y Oferta entregados a MINSAL previamente, y las conclusiones emergidas de cuatro encuentros de referentes y autoridades de la DSSMS efectuados entre los meses de diciembre de 2022 y enero de 2023. Esta propuesta, nace de un trabajo conjunto de la DSSMS y responde a un importante ejercicio de definición de prioridades y sus proyecciones por lo que naturalmente, tiene distintos niveles de avance según el tema de salud que trata. En este sentido, el contenido contempla estrategias de gestión y proyectos de inversión en desarrollo, así como también, propuestas que emergen de la DSSMS que aún deben ser complementadas por representantes de los dispositivos de la red implicadas(os) y MINSAL. A continuación, se sintetiza con detalle la cartera de inversiones actualizada del SSMS, contemplando las sugerencias del plan de mejora, desde una mirada estratégica en el corto, mediano y largo plazo.

Finalmente, en el capítulo número tres se describe el Diseño de la red Asistencial entendido como “el corazón” de trabajo realizado, donde se delinea la red y su proyección especificando aquellos logros esperados para el año 2025. Cabe mencionar que este plan de mejora puede ser modificado de forma dinámica según cambios sanitarios o contingencias inesperadas de la red, por ende, se considera como un objetivo deseable y no un objetivo rígido, que pretende contribuir a aumentar la capacidad de resiliencia de nuestro sistema de salud.

Los resultados de este extenso trabajo colaborativo y participativo, se presentaron a fines del mes de marzo en una sesión del CIRA del SSMS, la cual contó con la participación de representantes de los hospitales de la red, Dirección de Atención Primaria, representantes de Atención Primaria, de la comunidad y autoridades del Servicio de Salud. También se efectuó una instancia de validación de los resultados del proceso de Diseño de Redes, en una actividad con todas y todos los referentes técnicos de la Dirección del Servicio de Salud que participaron de los encuentros de priorización y elaboración de planes de mejora, mencionados previamente.

1 Capítulo 1: Conclusión Diagnóstica

1.1 Análisis de Rendimiento Demanda y Oferta por proceso asistencial

1.1.1 Atención ambulatoria de especialidad

Dentro del SSMS se identifica como un gran avance la resolutiveidad en APS, en especialidades como Oftalmología, Otorrinolaringología y especialidades Odontológicas.

Además de ello, las estrategias de Telemedicina han sido un gran aporte tanto desde Hospital Digital como estrategias locales, para agilizar la realización consultas, lo que aún tiene un gran potencial en la incorporación de especialidades que no existen en la red asistencial como geriatría.

En cuanto a las especialidades médicas, se consideran como fortalezas, la validación desde lo nacional de médicas(os) extranjeras(os) que se han incorporado a la oferta de la red, así como la integración que se está realizando de los sistemas de información en salud entre la atención primaria y los niveles secundarios.

En términos estratégicos, se ha avanzado desde la DSSMS en profesionalizar la mirada del desarrollo de las especialidades de acuerdo a las necesidades de la población, en lo que consta al Período Asistencial Obligatorio.

No obstante, actualmente no hay recurso humano suficiente para cumplir con toda la demanda de atenciones de la población. Algunas de las razones son la escasez de especialistas a nivel nacional y la preferencia de las condiciones laborales que se encuentran en el sistema de salud privado.

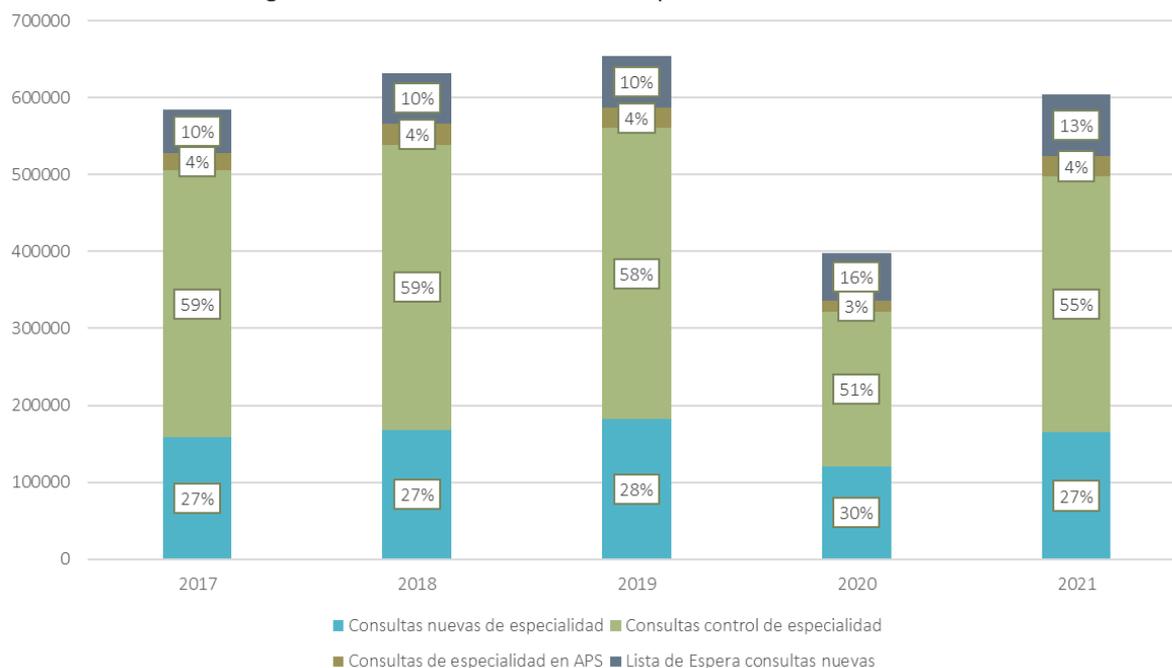
Así también, existen preferencias de horario en las jornadas laborales de especialistas, que no permiten optimizar al 100% los boxes de atención hospitalarios. Lo anterior vuelve crucial continuar fortaleciendo la programación, instrumento que sistematiza aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en el año (Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de salud, 2023).

De acuerdo a indicadores internos, el SSMS cuenta con el 100% de cumplimiento de lo programado, no obstante, si durante el año 2022 se hubiese ajustado la programación a estándares MINSAL, se podría haber aumentado en un 38% la producción.

Sumado a ello, tal como se evidencia en el gráfico N°1, la relación entre consultas de control y consulta nueva es alta, restringiendo la posibilidad de ingresar nuevas consultas.

En cuanto a la producción médica se estima que un bajo porcentaje de horas contratadas son asignadas a las consultas médicas ambulatorias.

Figura 1. Demanda de consultas de especialidad en el SSMS. 2017 - 2021.



Los diferentes dispositivos de la red cuentan con distintas estrategias de atención, por lo que hoy en día no existe un estándar o rango de tiempo estimado para otorgar el alta médica a ciertos problemas de salud, existiendo importantes diferencias en el abordaje entre cada dispositivo.

1.1.2 Proceso de Hospitalización

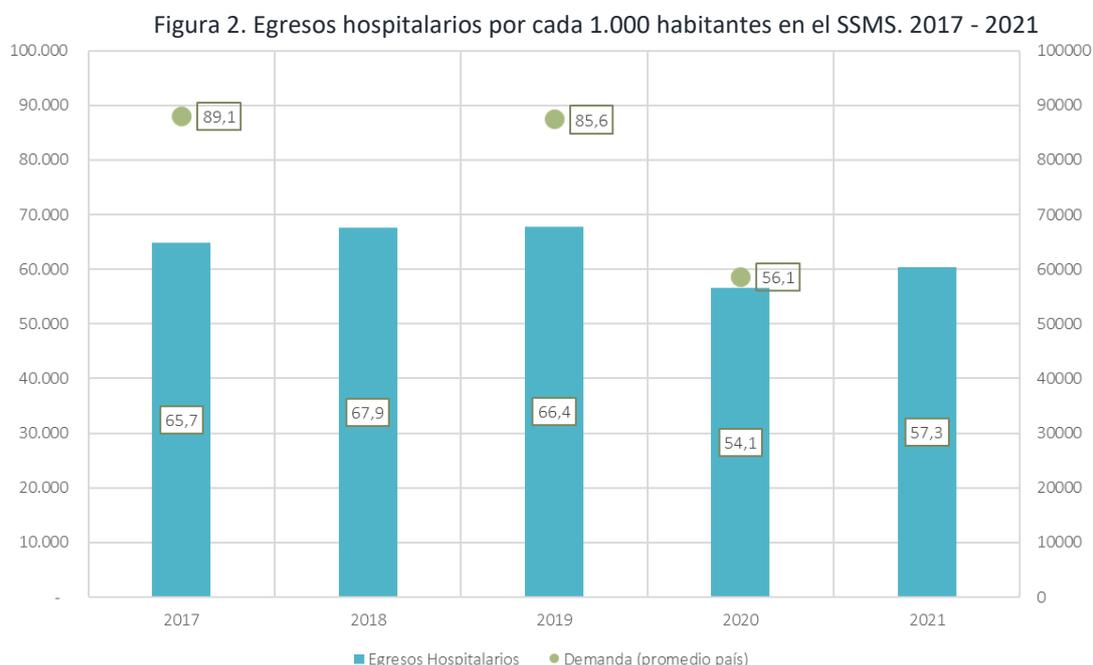
Chile es de los países de la OCDE (2019) que tienen menos camas por población atendida. Según la OMS, durante el año 2017 el promedio de número de camas hospitalarias en el país fue de 2.1/1000 hab. siendo el promedio OCDE 4.5/1000/hab.

Sumado a ello, el tiempo promedio de días de estada de los países de la OCDE entre 2000 y 2017 fue de 7,7 días, donde Chile presentó un promedio de 6,0 días (OCDE, 2019). por lo que, comparativamente los hospitales del país cuentan con poco tiempo por paciente para sus hospitalizaciones.

Particularmente, el SSMS cuenta con 1.55 camas por cada 1000 habitantes y se estima que con los nuevos proyectos del Hospital Barros Luco Trudeau y Hospital San Luis se llegaría a 1.97 camas por cada 1000 habitantes, es decir, el SSMS seguiría estando por debajo del promedio del país y lejos del promedio de la OCDE y mantiene aún una brecha de camas hospitalarias por cubrir.

Existe una objetiva falta de camas para cumplir con la demanda de cirugías electivas, lo que se refleja en el alto número de pacientes esperando en los servicios de urgencia, pacientes SAPU y pacientes FONASA que consultan directamente en la red privada. Durante el año 2019 por Unidad de Gestión Centralizada de Camas se derivaron al extrasistema 503 pacientes con 8.120 días cama y hubo 6.245 días post estabilización de 988 pacientes por Ley de urgencia.

En el gráfico N°2, se estimó como demanda el promedio de egresos hospitalarios en el país (OCDE) y como oferta el número de egresos hospitalarios en toda la red del SSMS. La brecha observada en 2019 fue de 36%, y al optimizar el promedio de días de estada a estándar MINSAL, manteniendo el índice de ocupación, la brecha se redujo a un 12%. Lo que nuevamente evidencia la necesidad de inversión. Si bien durante los últimos años se mantuvo el índice de ocupación, este valor se mantiene alto lo que limita la fluidez de los ingresos de urgencia hospitalaria.



1.1.3 Proceso Quirúrgico

En Chile, en el sistema público hay menos productividad del personal de cirugía a diferencia del mundo privado. Según el Informe anual de la comisión nacional de evaluación y productividad (2019) los hospitales públicos de alta complejidad del país tienen importantes espacios de mejora en la gestión de los quirófanos electivos, dado que en promedio solo ocupan un 53% del horario institucional (8.00 a 17.00 horas) lo que se traduce en la no utilización de casi 3 horas diarias de los pabellones, generando en promedio 3,3 cirugías por quirófano. Según el mismo informe, esto se debe a que existe una alta tasa de suspensión de cirugías programadas (muy por sobre las mejores prácticas internacionales), de los cuales se reponen poco más del 50%.

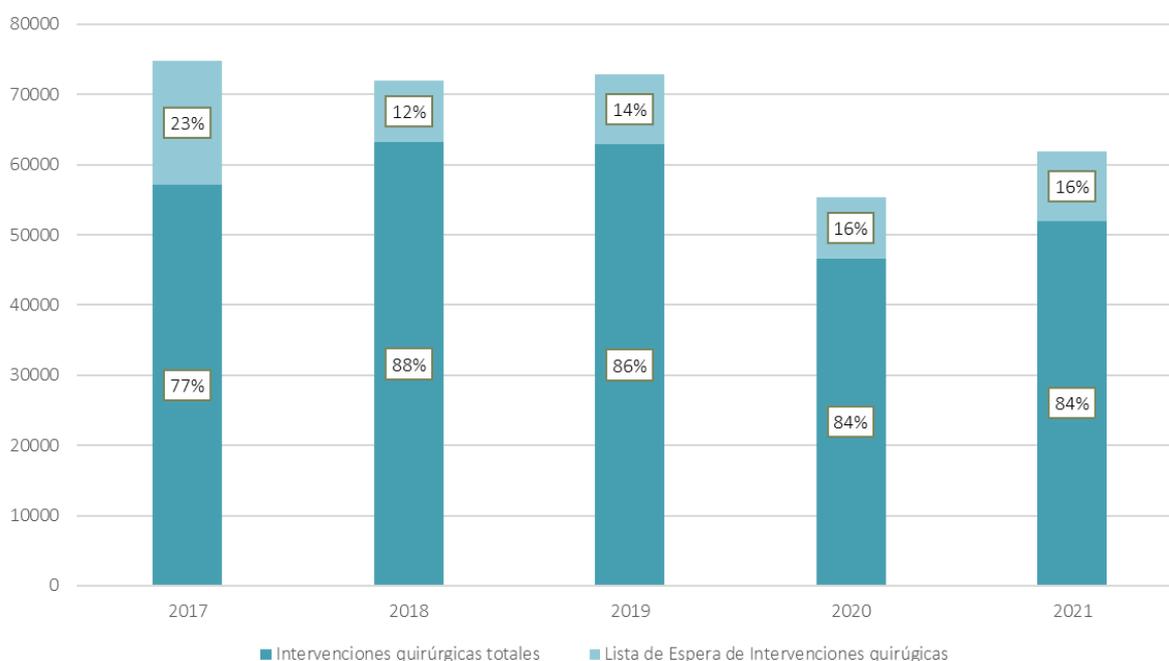
Además, se constata un alto ausentismo de Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) y, se estima una importante restricción de recursos, por la baja proporción de camas de recuperación por quirófano, e insuficientes horas de anestesta (Comisión Nacional de Evaluación y Productividad, 2019).

Actualmente, el SSMS cuenta en total con 52 quirófanos. De ellos, 8 son del Hospital Parroquial de San Bernardo (privado) en convenio. En el SSMS el **71% de las causas de suspensión de cirugía por quirófanos no habilitados se debe a falta de equipamiento, correspondiendo el otro 29% a la falta de infraestructura necesaria para su funcionamiento.**

De los quirófanos habilitados no todos se encuentran en trabajo por problemas como la falta de personal, considerando que, según el consolidado de intervención quirúrgica de marzo del año 2022, el 50% de las causales de suspensión de cirugía de los hospitales del SSMS se asoció a la falta de recurso humano. En el Hospital El Pino existen dos pabellones que no cuentan con asignaciones para el recurso humano por lo que nunca han funcionado.

Como ejemplo de lo anterior, tomando en cuenta información de los hospitales H. Barros Luco T., H. Exequiel González C., H. San Luis de Buin y H. El Pino el día 19 de abril de 2022 había 45 quirófanos en dotación, de los cuales 3 no estaban habilitados por falta de equipamiento, además de 8 quirófanos no en trabajo por falta de Técnicos en Enfermería, lo que dejó un total de 34 quirófanos en trabajo efectivo en el SSMS.

Figura 3. Producción y Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas en el SSMS. 2017 - 2021.



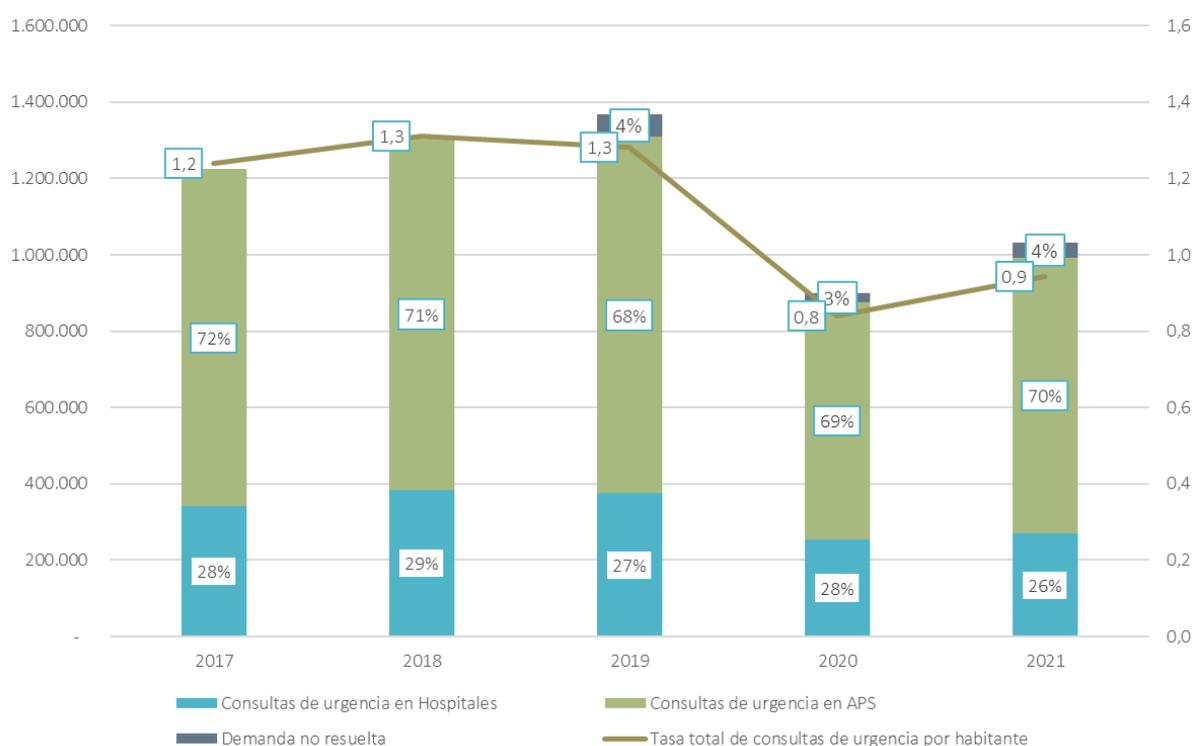
Al optimizar la oferta del año 2019, utilizando el mismo tiempo de cirugía observado y aumentando las horas disponibles al estándar MINSAL (de los quirófanos habilitados) es posible aumentar el porcentaje de uso de los quirófanos de un 65% (promedio SSMS) a un 85%, cubriendo la demanda estimada, por lo que esta brecha tiene un gran potencial de optimización en términos de gestión interna.

Actualmente el indicador de días de estada se calcula por servicio de salud, no obstante, se podría distinguir según el nivel de complejidad de cada hospital de la red, de modo que los dispositivos de mayor complejidad cuenten con más días de estada que hospitales menos complejos, manteniendo el promedio del servicio de salud. Lo anterior, asumiendo que hay usuarias(os) con patologías crónicas(os) en mayor representación en algunos hospitales que en otros, lo que también se refleja en la diferenciada posibilidad que tienen los hospitales de dar altas médicas, afectando los indicadores de los mismos.

1.1.4 Urgencia

La evolución epidemiológica consecuente a las medidas implementadas en salud, ha llevado a que, las consultas por patología infecciosa y trauma, se suman las descompensaciones de enfermedades crónicas no transmisibles, agudizaciones propias de las patologías oncológicas y consultas relacionadas a los síndromes geriátricos. Este cambio en la complejidad de los pacientes, la consulta de morbilidad de baja complejidad y el aumento de la tasa de hospitalización ha llevado a una situación de sobredemanda de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, situación reconocida como un problema a nivel mundial (Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud, 2018).

Figura 4. Evolución de la demanda de consultas de urgencia según tipo en el SSMS. 2017-2021.



Durante los últimos años, en el SSMS cerca del 70% de las atenciones de Urgencia se han desarrollado en APS, correspondiendo un 27% aprox. a las atenciones de urgencia en el nivel secundario.

La extensión horaria presente sólo en algunos centros de APS sobre todo en campaña de invierno, no es suficiente para cubrir la demanda, sin contar que esta no se extiende a los fines de semana.

En cuanto al trabajo realizado durante el año 2019 en las Unidad de Emergencia hospitalaria del SSMS, del universo de pacientes categorizados el 88.7% correspondió al grupo C3, C4 y C5. Por su parte, la meta del SSMS es lograr que 90% de los pacientes categorizados C2 sean atendidos en tiempo menor o igual a 30 minutos y, de acuerdo a información obtenida por DEIS y REM, el indicador de oportunidad de atención de pacientes C2 arrojó que el año 2019 el 60% de ellos(as) recibieron atención médica en ese tiempo, cifra que aumentó al 65% de los pacientes durante el año 2022, muy por debajo de lo recomendado.

Sumado a ello, durante el año 2019 el 16% de las personas admitidas en unidades de emergencia hospitalaria abandonó su atención, cifra que aumentó a un 18% en 2022, lo que da cuenta de la premura de mejorar este proceso, considerando que el porcentaje de abandono recomendado por MINSAL es menor o igual al 10%.

Dentro de las necesidades históricas que presentan los Servicios de Urgencia se encuentra el **aumento de días de estada de los(as) usuarios(as) hospitalizados(as)** lo que genera como efecto el colapso de los servicios de urgencia, cuyo mayor número de pacientes se encuentra en espera de camas de mediana complejidad, provocando efectos colaterales como la retención de ambulancias y la espera de atención de pacientes en los SAPU.

Es fundamental que **todo servicio de urgencia cuente con un(a) urgenciólogo(a) y un gestor de proceso**, que vele porque la atención fluya de la mejor manera posible, además de un equipo multidisciplinario con foco en la salud mental-psiquiátrica.

En cuanto a la **Red de Urgencia**, se ha hecho explícita la necesidad de que exista recurso humano exclusivo para las(os) usuarias(os) que están en espera de cama para hospitalización, dado que actualmente son las personas que trabajan en los servicios de urgencia hospitalaria quienes se hacen responsables de estas(os) pacientes, afectando la calidad y oportunidad de quienes ingresan para atención de urgencia.

En cuanto a los sistemas de información, si bien los establecimientos de APS del SSMS tienen ficha clínica electrónica, esta no está integrada con los servicios de urgencias hospitalarias, dado que existen distintos proveedores como TrakCare, Ámbar, etc. que no interoperan con Rayén, lo que dificulta el envío y sistematización de la información de las(os) usuarias(os) que al momento de la atención no cuentan con antecedentes ni un historial clínico, generando un vacío en la trazabilidad de la derivación, provocando una duplicación de esfuerzos por parte de los equipos y dificultando la toma de decisiones.

1.2 Análisis de Lista de Espera

Dentro de las fortalezas del SSMS en la gestión de LE GES y No GES, se encuentran las reuniones de coordinación de red, que mejoran los flujos de información y favorecen la continuidad del cuidado. En ello, el rol del **Médico(a) Interconsultor(a)** ha sido clave, dado que ha favorecido la pertinencia clínica y administrativa de las solicitudes de interconsulta, por lo que se debe continuar potenciando contemplando también las indicaciones de procedimientos.

Actualmente, en el SSMS no hay un sistema informático que permita realizar la confirmación de citas de manera automática, oportuna, eficiente y efectiva lo que genera mayor pérdida de cupos. En este sentido, en la proyección del trabajo con Tecnologías de información es imperativo contar con un portal de usuarios(as) que permita **mejorar la contactabilidad**, de modo que las(os) usuarias(os) pueda ver y actualizar su información de contacto a la vez que visibilice el estado de las SIC, las consultas de nueva especialidad, citas de control, procedimientos, etc. avanzando hacia la ficha

clínica compartida, dando a conocer el proceso de agendamiento y la importancia de presentarse a las citas y/o avisar que no se presentará, para reagendar ese cupo.

Se deben hacer más eficientes los flujos de información entre la comunidad y los dispositivos de atención, no obstante, **no existe uniformidad de los recursos que tiene cada hospital para contactar a los pacientes por lo que no siempre se tiene la posibilidad de cancelar y reagendar hora**. Se debe reforzar en términos culturales en los dispositivos de salud, la importancia de mejorar los procesos de registro.

En el caso odontológico, la inasistencia a la primera consulta es en algunas especialidades del 50%, lo que es demasiado alto. Posiblemente haya más problemas con personas mayores y se deban generar nuevas estrategias de abordaje.

También es importante gestionar todas las interconsultas anteriores a la integración entre Rayen y TrakCare de modo que las(os) usuarias(os) se mantengan informadas(os) de este proceso asegurando una gestión adecuada de su SIC.

Dentro de los nodos críticos transversales de la Lista de Espera están los **procedimientos**, dado que es recurrente que a nivel hospitalario se solicite la **repetición de exámenes**, tanto por el tiempo de espera, como porque hay exámenes vencidos o existen distintos criterios para el cumplimiento de la calidad técnica de estos, demorando aún más la atención. En este sentido, es preciso avanzar en la construcción de protocolos y fortalecer la **LE de procedimientos que está comenzando a ser sistematizada**.

1.2.1 Lista de espera GES

Durante el año 2019, las principales garantías de oportunidad retrasadas en el SSMS correspondían a los problemas de salud “Cataratas” “Cáncer colorrectal 15 años y más” “Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5” “Cáncer de mama” y “Artrosis de cadera”.

Actualmente, de acuerdo a información extraída el 27 de diciembre de 2022 de SIGGES, las mayores garantías de oportunidad retrasadas están centradas en los problemas de salud “Cáncer Cervicouterino” “Cáncer de mama” “Ayudas técnicas” “tratamiento médico de Artrosis de Cadera y/o rodilla” “Cáncer colorrectal” “Hiperplasia prostática” y “cataratas”.

En este contexto, las principales brechas de atención GES no oncológicas se mantienen en las siguientes prestaciones:

- Atención de especialistas: con un total de 203 garantías retrasadas, se muestra la necesidad de ampliar la cantidad de cupos tanto para una confirmación diagnóstica, como para el control de pacientes crónicos y el seguimiento de patologías que requieren control después de las hospitalizaciones.

- Confirmación diagnóstica: con 108 garantías retrasadas, faltan horas de especialista para concretar la confirmación o descarte del caso o la falta de algún examen diagnóstico, tales como eco biometría, eco abdominal o test de esfuerzo en el caso de los marcapasos.
- Tratamiento: con 551 garantías retrasadas, la mayor brecha está dada por la falta de acceso a pabellón quirúrgico. En menor medida se detecta brecha en la entrega de ortesis por quiebres de stock en las empresas con las que se tiene contrato.

A su vez, si se desagrega la Lista de Espera GES no oncológica por grupo de salud se encuentran tres principales grupos con vencimientos, que son: quirúrgicos, crónicos y oftalmológicos.

En el caso de Hiperplasia de próstata existe una alta demanda de tratamientos (cistoscopias y RTU) relacionada a patología de alta frecuencia en la población y escasez de horas de pabellón y personal para realizarla.

En cuanto a las Enfermedades del sistema Cardiovascular el problema con la entrega de ayudas técnicas responde a un quiebre de stock nacional durante la pandemia, que ha generado arrastre de los vencimientos y gran dificultad para atender casos acumulados. Actualmente se debe mejorar la gestión de compra para hacerlas más eficientes y descentralizadas.

En términos generales, existe una falta de horas de consulta para problemas de salud crónicos no transmisibles. Particularmente en Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y prevención secundaria de IRCT, los vencimientos corresponden a garantías de oportunidad de consulta de especialista.

Es importante avanzar en fortalecer estrategias de telemedicina para su resolución. En el caso oftalmológico, la prioridad es la intervención quirúrgica de cataratas.

1.2.2 Lista de espera PRAIS/SENAME

De acuerdo a orden ministerial, tienen alta prioridad de atención las(os) usuarias(os) derivadas(os) de Mejor Niñez y el Programa Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS) para víctimas a las violaciones a los Derechos Humanos ocurridas entre el 11 de septiembre de 1973 y el 11 de marzo de 1990.

En los casos de SENAME se tiene un límite de 120 días para resolver la atención y, de acuerdo a lo solicitado en COMGES es solo para aquellas(os) NNA que se encuentran en residencia.

En lo formal, como SSMS se hizo un trabajo en red donde se designaron funcionarias(os) encargadas(os) en los centros de APS para gestionar estos casos, lo que se ha valorado positivamente.

En cuanto a la atención, se sugiere la generalización de estrategias de salud digital en especial cuando hay cumplimiento de condenas en curso, para evitar el desgaste de recursos en traslado, etc.

Hoy en día hay pocos casos en LE, dado que la gestión de la priorización ha funcionado bien, no obstante, existe dificultad de contactar y ubicar a NNA, dado que son cambiadas(os) frecuentemente de centro. En este sentido, se debe avanzar en convenio de transferencia de información con SENAME, para coordinar todas las atenciones de APS y hospitales en un listado de prestaciones básicas para construir un “conjunto mínimo de datos de salud”.

Por otra parte, en la atención de casos PRAIS la lista de espera es mayor, puesto que contempla hasta tres generaciones y, a diferencia de los casos de SENAME-Mejor Niñez, no tiene límite de tiempo de atención. En este sentido, eventualmente hay casos en LE que ya fueron resueltos, dado que no necesariamente son FONASA y a veces buscan soluciones más rápidas por el sistema de salud privado.

Dentro de las dificultades en la gestión de estos casos, está la compartimentalización de los datos, pues se debe recurrir a distintos sistemas de información para acceder a los datos de las(os) usuarias(os). En este sentido SIGTE-TrakCare son sistemas que deberían coincidir, pero no lo hacen, también ocurre con Rayen-SIGGES, etc.

1.2.3 Lista de Espera No GES Consulta Nueva de Especialidad (LE CNE)¹

El presente apartado se complementa con el título 1.1.1 Análisis de producción de la “Atención Ambulatoria de Especialidad”.

El año 2019 la especialidad de oftalmología concentró la mayor cantidad de registros, llegando a un 19% del total de la lista de espera de ese año. Le siguen las especialidades de otorrinolaringología, dermatología, traumatología y cirugía general. A pesar de esto, esta especialidad no está dentro de las que tienen más tiempo de espera promedio. De ellas, la única que se encuentra entre las 10 especialidades con más tiempo de espera es la otorrinolaringología, con 426 días de espera promedio, que se divide en 460 días para adultos y 180 días para pediatría.

Hacia el año 2020 no hubo mayor cambio en las especialidades con mayor tiempo de espera, no así el año 2021 donde la especialidad de ginecología quedó en tercer lugar, con 9.304 registros. Esta tendencia se mantuvo hacia el año 2022.

Entre las que más tiempo de espera promedio tuvieron el año 2019, destaca la especialidad de Enfermedades de Transmisión sexual con 1075 días de espera, pero con solo 4 registros ese año. Cabe mencionar que posteriormente los pacientes que eran derivados a esa especialidad fueron dirigidos a dermatología o infectología según el caso. Las especialidades que le siguieron en tiempo de espera promedio fueron reumatología, cirugía vascular periférica, neurocirugía y coloproctología con 595, 546, 502 y 491 días de espera promedio, respectivamente.

¹ Análisis de LE Odontológica en título “Salud Bucal”

El año 2020 aumenta el tiempo de espera para nutriología, a 630 días y, además, se incorpora la cirugía digestiva al grupo de las primeras 5 especialidades con mayor tiempo de espera, con 550 días. Los años 2021 y 2022 esta tendencia se mantiene.

Al analizar la LE, en términos de cantidad de registros se hace necesario implementar estrategias para aumentar la oferta de profesionales. En ese sentido, es necesario estudiar el impacto en la LE que podría tener el potenciar las especialidades más prevalentes, como oftalmología y otorrinolaringología en UAPO y UAPORRINO, cuya implementación cuenta con una evaluación positiva a nivel del Servicio de Salud. El área de traumatología dada su alta demanda ya que no es sólo electiva y también está abocada a atención aguda y urgencias. El caso de ginecología se da principalmente por falta de horas disponibles para consulta nueva.

Otro nodo crítico en especialidades médicas es en el área de salud vascular, dado que, no se cuenta con horas suficientes para cubrir toda la demanda, por lo que las atenciones se concentran en los casos más complejos, descuidando las consultas tempranas, lo que genera complicaciones de las(os) pacientes en el largo plazo.

Por otra parte, al analizar la producción de LE CNE se evidencia que aproximadamente la mitad de la LE resuelta es del mismo año en que se ingresó al paciente, lo que pudiese tener un efecto perjudicial en los casos del LE más antiguos. Según lo anterior, es importante

Una forma de gestionar la lista de espera es disminuyendo el ingreso de pacientes a la misma, por lo que se deben continuar favoreciendo las consultorías entre APS y Hospital para mejorar la resolutivez local, como ha ocurrido, por ejemplo, en los casos de traumatología o pediatría, a través de la capacitación constante de médicos(as) de APS bajo una estrategia de presentación de casos. En este sentido, se debe disponer de tecnologías y habilidades técnicas que correspondan, de forma segura y cumpliendo la normativa vigente para continuar profundizando en esta dirección.

Finalmente, es preciso mencionar que hoy en día existe mayor financiamiento para los indicadores de la LE IQ que los de LE CNE, por lo que el tiempo de espera de esta última ha aumentado. En este sentido, es importante mejorar la oportunidad de atención de la LE CNE, evitando que a largo plazo se genere un “cuello de botella” que termine perjudicando los indicadores de ambas LE.

1.2.4 Lista de Espera No GES Intervención Quirúrgica (LE IQ)

Las especialidades con mayor LE de IQ el 2022 han sido cirugía digestiva, dermatología y tegumentos, urología y nefrología, traumatología, ginecología y obstetricia y otorrinolaringología con 4.061, 4.010, 3.442, 3.286, 2.050 y 1598, respectivamente. Esto ha sido tendencia desde el año 2019, con variaciones entre las especialidades cada año.

Cirugía cardiovascular fue la especialidad con mayor tiempo promedio de espera el año 2022, con 693 días, seguido de procedimientos odontológicos, oftalmología, otorrinolaringología y cirugía plástica y reparadora. Al mirar hacia los años anteriores, vemos que las especialidades de

traumatología, cirugía cardiovascular, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía de cabeza y cuello son las especialidades que más tiempo de espera han tenido desde el año 2019.

Hoy en día se derivan a la macro red los pacientes con diagnóstico de Gran Quemado (Hospital Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río-HUAP), con requerimiento de Trasplante Hepático (Hospital Salvador) y quienes requieren Cardiocirugía (Instituto Nacional del Tórax), dado que no están en la cartera de servicios del SSMS. En cuanto a esto último, es importante considerar que por el aumento de ECNT las cardiocirugías son una necesidad creciente en la población, por lo que sería deseable contar con esta especialidad en la red del SSMS.

Así también, ha tenido resultados positivos que desde la DSSMS se haya incentivado la mejora de gestión de pabellón en el convenio ADP en el HBLT.

Para el año 2023 se espera la habilitación de otros 3 pabellones en el Hospital Barros Luco Trudeau, lo que sin duda significará una importante mejora para las atenciones en el dispositivo que concentra la mayor cantidad de registros en lista de espera quirúrgica del SSMS.

A diferencia de la LE CNE, en la LE IQ se suelen priorizar usuarias(os) por antigüedad, dada la utilización de SIGTE, por lo que es preciso dar mayor énfasis a la priorización clínica según la gravedad de la persona.

Sumado a ello, un porcentaje considerable de usuarias(os) ingresan a cirugías electivas a través de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, que pueden no ser prioritarias clínicamente según LE. Si bien, es más práctico intervenir a usuarias(os) nuevas(os) que antiguas(os), pues se previenen complicaciones, se contactan más fácilmente, ocupan menos recursos y la cirugía tiene más probabilidades de finalizar exitosamente, a esta práctica se suma la priorización de intervención quirúrgica a quienes tienen patologías GES, quedando la LE IQ no GES cada vez más retrasada.

En términos de gestión de la LE IQ, sería positivo que los REM cuenten con información nominativa y no sólo estadística de este proceso.

1.2.5 Procuramiento y Trasplante

Tal como muestra la Figura 5, la tasa de donantes en muerte encefálica por millón de personas generados durante el año 2022 en el SSMS fue de 12 donantes efectivos, en el contexto de una meta nacional 16.

Figura 5. Evolución de la cantidad de donantes efectivos en el SSMS. 2016 - 2022.



Según el informe de COMGES N°14 dentro de las fortalezas del SSMS en este ámbito está que actualmente se cuenta con habilitación de salas que resguardan privacidad para la comunicación con las familias de donantes. Así también, existe disponibilidad de la unidad de mantenimiento del posible donante y capacitación en este aspecto a los equipos clínicos.

Hoy en día, el HBLT, HEP y HEGC cuentan con protocolo de notificación y pesquisa de posibles donantes vigente, y organizan charlas y cursos en torno a la temática. Así también, se está organizando un programa de capacitación que abarca todas las etapas de procuramiento, dirigido a profesionales de unidades generadoras de los 3 hospitales a cargo.

También, se cuenta con quirófanos para procuramiento de órganos disponibles 24 horas los 7 días de la semana.

En cuanto a la situación actual de equipos médicos que se requieren disponibles las 24 horas los 7 días de la semana para procuramiento, sucede que:

	HBLT	HEP	HEGC
Ecografía abdominal y ecocardiograma	Gestionará la compra de servicios externo	No tiene por falta de presupuesto	Operativa
Electroencefalograma	Gestionará la compra de servicio externo	S/I	Gestionará compra de servicio externo
Electrocardiograma	Operativo	Operativo	Operativo
Eco Doppler Transcraneal	Operativo	N/A	N/A

Tabla 1. Estado de equipos médicos para procuramiento por hospital.

Paralelamente a la fase de procuramiento, en el SSMS se realizan **trasplantes** de córnea y de riñón con donante cadavérico en el HBLT. En cuanto al primero, desde el año 2017 se han realizado un total de 34 trasplantes de córnea, concentrados principalmente en los años 2020, 2021 y 2022.

Por su parte el SSMS es referente a nivel de macro red de trasplantes renales. Durante el año 2017 el HBLT llegó a realizar el trasplante renal N° 1500 del hospital, que equivalía al 20% de lo realizado a nivel nacional.

Año	Número de pacientes trasplantados por año.
2017	66
2018	47
2019	62
2020	13
2021	6

Tabla 2. Número de pacientes trasplantados en el SSMS. 2017-2021.

De los 62 trasplantes renales ocurridos en 2019 48 fueron de donante cadáver y 14 de donante vivo. Realizándose además 4 trasplantes de donante vivo en el HEGC durante ese año (Departamento Biomédico Nacional y de referencia, 2019).

Si bien durante el año 2019 hubo 62 trasplantes renales en el SSMS, según el Registro Nacional de Trasplante al finalizar ese año la Lista de Espera del mismo hospital era de 344 personas (Departamento Biomédico Nacional y de referencia, 2019).

Tal como muestran los indicadores, efectivamente hubo una disminución en el número de donantes durante el periodo de pandemia y el programa se puso en pausa dada la alta demanda de camas UCI y el importante riesgo de infecciones, sin embargo, en la actualidad el programa ha sido retomado y está vigente.

1.3 Diagnóstico de Principales problemas de salud del SSMS

Para definir los principales problemas sanitarios observados en el SSMS, se consideraron criterios de priorización de acuerdo a una revisión bibliográfica que contempló el Modelo Redes Integradas de Servicios de Salud de la OMS, la Estrategia Nacional de salud 2030, prioridades de Gobierno período 2022-2025 y problemas de salud con mayores índices Años de Vida Saludable perdidos o ajustados por discapacidad (AVISA). De estos enfoques derivaron los siguientes temas sanitarios que se desarrollarán a continuación.

1. Entornos y estilos de vida saludables. Promoción y prevención transversal en salud.
2. Salud y Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Énfasis en patologías con mayores índices de AVISA: Cáncer y Salud Cardiovascular.
3. Salud y Enfermedades Transmisibles: Énfasis en SIDA-VIH y Tuberculosis.
4. Salud Mental
5. Salud bucal
6. Rehabilitación
7. Inclusión en Salud: Perspectiva de género e interculturalidad
8. Trabajo en Red

1.3.1 Entornos y Estilos de vida saludables

En el año 2023 estamos ante el 45° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, donde se enarbó la definición conceptual de lo que significa la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, indicando que es un derecho humano fundamental y que para poder alcanzarlo se requiere de la intervención de actores sociales y económicos, definiendo y reconociendo el concepto de Atención Primaria de Salud (APS) como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo. En este contexto, la OPS comenzó un proceso de evaluación de los diferentes sistemas basados en la APS en la región, para identificar y difundir las mejores prácticas en la materia. Este trabajo dio origen al texto “La renovación de la atención primaria de salud en las Américas” que junto al documento posterior llamado “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” marcó un camino claro de conformación de los sistemas de salud en el que se insiste sobre la importancia de anticiparse al daño y dar continuidad a la atención con servicios integrales e integrados entre los distintos niveles de la red sanitaria, contando como base una APS fuerte que sea puerta de entrada al sistema.

La atención primaria de salud es el lugar primordial en el que las personas plantean sus problemas de salud, por lo cual se debe contar con una capacidad resolutoria acorde con una oferta de atención integral e integrada, convirtiéndose en el eje de la atención sanitaria. Con el fin de dar cumplimiento a esta prerrogativa la atención primaria de salud debe incorporar un enfoque integral, preventivo-promocional y potenciar su rol de coordinación.

Basado en estas definiciones, es que nuestro Servicio de Salud ha trabajado por contar con una Atención Primaria fuerte que pueda dar respuesta a estas necesidades de la población, así como una red de salud coordinada que deje como eje central y puerta de entrada a APS. No ha sido una tarea fácil, dado que existe una historia centrada en el trabajo hospitalario que implica que los avances sean más lentos de lo esperado, pero existe un camino trazado por la institución, junto a funcionarios comprometidos con la salud de la población, que hace posible seguir por esta vía.

Es importante destacar que se han sumado diferentes tipos de factores de riesgo para la salud, que deben ser abordados desde los distintos niveles de atención. Entre ellos factores Físicos (por ej. Factores ambientales, temperatura, ruido o vibraciones), Psicosociales (como el estrés, estado socioeconómico, el trabajo y la soledad y falta de redes de apoyo) y Personales (como género y el estado de salud) entre otros (Yassi, Kjellström, de Kok y Guidotti, 2001).

Según la OMS (2021) el cambio climático influye en los determinantes sociales y ambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura son fundamentales para lograr bienestar. Se prevé que, entre 2030 y 2050, el cambio climático causará unas 250.000 muertes adicionales cada año debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico. Dado lo anterior, se considera prioritario avanzar en esta materia en un trabajo transdisciplinario con el inter sector y organizaciones de la sociedad que le otorguen centralidad.

Sumado a ello, tal como sostiene la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030, tener un medio ambiente y entornos saludables es una prioridad en salud, siendo la contaminación del aire producida por las emisiones generadas por industrias y vehículos, e intradomiciliaria, una de las mayores amenazas medioambientales en Santiago. Según la actualización de www.iqair.com al 21 de julio de 2022 la Región Metropolitana alcanzó niveles de contaminación “insanos para la población sensible” e “insanos” en general para algunas comunas como el Bosque.

Otro factor que puede afectar la salud y calidad de vida de las personas es la falta de áreas verdes, donde el promedio por habitante en la Región Metropolitana es de 4,7 m², por debajo del umbral mínimo de 9 m² por habitante (ONU-Hábitat en MINSAL, 2022).

En este sentido, es importante problematizar localmente esta temática, tanto nivel interno en el trabajo con funcionarias(os) como a nivel de la población del territorio asignado, avanzando hacia un Servicio de salud con conciencia ecológica y sustentable. En ello, destaca dentro de las buenas prácticas el programa de ‘Sustentabilidad del establecimiento desde una perspectiva social y ambiental’ del Hospital San Luis de Buin Paine, realizado en 2017 en el contexto del concurso de innovación para la red en salud. Este programa fue pionero en la generación de políticas de gestión ambiental y es un excelente ejemplo de cómo avanzar en términos prácticos en esta temática.

Sumado a ello, los estilos de vida de la población son conductas relacionadas a la salud como resultado de las exposiciones a distintas condiciones ambientales, sociales, económicas, culturales y políticas, que están determinadas por políticas económicas y de desarrollo, políticas sociales y sistemas políticos, entre otros. Estos pueden constituir factores de riesgo conductuales para las enfermedades no transmisibles (ENS, 2022).

Dentro de las consideraciones que caracterizan los problemas sanitarios de las sociedades actuales, se encuentra el aumento de enfermedades no transmisibles y la disminución de la mortalidad y la presencia de agentes infecciosos asociados a enfermedades crónicas/degenerativas.

En este sentido los factores de riesgo conductuales modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol tienen un alto impacto en la salud de la población.

Actualmente, tanto en el SSMS como a nivel nacional; la promoción en salud ha sido secundarizada post pandemia, manteniendo solo algunos programas en funcionamiento, dada la redestinación de recursos a nuevas prioridades sanitarias, lo que sin duda tendrá un impacto en el mediano plazo en la salud de la población.

Cabe mencionar la correspondencia que existe entre estilos de vida saludables y las posibilidades de la población acceder a ello, desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud. En este sentido, dentro de las comunas con mayor porcentaje de pobreza multidimensional del SSMS están Lo Espejo (37,6%), seguido por la comuna de Pedro Aguirre Cerda (26,8%) y San Bernardo (26,1%), donde este tipo de estrategias deberían tener un énfasis mayor.

Si bien las estrategias de promoción en salud se trabajan más bien desde SEREMI, hoy en día SSMS aborda la Matriz de cuidados donde la continuidad del cuidado y el enfoque de curso de vida son fundamentales (MINSAL, 2022). Así también existen algunos ejes de desarrollo como:

- Estrategia 'Elige vida Sana' enfocada en trabajar la malnutrición por exceso contando con 6100 cupos que se distribuyen en las comunas del SS.
- Programa más adulto mayor autovalente.
- Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP) que identifica a personas con distintas posibilidades de hacerse responsable de su proceso de salud, que proyecta reincorporar progresivamente a usuarias(os) categorizadas(os) como GO (o sin riesgo: usuario sin condiciones crónicas).

Existe un importante potencial de fortalecimiento del trabajo con el intersector, en correspondencia con el trabajo con municipalidades en conformidad con los planes de salud comunales, lo que requiere más recursos para implementarse con mayor fuerza.

1.3.2 Enfermedades Crónicas no Transmisibles

Según los datos informados por el DEIS entre los años 2015 a 2019 la tasa de mortalidad general tuvo una tendencia a mantenerse, siendo en el SSMS la tasa siempre superior en comparación a la del nivel nacional y de la Región Metropolitana. Tasa de mortalidad general SSMS: 6,15%

Por su parte la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) en el SSMS disminuyó de 8.35 en 2015 a 6.87 casos por mil habitantes en 2019, si se compara a nivel nacional (6.89 a 5.79) y de región metropolitana (6.61 a 5.3), la disminución es mayor a nivel del SSMS.

Hasta el año 2019 las principales causas de muerte (CIE-10) en el SSMS correspondían a enfermedades no transmisibles, patologías circulatorias (cardiovasculares), seguidas de las neoplásicas y las respiratorias, similar a la tendencia regional y nacional. No obstante, a partir del año 2020, debido a la presencia del COVID-19 a nivel mundial, las tasas de mortalidad cambiaron, siendo la principal causa de muerte a nivel nacional, Región Metropolitana y SSMS.

Hoy en día las principales causas de mortalidad de la población volvieron a ser cáncer y enfermedades del sistema circulatorio, por lo que haremos especial énfasis en estas.

1.3.2.1 Cáncer

El trabajo en el ámbito oncológico corresponde a una línea temática transversal, ya que recorre todo el ciclo de vida de una persona (o puede hacerlo) por lo tanto su abordaje comienza desde la prevención y promoción, llegando a los cuidados paliativos y fin de vida.

Desde el año 2018 el SSMS comenzó la implementación del Plan Nacional de Cáncer regido por la Ley N°21.258 conocida como la Ley Nacional del Cáncer, lo que ha significado entre otras la incorporación de recurso humano, equipamiento, arsenal farmacológico, formación de especialistas, entre muchas otras modificaciones. Así también, el Plan Nacional de Cáncer, ha amparado solicitudes de implementación y reestructuración de diferentes unidades oncológicas en el SSMS.

En perspectiva, en el tratamiento del cáncer se ha avanzado notablemente en los últimos años, pasando desde procedimientos extremadamente invasivos y con una sobrevida esperada altamente variable, a una mayor y mejor sobrevida. Terapias que anteriormente tardaban varios meses, hoy se desarrollan solo en semanas de planificación y ejecución, con ciclos más espaciados y en combinación con otro tipo de tratamientos.

Particularmente en el SSMS desde el año 2015 en adelante han aumentado en un 37% los tratamientos ambulatorios de pacientes en quimioterapia, un 12% en pacientes hospitalizados, un 23% las derivaciones a radioterapia, 39% las cirugías de carácter oncológico (COMGES N°7, Presentación pacientes a comité 2018-2021). Dentro de la implementación del modelo de gestión oncológico, se ha trabajado en robustecer varias de las redes de derivación ya sea internas como externas, siendo el trabajo con las gestoras de casos, fundamental en esta labor.

A nivel pediátrico el HEGC cuenta con una excelente implementación del comité oncológico y de trabajo en red, lo que es identificado como una fortaleza del SSMS.

En ello, las principales brechas o nodos críticos en el tema oncológico en el SSMS son:

- **Horas de ingreso a especialidades:** En general se evidencia un enlentecimiento del proceso previo al diagnóstico de usuarias(os), no obstante, luego de pasar por el comité oncológico el proceso se vuelve más expedito para el inicio de tratamiento. Si bien, ante una sospecha de diagnóstico oncológico en APS con garantía GES activa el proceso de atención es expedito, el aumento sostenido en la apertura de este tipo de garantías a través de los años (un 38% aproximadamente) ha significado un retraso de tiempo en la realización de la primera consulta de especialidad, afectando áreas como: cáncer de mama, cáncer digestivo alto y bajo, cáncer de colon y cáncer cervicouterino, donde existe un tiempo acotado para realizar exámenes y procedimientos que permitan confirmar o descartar la patología (MINSAL, 2019). En este sentido, las(os) usuarias(os) generalmente deben realizarse múltiples exámenes teniendo en promedio de 3 a 5 atenciones por especialista antes de ser presentados a comité oncológico, en donde también se evidencia un aumento en la espera de la primera atención con oncólogos(as) para comenzar con los tratamientos, producto de la alta demanda que existe hoy en día. En este sentido, actualmente la oferta de especialistas es insuficiente en relación a la demanda.
- **Derivación ingreso a Cuidados Paliativos:** hoy la derivación de los pacientes a cuidados Paliativos se realiza a través de un informe de proceso diagnóstico (IPD), es que es realizado por un médico en atención secundaria. En el caso del HBLT, este proceso es llevado en papel por el paciente o familia, desconociendo el flujo por los sistemas informáticos que se mantienen actualmente.
- También es importante para el área oncológica el mejoramiento continuo de la **de Pertinencia de derivaciones a especialistas, dado que** Existe burocracia interna y problemas en la pertinencia y activación de sospecha de patología oncológica APS a hospitales, habiendo solicitud de procedimientos (endoscopias y colonoscopias) para descarte, sin cumplimiento de criterios de derivación.
- Transparentar la **lista de espera de procedimientos**, tanto para las(os) usuarias(os) prioritarias(os) que requieren confirmación diagnóstica, como para quienes necesitan constantemente evaluar la efectividad de sus tratamientos, progresión de enfermedad, postulación a Drogas de Alto costo, entre otras.
- Otra de las problemáticas actuales que se presentan en la red y con orígenes multifactoriales corresponde a la **salida de pacientes al extrasistema vía segundo prestador**, ya que si bien esta decisión corresponde a un proceso de reclamo y de exigencia de la garantía legal de los pacientes, FONASA o los segundos prestadores no entregan una retroalimentación de aquellos pacientes que han sido asignados a sus establecimientos o aquellos que comienzan sus tratamientos en ellos hasta que están de alta, lo que entrega un tiempo de gestión acotado para generar el cupo necesario para asignar horas de ingreso a la red de origen. Por otra parte, se pierde la trazabilidad de los pacientes que han comenzado su proceso diagnóstico al interior de un servicio público y continuado en el privado, muchas veces existiendo duplicidad de horas, generando confusión en los pacientes que terminan por

rechazar atenciones en ambos lugares pues no se encuentran completamente informados de que garantía es la que se está externalizando.

- Desde la elaboración de los mapas de derivación y decretos con data histórica, el SSMS ha sido **centro de referencia para la región de O'Higgins** para algunos problemas de salud tanto en atenciones pediátricas como de adultos, hoy en día junto con la construcción e inauguración de diversos centros con diferentes complejidades, esta región cuenta con la capacidad resolutoria para sus pacientes, por lo que el continuar como centro de referencia genera un bloqueo tanto para ellos en la búsqueda más oportuna y rápida de atención, como para nuestra red, en donde se debe activar los flujos de atención o consultas de disponibilidad.
- **Fortalecer los enlaces y gestión del Centro Metropolitano de imágenes Mamarias, fortalecer la APS en exámenes diagnósticos y estrategias de screening/tamizaje** que pudieran significar una pesquisa temprana de lesiones mejorando la oportunidad de atención.
- Finalmente, es preciso mejorar la fluidez de la coordinación, dada la gran cantidad de población y la lejanía de los hospitales entre ellos. Así también, al no contar con todos los procedimientos, se pierde la trazabilidad del paciente, dificultando la realización integral de todo el ciclo de atención. Lo anterior se acentúa por la falta de interoperabilidad entre los programas informáticos que se ocupan en la red de cáncer y los diversos dispositivos que participan en ello.

El cáncer sin duda será un tema fundamental a trabajar durante la próxima década si queremos disminuir los indicadores de mortalidad que hoy nos aquejan, la oportunidad con la que estamos llegando al momento del diagnóstico será nuestra principal preocupación. La aspiración del SSMS es posicionarse como referente en materia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno apuntando a la **promoción y prevención** como la herramienta fundamental de gestión estratégica.

1.3.2.2 Salud cardiovascular

Principales brechas del SSMS en el programa de salud cardiovascular son: **a) Escasa cobertura del EMPA: la meta nacional del año 2022, fue de un 25% y como SSMS, se acordó una meta de 8,68%.**

Figura 6. Evolución mensual de la cantidad de exámenes médicos preventivos según año. SSMS. 2019-2022.



b) Baja cobertura efectiva de usuarios con patologías crónicas del programa cardiovascular.

		Meta nacional del año 2022	Meta SSMS (corte septiembre 2022)
Cobertura del Examen Médico Preventivo del Adulto		25%	8,68%
Cobertura efectiva de usuarios con patologías crónicas del programa de salud cardiovascular.	Hipertensión Arterial	43%	25,87%
	Diabetes Mellitus 2	28%	21,24

Tabla 3. Cobertura año 2022 del examen médico preventivo del adulto y cobertura de usuarios con patologías crónicas del programa de salud cardiovascular.

Para el caso de HTA la cobertura es del 40,05%, sin embargo, de esta población los(as) usuarios(as) compensados(as) son el 25,89%, además se distingue un grupo de usuarios(as) muy descompensados(as), con HTA mayor a 160/100 mmHg que corresponde al 8,28 %.

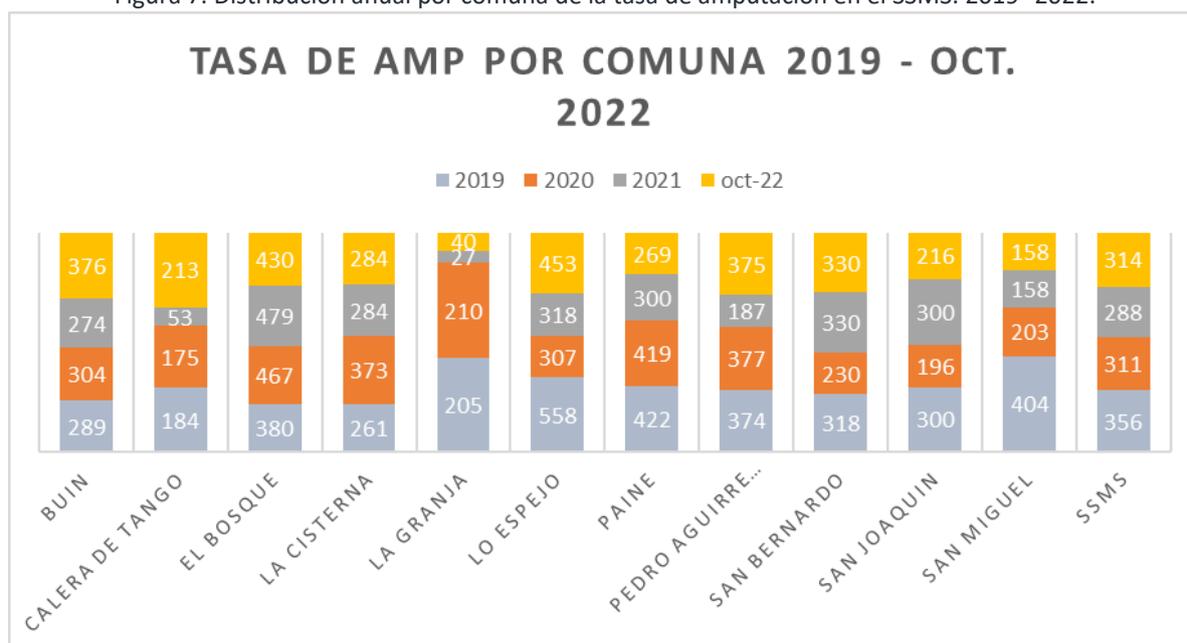
En cuanto a usuarios con DM2, la cobertura en el SSMS es del 47,79 %, siendo los usuarios compensados el 21,29 % y los pacientes muy descompensados con Hba1c mayor a 9%, corresponden al 25,23%.

La tasa de amputación de usuarios(as) con Pie diabético del SSMS se encuentra por sobre la tasa nacional, consecuencia de la baja cobertura efectiva antes descrita. La distribución por comuna se observa en la Figura 7.

Tasa anual SSMS		Tasa anual Nacional
Año	Tasa por 100.000	Tasa por 100.000
2019	356	250
2020	311	218
2021	288	225
oct. 2022	314	

Tabla 4. Tasa anual de amputación de pie diabético por cada 100.000 personas, SSMS y nacional. 2019 a 2022.

Figura 7. Distribución anual por comuna de la tasa de amputación en el SSMS. 2019 -2022.



Otras importantes brechas en el SSMS son, por ejemplo, la baja cobertura del fondo de ojo que es de aproximadamente el 15%. Salas de procedimientos (Manejo avanzado de heridas) que no cuentan con autorización sanitaria por infraestructuras precarias.

1.3.3 Enfermedades Infectocontagiosas

1.3.3.1 SIDA y Virus de la Inmunodeficiencia Humana

OMS a través de ONUSIDA propuso como meta mundial para el 2020 que el total de personas estimadas viviendo con VIH el 90% conozca su estado serológico, 90% reciba su TARV y 90% logre su supresión viral.

No obstante, también se enfatiza que los equipos VIH deben realizar acciones de promoción, prevención, atención de usuarios(as), además desarrollar estrategias de coordinación y trabajo intersectorial con agrupaciones de usuarios(as) y ONG, para lo que no se cuenta con recursos humanos ni infraestructura suficiente.

En este sentido, la principal brecha identificada a nivel 2°- 3° es la falta de recursos humanos, tal como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 5. Brecha de recursos humanos en la atención de usuarios y usuarias viviendo con VIH. Año 2022.

RRHH	Modelo atención (2005)	PBC SSMS (dic-2022)	Requerido por semana		Existente en SSMS
Médico	1,5 hrs semanales c/24 usuarios	5500 usuarios	344	horas	+/- 100 hrs
Matrona/Enfermera	44 hrs semanales c/250 usuarios		22	jornada 44 hrs	4
Psicólogo	4 hrs semanales c/100 usuarios		5	jornada 44 hrs	1
Trabajadora social	2 hrs semanales c/100 usuarios		2,5	jornada 44 hrs	1
Químico Farmacéutico	22 hrs semanales c/400 usuarios		303	horas	1,5
Nutricionista	no definido				1
Odontólogo	no definido				22 hrs
Terapeuta Ocupacional	no definido				1

Actualmente hay aproximadamente 150 usuarios(as) en el programa PreP, por lo es necesario aumentar la cobertura.

Las principales brechas en el tema de VIH en APS son:

- Estigmatización de la enfermedad.
- Falta de personal capacitado en consejería pre y post test de VIH.
- Capacitación en toma de test rápido.
- Exceso de tiempo transcurrido entre solicitud de examen y toma de este.
- Diferencias culturales respecto a la adherencia a tratamiento con población migrante, sobre todo haitiana.

1.3.3.2 Tuberculosis

Actualmente, en el SSMS hay aproximadamente 300 personas, en tratamiento por TBC, cuyo proceso de atención dura en promedio entre nueve meses y un año.

La inexistencia de una solución para usuarias(os) sociosanitarias(os) es de mayor impacto particularmente en este problema de salud, dado que algunas(os) pueden ser difíciles de contactar y tienen mayor probabilidad de abandonar sus tratamientos, lo que también se vuelve un problema de salud pública para la comunidad. En este sentido, se necesitan camas que les permitan completar tratamientos prolongados evitando el riesgo de abandono y el contagio. Lo anterior, es de central relevancia en la fase de transmisión que dura los primeros 2 a 3 meses, donde es crítico mantener a las(os) usuarias(os) en aislamiento, por lo que se debe disponibilizar una solución asistencial para usuarios sociosanitarios que tengan una indicación médica de hospitalización.

Además de ello, es preciso mejorar la pesquisa y actualización de tecnología para un abordaje más expedito (como la Red Laboratorio de cada comuna) también, mejorar el trabajo en Red y la gestión farmacéutica de los medicamentos asociados a esta patología.

1.3.4 Salud Mental

La salud mental es uno de los ejes temáticos prioritarios en el programa de gobierno actual y también en el SSMS.

En detalle, la situación actual de especialidad ambulatoria en salud mental se describe en la tabla 6.

Establecimiento	N° de inscritos	Territorio de referencia	Observaciones
HBLT HEGC COSAM San Bernardo	313.864	Comunas de San Miguel, La Cisterna, Calera de Tango, CESFAM P. Esteban Gumucio de La Granja, San Bernardo (3 CESFAM)	Problema de lejanía entre las viviendas de las(os) usuarias(os) y los dispositivos. La distancia promedio entre Calera de Tango y hospitales es de aprox. 26 km y desde San Bernardo de 18 km.
CRS El Pino COSAM San Bernardo	193.389	Comuna El Bosque (3 CESFAM) y Comuna San Bernardo (4 CESFAM)	
COSAM PAC	110.914	Comuna de P. Aguirre Cerda	
COSAM El Bosque	98.388	Comuna El Bosque (3 CESFAM)	Sin oferta de Clozapina

CESAM Espejo	Lo	96.886	Comuna Lo Espejo	
CESAM Joaquín	San	90.121	Comuna San Joaquín	
USAM-HSLB		87.632	Comuna de Buin	Algunos sectores con dificultades de accesibilidad, especialmente sectores de Viluco y El Recurso.
CESAM Paine HSLB		63.034	Comuna de Paine	Comuna extensa, sectores cercanos a la laguna de Aculeo se localizan a 35 km del CESAM y en el caso del sector de Chada a 20 km.

Tabla 6. Situación de especialidad ambulatoria en salud mental en el SSMS. 2022.

Dentro de las fortalezas en esta área, está que a nivel cultural desde la **pandemia de COVID-19 se ha logrado visibilizar la importancia de la salud mental** disminuyendo el estigma de algunos diagnósticos, incluso en los equipos de profesionales. Durante este periodo también se innovó en nuevos mecanismos para realizar atenciones como teleconsultas o llamadas telefónicas, no obstante, esta modalidad disminuyó el contacto humano que es necesario para abordar algunos problemas de salud mental. La pandemia también generó un alto impacto en las listas de espera tanto para consultas psiquiátricas como para hospitalización, adicional a la escasez de camas en toda la red del SS.

En cuanto al recurso humano, se reconoce la alta capacidad técnica de las(os) profesionales, a pesar de los escasos recursos, destacando la creación de convenios académicos y la modalidad de teleconsultorías como una innovación favorable.

No obstante, actualmente hay **escasa oferta de psiquiatras**, lo que responde a un problema a nivel país. Así también existe una alta rotación de profesionales dentro de la red, debido a la resistencia de mantenerse en el servicio público, que no logra competir con las ofertas laborales del mercado. También, hay un **déficit de especialistas y de equipos multidisciplinarios para atender la línea asistencial de urgencia psiquiátrica**, donde hay profesionales que refieren temer por su integridad al tratar pacientes descompensados que pueden reaccionar de forma violenta.

En el siguiente gráfico se visualiza la brecha en APS en el SSMS en cuanto a la cobertura en salud mental, según prevalencia:

Figura 8. Cobertura de atención de salud mental según prevalencia y casos esperados con uso efectivo de los servicios.



Más allá de la prevalencia, es sabido que, por diferentes motivos, no todas las personas que tienen algún problema o necesidad de atención de salud mental llegarán a atenderse a los dispositivos de la red de salud pública, por lo que la brecha de cobertura que se debe cubrir, con uso efectivo de los recursos del SS es de un 60%.

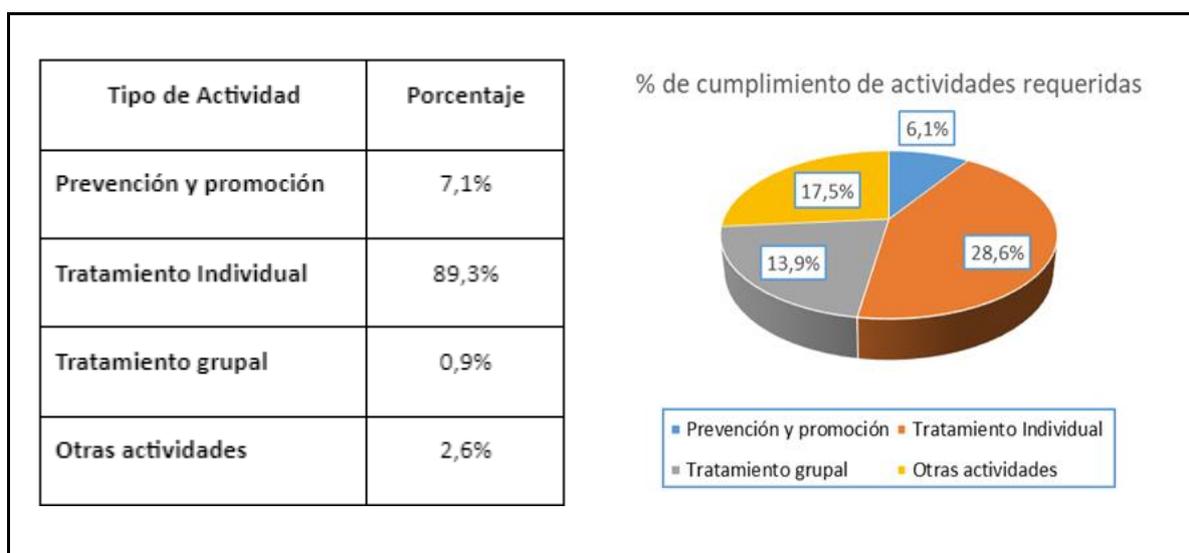
Considerando lo anterior, del total de casos esperados en el SSMS, solo un 39,5% haría uso efectivo de los servicios. Estando el SSMS por sobre el promedio nacional.

En el SSMS como parte de la identificación de la demanda potencial se develó, por ejemplo, la baja cobertura en el caso del diagnóstico de depresión. En varias comunas la cobertura es inferior al 15% (San Miguel, La Cisterna), mientras que el mejor desempeño en términos de acceso realizado solo alcanza cerca de un 34% (Calera de Tango y San Bernardo). Así también, impresiona la importante brecha de género que existe, dado que el número de mujeres con depresión es más de cinco veces que el de los hombres.

De acuerdo a la Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial, respecto del ámbito de producción, durante 2018 se realizaron un total de 242.529 actividades o prestaciones orientadas a la promoción de la salud mental, a la prevención de enfermedades mentales y/o al tratamiento de las personas ingresadas al programa. **El 89,3% de dichas acciones, correspondió a prestaciones de tratamiento individual.**

Tal como se observa en el siguiente gráfico, si bien existe una brecha de producción en los distintos tipos de actividades, la principal brecha se concentra en las acciones de promoción y prevención y en el desarrollo de actividades de tratamiento grupal.

Figura 9. Distribución de actividades y porcentaje de cumplimiento requerido en atenciones de salud mental. SSMS. 2018.



Se identifica como un **obstaculizador, la existencia de metas de control individual en lugar de ser grupales**, lo que se traduce en un débil trabajo en prevención y promoción con el consecuente alejamiento de la comunidad.

Adicionalmente, existe una **alta inasistencia a las citas de salud mental**, considerando que los esfuerzos de llamar a las(os) pacientes no son suficientes, ya que muchas(os) no logran contestar las llamadas para confirmar sus citas.

En cuanto a la satisfacción usuaria, aún falta de educación en materia de salud mental y aumentar la oportunidad de acceso debido a las normativas técnicas que no permiten abordar varios puntos de control de los pacientes, por lo que eventualmente tienen que esperar hasta cumplir con los criterios de las prestaciones, dilatando su atención y tratamiento.

A nivel de red, el SSMS en general mantiene una comunicación fluida e integrada entre los equipos de salud mental, no obstante, es recurrente que cada comuna y establecimiento genere su propio flujo interno, pues no existen lineamientos centralizados y claros en el manejo de pacientes.

En el contexto del COMGES N°9, el SSMS realizó una actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental 2021-2022, donde se evidenció como parte del diagnóstico las siguientes prioridades en este tema:

1. Se requiere fortalecer y diversificar la oferta de atención en salud mental en la Atención Primaria, incrementando acciones comunitarias de promoción y prevención incorporando acciones de tratamiento grupal. Para lo anterior es preciso mejorar y diversificar la infraestructura que posibilite la realización de intervenciones grupales, adicional a la mejora de espacios para realizar una contención adecuada frente a una crisis de algún paciente.
2. En el ámbito de la atención ambulatoria de especialidad, es absolutamente **imperativo el desarrollo de Centros Comunitarios de Salud Mental en las comunas que actualmente**

derivan al CDT Barros Luco: San Miguel, La Cisterna, San Bernardo poniente, Calera de Tango y del CESFAM Esteban Gumucio de La Granja, a lo que se suma la barrera de acceso por la distancia geográfica para las personas de **San Bernardo y Calera de Tango**. Todo ello, considerando tanto los limitados recursos profesionales y la envergadura de los procedimientos administrativos y de gestión realizados en dicho establecimiento. En este mismo ámbito, también se plantea la necesidad de implementar estrategias que faciliten el acceso en comunas de gran extensión territorial, como por **ejemplo equipos móviles que se trasladen periódicamente a lugares más alejados del CSMC**.

3. Respecto de atención de niños, niñas y adolescentes, existe una demanda oculta del requerimiento de **Hospital de Día** desde el territorio de Buin y Paine, comunas distantes al único Hospital de Día ubicado en el Hospital Exequiel González Cortés. En este sentido la derivación se efectúa sólo si las familias cuentan con soporte económico para el traslado, limitando la oportunidad y el acceso.
4. En cuanto a la atención cerrada, la principal brecha se encuentra en la disponibilidad de camas de adultos. Si bien existen 2 proyectos de inversión en curso que contribuirían al aumento de la dotación para el SSMS, es muy relevante priorizar el proyecto de normalización para la UHCIP del Hospital El Pino.
5. Avanzar en la conformación de equipos de **psiquiatría de enlace** en Unidades de Emergencia Hospitalarias y/o personas hospitalizadas en otros servicios clínicos. Tal es el ejemplo de equipo multidisciplinario de psiquiatría del Hospital el Pino que, desde una perspectiva biopsicosocial genera capacitaciones permanentes a los trabajadores de las Unidades de Emergencia Hospitalaria, en el manejo y priorización de pacientes psiquiátricos, además de realizar atenciones en la Urgencia y con pacientes hospitalizados, en contraste con el modelo habitual que prioriza la contratación de un psiquiatra en la urgencia, lo que puede ser más costoso, dada la impredecibilidad de los flujos de usuarias(os) y que genera una atención separada de síntomas psiquiátricos versus otros síntomas comunes.
6. Continuar con el proceso de **reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral** avanzando en la necesidad imperiosa de estructurar una respuesta en el ámbito de la rehabilitación de base comunitaria de personas con trastornos conductuales severos, de acuerdo a lo sostenido en el Modelo de Gestión de Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, para Población Adulta desde un enfoque de derechos humanos (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2017).
7. Por último, a partir del impacto generado en el funcionamiento de la red, particularmente en las unidades de hospitalización, pero también en los equipos de salud, en las familias y comunidades, es inevitable mencionar como un problema identificado, la **carencia de alternativas residenciales para personas con dependencia severa o con necesidad de cuidados de sociosanitarios**. Ejemplo de ello es el caso de un usuario que lleva dos años viviendo en el Hospital Barros Luco Trudeau. A él se suman las(os) usuarias(os) sociosanitarias(os) que están en el resto de los hospitales de la red, las clínicas por traslado coordinado y las(os) usuarias(os) del Hospital psiquiátrico el Peral. No obstante, ante la inexistencia de una política pública en este ámbito, resulta discutible que corresponda al sector salud y en particular a la red de salud mental, priorizar y generar respuestas pertinentes y sostenibles en el tiempo, a la multiplicidad de necesidades presentadas por la población atendida.

1.3.5 Salud Bucal

Actualmente en el área odontológica existe una insuficiente capacidad resolutive para la demanda por atención odontológica a nivel de APS y especialidades odontológicas (Lista de Espera), asociado al crecimiento de la demanda y reducción de infraestructura odontológica a nivel hospitalario. Dentro de esta área las principales brechas a nivel de SSMS identificadas son:

- Producto de la pandemia HBLT debió reestructurar su Servicio de Especialidades Odontológicas (SEO) lo que obligó a retirar 6 sillones dentales, equivalente a 21% de la capacidad instalada. Este hospital recibe aproximadamente el 85% de la demanda total por atención en especialidades odontológicas de la red del SSMS, por tanto, la pérdida de unidades dentales ha impactado severamente en la capacidad de atención de especialidades, especialmente en Ortodoncia, Odontopediatría y Prótesis removable. Con la actual capacidad instalada HBLT tiene una brecha del 74% de cobertura respecto de la demanda expresada.
- Aumento de la demanda por atención dental de población adulta a nivel de APS que supera la capacidad de atención instalada en la red APS (Total consultas nuevas realizadas + Lista de Espera acumulada año)
- Aumento de la demanda de algunas prestaciones que superan la capacidad de atención disponible en la red SSMS, como: atención en especialidades de Ortodoncia y Odontopediatría (para población infantil), especialidad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial (población adulta e infantil) y Rehabilitación Oral (población adulta).
- Limitada cobertura e intensidad de las intervenciones preventivo-promocionales en salud bucal en población infantil, dado que el programa Sembrando Sonrisas (PRAPS) entrega cobertura solo para niños(as) matriculados(as) en jardines infantiles JUNJI e INTEGRA, teniendo escasa llegada en colegios municipales para sus niveles preescolares (kínder y prekínder), restringiendo el acceso de estos niños (as) a los beneficios como: la capacitación en salud bucal de sus agentes educativos, insumos de aseo y prevención específica en salud oral (kit de aseo bucal y aplicación de barniz flúor) que entrega el programa.
- Incorporar la especialidad de Odontogeriatría a la red SSMS en un modelo de trabajo basado en rondas de especialistas y apoyo telemático, para formar y asesorar a los odontólogos APS y hospitales en el manejo del usuario adulto mayor.

Especialidades Odontológicas según Programación HBLT	Oferta N° de Consultas Nuevas según herramienta de Programación MINSAL 2022	Lista De Espera Trakcare HBLT Corte 09/12/2022	Brecha Proyectada de demanda por Especialidad según oferta 2022
Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial	1383	2582	65,1%
Endodoncia	1323	900	40,5%
Implantología (Quirúrgico- Protésica)	346	165	32,3%
Odontopediatría	133	1095	89,2%
Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial	192	3384	94,6%
Patología Oral	0	307	100,0%
Periodoncia	792	414	34,3%
Rehabilitación: Prótesis Fija	101	351	77,6%
Rehabilitación: Prótesis Removible	367	4334	92,2%
Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial	215	422	66,3%
Total General	4852	13954	74,2%

Tabla 7. Oferta de consultas nuevas según herramienta de programación, Lista de espera y brecha proyectada por demanda en especialidades odontológicas. año 2022.

1.3.6 Rehabilitación

Particularmente la población de personas en situación de discapacidad (PsD), ha tenido un aumento sostenido cercano al 100% desde 2016 a 2020 en el SSMS.

Tal como se planteó el índice de envejecimiento de la población del SSMS ha aumentado, y según el REM P3, se ha observado una mayor proporción de personas mayores con dependencia severa.

En este sentido, los principales problemas en esta área son los tiempos de espera prolongados para la atención de usuarios(as) por problemas de salud musculoesqueléticos en APS, lo que puede deberse al exceso de atención individual por parte de equipos, dado que los espacios de trabajo grupal son insuficientes.

Hasta el año 2021 las(os) usuarias(os) con dolor crónico no oncológico se encontraban sin oferta de atención en la red, lo que recién el año pasado comenzó a tener fondos para su implementación, asociado a la Ley de Cuidados Paliativos Universales. Otro obstáculo en este sentido es que la especialidad de Fisiatría no tiene oferta para atención abierta en la red del SSMS.

Finalmente, una de las mayores dificultades identificadas es el limitado acceso a ayudas técnicas No GES, que puede deberse a que la oferta se reduce a SENADIS, la cual requiere mejorar su coordinación con MINSAL, donde también hay un financiamiento acotado de prótesis. En este sentido, es un problema que las ayudas técnicas están enfocadas sólo en tratamiento, en vez de considerar también la prevención como en el caso de pie diabético.

1.3.7 Inclusión en Salud

1.3.7.1 Enfoque de equidad e inclusión en el SSMS

El Estado, la sociedad en general y el sistema de salud en particular, han excluido históricamente a identidades subalternizadas como la población empobrecida, migrante, perteneciente a pueblos indígenas, diversidades de género, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, entre otras(os). En este sentido en primer lugar, es imperativo erradicar las prácticas discriminatorias intencionales o no intencionales desde las(os) trabajadores de la salud hacia estas(os) usuarias(os), garantizando acceso y oportunidad de atención desde una perspectiva de equidad.

Así también, debe haber políticas de capacitación desde MINSAL que se adecúen a una estrategia de inclusión, en complemento con intervenciones desde el SSMS que generen reflexiones desde una perspectiva autocrítica, avanzando en defensa de los derechos de estas poblaciones, fortaleciendo su protagonismo en sus procesos de salud y enfermedad a través de instancias de participación consultiva y vinculante.

1.3.7.2 Personas privadas de libertad

En el territorio asignado del SSMS se encuentran el Centro Penitenciario Femenino de San Joaquín y el Centro de Detención Preventiva de San Miguel cuya población es atendida tanto a nivel interno de la red de gendarmería como en los dispositivos del SSMS.

Estos establecimientos penales, cuentan con prestaciones básicas en salud facilitando acceso rápido a atención médica en casos urgentes y de baja complejidad. De este modo, si las(os) usuarias(os) que requieren prestaciones de APS deben recurrir a los CESFAM asignados, y si requieren cuidados especiales o cirugía son trasladados al hospital penitenciario o al HBLT dependiendo de la cartera de prestaciones y el nivel de complejidad de las(os) mismas(os).

En términos de seguridad y optimización de recursos, es importante atender la mayor cantidad de estas(os) usuarias(os) por telemedicina. Esta modalidad de atención podría ser abordada desde estrategias locales del HBLT o mediante estrategias nacionales como Hospital Digital.

Dentro de las buenas iniciativas que se han realizado con esta población, está el operativo de toma de mamografías en terreno realizado por la Fundación Arturo López Pérez (FALP) a través del Programa de Imágenes Diagnósticas durante el año 2021, replicado el segundo semestre del año 2022.

Dentro de los nodos críticos de esta área se encuentra:

1. Reforzar la importancia de que todas las personas que se encuentran en estos centros penitenciarios estén inscritas en el CESFAM de referencia de la comuna, mientras dure la condena.
2. Avanzar en la formalización de las vías de derivación entre los centros penitenciarios de la red y los dispositivos de APS, y entre el hospital penitenciario y el HBLT.
3. Mejorar coordinación interna desde el hospital penitenciario para contar con las habilitantes tecnológicas y de proceso clínico, que permitan establecer prestaciones a través de telemedicina.

1.3.7.3 Género y salud

La violencia contra la mujer y las diversidades sexo-genéricas constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos. Estas violencias pueden prevenirse y el sector sanitario tiene una importante función que desempeñar para proporcionar atención integral de salud, siendo también un punto de entrada para realizar derivaciones a otros servicios de apoyo social que puedan ser necesarios (OMS, 8 de marzo de 2021).

En el ámbito de violencia, la tasa de denuncias por violencia intrafamiliar (VIF) contra mujeres en el SSMS aumentó desde 340,6/100.000 hab. en el año 2016 a 371,9/100.000 hab. en 2019. A nivel comunal, Buin, Paine, San Bernardo y La Granja se encuentran por sobre las 400 denuncias cada 100.000 habitantes. En cuanto a indicadores de violencia contra la comunidad LGBT, destacó el franco aumento en el número total de denuncias por discriminación homofóbica y transfóbica tanto a nivel país como a nivel local, llegando a 31 denuncias en el SSMS durante el año 2019 (Centro de Estudios y Análisis del Delito, 2016-2020).

Sumado a ello, según el XIX Informe Anual de Derechos Humanos (Movilh, 2020) el 35,7% de la **población trans** a nivel país reporta como responsable de abusos a funcionarios de la salud pública, y según la primera Encuesta Nacional aplicada a migrantes LGBTIQ+ en Chile, un 6,3% de las encuestadas declaró que funcionarios de la salud pública están dentro de los principales responsables de la discriminación en razón de su orientación sexual o identidad de género. Sobre lo mismo un 11% declaró que funcionarios de la salud pública están dentro de los principales responsables de la discriminación por nacionalidad (Movilh, 2020).

Otra forma de discriminación hacia las personas LGTBIQ+ es pasar por alto sus necesidades específicas, cuando se formulan planes, políticas, programas y leyes que atañen a su salud (OPS en Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía del Senado, s.f), no obstante, en el servicio de salud aún puede ocurrir que profesionales desde una perspectiva biomédica, desestima la atención a les pacientes trans por considerarles como “un paciente más”.

Otro aspecto a mejorar, es que actualmente dentro de los datos de ingreso a los dispositivos de APS del SSMS no se solicita el antecedente de género de las/os usuarias/os y, aún puede suceder que se desestime el uso del nombre social.

Según lo conversado en el primer CIRA 2022 realizado por el SSMS, dentro de las fortalezas en esta área destacan algunas experiencias que posicionan al **servicio de salud como pionero a nivel país, generando capacitaciones en temas de diversidad sexual y de género** en los equipos de salud. Ejemplo de ello, es el Programa de Identidad de Género desarrollado en el Hospital El Pino y la conformación de la Mesa de Salud Trans, que ha favorecido la coordinación y gestión de casos de la red asistencial. No obstante, aún se requiere profundizar en capacitaciones para las(os) funcionarias(os), por ejemplo, respecto al **Protocolo de derivación para usuaries en transición de género (2019)** del SSMS.

En el mismo CIRA se planteó que el trabajo en diversidad surge desde la proactividad de los equipos que imbrican profesionalismo y activismo, dado que, en rigor hay solo un cargo de 22 horas específico en este tema en todo el SSMS. El problema de ello, es que **muchas estrategias sugeridas e implementadas dependen de la voluntariedad de las(os) profesionales**, generando que estas prestaciones e instancias de participación y coordinación sean frágiles, por ser “persona-dependientes”.

Afortunadamente, durante el año 2023 comenzará la implementación del Programa de Acompañamiento a la Identidad Trans, que tiene como finalidad disponer de apoyo en las redes asistenciales de todo el país a personas entre 3 y 17 años de edad, cuya identidad no coincida con el género asignado al nacer, y que apunta a promover el nivel más alto posible de salud física y mental, así como a potenciar el desarrollo integral, el fortalecimiento de recursos personas y la identificación y participación en redes de apoyo.

1.3.7.4 Interculturalidad

Desde un punto de vista intercultural, un 11,2% de la población del SSMS (116.570 personas) se identificó como perteneciente a algún pueblo indígena u originario, en su gran mayoría al pueblo Mapuche. Las comunas con mayor presencia de auto identificación con un pueblo originario corresponden a El Bosque, Los Espejo y San Bernardo, que tienen población mayoritariamente urbana.

Particularmente, el **Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)**, apunta a incorporar la participación activa de los pueblos originarios en la formulación y evaluación de los Planes de Salud Intercultural en la Red Sanitaria del Servicio, a través de Mesas de Salud Intercultural Local.

En este contexto, es importante fortalecer este programa de modo que se pueda garantizar el derecho a acceder a prestaciones de salud con pertinencia cultural para la población atendida del SSMS, tal como fue evidenciado en el conversatorio con representantes de Asociaciones Mapuche realizado durante el año 2021.

Así también, es relevante avanzar en garantizar la continuidad de este programa durante todo el año y facilitar espacios físicos adecuados para que se puedan realizar atenciones, dado que los dispositivos no siempre pueden asegurarlos. A lo anterior se añade la relevancia de disponer de insumos y materiales tanto para la preparación de Lawen como de otro tipo que se requieran para asegurar la integralidad y calidad de la atención.

En cuanto a la puesta en valor del trabajo, se vuelve fundamental que desde APS se consulte a la población si pertenece a algún pueblo indígena cuando se realiza la actualización de datos del paciente avanzando en crear una cultura de trabajo más recíproca con las(os) profesionales de la salud, sobre todo con médicas(os) quienes deben ver esta oportunidad como un complemento del proceso de atención.

En cuanto a la **población migrante** que se atiende en el SSMS, el Instituto Nacional de Estadística tiene información de la residencia estimada por inmigrantes internacionales sólo para cuatro de las once comunas del SSMS. En la comuna de San Miguel el 16,1% de las/os habitantes son inmigrantes internacionales (20.777), seguida por La Cisterna (11.0%, 10.903), San Joaquín (10.7%, 10.939) y San Bernardo (6%, 19.671). En cuanto al lugar de origen, los países que aportan más inmigrantes corresponden a Venezuela, Perú y Haití.

Dentro de las fortalezas de la red asistencial en el abordaje de esta población es que hay una coordinación fluida del intersector. Otro aspecto a destacar, es que desde APS hay un importante compromiso en inscribir y atender a las(os) usuarias(os) migrantes independiente de su situación migratoria, aumentando las atenciones de esta población. Lo anterior, ha generado un 'cuello de botella' en FONASA dado que actualmente hay un retraso en la entrega de número provisorio demorando la atención de interconsultas a nivel secundario.

En cuanto al recurso humano, es preciso avanzar en el reconocimiento contractual de las(os) facilitadores interculturales dado que hoy en día existen diferencias entre comunas y solo están contratados(as) como personal administrativo.

Es importante mejorar la capacitación a funcionarios(as) de salud frenando las correlaciones existentes entre ciertas patologías de estigma social con personas migrantes como sucede con algunas ITS, VIH, TBC, asociando su propagación a la condición de migrante más que a las conductas de riesgo.

Así también, se debe avanzar en reconocer sus necesidades de salud específicas de esta población, ya que, por ejemplo, se ha identificado que la mortalidad materno, fetal y neonatal tiene una preocupante sobrerrepresentación de población migrante respecto a la población nacional.

1.3.8 Trabajo en Red

Es preciso establecer un diagnóstico de la red y sus coordinaciones, tal como sostiene la Organización Panamericana de la Salud (2010), avanzando hacia un modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, que mejore la accesibilidad, la continuidad asistencial y la eficiencia del sistema.

Hoy en día es importante volver a fortalecer el trabajo de coordinación de cada mini red (Sur-Central, Sur-Oriente, Sur-Poniente y Sur-Sur) estableciendo protocolos claros y expeditos para las atenciones de usuarias(os), mejorando la confianza entre las(os) profesionales de APS y del nivel secundario.

En este sentido, dentro de los aciertos del SSMS en el trabajo en red se encuentra el **Mapa de derivación**, que nació al alero de SIDRA y ha logrado moldearse tanto para el envío de información como para la realización de acciones de salud, incorporando además las carteras de servicios de APS en las estrategias de resolutiveidad. No obstante, las **derivaciones** al ver involucrados un gran número de profesionales y procesos, aún tienen un gran potencial de mejora, por lo que se deben identificar y precisar los nodos críticos que existen actualmente. A futuro el mapa de derivación debiese dinamizarse, contemplando las carteras de servicios uniformes, de modo que cada prestación tuviese el mismo lenguaje, mostrando equipos de especialistas, profesionales de rehabilitación, procedimientos, etc.

En cuanto a la definición de **Cartera de Servicios**, es necesario avanzar hacia una mirada más estratégica y colaborativa de la red, para evitar que cada hospital genere polos de desarrollo aislados que no necesariamente se condigan un diagnóstico en red. Lo anterior, también es fundamental al momento de planificar nuevos proyectos hospitalarios que se centren en las necesidades de la red y no de los equipos clínicos de cada dispositivo.

En cuanto al proceso de referencia, se debe continuar mejorando la pertinencia clínica y administrativa de las SIC, fortaleciendo el contacto de la APS con las(los) usuarias(os) Además, es preciso que el(la) usuario(a) sepa que, si se agrava, debe estar en comunicación con APS para solicitar que se actualice la SIC en TrakCare y aumentar su prioridad en la LE.

Es importante la responsabilidad de los médicos contralores, o los médicos generales que hacen seguimiento a estos(as) usuarios(as). Así también se debe fortalecer el proceso complementario de comunicación, de **educación a la comunidad sobre el recorrido desde que se hace la SIC** hasta que se atiende al paciente en el hospital. Después de la primera atención, muchas veces las(os) usuarias(os) vuelven a ser derivadas(os) a controles. Se debe avanzar en trazar el origen de las SIC de especialidad (que pueden proceder de APS, Urgencia, SIC internas de los dispositivos de atención secundaria, etc.).

Sumado a ello, se debe desarrollar mayor fluidez del proceso de **contrarreferencia**, tanto a nivel informático como en la importancia que le dan los equipos de salud del nivel secundario, generando altas clínicas oportunas que permitan cerrar el proceso completo de atención, favoreciendo la reincorporación de las atenciones de salud en los territorios.

En cuanto a las **Tecnologías de información y Comunicación del SSMS**, se han sentado importantes precedentes para avanzar en el ámbito de la integración entre niveles de atención primaria y secundaria que históricamente no se habían podido interconectar. Sin embargo, aún hay procesos de doble registro a nivel primario que enlentecen la gestión de usuarias(os), considerando además que el número de perfiles de TrakCare en APS es limitado, lo que restringe la capacidad de gestión de la LE.

Es fundamental que los diversos sistemas de información que funcionan paralelamente en la red avancen hacia la interoperabilidad total. Ningún nuevo sistema debería contratarse con la cláusula de “no interoperar” dado que se vuelve un obstáculo para el flujo de la información dentro del SSMS. Esto conlleva desafíos desde el punto de vista de estabilidad y confianza que generan los sistemas de información a los equipos de salud, que deben avanzar en discontinuar el uso del papel en la ejecución de los procesos asistenciales.

En cuanto al trabajo en el área de Salud Digital, se destacan los avances a nivel de gobernanza, existiendo un significativo trabajo en red desde la DSSMS, contemplando la incorporación de referentes de salud digital en la gran mayoría de las comunas del SS. Esto permite establecer un canal de comunicación que ha facilitado la implementación, monitorización y levantamiento de incidentes y problemáticas a nivel territorial.

En términos generales, la red ha avanzado en la mejora de gestión de procesos, no obstante, también está sobre exigida lo que genera que se dedique la mayor cantidad de tiempo en resolver contingencias que en innovar en nuevas formas de coordinación y trabajo en red. En este sentido, es preciso crear **y/o retomar instancias recurrentes de coordinación y conversación, absolutamente necesarias en los distintos niveles de atención, en cada dispositivo y por mini red, para optimizar el trabajo en red y evitar la fragmentación del Servicio de Salud.**

1.4 Referencias

Comisión Nacional de Evaluación y Productividad (2019). Informe anual de la comisión nacional de evaluación y productividad

Comisión de Derechos Humanos, Nacionalidad y Ciudadanía del Senado, (s.f.). Textos que dan cuenta del enfoque de la OMS y la OPS respecto de transgéneros y transexuales. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

COMGES N°7 (2021). Presentaciones pacientes a comité SSMS años 2018-2021.

Cristóbal Cuadrado, Sandra Flores, Francisca Vidal, Jorge Pacheco, Alejandra Fuentes, Soledad Martínez. ¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en el acceso a servicios ambulatorios vinculados al cáncer? Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Proyecto CoV-IMPACT-C. 20 Octubre 2020.

Global Health Observatory data repository. Life expectancy and Healthy life expectancy , Data by country. WHO. 2020.12.04. Disponible en : <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en> [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 17 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXv?lang=en>

Datos abiertos FONASA (2022). Población beneficiaria. Recuperado de: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario>

Departamento Biomédico Nacional y de referencia (2019). Registro Nacional de Trasplante 2019 Sección Histocompatibilidad, Instituto de Salud Pública de Chile. Recuperado de: <https://www.ispch.gob.cl/sites/default/files/Registro%20Nacional%20TX%202019.pdf>

Ministerio de Salud. 2021. Sábana de datos. Consultado en Octubre 2021, recuperado de: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Sabana-de-datos-ENS-2016-2017-oficial-16112020.xlsx>;

Ministerio de Salud. (2022). Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile “Plan Nacional de Cáncer 2018 – 2028”. Aprobado por resolución Exenta N°D 36 de 15 de enero 2019. Disponible en: https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf.

Movimiento de integración y liberación homosexual. (2020). XIX Informe Anual de Derechos Humanos de la Diversidad Sexual y de Género en Chile. Hechos. Coquimbo 1410 - Santiago, Chile.

Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. ARS Médica Rev Cienc Médicas. 4 de junio de 2018;43(1):30-4.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2019). Panorama de la Salud 2019 indicadores de la OCDE. París.

OMS (2021): Violencia contra la mujer. Recuperado el 25.01.2023 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud (23 de agosto de 2018). Género y salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de la Salud. (2022). Curso Virtual de Autoaprendizaje de Género y Salud: Conocimiento, Análisis y Acción.

Organización Panamericana de Salud (2010). La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas.

Servicio de Salud Metropolitano Sur (2022). Documento de trabajo Planificación Estratégica Servicio de Salud Metropolitano Sur 2019-2022.

Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud (2017). Modelo de Gestión. Unidad Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental, para Población Adulta.

Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud (2018). Orientaciones Técnicas para el Rediseño al Proceso de Atención de Urgencia de Adulto, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de salud (2023). Orientaciones para la Atención y Planificación en Red.

2 Capítulo 2: Plan de mejora

El presente apartado surge de la articulación de todas las etapas anteriores y se basa en los hallazgos evidenciados en la conclusión diagnóstica generando una proyección del SSMS para al menos el año 2025.

Para la toma de decisiones, respecto de la priorización de nudos críticos y la definición de potenciales proyectos de inversión u otras estrategias de desarrollo, se consideraron los siguientes criterios:

- Magnitud y severidad del problema descrito en la conclusión diagnóstica, con base en su frecuencia de aparición
- Consecuencias del problema de salud en las personas o comunidades del SSMS (muerte, discapacidad, pérdida económica)
- Análisis FODA del SSMS 2019-2020 (Anexo 1)
- Eficacia de la solución de modo que reduzcan significativamente el daño en salud
- Factibilidad en términos de costos o recursos requeridos.
- Responder a las preferencias sociales de la población evidenciadas en los conversatorios ciudadanos y las diversas instancias participativas desarrolladas por el SSMS, en complemento con las prioridades de gobierno.

Por otra parte, el SSMS tiene especial interés en generar innovación y en la búsqueda de mejoramiento continuo, que serían también una perspectiva transversal contenida en la presente propuesta.

2.1 APS como puerta de entrada y eje primordial

Es en este contexto donde se han priorizado objetivos, con el fin de dirigir los esfuerzos ante las situaciones sanitarias más ominosas para nuestra población, partiendo por mejorar el acceso de los usuarios a la atención de salud, punto fundamental para poder aumentar progresivamente las prestaciones que se han visto postergadas en todo este tiempo. Como segundo objetivo tenemos mejorar la calidad de la atención, con énfasis en el trato entre funcionarios y usuarios, entendiendo que la calidad es un proceso de mejora continua que apunta a dar atenciones dignas a la población, lo que permite contar con una mejor relación usuario funcionario. Como tercer objetivo priorizado tenemos el área de salud mental dada la alta necesidad existente en nuestros usuarios sobre esta temática, situación que no es nueva, existiendo una brecha importante previa a la pandemia, pero que debido a los estresores asociados a estos años evidentemente se ha exacerbado y Atención Primaria debe ser el lugar primordial para dar respuesta a esta necesidad tan sentida por la población. Por último, pero no menos importante, hemos priorizado la profundización del modelo de salud familiar entendiendo que este es el paradigma que nos mueve, siempre centrado en el usuario y su familia, inserto en una comunidad, con la cual hay que co-construir el camino para una mejor salud para todos y todas. A continuación, el desglose por objetivo priorizado, los cuales serán retomados en estrategias de gestión y coordinación por temas específicos de salud.

2.1.1 Objetivos Priorizados

- Mejorar el acceso de los usuarios del SSMS a la atención de salud en nuestra red.
 - Fortalecer el aumento de las atenciones de salud programáticas postpuestas por pandemia en centros de APS, apoyando cualquier estrategia propositiva de cada centro de la red.
 - Facilitar procesos de gestión de horas con enfoque de riesgo en la atención de la red de APS, con la implementación de variadas estrategias de acceso a los usuarios, que puedan ser aplicadas en cada centro de la red.
 - Fomentar la resolución de problemas de salud mediante el uso de tecnologías de información, complementado con la atención presencial.
 - Supervisar el fortalecimiento normativo de acceso a la atención de salud con enfoque de equidad y énfasis en la población más vulnerada del sistema de salud.
 - Incentivar la creación de espacios que permitan el intercambio de temáticas atinentes a los distintos actores de manera fluida y propositiva.

- Mejorar la calidad de la atención, con énfasis en el trato entre funcionarios y usuarios.
 - Asesorar, colaborar y acompañar a los diferentes equipos de salud de la red en el desarrollo de procesos de calidad, con énfasis en el buen trato y centrado en las personas.
 - Fortalecer mesas de seguridad a todo nivel de la red, como un espacio de intercambio y planificación entre todos los actores de ésta.
 - Mejorar los mecanismos de resolución de solicitudes ciudadanas e información de los centros de la red, a través de las instancias establecidas de manera institucional (OIRS), comités de gestión usuaria y mesa técnica.
 - Realizar capacitaciones programadas en la red con la actualización y fortalecimiento de conocimientos propios de cada ciclo en beneficio de los usuarios.

- Apoyar en el abordaje de las necesidades de salud mental de los usuarios y funcionarios de nuestra red de salud.
 - Trabajar con equipos de salud de la red, con el fin de optimizar y mejorar la cobertura de salud mental de manera integradora de todo el ciclo vital, potenciando estrategias participativas y en articulación con el intersector.
 - Fortalecer la estrategia “saludablemente funcionarios”, acompañando en el territorio el cuidado de la salud mental y emocional de nuestros funcionarios.
 - Fortalecer trabajo promocional en el ámbito de salud mental y con una mirada integradora por el ciclo de vida.
 - Desarrollar con los equipos de salud mental de los centros de la red, la diversificación de la cartera de prestaciones, concordante con la población beneficiaria de éstas.

- Favorecer la profundización del modelo de salud familiar en nuestra red.
 - Favorecer la atención integral de nuestros usuarios a través de la expansión y profundización de la estrategia de cuidados integrales para personas con enfermedades crónicas (ECICEP)
 - Fortalecer la continuidad de la atención de nuestros usuarios en la red fomentando la articulación entre los niveles de atención, con estrategias como plataforma de continuidad de la atención (PCA) y trabajo GRD, con énfasis en la gestión de casos.

- Potenciar los equipos locales sobre las estrategias MAIS, mediante la sensibilización y ejecución del modelo de salud familiar.
- Generar, promover y potenciar las diferentes instancias de participación en red y salud comunitaria que contribuyan a la co-construcción de estrategias de salud y bienestar de los beneficiarios.
- Propender a la generación de una estrategia que permita integrar las diferentes áreas que son parte del modelo psicosocial que operan en la red del SSMS.

2.2 Estrategias de Gestión y Coordinación

2.2.1 Proceso Ambulatorio de Atención de Especialidades

- Reactivar el comité de Lista de Espera de la DSSMS.
- Mejorar el proceso de levantamiento anual de necesidades de formación de especialistas y subespecialistas de la Red hospitalaria, respondiendo de forma más precisa a las demandas de atención priorizadas por el Servicio de Salud.
- Optimizar registro desde APS de las atenciones realizadas por Resolutividad.
- Potenciar la oferta oculta de la red, de modo que médicas(os) especialistas que trabajan en APS no queden subutilizados en los CESFAM como médicas(os) generales, permitiéndoles colaborar con polos de desarrollo de especialidad en esos dispositivos. Esto requeriría de una estrategia que considere la toma de exámenes para que la atención pueda ser resolutiva, y evite el envío del SIC al nivel secundario. También, puede ser una oportunidad de capacitación gestionada a médicos(as) de la APS.
- Potenciar las tele-mentorías utilizando como ejemplo el trabajo en especialidades de nefrología y cardiovascular, que generan un trato directo entre médico(a) interconsultor(a) y especialistas para mejorar las derivaciones. Explorar en otras especialidades.
- Mejorar la estrategia de programación de la actividad médica para optimizar la gestión hospitalaria interna.
- Mejorar la eficiencia de box de atención de especialidades médicas, optimizando la distribución de jornadas laborales, sobre todo en el caso de médicas(os) de jornadas completas.
- Avanzar en programar los sobrecupos, para visibilizar su impacto y mejorar su gestión.
- Avanzar en la visualización completa de la lista de espera de procedimientos.
- Aumentar la oferta de exámenes y procedimientos diagnósticos, priorizando esto por sobre la compra de servicios.
- Establecer proceso de actualización de marcas de usuarias(os) PRAIS en el registro electrónico de inscritos en el SSMS.
- Mantener actualización de las Oferta Programática y contactos de los responsables de SENAME y Mejor Niñez para mejorar la gestión interna de los casos.
- Avanzar en implementación de convenio de transferencia de información con SENAME, para coordinar todas las atenciones de APS y hospitales.
- Avanzar en acceso a estrategias de telemedicina para CNE en neurología y tele-dermatología en SENAME y Mejor niñez.

- Evaluar realización operativos de Controles de Especialidad de psiquiatría en terreno SENAME.
- Estudiar el rango de edad en que se pierden horas por NSP, para focalizar las estrategias de confirmación de citas.
- Mejorar la gestión de pacientes que quedan largo tiempo en Lista de Espera por problemas como dificultades de contactabilidad, que no cuentan con tiempo para asistir a las atenciones, que no se presentan o se atienden de manera intermitente, etc. También aplica para los casos en que usuarias(os) que tienen comorbilidades que tratar, provocando la dilatación de la fecha de CNE.
- Mejorar la gestión de usuarias(os) que se atienden en lugares fuera de la red para realizar una transferencia expedita a otros servicios de salud.

2.2.2 Proceso de Hospitalización

- Disponibilizar una solución asistencial para usuarias(os) sociosanitarias(os) que tengan una indicación médica de hospitalización, ej. TBC
- Releva la importancia de otorgar altas clínicas oportunas, optimizando la utilización de las camas.
- Sugerir a hospitales escribir fecha tentativa de alta cuando ingresen las(os) pacientes a hospitalización.
- Intencionar que el indicador de promedio de días de estada sea diferenciado, de modo que los hospitales que atienden pacientes menos complejos se les pida un promedio de días de estada menor.
- Fortalecer el proceso prequirúrgico. Al momento de ingresar a un(a) usuario(a) considerar disponibilidad de todos los exámenes e imágenes, insumos, tratamientos farmacéuticos etc. Intencionar que los(as) encargados(as) de unidades de apoyo asistan a las reuniones de tabla quirúrgica.
- En cuanto a los recursos humanos, se sugiere fortalecer los equipos de rehabilitación para acelerar el egreso de las(os) usuarias(os), contando con más kinesiólogas(os), terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogas(os).

2.2.3 Proceso Quirúrgico

- Establecer criterios de priorización claros en tiempo de espera, fortaleciendo algoritmos que consideren preferencia clínica, social, GES, tiempo de espera mayor 2 años, etc.
- Educar en la distinción de “quirófanos de cirugía menor” con “salas multiuso” que responden a categorías diferentes y su confusión altera la estadística.
- Evaluar que los pabellones de urgencia se disponibilicen para intervenciones quirúrgicas breves.
- Incrementar indicador de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).
- Avanzar en la reserva de camas y pabellones quirúrgicos para cirugías electivas.
- Potenciar las mesas de trabajo por problemas de salud específicos entre toda la red.

- Optimizar de la oferta actual y uso de pabellones: revisar procesos ambulatorios de programación y agendamiento para aumentar porcentaje de las horas contratadas a consultas, confirmación de citas y portal con las atenciones del paciente.
- Aumentar las horas disponibles de quirófano en horarios no hábiles.
- Considerar durante 2023 la incorporación de nueva dupla de fortalecimiento de proceso prequirúrgico en HECG (proyecto MINSAL).
- Considerar la habilitación de 3 quirófanos en el HBLT durante 2023 con equipamiento y recurso humano (proyecto MINSAL).

2.2.4 Proceso de Urgencia

- Ampliar la oferta de atención en horarios no hábiles en dispositivos de emergencia de APS.
- Fortalecer comunicación entre el servicio de urgencia y médicas(os) interconsultoras de APS y entre el servicio de urgencia y las especialidades de los hospitales, regularizando las derivaciones internas.
- Es necesaria una coordinación para seguimiento de pacientes dados de alta desde la urgencia.
- Crear reportes de pacientes policonsultantes a los servicios de urgencia claros y útiles, que permitan un flujo de información expedito hacia los centros base, rescatando pacientes de forma activa.
- Normalizar el estándar de recursos humanos que se requiere en los servicios de urgencias (exceptuando al HBLT), con énfasis en atención de usuarios(as) en espera de cama para hospitalización, gestores de proceso y urgenciólogos(as).
- Promover estrategias de box de atención rápida “Fast Track” que cuentan con un(a) paramédico(a) y un(a) médico(a) para atender pacientes de baja complejidad C4 y C5 de manera más expedita.
- Instalar la figura de gestores de procesos en todos los servicios de urgencias, para que la atención fluya, agilizando exámenes y procedimientos.
- Observar el proceso de atención como un continuo entendiendo que el aumento de los días de estada de hospitalizados tiene efecto en la urgencia. Avanzar a contar con unidades de pre hospitalización, con personal externo a la unidad de emergencia hospitalaria.
- A futuro es necesario contar con un sistema informático que permita realizar gestiones entre los servicios de urgencia, que cuente con información en tiempo real de todas las urgencias de la red y macro red para tomar decisiones de derivación oportunas con base en el nivel de ocupación de camas, número de pacientes en espera, disponibilidad de equipos críticos, así como de los especialistas y profesionales que se encuentran en ese momento trabajando, entre otros indicadores. También es necesario el acceso a información de valor en tiempo real para que las(os) usuarias(os) puedan priorizar la consulta a centros de urgencia primaria ante consultas de menor complejidad.
- Crear protocolo de procedimiento distinguiendo funciones de ambulancias municipales de las del SAMU.

2.2.5 Cáncer

- Fomentar estrategias de prevención y promoción en salud en torno al cáncer.
- Mejorar la derivación a prestadores externos pertenecientes a red pública (trasplante de médula, radioterapia, quimioembolización, osteosarcomas). También se debe instar el fortalecimiento de las redes que son referencia nacional, ya que centros como INCANCER, Instituto traumatológico, Hospital el Salvador, entre otros, trabajan con el SSMS y muchas veces no logran dar cobertura a la gran demanda de la red completa de pacientes.
- Derivación de APS a Hospitales: Realizar educación constante al personal de APS en relación a los criterios de derivación existentes en el área oncológica.
- Crear flujos de derivación en cuidados paliativos, utilizando los sistemas informáticos que existen para ello, de modo que se pueda cuantificar los IPD.
- A nivel intrahospitalario se debe mejorar la claridad de funciones y personal encargado de realizar los procedimientos de derivación. Esto es más complejo cuando las(os) usuarias(os) requieren de múltiples intervenciones como Radioterapia y Quimioterapia de manera concomitante.
- Mejorar el registro a través de la plataforma “Trazabilidad del paciente oncológico” que se encuentra en proceso de implementación del SSMS.
- Fortalecer los comités oncológicos y fomentar el trabajo en red de los mismos.
- Promover la formación de profesionales Hematólogos, Oncólogos médicos, Radiólogas, Radioterapeutas, Paliativistas, enfermeras con especialidad en oncología médica, psico-oncólogos, físicos médicos, técnicos paramédicos capacitados, entre otros, para mantener a las unidades en un funcionamiento óptimo y tener capacidad de atención dado el aumento de la demanda observado post pandemia.

2.2.6 Salud cardiovascular

- Para mejorar la escasa cobertura del EMP es preciso fortalecer la coordinación y gestión de los procesos locales y de la red que permitan crear estrategias a nivel local.
- En cuanto a la baja cobertura efectiva, se debe generar un trabajo conjunto y práctico con el modelo de salud familiar y ECICEP en los distintos niveles de gestión y atención clínica, junto con empoderar al usuario a ser parte de su cuidado y fomentar el uso de tecnologías en salud (telesalud, telemedicina, entre otros), generar instancias de educación específicas en el área del uso de tecnologías en PSCV tanto para funcionarios como la población general y fomentar la disponibilidad y uso de medicamentos con mejor respuesta clínica, según recomendaciones técnicas. Ej. Vildagliptina
- Gestionar espacios, en hospital u otro dispositivo de nivel secundario, que involucren a especialistas médicos y no médicos destinados a la atención de usuarios con pie diabético y otras patologías cardiovasculares.
- Evaluar recursos existentes para aumentar la oferta en relación a la demanda de fondo de ojo.

2.2.7 Enfermedades Transmisibles

2.2.7.1 Epidemias, Pandemias y Enfermedades Emergentes

- Intencionar la formación y capacitación de profesionales en esta área.
- Mantener actualizados protocolos y capacidad diagnóstica de los Servicios de Urgencias.
- Generar protocolos que permitan asegurar la capacidad para tratar y aislar a usuarias(os) infectadas(os) para lograr el control y/o disminuir impacto en caso de una pandemia.

2.2.7.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana

- Aumentar la cobertura de test rápido en los centros de salud y extramuros en puntos estratégicos de cada comuna.
- Fortalecer la coordinación intersectorial, sectorial, ONG, con personas pertenecientes a pueblos originarios y personas migrantes.
- Fortalecer el programa PrEP (actualmente en piloto) en los Centros de APS y evaluar su desarrollo a través de Hospital digital.
- Establecer Protocolos de adherencia a antirretrovirales (ARV), que permitan prevenir y manejar la resistencia a los antirretrovirales y mantener una supresión sostenida del VIH.
- Mantener vigilancia de la resistencia de ARV mayor efectividad de los programas y servicios de los centros de ARV.
- Cubrir brechas de recursos humanos en Programa VIH/SIDA del HBLT y HLC, que permitan desarrollar modelo de atención integral.

2.2.7.3 Tuberculosis

- Fortalecer el trabajo en red para derivaciones y contra derivaciones en los diferentes niveles de atención.
- Establecer consultorías del equipo intermedio a los equipos locales.
- Protocolizar tratamiento de usuarias(os) sociosanitarias(os).

2.2.8 Salud Mental

- Fortalecer y diversificar la oferta de atención en salud mental en la Atención Primaria, incrementando acciones comunitarias de promoción y prevención e incorporando acciones de tratamiento en modalidad grupal.
- Priorizar el desarrollo de un proceso de acompañamiento técnico a los equipos de atención primaria, orientado a diversificar la oferta terapéutica, a partir de la implementación de intervenciones psicosociales grupales, inicialmente en aquellos establecimientos que recibieron recursos para reforzar sus equipos con 22 hrs. de un profesional.
- Fortalecer Unidades de Psiquiatría de Enlace en hospitales generales, lo que implica avanzar en cambiar el modelo de atención psiquiátrica en Unidad de Emergencia Hospital Barros Luco.

2.2.9 Salud Bucal

- Fortalecer proceso de referencia y contrarreferencia, por medio de la formación continua de odontólogos interconsultores en APS para el manejo de protocolos de referencia para las distintas especialidades y el dominio de las causales de egreso de lista de espera, con el objetivo de mejorar los niveles de pertinencia y eficiencia en la derivación.
- Fortalecer la eficiencia y focalización de los recursos asignados en PRAPS para la resolución de la demanda expresada en lista de espera de Prótesis Removible, mediante estrategias de coordinación y focalización de casos por parte de APS.
- Fortalecer el rol de odontólogo priorizador y contralor de nivel secundario en los hospitales de la red SSMS con Servicio de Especialidades Odontológicas (SEO), con el objetivo de agilizar y normalizar el criterio de priorización de casos en las distintas especialidades odontológicas.
- Fortalecer el registro y gestión de la lista de espera quirúrgica odontológica de los hospitales de la red SSMS. Definiendo protocolos a nivel de hospitales y seguimiento de indicadores en SIGTE.
- Mejorar la gestión de la información: Fortalecer la concordancia entre los registros TrakCare y SIGTE de lista de espera odontológica por parte de los hospitales, mediante la implementación de sistemas de monitoreo y supervisión continua.
- Analizar, elaborar e implementar un modelo de contratación de odontólogos y técnicos odontológico en horario diferido en APS, que sea compatible con un horario de atención continuo hasta las 20.00 hrs de lunes a viernes y sábado de 9.00 a 14.00 hrs, con el objetivo de aumentar la capacidad de atención especialmente para población adulta trabajadora optimizando el uso de la totalidad de infraestructura disponible en APS.
- Analizar, elaborar e implementar un modelo de trabajo en horario extendido del SEO Hospital Barros Luco de 17.00 a 20.00 hrs y sábados de 9.00 a 13.00 hrs. con el objetivo de aumentar la capacidad de atención en especialidades de mayor demanda, optimizando el uso de la totalidad de la infraestructura odontológica disponible en el Hospital y considerando su condición de establecimiento satélite al CDT HBLT, lo que facilita su funcionamiento en horario extendido con medidas de control y seguridad adecuadas.
- Durante el todo el periodo que dure la transición del proceso de integración entre TrakCare y Rayen, se deben garantizar la mantención de todos los perfiles de odontólogos interconsultores de TrakCare de APS (2-4 perfiles activos de odontólogos interconsultores por CESFAM, según número de sillones operativos asociados al centro).
- Analizar, elaborar e implementar un modelo de atención de especialidades de alta demanda en APS, técnicamente factibles de resolver en el nivel primario de salud: ortodoncia, odontopediatría, rehabilitación oral, endodoncia y periodoncia, estableciendo flujos con el nivel secundario solo para casos de alta complejidad.
 - a. Contratación de 132 horas de Especialistas Ortodoncia para desarrollo de rondas en APS de las 11 comunas de la red SSMS.
 - b. Contratación de 88 horas de Especialista Odontopediatría para desarrollo de rondas en APS de las 11 comunas de la red SSMS.
 - c. Contratación de 88 horas de Especialista Odontogeriatría para desarrollo de rondas en APS de las 11 comunas de la red SSMS.

- d. Contratación de 88 horas de Especialista Trastornos Temporomandibulares para desarrollo de rondas en APS de las 11 comunas de la red SSMS.

2.2.10 Rehabilitación

- Fortalecer la intervención grupal de usuarias(os)
- Financiar la implementación de la Orientación Técnica para manejo de dolor crónico no oncológico.
- Incorporar más especialistas de fisioterapia a la red y potenciar su trabajo con otras especialidades.
- Desarrollar una metodología de continuidad para la entrega de ayudas técnicas para pie diabético, priorizando bota de descarga, zapatos con plantillas preformadas y prótesis de EEII.

2.2.11 Inclusión y participación social

- Mejorar trato a usuaria(o/e) fortaleciendo el proceso de inducción y capacitación de funcionarias(os/es), en términos del contexto, el rol acogedor, el apoyo y funcionamiento de la red asistencial.
- Generar instancias permanentes de reunión entre los equipos y niveles de atención para conversar y discutir sobre el trabajo de inclusión.
- Fortalecer la derivación entre la penitenciaria y APS para asegurar las mismas prestaciones de promoción y prevención con que cuenta la población en general para las personas privadas de libertad (como toda la canasta de prestaciones del programa de salud cardiovascular, por ejemplo).
- Aumentar el recurso humano y/o proteger horas para mejorar trabajo de inclusión.
- Realizar capacitaciones a funcionarias(os) sobre el trabajo con población migrante, perteneciente a pueblos indígenas y diversidades de género.

2.2.11.1 Pueblos indígenas

- Educar profesionales en la importancia de la atención complementaria, permitiendo avanzar en la consideración de diferentes modelos y visiones de salud más allá del modelo biomédico chileno.
- Reforzar que desde APS se consulte a la población si pertenece a algún pueblo indígena cuando se realiza la actualización de datos del paciente.
- Identificar lugares adecuados en los dispositivos que permitan realizar atenciones de salud intercultural garantizando la dignidad de la atención.

2.2.11.2 Migración

- Estandarizar reconocimiento contractual y de cualificación de las(os) facilitadores interculturales de las diferentes comunas de la red.

2.2.11.3 Género

- Generar sensibilización para la erradicación de la violencia contra las mujeres y la población LGBTIQ+.
- Fomentar la articulación de los distintos niveles de atención para promover la continuidad asistencial de población LGBTQ+ a través de mecanismos e instancias de coordinación.
- Avanzar hacia la erradicación de la patologización de la comunidad LGBTIQ+
- Avanzar en la adopción del lenguaje inclusivo y horizontal.
- Abrir las carteras de servicios a los requerimientos específicos de la población trans.
- Implementar duplas psicosociales para acompañamiento a infancias de identidad de género trans o no conforme y sus familias.
- Erradicar la discriminación y asociaciones erráticas entre orientación sexual y factores de riesgo en salud.
- Aumentar la oferta de prestaciones dirigidas integralmente a la población trans.

2.2.11.4 Participación Social

- Potenciar sensibilización y promoción del buen trato a usuarias(os) generando oportunidades de manejo de conflictos y asertividad.
- Otorgar Información pertinente y oportuna a las(os) usuarias(os) con flujos de retroalimentación interniveles de la red y sus servicios, acompañando la experiencia de la espera cuando corresponda.
- Generar mayor protagonismo en las necesidades y soluciones individuales y colectivas a los procesos de salud y enfermedad. Fortaleciendo capacidades desde el enfoque de salud positiva y activos comunitarios.
- Fortalecer el trabajo territorial.
- Implementar acciones que fortalezcan el rol de la sociedad civil organizada y su presencia en la red.
- Fortalecer capacidades y competencias colectivas que contribuyan a la construcción de marcos comunitarios de cuidados y promoción de la salud a través del ejercicio de la participación social.
- Fomentar la participación vinculante de las comunidades en la toma de decisiones.

2.2.12 Trabajo en red

- Tener la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) implementada en su totalidad en todos los centros del SSMS.
- Recuperar instancias de comunicación inter e intra dispositivos de la red asistencial, generando reuniones mensuales por mini red y creando espacios de conversación para que los(as) funcionarios(as) que trabajan en los procesos asistenciales se conozcan.

- Estructurar una cartera de servicios actualizada que permita complementar prestaciones entre establecimientos de menor complejidad a otros de mediana complejidad, generando un plan comunicacional para su difusión en la población.
- Mantener actualizado, difundir y hacer seguimiento al correcto uso del mapa de derivación GES y no GES, en los equipos de gestión y atención clínica. Avanzar en el establecimiento de mecanismos de comunicación que permitan visualizar el viaje del usuario(a) con todos sus antecedentes de salud y sociales.
- Mejorar coordinación intra y entre hospitales estableciendo flujos de traslados coordinados internos del SSMS.
- Considerando la alta rotación de funcionarias(os), realizar una carpeta de archivos esenciales de referencia y contrarreferencia y disponibilizarlos a las(os) profesionales de los dispositivos del SSMS de modo que puedan mantenerse actualizadas(os) en el funcionamiento de la red.
- Generar un Plan de educación a médicas(os) de urgencia para definir y protocolizar las derivaciones que se hacen a especialistas. Para ello, inicialmente se debe solicitar a algunas especialidades revisar interconsultas que llegan por urgencia y distinguiendo entre:
 - SIC que no deberían haberse derivado al especialista por no pertinencia clínica
 - SIC pertinentes pero que debían seguir el conducto regular y agregarse a la Lista de Espera
 - SIC que efectivamente son atenciones urgentes de especialidad.
- Avanzar en la creación de protocolos de especialidad para mejorar la pertinencia de las SIC en los hospitales de mayor complejidad.
- Para las contrarreferencias, asegurar el uso de la Plataforma de Continuidad de la Atención en todos los establecimientos.
- Fortalecer el uso continuo de la plataforma de continuidad de la atención (No operador dependiente)
- Avanzar en la digitalización de los RCE de hospitales, con la finalidad de que los sistemas interoperen y la Plataforma de Continuidad de la Atención pueda extraer información de los egresos de forma automática, implicando un seguimiento de las pacientes egresadas(os) por patologías priorizadas por la APS.
- A nivel de Atención secundaria reforzar Importancia de alta clínica en el proceso de contrarreferencia.
- Crear un mapa de derivaciones a la macro red.
- Revisar convenio ministerial con SS de Rancagua para evaluar continuidad de derivaciones de la macro red, sobre todo en el caso oncológico.

2.3 Procesos Transversales

2.3.1 Tecnologías de Información

- Ningún nuevo sistema informático debería contratarse con la cláusula de “no interoperar”.
- Evaluar la posibilidad de que la solicitud de horas por Tele Triage en APS tenga más traducciones que solo el español.
- Para los próximos procesos de integración, mejorar oportunamente la comunicación y capacitación con los actores de los dispositivos involucrados, considerando los diferentes niveles de atención.
- Potenciar la integración de Rayén con TrakCare, para garantizar que cumpla de manera eficiente y confiable con el almacenaje, transición y actualización continua de datos entre ambas plataformas.
- Implementar sistema de detección de SIC abiertas duplicadas por RUN y especialidad de destino en todo el historial de registro de TrakCare. En Rayén debería reportarse el historial completo de SIC que presente la(el) usuaria(o) en TrakCare, para el completo dominio del historial clínico del usuario por el odontólogo u otro profesional de salud de APS, evitando la duplicación de SIC en el sistema.
- Avanzar en la creación de un portal usuario(a) permitiéndoles visualizar sus SIC, lo que permitiría mejorar la satisfacción del usuario y evitar la duplicidad de ingresos. Es necesario que este portal permita además la actualización de datos de contacto, incluyendo correo electrónico, para explorar esta metodología de contactabilidad tal como sucede en el sistema de salud privado.
- Evaluar la creación de un sistema informático que permita la integración de datos desde el ámbito clínico y el ámbito logístico en laboratorio, abastecimiento, y todos los servicios de apoyo.
- Fortalecer los sistemas informáticos en todas las farmacias de la red que permita la trazabilidad de los medicamentos. Se necesita un sistema informático que permita la integración de datos desde el ámbito clínico y el ámbito logístico: Hospital Information System (HIS) y Enterprise Resource Planning (ERP).
- Avanzar hacia un sistema informático que permita visibilizar el estado de las urgencias en tiempo real.
- Creación de sistema integrado de ficha clínica electrónica de urgencia.

2.3.2 Salud Digital

- Es necesario que los dispositivos avancen en responsabilizarse de la implementación y monitoreo de las estrategias de salud digital, considerando la adecuación a los flujos clínicos, administrativos y el cumplimiento de la normativa vigente, entre otros. Se recomienda en este aspecto, redestinar cargos al interior de los establecimientos para aumentar horas enfocadas a salud digital y establecer comités para potenciar la coordinación entre quienes manejan los procesos clínicos asistenciales y los equipos TICS.
- Desarrollar un levantamiento de estrategias a nivel de la APS y de los hospitales para coordinar y evaluar la necesidad de apoyo o expansión por parte del SSMS.

- Se debe potenciar la alfabetización digital y los beneficios que trae la salud digital, tanto para los flujos internos (en términos de eficiencia, por ejemplo) como para los y las usuarias de la red (en términos de acceso y oportunidad, por ejemplo). Esto permite avanzar pasos en la gestión del cambio, hacia una cultura digital o de innovación con los y las usuarias al centro.
- Divulgar la evidencia y experiencias que existen en este tema sobre la optimización de recursos que implica la implementación de estrategias de salud digital, para lograr mayor adherencia de los y las profesionales de la salud integrando estas en su trabajo habitual. Para que esto funcione, es necesario comenzar por levantar los procesos clínicos y evaluar factibilidad de intervención y evaluaciones de impacto, entre otras.
- La comunicación a nivel de la red es fundamental, por lo que desarrollar y actualizar los protocolos de estrategias locales y nacionales es necesario para mantener los canales de coordinación de la red asistencial, estableciendo claramente los criterios de derivación o de uso de estrategias de salud digital.
- Respecto de Hospital Digital, es necesario formalizar el flujo de derivación, en un documento que vaya incluido en el protocolo de referencia y contrarreferencia. Así como también, potenciar la incorporación de nuevas estrategias tanto en el área de la telemedicina sincrónica, asincrónica y de apoyo diagnóstico. Por ejemplo: Implementando nuevas especialidades médicas y odontológicas a través de tele interconsultas asincrónicas, según necesidad de la LE.
- Continuar los procesos de integración de Hospital Digital con los registros clínicos electrónicos locales, para aportar en la eficiencia de las horas médicas en APS y también en términos de registro.
- La red debe contar con profesionales preparados y entrenados, líderes de implementación y gestión del cambio en sus establecimientos, por lo que es necesario desarrollar cursos y capacitación en este tema.
- Respecto de los y las usuarias, divulgar las potencialidades de la telemedicina y la salud digital para el acceso y oportunidad de la atención de salud. Se debe trabajar en fortalecer las habilitantes tecnológicas en los establecimientos para que todas las personas puedan acceder a estas estrategias, así como también, la capacitación en el uso y los derechos y deberes de los y las pacientes en este tema.
- Avanzar en garantizar atención integral de personas privadas de libertad utilizando estrategias de telemedicina, considerando que el Hospital Penitenciario cuenta con los equipos e infraestructura para favorecer este tipo de atención. La Telemedicina para personas privadas de libertad, tiene beneficios en cuanto a oportunidad y seguridad, podría optimizar el tratamiento de problemas crónicos de salud.
- Se puede avanzar en investigación y uso secundario de datos clínicos para la toma de decisiones en términos de inversión o implementación de estrategias, además de elementos de visualización del estado de los indicadores más importantes de la red para levantar alertas o también, para establecer predicciones y preparar a la red en función de aquello.
- Gestionar espacios en desuso en cada establecimiento y habilitarlos como salas de telemedicina, con las condiciones que permitan atender a los y las pacientes, asegurando sus derechos.

2.3.3 Servicios farmacéuticos

- Se requiere la incorporación de acciones de farmacia que involucren buenas prácticas desde la selección de medicamentos, almacenamiento, dispensación y control de los mismos.
- Se requiere la gestión de recursos físicos- humanos y financieros para optimizar la oportunidad del medicamento en los distintos niveles de atención.
- Se requiere la implementación de estrategias cercanas al usuario como ECICEP, educación sanitaria y atención farmacéutica en los distintos niveles de atención.
- Es necesario el trabajo conjunto de estrategias de trabajo en red.
- Gestionar falta de RRHH en el ámbito clínico y asistencial en algunos establecimientos de alta y mediana complejidad para desarrollar estrategias claves como el Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA).
- Fortalecer estrategias de despacho a domicilio a través de la integración de datos en los diferentes niveles de atención.
- Fortalecer estrategias para determinación de niveles plasmáticos de fármacos que permitan mayor seguridad al paciente y uso racional de medicamentos.
- Implementar plataforma con sistemas de grabación que permitan mantener sistemas de capacitación permanente.
- Activar proyecto de normalización de nutrición parenteral y oncología de HBLT.

2.4 Nuevas Propuestas de inversiones 2023

Las siguientes propuestas emergen de un análisis realizado por DSSMS, en conformidad con la indagación de brechas antes presentadas. Estas propuestas aún deben ser profundizadas considerando su factibilidad, lugar de implementación y deben ser complementadas por representantes de los dispositivos de la red implicadas(os) y MINSAL.

N°	Área de inversión	Propuesta de inversión.
1	Macroprocesos asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortalecer/crear nuevas UAPO y UAPORRINOS en el SSMS. ● Fortalecer/crear nuevos SAR. ● Aumentar dotación de camas para cumplir con estandarización. ● Habilitar 2 quirófanos en HEP, no disponibles desde hace 9 años.
2	Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> ● Estudiar la implementación de una unidad de oncología médica en Hospital El Pino para acercar las atenciones a la población que habita en las comunas más lejanas del HBLT.
3	Salud cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> ● Incorporar nuevas tecnologías que permitan el análisis de datos, para mejorar indicadores de cobertura efectiva. ● Contar con un programa (licencias) que permitan la georreferenciación de pacientes ECICEP /PSCV.

		<ul style="list-style-type: none"> ● Contar con Plataforma de integración Hospital – APS (Registro, Visualizador de exámenes en la red, recetas en red). ● Invertir en infraestructura adecuada para entregar prestaciones: Ej. Salas de procedimiento, farmacias, FO, entre otros. ● Continuar y priorizar el trabajo con los establecimientos que cuentan con salas de procedimientos sin autorización sanitaria.
4	Epidemias, Pandemias y Enfermedades Emergentes	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortalecer Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA), para reducir el riesgo de emergencia y diseminación de Resistencia a los antimicrobianos, con inversión sostenible en nuevos medicamentos, métodos diagnósticos, vacunas y recursos humanos.
5	Virus de la Inmunodeficiencia Humana	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluar implementación Farmacia de antirretrovirales del HBLT (Proyecto presentado a MINSAL y actualizado 2023).
6	Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital de Día para Adolescentes en nuevo Hospital San Luis, para las comunas de Buin y Paine. Esto implica evaluar la factibilidad de redefinir la destinación del espacio considerado en el Proyecto para la atención ambulatoria en psiquiatría. ● Mantener atención ambulatoria de especialidad en cada comuna y generar proyectos de normalización para CESAM Paine y CESAM Buin (en terreno liberado una vez que el hospital se traslade). ● Nuevos Centros de salud Mental Comunitarios: San Bernardo, El Bosque, San Miguel, La Cisterna. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si bien el proyecto de inversión en curso orientado a la reposición del Hospital San Luis de Buin contribuiría al aumento de la dotación de camas de UHCIP de Adultos, considerando la magnitud de la actual brecha de camas de este tipo, es muy relevante priorizar el proyecto de normalización para la UHCIP del Hospital El Pino. ○ Evaluar factibilidad de considerar 2 UHCIP de 24 camas en proyecto Hospital Barros Luco Trudeau. <p>Rediseño de oferta para atención en Hospital Psiquiátrico El Peral (Unidades Hospitalaria de Tratamiento Integral y Rehabilitación Intensiva).</p>
7	Salud oral	<ul style="list-style-type: none"> ● Proyecto Nuevo Hospital El Pino, proyecto en estudio. Preliminarmente se considera con 10 box dentales, 2 pabellón de cirugía, 1 sala de rayos intraoral y 1 sala de rayos ortopantomografo 2D-3D.
8	Salud Digital	<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar equipamiento tecnológico como celulares, computadores con cámara y micrófonos y dermatoscopios y otros dispositivos en personal que atiende en esta modalidad.

		<ul style="list-style-type: none"> ● Mejorar el acceso remoto a las redes ministeriales y fortalecer las redes de conectividad en establecimientos de zonas rurales, como Paine y Calera de Tango. ● Evaluar la implementación de sistemas de contactabilidad automática que permita confirmar las citas, registrar estos contactos e interoperar directamente a la ficha clínica. ● Favorecer que tanto hospitales como establecimientos de APS nuevos cuenten con espacios protegidos e infraestructura para la realización de telemedicina.
9	Brecha de camas	<ul style="list-style-type: none"> ● Frente a la necesidad de acercarse al estándar nacional y OCDE se proyecta un nuevo hospital que dé respuesta a las necesidades asistenciales de la red del SSMS en territorios más desprovistos de acceso a camas hospitalarias, asegurando equidad en la distribución geográfica, con el fin de descentralizar los polos actuales de camas hospitalarias.

Tabla 8. Propuestas de inversión por área en el año 2023. SSMS.

2.5 Proyectos de Inversión en curso

2.5.1 Atención Primaria en salud

N°	Comuna	Proyecto	Etapas	Año	Estado	% Avance
1	Paine	Construcción SAR Paine, Comuna De Paine	Ejecución	2022	Reevaluación	80,00%
2	La Cisterna	Construcción Sar Santa Anselma, Comuna de la Cisterna	Ejecución	2022	Reevaluación	95,00%
3	El Bosque	Construcción Sar Santa Laura, Comuna de El Bosque	Ejecución	2022	Reevaluación	80,00%
4	San Miguel	Reposición Cesfam Eduardo Frei	Ejecución	2022	Trato Directo	73,48%
5	El Bosque	Reposición Cesfam Haydee Lopez De La Comuna Del Bosque	Ejecución	2022	Reevaluación	60,00%
6	Lo Espejo	Reposición Consultorio Julio Acuña Pinzón, Lo Espejo	Ejecución	2022	Reevaluación	60,00%

7	San Miguel	Reposición y equipamiento Consultorio Recreo, Comuna San Miguel	Ejecución	2022	Licitación	60,00%
8	Calera De Tango	Conservación Cesfam Los Bajos De San Agustín, Comuna Calera De Tango	Ejecución	2022	Finalizado	80,00%
9	Calera De Tango	Conservación Posta Rural Santa Ines Comuna De Calera De Tango	Ejecución	2022	Finalizado	80,00%
10	San Bernardo	Construcción Cesfam Almirante Riveros, San Bernardo	Diseño	N/A	En Pausa	0,00%
11	Paine	Reposición Cesfam Localidad De Huelquén Comuna De Paine	Diseño	N/A	En Pausa	60,00%
12	San Bernardo	Construcción Cesfam Mariscal	Diseño	N/A	En Pausa	0,00%
13	San Miguel	Construcción Cesfam Norte	Diseño	N/A	En Pausa	0,00%
14	Buín	Construcción Nuevo Cesfam Buín	Diseño	N/A	En Desarrollo	60,00%

Tabla 9. Proyectos de Atención Primaria en Salud SSMS al 2022.

2.5.2 Proyecto Prehospitalario

N°	Comuna	Proyecto	Etapas	Año	Estado	% Avance
1	San Bernardo	Normalización Hospital El Pino	Prefactibilidad	N/A	En Pausa	0,00%

Tabla 10. Detalle proyecto hospitalario de Normalización del Hospital el Pino.

2.5.3 Proyectos Hospitalarios

N°	Comuna	Proyecto	Etapas	Año	Estado	% Avance
----	--------	----------	--------	-----	--------	----------

1	San Miguel	Normalización HBLT	Ejecución	2022	TAC	Avances por subetapas
2	Buin	Reposición HSLB-P	Prefactibilidad	2016	Finalizado	100,00%
3	Buin	Reposición HSLB-P	Diseño	2022	En Desarrollo	75,00%
4	Buin	Mejoramiento Servicio De Urgencia HSLB-P	Ejecución	2022	Finalizado	100,00%
5	San Miguel	Construcción Centro Nacional de Radioterapia Infanto-Juvenil HEGC	Diseño	2022	Finalizado	100,00%
6	San Miguel	Construcción Centro Nacional de Radioterapia Infanto-Juvenil HEGC	Ejecución	2022	Licitación/Adjudicación	0,00%
7	San Miguel	Conservación Sistema de Producción de Agua Enfriada y Climatización HBLT	Ejecución	2022	Ejecución	100,00%
8	San Miguel	Mejoramiento Servicio de Farmacia Oncológica y Nutrición HBLT	Diseño	N/A	En Pausa	30,00%
9	San Bernardo	Habilitación Sala Cuna y Jardín Infantil HEP	Diseño	2022	Finalizado	100,00%
10	San Miguel	Mejoramiento Unidad de Oncohematología Intensiva HDLC	Ejecución	N/A	En Desarrollo	50,00%
11	Puente Alto	Normalización Central Alimentación HPEP	Diseño	N/A	En Desarrollo	20,00%
12	San Miguel	Normalización Centro de Imagenología Mamaria (CMIM) Reinalda Pereira Plaza	Ejecución	N/A	Finalizado	80,00%
13	San Bernardo	Normalización Salud Mental HEP	Diseño	N/A	En Pausa	0,00%

14	Puente Alto	Normalización Unidades de Medicina Básica y Crónico Dependiente HPEP	Ejecución	N/A	En Desarrollo	50,00%
15	San Miguel	Mejoramiento Central Polivalente De Agua Enfriada Y Climatización HBLT	Ejecución	N/A	En Desarrollo	70,00%
16	San Miguel	Habilitación Y Recuperación De Recintos Para Sillones Dentales Seo HBLT	Ejecución	N/A	En Desarrollo	10,00%

Tabla 11. Proyectos Hospitalarios SSMS, actualizados al 2022.

2.5.4 Inversiones en Equipos, Equipamiento y Vehículos en curso

N°	Comuna	Proyecto	Etapas	Año	Estado	% Avance
1	Puente Alto	Reposición de 2 Vehículos Administrativos para HPEP	Ejecución	2021	Finalizado	100,00%
2	San Miguel	Reposición de Vehículos Administrativos para Mejorar La Operatividad de la Red del SSMS	Ejecución	2022	Finalizado	70,00%
3	San Miguel	Reposición Vehículos para Mejorar la Operatividad de la Red Del SSMS	Ejecución	2022	En Desarrollo	70,00%
4	Buín	Adquisición de Vehículos para Mejorar La Resolutividad Clínica del HSLB-P	Ejecución	2020	Finalizado	70,00%
5	Buín	Adquisición Analizador de Ventilación Mecánica, HSLBP	Ejecución	2022	En Desarrollo	90,00%
6	Buín	Adquisición de Lavavajillas para Servicio de Alimentación HSLB-P	Ejecución	2022	En Desarrollo	90,00%
7	San Bernardo	Adquisición Grupo Electrónico HEP	Ejecución	2022	En Desarrollo	30,00%

8	Red	Reposición de Ventiladores Mecánicos no Invasivos Programas Ventilatorios de la Red Asistencial.	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
9	San Miguel	Adquisición de Sistema ECMO Para la Unidad de Cuidados Intensivos para HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
10	San Miguel	Reposición de Cámaras Mortuorias para HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
11	San Miguel	Reposición de Ecocardiógrafos del Servicio de Cardiología HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Publicada	70,00%
12	San Miguel	Reposición de Ecógrafos Gineco Obstétricos Complejos para El S. de Obstetricia Ginecología HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
13	San Miguel	Reposición de Equipamiento para Pabellón Urología y Maternidad PNC HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	90,00%
14	San Miguel	Reposición de Equipos Dentales HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
15	San Miguel	Reposición de equipos para Anatomía Patológica del HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	70,00%
16	San Miguel	Reposición de Equipos para Endoscopia HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación Ofertas/ Trato Directo	80,00%

17	San Miguel	Reposición de Equipos Unidad Dental de los Establecimientos de La Red Asistencial de Salud, HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
18	San Miguel	Reposición de Instrumental Quirúrgico de Pabellones del HBLT	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	80,00%
19	San Bernardo	Reposición de Máquinas de Anestesia para Pabellón Central del Hospital y CRS El Pino	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación De Ofertas	95,00%
20	San Bernardo	Reposición de Vehículos Clínicos, HEP	Ejecución	2022	Licitación	60,00%
21	Puente Alto	Reposición de Catres Clínicos Mecánicos, HPEP	Ejecución	2022	Licitación/ Adjudicada	95,00%
22	Buín	Reposición de Videopanendoscopios para el HSLB	Ejecución	2022	Trato Directo/ Confección Ttrr	70,00%
23	Buín	Adquisición Equipos Médicos para El Servicio de Laboratorio e Imagenología HSLB	Ejecución	2022	Licitación	90,00%
24	Buín	Adquisición Ecógrafo de Servicio de Maternidad Del HSLB	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación Ofertas	70,00%
25	Buín	Adquisición Rayo X Portátil para HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación	90,00%
26	Buín	Adquisición de equipos de Kinesiología HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación/ Evaluación Ofertas	90,00%
27	Buín	Adquisición de Equipos y Equipamientos para Unidad de Medicina y Cirugía HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación	90,00%

28	Buin	Adquisición Marmitas para Servicio de Alimentación del HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación	90,00%
29	Buin	Adquisición Equipos Para Consultorio Adosado De Especialidades HSLB-P	Ejecución	N/A	Licitación/ Evaluación Ofertas	90,00%
30	Buin	Adquisición de Vehículos para HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación/ Publicada	80,00%
31	Buin	Adquisición Lavadora de Endoscopio, HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación/ Publicada	70,00%
32	Buin	Adquisición Equipos de Kinesiología HSLB-P	Ejecución	2022	Licitación	70,00%
33	Buin	Adquisición Ambulancias HSLB-P	Ejecución		Licitación	80,00%
34	San Miguel	Adquisición Vehículos de Transporte para Hospitalización Domiciliaria del SSMS	Ejecución	2022	Finalizado	95,00%

Tabla 12. Inversión en equipamiento y vehículos, actualizados al 2022.

3 *Capítulo 3: Diseño de la Red proyectado*

Se espera que la Red Asistencial del SSMS, sea planificada, desarrollada y evaluada en base a criterios de priorización de problemas de salud pública que incluyan magnitud, severidad, frecuencia, eficacia, factibilidad y, preferencias y consecuencias en la salud de las poblaciones de su territorio de alcance, con un enfoque de derechos humanos, equidad en salud, participación social y género, fomentando el estado de salud como un determinante para el desarrollo integral y la participación de las comunidades en la sociedad.

La Red Asistencial en su conjunto debe ser capaz de identificar y flexibilizar las barreras de acceso al sistema de salud y participación de las personas en la toma de decisiones en salud, con el objetivo de fomentar un encuentro humanizado que permita mejorar la experiencia usuaria en, y a través de, los distintos dispositivos de la red asistencial, con el propósito que la red asistencial sea percibida y actúe como un factor protector de la salud. Es fundamental el trabajo con otras instituciones del estado de forma que la fragmentación entre los componentes de las mismas, sea abordada de manera interna y no sea traspasada a la experiencia de las personas en su contacto con las instituciones del estado.

En relación a la gestión y coordinación de la red asistencial, las instancias de encuentro entre los distintos niveles de atención y entre los componentes de los mismos niveles de atención, serán sistematizadas, transparentadas y ordenadas en función del plan estratégico del servicio de salud, con una estructura que permita levantar los acuerdos más relevantes en relación al impacto en la salud de las comunidades, realizar el seguimiento de las acciones propuestas y estimar de qué forma se insertan en los planes estratégicos de equipos clínicos, dispositivos, dirección de servicio de salud, y niveles centrales del país. La estructuración de la gestión de información e indicadores debe realizarse acorde a resultados sanitarios planificados en relación a variables demográficas, epidemiológicas, sociales y de rendimiento de los macroprocesos asistenciales del sistema de salud. De esta forma, la reorientación del desempeño de la red asistencial será flexible y se podrá adaptar a requerimientos epidemiológicos de rápida aparición, como pandemias, a la vez que continúa ejerciendo su rol en el control y tratamiento de enfermedades crónicas.

El crecimiento de la red asistencial y el aumento del alcance de los dispositivos de salud será transparente y coherente con una distribución de los recursos implicados de forma equitativa en el territorio de la red, considerando los diversos determinantes sociales de la salud y específicamente la red asistencial como determinante en el acceso a los sistemas de salud. De la misma forma se valorarán las necesidades, preferencias e impacto en la salud de las comunidades, como es el caso de la salud mental, oncología, salud cardiovascular, salud oral, enfermedades infecciosas, rehabilitación e inclusión en salud, a través de la participación vinculante de la sociedad civil organizada. Esto en su conjunto determinará que los nuevos polos de desarrollo de prestaciones de salud de los distintos niveles de atención sean coherentes con una planificación participativa y vinculante con el sector salud, intersector y comunidad civil, en relación a objetivos estratégicos y sanitarios basados en principios de equidad en salud.

Se fortalecerán las estrategias de resolutiveidad de especialidades para la gestión de la demanda de casos de baja complejidad cuya resolución sea más eficiente en el cerca del territorio dónde viven las personas, a la vez que se potenciarán polos de desarrollo en oncología, salud mental y odontología, para mejorar la distribución de la oferta en el territorio de la red asistencial, así como los modelos de gestión y atención de estas redes específicas tendrán una visión integral y una mirada de gestión en red para la resolución oportuna de problemas de salud. Se buscará disminuir la brecha de camas hospitalarias diversificando el territorio dónde serán instaladas y el tipo de soluciones sanitarias según los requerimientos establecidos. El proceso quirúrgico será fortalecido aumentando la habilitación de quirófanos ya pertenecientes a la red asistencial y mejorando sus indicadores de producción y rendimiento a través de una gestión focalizada a nivel intrahospitalario. El proceso de urgencias será fortalecido a través de la gestión interna de los flujos de atenciones entre macroprocesos asistenciales, con la adecuada instalación de modelos de gestión flexibles que incorporen una visión de recursos humanos que facilite su implementación y con el aumento de dispositivos en la atención primaria de alta resolutiveidad para mejorar la gestión de la demanda.

Los recursos de la Red Asistencial en todos sus niveles y especialmente la estrategia de atención primaria de salud se reorientarán a la formulación de planes y acciones que permitan adelantarse al momento de pesquisa en la historia natural de la enfermedad, al diagnóstico temprano, aumento de la cobertura de tamizajes, realización de exámenes preventivos, cobertura de testeo rápidos de infecciones de transmisión sexual, prevención secundaria, y desarrollo de estrategias comunitarias para el fortalecimiento de la salud mental.

Se fomentará que la enorme cantidad de información derivada de la mejora de los procesos mencionados anteriormente, transite a través de los distintos dispositivos y actores de la red asistencial de manera oportuna y transparente para las personas usuarias de la red asistencial, basado en mecanismos de coordinación, gestión y evaluación digitalizados, informatizados y efectivamente integrados, que junto a los procesos asistenciales de apoyo como farmacia, laboratorio, procedimientos y exámenes, entregarán el soporte necesario a los procesos asistenciales con el objetivo de mejorar la priorización y pertinencia de las solicitudes entre los diversos actores de la red asistencial.

Una Red Asistencial equitativa en su territorio de influencia, altamente ética, transparente y participativa en la toma de decisiones, actualizada en tecnologías de la información y comunicación, con la capacidad de traducir sus acuerdos a un lenguaje inteligible para las comunidades usuarias, y que permita realizar evaluaciones de impacto en salud estructuradas y coherentes con objetivos sanitarios estratégicos para su territorio y el país, permitirá mejorar el abordaje del acceso al sistema de salud por parte de las comunidades para transformarse en un determinante protector de la salud.

3.1 Diseño de la red por capacidad resolutive

La red de atención del SSMS contempla recintos pertenecientes a los distintos niveles de atención con 117 establecimientos en total. La red de atención de nivel secundario cuenta con un CDT, un CRS y 5 COSAM. La red hospitalaria está compuesta por 7 hospitales. Todos los establecimientos están organizados en 4 mini redes. Cada una de ellas se organiza en torno a un hospital que funciona como centro de destino para las solicitudes de interconsultas, originadas de los Centros de Salud Familiar, en los Centros Comunitarios de Salud Familiar, Postas de Salud Rural, Unidades de Atención Primaria Oftalmológica y Unidades de Atención Primaria Otorrinolaringológicas, que se encuentran en las comunas de la mini red. Cada mini red cuenta también con dispositivos específicos como Centros de Salud Mental, Unidades de Atención Primaria de Oftalmología, entre otros.

3.1.1 Mini redes

En el caso que la complejidad del paciente exceda la capacidad resolutive del hospital, éste se deriva a los hospitales base, Barros Luco Trudeau, en caso de los adultos, y Hospital Dr. Exequiel González Cortés, en el caso de los niños. Existen mecanismos de coordinación conocidos para el tránsito del usuario en la red. La Solicitud de Interconsulta (SIC) para procesos ambulatorios, y la gestión de camas y pacientes (UGCC) para procesos de atención cerrada (estas coordinaciones se realizan mediante correo electrónico y telefónico). También existen mecanismos de coordinación por consultoría telemática entre centros de menor capacidad resolutive con el Hospital base (por ejemplo, en Cardiología) y con el Hospital Dr. Lucio Córdova en Infectología.

Algunas especialidades están presentes solo en los hospitales base, y constituyen excepciones que se derivan directamente del CESFAM al Hospital base.

En el caso que la necesidad del paciente exceda la capacidad resolutive del SSMS, están articuladas las macro redes de derivación, por ejemplo, cardiopatía congénita operable que se deriva a Hospital Roberto del Río, o cardiocirugía de adulto, que se deriva al Instituto Nacional del Tórax. Para el caso de pacientes con requerimiento de cama crítica, cuando la red del SSMS se ve sobrepasada, existe la posibilidad de derivación por UGCC (gestión centralizada de casos) del Ministerio de Salud.

Se presentan a continuación la descripción de cada una de las micro redes del SSMS, las comunas y los centros de salud que agrupa y su respectivo hospital base.

Mini Red	Comuna	Establecimientos Nivel Atención Primaria	Establecimientos Nivel Atención Secundario y Terciario
Sur Central	San Joaquín	Cesfam Arturo Baeza Goñi	Hospital Barros Luco Trudeau Hospital Dr. Exequiel Gonzalez Cortés Hospital Dr. Lucio Cordova
		Santa Teresa de los Andes	
		San Joaquín	
		Cecof Dr. Salvador Allende	
		Cecof Coñimo	
		Cecof Martín Henríquez	
		Cecof Reverendo Javier Peró	
		Cecof Sierra Bella y Yalta	
		Cesam San Joaquín	
		Uapo San Joaquín	
	Pedro Aguirre Cerda	Cesfam Padre Pierre Dubois	
		Cesfam Edgardo Enríquez Fröedden	
		Cesfam Amador Neghme	
		Cesfam Lo Valledor Norte	
		Cesfam Villa Sur	
		Cecof Dr. Miguel Enríquez Espinosa	
		Cosam Pedro Aguirre Cerda	
		Uapo Pedro Aguirre Cerda	
	San Miguel	Cesfam Recreo	
		Cesfam Barros Luco	
		Cecof Atacama	
		Uapo San Miguel	
		Uaporrino San Miguel	
	La Cisterna	Cesfam Eduardo Frei	
		Cesfam Santa Anselma	
		Cecof Eduardo Frei Montalva	
	Lo Espejo	Uapo La Cisterna	
		Cesfam Clara Estrella	
		Cesfam Julio Acuña	
		Cesfam Mariela Salgado	
		Cesfam Pueblo Lo Espejo	
		Cesam Lo Espejo	
	Uapo Lo Espejo		
La Granja	Cesfam Cesfam Padre Esteban Gumucio		

Tabla 13. Establecimientos de origen y destino en mini red Sur Central

Mini Red	Comuna	Establecimientos Nivel Atención Primaria	Establecimientos Nivel Atención Secundario y Terciario
Sur Oriente	El Bosque	Cesfam Mario Salcedo	Hospital El Pino
		Cesfam Dr. Carlos Lorca	
		Cesfam Cóndores de Chile	
		Cesfam Haydee López	
		Cesfam Orlando Letelier	
		Cecof Los Sauces	
		Cosam El Bosque	
		Uapo El Bosque	
		Uaporrino El Bosque	
		San Bernardo	
	Cesfam Juan Pablo II		
	Cesfam Raúl Brañes		
	Cesfam El Manzano		
	Cecof Las Hortencias		
	Cosam San Bernardo		
	Uapo San Bernardo		

Tabla 14. Establecimientos de origen y destino en mini red Sur Oriente

Mini Red	Comuna	Establecimientos Nivel Atención Primaria	Establecimientos Nivel Atención Secundario y Terciario
Sur Poniente	El Bosque	Cesfam Santa Laura	Hospital Parroquial de San Bernardo
		Cecof Santa Laura	
		Cosam El Bosque	
		Uapo El Bosque	
		Uaporrino El Bosque	
	San Bernardo	Cesfam Carol Urzúa	
		Cesfam Joan Alsina	
		Cesfam Raúl Cuevas	
		Cecof Ribera de Maipo	
		Cecof Rapa Nui	
		Cecof Lo Herrera	
		Cosam San Bernardo	
	Calera de Tango	Uapo San Bernardo	
		Cesfam Calera de Tango	
		Cesfam Los Bajos de San Agustín	
Postas Rural Santa Inés			

Tabla 15. Establecimientos de origen y destino en mini red Sur Poniente

Mini Red	Comuna	Establecimientos Nivel Atención Primaria	Establecimientos Nivel Atención Secundario y Terciario
Sur Sur	Buin	Cesfam Alto Jahuel	Hospital San Luis de Buin y Paine
		Cesfam Héctor García	
		Cesfam Maipo	
		Cesfam Nuevo Buin	
		Cesfam Linderos (ex Ramón Galindo)	
		Postas Rurales Los Morros	
		Postas Rurales El Recurso	
		Postas Rurales Valdivia de Paine	
		Postas Rurales Viluco	
		UAPO Buin	
	Paine	Cesfam Dr. Miguel Ángel Solar	
		Cesfam Dr. Raúl Moya	
		Postas Rurales Rangue	
		Postas Rurales Huelquen	
		Postas Rurales Pintué	
		Postas Rurales Abrantes	
		Postas Rurales Chada	
		UAPO Paine	

Tabla 16. Establecimientos de origen y destino en mini red Sur Sur



Tabla 17. Mapa de Derivación No GES SSMS 2023

3.1.2 Urgencias

La Red de Urgencias de SSMS no posee territorialidad (Ord. 2348/2016, Ord. 560/2022), sin embargo, se realiza distribución de mini redes por la cercanía geográfica que existe de estas comunas hacia los establecimientos de urgencia hospitalaria organizándose de la siguiente manera:

RED URGENCIA ADULTOS - SSMS

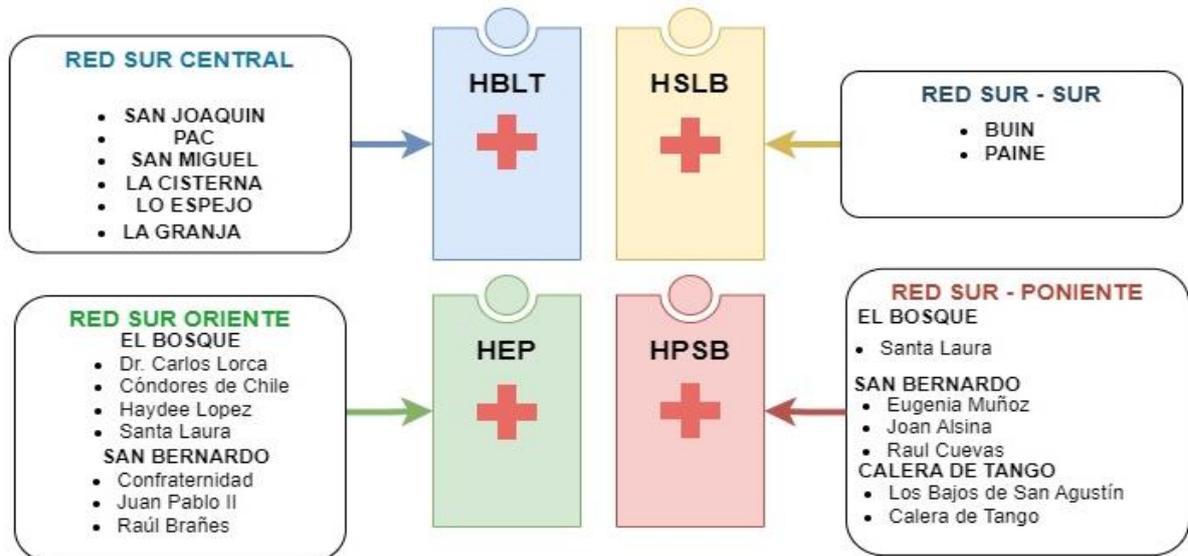


Figura 10. Red de Urgencia de Adultos

RED URGENCIA PEDIATRÍA - SSMS

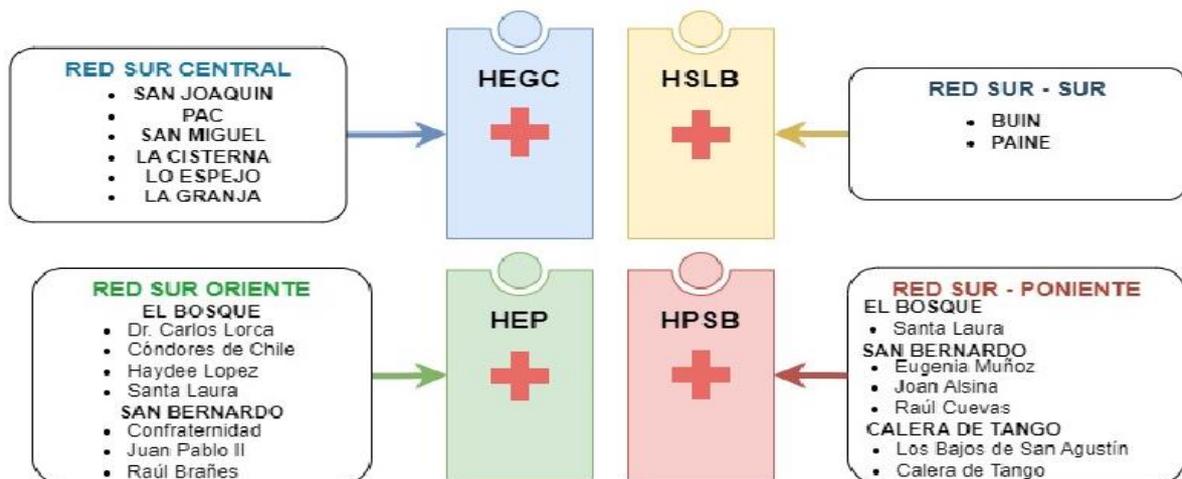


Figura11. Red de Urgencia de Pediatría

Mini Red	Comuna	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Primaria	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Secundario
Sur Central	San Joaquín	SAPU Santa Teresa de los Andes	UEH Hospital Barros Luco Trudeau Cuenta con especialidades en Medicina Interna, Cirugía General, Traumatología, Hemodinamia (Cardiología), Neurología general, Neurología ACV, Neurocirugía, urgencia salud mental, Urgencia Dental y Gineco Obstétrica.
		SAPU San Joaquín	
	Pedro Aguirre Cerda	SAPU Padre Pierre Dubois	
		SAPU Edgardo Enríquez Fröden	
		SAR Amador Neghme	
	San Miguel	SAR San Miguel	
	La Cisterna	SAPU Eduardo Frei	
	Lo Espejo	SAPU Claro Estrella	
SAR Julio Acuña Pinzón			
SAPU Mariela Salgado Zepeda			
La Granja	SAPU Padre Esteban Gumucio		
Mini Red	Comuna	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Primaria	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Secundario
Sur Oriente	El Bosque	SAPU Dr. Carlos Lorca	UEH Hospital El Pino Cuenta con especialidades en Medicina Interna, Cirugía General, Neuro tele- ACV, Urgencia Salud Mental, Gineco – Obstétrica, Pediatría
		SAPU Cóndores de Chile	
		SAPU Santa Laura	
		SAR Haydee López	
	San Bernardo	SAPU Confraternidad,	
		SAPU Juan Pablo II	
SAPU Raúl Brañes			
Mini Red	Comuna	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Primaria	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Secundario
Sur Poniente	El Bosque	SAPU Santa Laura)	UEH Parroquial De San Bernardo Cuenta con Urgencia general (Medicina Interna, Cirugía y Salud Mental) y Gineco – obstétrica.
	San Bernardo	SAR Eugenia Muñoz	
		SAPU Joan Alsina	
		SAPU Raúl Cuevas	
Calera de Tango	SUR Los Bajos de San Agustín		
Mini Red	Comuna	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Primaria	Establecimientos de Urgencia Nivel Atención Secundario
Sur Sur	Buin	SAPU Buin	UEH San Luis De Buin-Paine Cuenta con Urgencia general (Medicina Interna, Cirugía, Salud Mental) y Gineco – obstétrica.
		SUR Maipo	
		SUR Alto Jahuel	
	Paine	SAPU Paine	
		SUR Dr. Raúl Moya	

Tabla 18. Reglas Especiales de Derivación de Urgencia

3.1.3 Ambulatorio

El proceso ambulatorio sigue en general la misma distribución por mini redes del SSMS, sin embargo se hace la diferenciación entre especialidades ambulatorias cuya derivación se encuentra abierta a la Atención Primaria y aquellas que solo reciben interconsultas intrahospitalarias. Se ha dividido la información en Red Adulta Ambulatoria y Red Pediátrica Ambulatoria.

Especialidad Médica	HBLT	HEP	HSLB	HDLC
MEDICINA INTERNA				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR)				
CARDIOLOGÍA ADULTO				
ENDOCRINOLOGÍA ADULTO				
GASTROENTEROLOGÍA ADULTO				
HEMATOLOGÍA ADULTO				
NEFROLOGÍA ADULTO				
NUTRIÓLOGO ADULTO				
REUMATOLOGÍA ADULTO				
DERMATOLOGÍA				
INFECTOLOGÍA ADULTO				
INMUNOLOGÍA				
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN ADULTO (FISIATRÍA ADULTO)				
NEUROLOGÍA ADULTO		**		
ONCOLOGÍA MÉDICA				
PSIQUIATRÍA ADULTO				
CIRUGÍA GENERAL ADULTO				
CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA)				
CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL				
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA ADULTO				
COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGIA DIGESTIVA BAJA)				
CIRUGÍA TÓRAX				
CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA				
NEUROCIRUGÍA				
ANESTESIOLOGÍA				
OBSTETRICIA				
GINECOLOGÍA ADULTO				
OFTALMOLOGÍA				
OTORRINOLARINGOLOGÍA			***	
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA ADULTO				
UROLOGÍA ADULTO				
DIABETOLOGÍA				
Cartera disponible para derivación desde APS				
Cartera disponible solo para derivación interna				
No existe cartera				
** Sólo algunas prestaciones				
*** Compra de Servicios				

Tabla 19. Red Ambulatoria de Adultos

Especialidad Médica	HBLT	HEGC	HEP	HSLB
PEDIATRÍA				
NEONATOLOGÍA				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL)				
CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA				
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA				
GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA				
GENÉTICA CLÍNICA				
HEMATO-ONCOLOGÍA INFANTIL				
NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA				
NUTRIÓLOGO PEDIÁTRICO				
DERMATOLOGÍA				
INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA				
INMUNOLOGÍA				
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA (FISIATRÍA PEDIÁTRICA)				
NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA			**	
PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA				
CIRUGÍA PEDIÁTRICA				
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA PEDIÁTRICA				
CIRUGÍA TÓRAX				
ANESTESIOLOGÍA				
GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA				
OFTALMOLOGÍA				
OTORRINOLARINGOLOGÍA				
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA				
UROLOGÍA PEDIÁTRICA				
Cartera disponible para derivación desde APS				
Cartera disponible solo para derivación interna				
**Neurología Pediátrica en Hospital El Pino, corresponde a Neurología Neonatal				
No existe cartera				

Tabla 20. Red Ambulatoria Pediátrica

3.1.4 Quirúrgico

La red asistencial del SSMS en su proceso quirúrgico se organiza en base a las mini redes en que está organizado su territorio, y cuyas capacidades resolutorias se vean sobrepasadas, recurren al hospital de mayor complejidad según corresponda por edad.

Especialidad Médica	HBLT	HEGC	HEP	HSLB
CIRUGÍA PEDIÁTRICA				
CIRUGÍA GENERAL ADULTO				
CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA)				
CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL				
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA PEDIÁTRICA				
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA ADULTO				
COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGIA DIGESTIVA BAJA)				
CIRUGÍA TÓRAX				
CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA				
NEUROCIRUGÍA				
OFTALMOLOGÍA				
OTORRINOLARINGOLOGÍA				
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA PEDIÁTRICA				
TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA ADULTO				
UROLOGÍA PEDIÁTRICA				
UROLOGÍA ADULTO				
Cartera disponible para derivación desde APS				
No existe cartera				

Tabla 21. Red Quirúrgica.

El Hospital Parroquial San Bernardo, es un establecimiento delegado en Convenio con el SSMS, que otorga prestaciones ambulatorias a pacientes beneficiarios, provenientes de 6 Centros de Salud Primaria del Sector Sur Poniente del Servicio de Salud, además de prestaciones quirúrgicas para pacientes en lista de espera.

4 Anexos

4.1 Anexo N°1: Análisis FODA SSMS 2019-2020.



FORTALEZAS

- Articulación de la red.
- Características de trabajo en equipo.
- Equipo Directivo estable.
- Gran capacidad de innovación.
- Buen clima laboral.



OPORTUNIDADES

- Generación de competencias.
- Vinculación social.
- Empoderamiento ciudadano y mayor nivel educacional..
- Desarrollo tecnológico.
- Proyectos de Inversión /Infraestructura.
- Mecanismos de incentivos no monetarios.
- Informatización de la Red.



DEBILIDADES

- Falencias en Tecnologías de información.
- Falta de retención del talento (RRHH).
- Estructura organizacional deficiente.
- Resistencia al cambio.
- Equipamiento e infraestructura médica insuficiente y obsoleta.
- Súper especialización médica.



AMENAZAS

- Percepción negativa de la Comunidad sobre la Salud Pública.
- Cambio en Sist. de Financiamiento.
- Dependencia política en Salud.
- Lineamientos Ministeriales con foco en Tratamiento .
- Sobrefiscalización y descoordinación de organismos rectores.
- Características sociodemográficas de los usuarios y establecimientos de la red.