Informe Ejecutivo
Diseño de la Red Asistencial
2023-2028

Servicio de Salud Coquimbo
Macroregión Centro Norte

Autores:
Germán López, Director de Servicio Salud Coquimbo.
Alejandra Álvarez, Subdirectora de Gestión Asistencial.
Pablo Guerra, Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas.
Laura Alarcón, Subdirectora de Recursos Físicos y Financieros.
Equipo de Diseño DSSC:
Javier Aguirre, Médico Jefe del SAMU
Rafael Alaniz, Subdirector de Atención Primaria
Diego Estay, Subdepartamento de estadística
Pilar Jiménez, jefe Gestión, Planificación y Control
Alicia Pérez, jefe Control de Gestión
Cristian Rodríguez, Epidemiología

Enero 2023

Participaron en la redacción de este documento:

Román Robles, subdepto de Gestión Hospitalaria DSSC
Nazareno Carvajal, subdepto de Gestión Hospitalaria DSSC
Sergio Galleguillos, subdepto de Gestión Hospitalaria DSSC
Mario Contreras, SAMU
Eloisa Pizarro, subdepto de Gestión de la Demanda DSSC
Mary Cea, subdepto de Gestión de la Demanda DSSC
Valery Sapiain, subdepto de Gestión de la Demanda DSSC
Marvila Intriago, subdepto de Gestión de la Demanda DSSC
Nayareth Miranda, subdepto de Gestión de la Demanda DSSC
Luciana Guamán subdepto de Gestión Sanitaria DSSC
Carla Calderón subdepto de Gestión Sanitaria
Irma Gonzalez, subdepto Apoyo Clínico DSSC
Javier Venegas, subdepto Apoyo Clínico DSSC
Francisco Gonzalez, subdepto Apoyo Clínico DSSC
Mauricio Silva, subdepto Apoyo Clínico DSSC
Derek Carvajal subddepto TICS DSSC
Samuel Brink, subdirección APS DSSC
Veronica Hitschfeld, subdirección APS DSSC
Andrés Cifuentes, subdirección APS DSSC
Felipe Díaz, subdirección APS DSSC
Sebastián Prieto, subdepto de Salud Mental DSSC
David Diaz, subdepto de Salud Mental DSSC
Nirma Bugueño, subdepto Inversiones DSSC
Claudia Tapia, subdirección de RRHH DSSC

Edición:

Natalia Cantillana, subdepto de Comunicaciones DSS
Carlos Marín, Control de Gestión DSSC

Contenido

1. **Introducción** 4
2. **Conclusión Diagnóstica** 7
3. **Plan de Mejora** 17
4. **Diseño de la Red Asistencial** 32

1. Introducción

El Diseño de la Red, es una herramienta que permite el ordenamiento e interacción entre los componentes de la red asistencial, de manera de visualizar brechas entre las necesidades de salud de la población y la oferta de prestaciones en el sistema de salud, constituyendo un punto de partida en la planificación de cursos de acción para la superación de estas brechas, priorizando aquellos puntos críticos que se traducen en un mayor perfil de daños a la salud de nuestra población a cargo.

En este marco, se genera la actualización del Diseño de la Red del Servicio de Salud Coquimbo; que tiene como objetivo, en base a un contexto territorial, conocer las necesidades de la población y sus determinantes sociales, optimizando los recursos existentes, para así mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención en salud.

Este documento, es el resultado del trabajo colaborativo, entre todos los actores llamados a participar en el "comité de elaboración del diseño de la red asistencial" que contempla la visión de la atención primaria municipal, atención hospitalaria de baja, mediana y alta complejidad, SEREMI de salud, gremios y la sociedad civil organizada. Durante el desarrollo de este proceso, se realizaron tres *"Talleres de Diseño de la Red"* cuyo objetivo fue determinar de manera participativa y con enfoque territorial, en cada provincia de la región, los nodos críticos y las propuestas de mejora. En estos talleres participaron activamente representantes de la sociedad civil y los gremios de la salud. Adicionalmente la propuesta de diseño se presentó en dos oportunidades en el CIRA, inicialmente se dio a conocer el diagnóstico y finalmente la propuesta de Diseño de la Red propiamente tal, para su aprobación en esta instancia.

El proceso en la elaboración de este informe ha permitido actualizar y compartir información entre distintos actores de la Red y discutir elementos conceptuales y estratégicos que permitan aportar a una planificación de servicios con la flexibilidad, que requiere un sector cuyos elementos contextuales son dinámicos, pero sin perder la integralidad en la visión de las necesidades de la población a la cual la red debe responder.

La metodología utilizada, estandarizada por el Ministerio de Salud (MINSAL), correspondió a un proceso descriptivo de elaboración de indicadores locales, a partir de las estadísticas vitales, datos epidemiológicos, encuestas de salud, etc., cuyos resultados fueron analizados de manera participativa con los integrantes del comité de elaboración del diseño de la red.

Dentro de los principales hallazgos podemos destacar:

1. La desertificación, sequía y cambio climático es un tema relevante con implicancia en la salud de la población.
2. La etnia con la que más se identifican en la región es diaguita, diferente al país donde predomina la mapuche.

3. La población regional tiene un crecimiento más lineal que la nacional, con una población joven mayor que en el país, sin embargo, la esperanza de vida es menor a la nacional en un año, la ruralidad es de 18,2%, mayor al 12% nacional, la población inscrita en FONASA es de un 89,9 %, 10 puntos porcentuales mayor a lo observado a nivel país.
4. La migración internacional se cuadruplicó a partir del año 2010.
5. Con respecto a la principal causa de muerte esta sería tumores en hombres con una tasa superior a la nacional.
6. En comparación con el país, la Región de Coquimbo presenta aproximadamente dos puntos porcentuales más de incidencia de pobreza multidimensional.

Los indicadores de producción hospitalarios y de atención primaria, presentan una brusca caída durante el 2020, asociado a la pandemia Covid- 19, que se refleja en elevados tiempos de espera para intervención quirúrgica, consulta nueva de especialidad y prestaciones GES.
Se destacan en el manejo de la pandemia estrategias exitosas. Este levantamiento fue el resultado de un trabajo participativo, asociado a un taller con metodología cualitativa, entre ellas se observan:

1. Refuerzo y dotación de funcionarios: se contrataron aproximadamente 1.500 funcionarios.
2. Implementación de laboratorios de PCR: se adquirió equipamiento y se realizaron obras de infraestructura en menos de 6 meses para implementar laboratorios en 4 hospitales (Coquimbo, La Serena, Ovalle e Illapel).
3. Aumento en camas críticas en red: La Región de Coquimbo históricamente ha mantenido un déficit de camas UCI, bajo el standard nacional (6 x 100.000 hab.) al 2019 se contaba con 22 camas críticas distribuidas en los hospitales de Coquimbo y la Serena, para el 2020 se alcanzaron hasta 144 camas UCI.

En relación con proyectos de inversión existen 33 proyectos de Atención Primaria de Salud (APS) en el convenio GORE - MINSAL, que incluyen 24 postas rurales y 9 Centros de Salud Familiar (CESFAM). Adicionalmente tres proyectos hospitalarios, de Coquimbo, la Serena e Illapel y se cuenta con proyectos de mitigación hospitalaria, a la espera de la ejecución de los nuevos hospitales además de estar realizándose los Estudios de Preinversión Hospitalaria (EPH) de los Hospitales de baja complejidad de los Vilos, Vicuña, Combarbalá y Andacollo.

El servicio de salud Coquimbo cuenta con una dotación de 6.544 funcionarios, el año 2021 el ausentismo alcanzo a 31 días de licencia/funcionario, tendencia que se mantiene durante el año 2022 donde se alcanzarían los 35 días por funcionario, situación que influye negativamente en la producción hospitalaria, considerando que la mayoría de este se concentra en servicios críticos como las unidades de pabellón entre otras.

Dentro de las principales conclusiones diagnósticas podemos destacar:

- La Región de Coquimbo presenta un alto porcentaje de ruralidad y dispersión geográfica
- La población se concentra en más de un 50% en la conurbación Coquimbo- La Serena, donde se encuentran los principales centros hospitalarios de la región, lo que dificulta el acceso de localidades alejadas.
- Cerca del 90% de la población es beneficiaria de FONASA.

- La región presenta unos de los índices más bajos de cama por cada mil habitantes y de los nueve hospitales solo dos están normalizados (Ovalle y Salamanca), la situación de infraestructura bajo los estándares se repite en APS.
- La pandemia significó adicionar a estos déficits estructurales, una disminución considerable en la producción hospitalaria y de APS, influenciado por el elevado ausentismo de los funcionarios, lo que se tradujo en un aumento en los tiempos de espera para consulta de especialidad e intervención quirúrgica en patologías GES y no GES y aumento de demanda oculta por ausencia de controles.

Este diagnóstico permitió el levantamiento de los siguientes nodos críticos para la red:

- Elevado ausentismo funcionario.
- Infraestructura obsoleta en hospitales y APS
- Brecha de especialistas y recursos humanos en general a corto y mediano plazo (proyectos hospitalarios)
- Excesivos tiempos de espera para CNE e IQ
- Deficiente articulación de la red
- Cáncer y enfermedades cardiovasculares como principal causa de muerte en la región.
- Cobertura deficiente en salud mental (en los diferentes niveles de atención)
- Salud sexual y reproductiva con indicadores que no incluyen las necesidades de los hombres ni la diversidad sexual
- Alta prevalencia de enfermedad de Chagas en la Región de Coquimbo
- Alta prevalencia de caries y porcentaje de dentición no funcional en la población de la Región de Coquimbo.

Dentro de las propuestas de mejora encontramos:

- Implementar estrategias de fidelización del RR.HH., fomentar sentido de pertinencia institucional.
- Acciones que contribuyan a la mejora de clima laboral, realizando intervenciones en áreas específicas priorizadas.
- Potenciar la relación con los centros de formación, según necesidades de la red.
- Aumentar capacidad formativa en la región.
- Establecer programas de incentivos para médicos sub especialistas, profesionales críticos, y funcionarios en general.
- Contar con sistemas informáticos acorde a las necesidades de la red.
- Proyectos de implementación de radiocomunicaciones y comunicación satelital en lugares alejados y fortalecimiento de la telemedicina.
- Fortalecer la red de traslado critico regional.
- Capacitación a los funcionarios, en cuanto a su rol dentro de cada establecimiento de salud y en la Red de Salud.
- Actualización de carteras de prestaciones, según niveles de complejidad.
- Potenciar prevención en APS, cambiar enfoque en relación al cumplimiento de metas.

- Implementar en los distintos niveles el Modelo de Atención de Salud Mental

El desafío para el Servicio de Salud Coquimbo al generar estas propuestas de mejora, es realizar un seguimiento y monitoreo continuo de las mismas y enlazarlas con la planificación estratégica, para que el Diseño de la red cumpla un rol preponderante como herramienta de apoyo a la gestión en los lineamientos estratégicos asociados.

2. Conclusión Diagnóstica

Los principales problemas medioambientales identificados, son aquellos relacionados con la degradación de los entornos naturales, atribuidos al fenómeno de desertificación, debido al cambio climático y a la extensa sequía de más de 10 años, acelerado debido a factores como la sobreexplotación de suelos por actividades agrícolas y ganaderas y a la sobreexplotación de recursos hídricos por actividades mineras y agropecuarias

- **Aspectos Demográficos**

De acuerdo al Censo 2017, la Región de Coquimbo tiene 757.865 habitantes, de los cuales 388.812 son mujeres y 368.774 hombres; existen 240.307 hogares de los cuales el 81,2 % habita en zonas urbanas, mientras que el 18,8 % lo hace en zonas rurales. Los 142.470 habitantes en área rural, se distribuyen en 2.490 localidades. Una característica de la región es la existencia de comunidades agrícolas, las cuales corresponden al 25% del territorio regional, y representan al 2% de la población. De las quince comunas que conforman la región de Coquimbo, 12 son consideradas rurales. La conurbación La Serena- Coquimbo concentra el 59,2% de la población, esto se debe a las condiciones sociales, de estabilidad económica y acceso a servicios y equipamientos, que se concentra en ambas comunas. En contraste, aquellas con menor población corresponden a La Higuera y Paihuano, ambas con 0,6%.

El porcentaje de inmigrantes en la región ha crecido en el tiempo. En el Censo de 1992, el 0,4% de la población residente era inmigrante. Por su parte, para el Censo 2002 este porcentaje aumenta a 0,5%. En tanto, el Censo 2017 arrojó 14.741 inmigrantes internacionales residentes, lo que representa el 2% del total de la población residente en la Región de Coquimbo.

Respecto a la distribución de la población por quinquenios, observamos que existe un mayor número de personas menores de 20 años que el observado a nivel nacional, por loque la base de la pirámide regional es más ancha que la nacional.

Los resultados del Censo 2017, arrojaron que el 8,9% de la población efectivamente censada en la región se considera perteneciente a algún pueblo indígena u originario. De ese porcentaje, 40,8% se considera perteneciente al pueblo Diaguita, 38,4% Mapuche y 8,5% se define como Aymara.

En relación con las características socio económicas, la encuesta Casen 2017 estimó que el 11,9% de la población regional se encuentra en situación de pobreza por ingresos, por sobre la media

nacional que registra un 8,6%. Las comunas que presentan mayores tasas de pobreza por ingreso, corresponden a Punitaqui con un 25,2%, Canela un 25,1% y La Higuera un 20,5%.

El porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional corresponde al 22,6%. Por comuna, se observa que Canela, La Higuera y Río Hurtado presentan los mayores porcentajes, con 43.5%, 40.3% y 40%, respectivamente; mientras que las dimensiones que entregan un mayor aporte a la pobreza multidimensional corresponden a trabajo y seguridad social con un 32,25% y vivienda y entorno con un 30,9%.

Para la región de Coquimbo, las principales causas de muerte, de acuerdo a la tasa de mortalidad regional por grupos diagnósticos, corresponde a: tumores, enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades del sistema respiratorio.

Respecto de la mortalidad por grandes grupos diagnósticos, se priorizan los seis grupos con las tasas más altas a nivel regional y nacional, destacando los años 2017 y 2018, donde la tasa de fallecidos por tumores regional, fue mayor que la nacional. Al desglosar la información para los últimos tres años, se observa que estos casos se concentran en los hombres. Los tumores malignos de estómago, de colon y de páncreas respectivamente son los más frecuentes.

Respecto al sistema de afiliación en salud, el 89% de la población regional es beneficiaria de FONASA, 11 puntos porcentuales por sobre la media nacional.

- **Aspectos Epidemiológicos**

<u>Enfermedad de Chagas:</u>

En la Región de Coquimbo, la prevalencia alcanzó 2,8% el año 2010, (cifra mayor a ENS 2009-2010 de 1,8%), desde el 2014 y en respuesta a la política pública de disminuir la transmisión vertical, se realiza el tamizaje al 100% de las gestantes en su primer control de salud.

Para abordar esta patología se requiere un enfoque multifactorial, debido a la alta dispersión geográfica regional y se hace necesario fortalecer los equipos clínicos de las comunas con mayor prevalencia rural, haciendo énfasis en la eliminación del Chagas congénito, a través del tamizaje universal en las embarazadas de la región, tratamiento y seguimiento de los RN que resulten positivos y estudio epidemiológico de los contactos de embarazadas positivas.

<u>Enfermedades crónicas no transmisibles:</u>

La Hipertensión Arterial (HTA), es una patología que constituye un factor de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares. Se evidencia un aumento para la región de Coquimbo de 5,1 puntos porcentuales de la prevalencia de la enfermedad entre los años 2010 al 2016.

La Diabetes Mellitus tipo2 (DM-2), es una enfermedad crónica no transmisible que genera gran impacto en la calidad de vida de las personas y el entorno de quienes la padecen. En nuestra región la prevalencia de esta patología aumenta desde un 8% a un 15,4%, entre el año 2010 al 2016.

Respecto a la compensación, al analizar los datos (2015 al 2020) se evidencia una caída de este indicador en la población hipertensa y diabética que se atiende en el programa, ya que el promedio de personas hipertensas compensadas es de 66% y para los diabéticos un 49%.

En relación al ataque cerebrovascular (ACV), en nuestra región se ha generado un aumento en el periodo del 2013 al 2020, de las personas con antecedentes de enfermedad cerebrovascular, en ambos sexos. La tasa mortalidad de ACV en nuestra región entre el 2013 al 2020, ha sufrido fluctuaciones, con un promedio para el mismo periodo que se encuentra en 39,8/100.000 habitantes. En cuanto al Infarto Agudo al Miocardio, enfermedad discapacitante en funcionalidad a pacientes principalmente descompensados de hipertensión arterial, ha presentado un aumento sostenido en el periodo comprendido entre 2013 al 2020, en ambos sexos, alcanzando una tasa promedio de mortalidad entre el periodo 2013 al 2020 de un 32,4/100.00 habitantes, siendo 7,4 puntos más baja que la tasa de mortalidad promedio del ACV, en el mismo periodo.

Por último, en relación a la enfermedad renal crónica (ERC), en nuestra región la prevalencia de ERC etapas 3 a 5 se incrementó de 2,5 a 3,2% en personas de 18 años y más, en la última década. Sumado a ello el 86,2% de esta población tiene HTA y el 31,2 % Diabetes Mellitus.
Al análisis se suma que del total de usuarios con ERC que alcanzan a 26.815, se encuentran en Etapa I y II un 74,21%, en Etapa IIIa un 16,61%, en Etapa IIIb un 6,18%, en Etapa IV un 1,86% y en Etapa V un 1,12%, lo que equivale a 302 pacientes en diálisis en la región.

Salud Mental

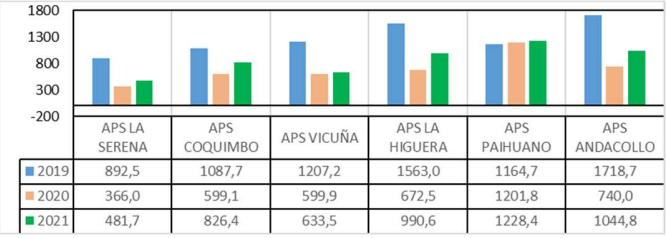
Las mujeres representan la mayor población en control por patologías de salud mental, esto se invierte a favor de los hombres en el caso de consumo de sustancias psicotrópicas y trastornos del comportamiento y las emociones. La mayoría de los usuarios que fueron víctimas de violencia corresponden a mujeres; la ideación suicida también se concentra en el género femenino.
Al estudiar los suicidios, la tasa regional se ha mantenido estable los últimos diez años y por debajo de la media nacional. Al analizar el número de suicidios en nuestra región destaca la disminución de los últimos tres años. Durante todos los años registrados, más de 80% de los eventos corresponde a hombres.

Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, que están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte. Actualmente, la mayoría de los indicadores existentes dicen principalmente relación con la salud reproductiva de las mujeres.
Tenemos como desafío plantear indicadores en salud sexual y salud reproductiva para toda la población, incluyendo las necesidades de los hombres y de la diversidad sexual, orientación sexual e identidad de género.

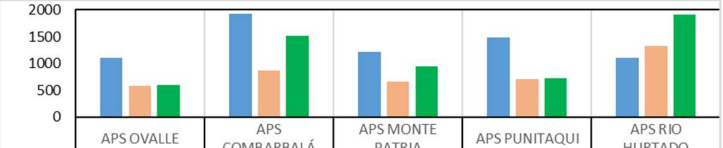
Demanda

Tasa de Consultas médicas cada 1000 habitantes provincia de Elqui, años 2019 a 2021



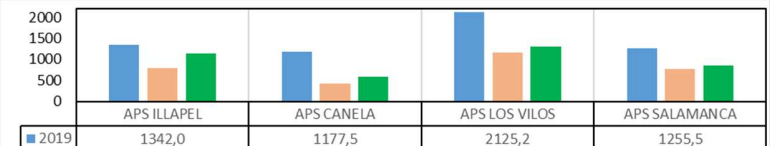
	APS LA SERENA	APS COQUIMBO	APS VICUÑA	APS LA HIGUERA	APS PAIHUANO	APS ANDACOLLO
2019	892,5	1087,7	1207,2	1563,0	1164,7	1718,7
2020	366,0	599,1	599,9	672,5	1201,8	740,0
2021	481,7	826,4	633,5	990,6	1228,4	1044,8

Tasa de Consultas médicas cada 1000 habitantes provincia del Limarí, años 2019 a 2021



	APS OVALLE	APS COMBARBALÁ	APS MONTE PATRIA	APS PUNITAQUI	APS RIO HURTADO
2019	1103,3	1925,9	1213,5	1489,7	1098,6
2020	575,8	863,4	656,1	705,5	1332,6
2021	602,7	1521,4	939,8	719,5	1918,1

Tasa de Consultas médicas cada 1000 habitantes provincia del Choapa, años 2019 a 2021

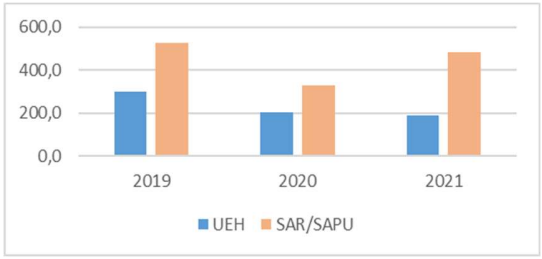


	APS ILLAPEL	APS CANELA	APS LOS VILOS	APS SALAMANCA
2019	1342,0	1177,5	2125,2	1255,5
2020	799,5	425,7	1162,5	770,9
2021	1140,7	596,7	1296,1	853,4

Fuente: REM

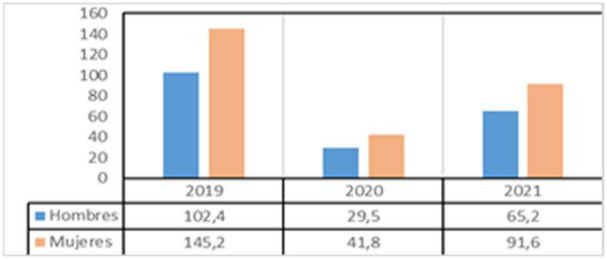
En esta serie de gráficos se observa el impacto de la pandemia en comunas como La Serena, Coquimbo, Ovalle e Illapel que disminuyeron casi en un 50% las consultas médicas el 2020, con un discreto aumento el 2021, pero por debajo del 2019.

Tasa de atenciones de urgencia cada 1000 habitantes, años 2019 a 2021, SSC



Fuente: REM

Tasa de consultas odontológicas cada 1000 habitantes años 2019 a 2021, SSC



	2019	2020	2021
Hombres	102,4	29,5	65,2
Mujeres	145,2	41,8	91,6

Fuente: REM

Con respecto a la tasa de consultas de urgencia cada 1000 habitantes, se observa una disminución tanto en Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) como en el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) siendo el año 2020 el más bajo con 200 consultas cada 1000 habitantes en UEH y 329,4 en SAPU/SAR. Este número disminuye aún más en UEH el 2020 alcanzando una tasa de 187,7, por el contrario, SAPU/SAR presentan un aumento con 428 consultas cada 1000 habitantes.

En el ámbito odontológico, se observa una brusca caída en la producción el 2020 en casi un 70% y parcial recuperación el 2021.

Promedio días de tiempo de espera para consulta nueva de especialidad 2017-2022, EAR e Illapel

HOSPITAL	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total general
HOSPITAL DE LA SERENA		1.317	986	769	328	75	299
HOSPITAL DE COQUIMBO			989	753	326	73	240
HOSPITAL DE OVALLE	1.756	1.330	1.003	713	328	82	238
HOSPITAL DE ILLAPEL		1.417	1.031	752	314	71	175
Total general	**1.756**	**1.354**	**988**	**755**	**327**	**76**	**258**

Fuente SIGTE

Al 2022 existen 59.450 pacientes en espera para consulta nueva de especialidad, esto se traduce en 299 días promedio, para el Hospital de la Serena y sobre 200 para el resto de los establecimientos Autogestionados en Red (EAR). Las especialidades con mayor tiempo de espera son, neurología, dermatología, cirugía general, otorrinolaringología y oftalmología.

Promedio y mediana días de espera IQ 2020-2022, EAR e Illapel

HOSPITAL	2020	2021	2022	Total	promedio días espera	mediana días espera
HOSPITAL DE COQUIMBO	**116**	**1727**	**1191**	**4638**	**563**	**402**
HOSPITAL DE OVALLE	**247**	**1507**	**682**	**3439**	**503**	**456**
HOSPITAL DE LA SERENA	**179**	**1076**	**864**	**3386**	**549**	**437**
HOSPITAL DE ILLAPEL	**1**	**153**	**453**	**617**	**163**	**101**
Total general	**543**	**4463**	**3190**	**12080**	**445**	

Fuente SIGTE

Al comparar el número de pacientes por días de espera para intervención quirúrgica acumulado al 2020 este ascendía a 10.443, número que al 2022 se incrementó a 12.080 debido a la postergación de cirugías producto de la pandemia, alcanzando una de mediana sobre 400 días en los EAR. Al realizar el análisis por especialidad, en el HLS el mayor volumen está dado por oftalmología y otorrinolaringología, en el Hospital de Coquimbo por traumatología y en el Hospital de Ovalle cirugía general.

Promedio tiempos de espera consulta odontológica 2022

HOSPITAL	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total general
HOSPITAL DE ILLAPEL	1.959	1.410	1.069	769	356	71	367
HOSPITAL DE OVALLE			948	734	338	82	295
HOSPITAL DE COQUIMBO			972	779	324	64	253
HOSPITAL DE LA SERENA			1.026	728	321	80	247
Total general	1.959	1.410	1.038	743	332	76	281

Fuente SIGTE

Los tiempos de espera para consulta odontológica, en promedio son de 281 días para el servicio.

Con respecto a las garantías retrasadas, el mayor porcentaje está en la provincia del Elqui, que concentra el 59,2 % de la población regional y donde se encuentra el Hospital de La Serena que, a su vez, concentra el mayor número de prestaciones GES, específicamente en oftalmología que representa el mayor volumen, con el 72% de los retrasos.

Para el enfrentamiento de la pandemia del Covid-19, el Servicio de Salud Coquimbo implementó una serie de estrategias, entre las que se destacan:

1. **Campaña de vacunación exitosa:** se realizó junto a APS un amplio despliegue a nivel regional, alcanzando a un 94 % de cobertura.
2. **Refuerzo y dotación de funcionarios**: se contrataron cerca de 1.500 funcionarios, con tiempo récord en reclutamiento y selección.
3. **Implementación de laboratorios de PCR**: la región carecía de estos laboratorios hasta el 2020, se contrató personal que fue capacitado, se adquirió equipamiento y se realizaron obras de infraestructura en menos de seis meses para implementar laboratorios en cuatro hospitales (Coquimbo, La Serena, Ovalle e Illapel).
4. **Aumento en camas críticas en red:** la Región de Coquimbo históricamente ha mantenido un déficit de camas UCI, bajo el standard nacional (6 x 100.000 hab.) y al 2019 se contaba con 22 camas críticas distribuidas en los hospitales de Coquimbo y la Serena, para el 2020 se alcanzaron hasta 144 camas de cuidados críticos.
5. **Traslado acelerado del Hospital Provincial de Ovalle:** el traslado al nuevo Hospital de Ovalle permitió utilizar las antiguas dependencias para dar cabida a un laboratorio de biología molecular y a 15 camas UCI en el "Hospital de Contingencia" durante el 2020.
6. **Implementación del Hospital Modular en La Serena:** el Hospital Modular, permitió aumentar la dotación de camas de cuidados medios en 48 camas.
7. **Coordinación integrada de la red de urgencia:** la integración de la red fue una pieza fundamental, la implementación de los SAR 24 hrs, SAPU con POC para la toma rápida de exámenes, la estrategia UOP (Unidad de Observación Prolongada) en los SAR y la coordinación a través de un médico CIRU (Coordinación Integrada de la Red de Urgencia) centralizado en el SAMU permitió descongestionar las UEH y evitar saturación de éstas.
8. **Estrategias de atención domiciliara de hospitales y APS**: la hospitalización domiciliara aumentó notoriamente sus cupos y complejidad, llegando a 5.462 egresos el 2020.

9. **<u>Teleconsultas</u>:** las consultas remotas, inicialmente rudimentaria (videollamadas), permitió dar continuidad de atención a pacientes crónicos y de salud mental. Se realizaron 57.212 teleconsultas el 2020 y 40.889 al 30 de junio del 2021.

Oferta

El Servicio de Salud Coquimbo, cuenta con nueve hospitales; tres de alta complejidad, uno de mediana y cinco de baja complejidad, lo que se traduce en 1.029 camas (1,48 por 1000 habitantes) uno de los índices más bajos a nivel nacional. Al realizar el desglose por nivel de complejidad observamos que existen 48 camas UCI, cifra que se incrementó por la pandemia, ya que el 2019 existían 22 camas UCI para la región. Cabe destacar que, en los EPH de los nuevos hospitales de Coquimbo y la Serena, están consideradas 605 y 668 camas respectivamente, las que sumadas a las 113 del nuevo hospital de Illapel, el total de camas de la red llegaría a 1.748. Esto se traduce en 2,5 camas cada mil habitantes, similar al estándar nacional, pero bajo al de la OCDE que alcanza a 4,9 camas por 1000 habitantes.

Dotación de camas SSC,2022

HOSPITAL	CAMAS UTI/UCI	CAMAS BÁSICA MEDIA	N° TOTAL CAMAS
LA SERENA	66	218	**284**
COQUIMBO	48	305	**353**
OVALLE	22	201	**223**
ILLAPEL	12	42	**54**
VICUÑA	0	30	**30**
ANDACOLLO	0	15	**15**
COMBARBALA	0	20	**20**
SALAMANCA	0	19	**19**
LOS VILOS	0	33	**33**
TOTAL	**148**	**883**	**1.031**

Dotación de Quirófanos SSC, 2022

Nombre Oficial	Complejidad del establecimiento	N° Total de Quirófanos en Dotación
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	ALTA	8
CDT HLS	ALTA	3
Hospital San Pablo (Coquimbo)	ALTA	11
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	ALTA	6
Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés (Illapel)	MEDIANA	2
Hospital de Salamanca	BAJA	0
Total		**30**

En cuanto al número de quirófanos, existen 30 para la red, concentrándose en los Hospitales de Alta complejidad. El proyecto CDT (actualmente en puesta en marcha) incorporó 3 pabellones de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que actuarán como piloto de Centro de Resolución Regional (CRR), resolviendo lista de espera regional de cirugía mayor ambulatoria; adicionalmente los EPH de los Hospitales de Coquimbo, la Serena e Illapel consideran 18, 15 y 6 quirófanos respectivamente, duplicando la dotación actual.

Oferta APS

32	Centros Salud Familiar (CESFAM)
10	Centros Comunitarios de Salud Familiar
95	Postas Salud Rural (PSR)
207	Estaciones Médicos Rurales (EMR)
12	SAPUs
5	SAR
10	Servicio Urgencia Rural (SUR)
5	Unidad Ambulatoria Primaria Oftalmológica (UAPO)

Oferta Salud Mental

6	6 CESAM + Equipo CDT
1	Centro Comunitario de Apoyo a Personas con Demencia
1	Hospital de Dia Infanto-Adolescente
3	Hospitales de Día adultos
28	Equipos de Tratamiento Ambulatorio de Alcohol y otras drogas (SENDA)
3	centros Residenciales de alcohol y drogas
3	UCHIP (30 camas adultos y 5 Infanto-Adolescente)
2	Hogares Protegidos
4	Residencias Protegidas (Incluye 1 RPAC)

La Red de Atención Primaria del Servicio de Salud Coquimbo, está conformada por 32 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 96 Postas de Salud Rural (PSR), 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 12 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y 10 Servicios de Urgencia Rural (SUR). Adicionalmente se suman alrededor de 220 Estaciones Médico Rurales, dispositivos que son facilitados por la comunidad y se adecúan transitoriamente para la atención de los equipos de salud que realizan rondas rurales a las localidades más alejadas de las 15 comunas de la región.

Dotación, por establecimiento y ley

ESTABLECIMIENTO	LEY 15.076	LEY 18.834	LEY 19.664	TOTAL GENERAL
DIRECCIÓN	1	366	139	506
HOSPITAL DE LA SERENA	108	1238	238	1584
HOSPITAL DE COQUIMBO	122	1531	255	1908
HOSPITAL DE OVALLE	100	1235	152	1487
HOSPITAL DE ILLAPEL	17	309	34	360
HOSPITAL DE VICUÑA		113	14	127
HOSPITAL DE ANDACOLLO		84	11	95
HOSPITAL COMBARBALÁ		97	12	109
HOSPITAL DE LOS VILOS		162	19	181
HOSPITAL DE SALAMANCA		170	17	187
TOTAL GENERAL	348	5305	891	6544

Fuente SIRH

Índice de ausentismo

	2018	2019	2020	2021
DSSC	15,0	15,7	14,0	20,2
HOSPITAL DE LA SERENA	25,2	21,4	24,1	27,6
HOSPITAL DE COQUIMBO	25,6	24,2	30,5	38,7
HOSPITAL DE OVALLE	21,2	20,5	20,8	33,0
HOSPITAL DE ILLAPEL	19,8	17,4	18,0	27,0
HOSPITAL DE VICUÑA	26,2	16,5	15,9	20,3
HOSPITAL DE ANDACOLLO	25,5	24,7	20,7	24,7
HOSPITAL DE COMBARBALA	9,2	17,8	19,3	28,2
HOSPITAL DE LOS VILOS	37,7	29,6	20,8	37,5
HOSPITAL DE SALAMANCA	17,9	21,9	20,0	33,5
TOTAL	23,2	21,4	23,4	31,5

Fuente: Qlikview

El servicio de salud presenta 6.544 funcionarios, a los que se suman 1000 honorarios permanentes y 800 covid, paralelamente se observa un elevado índice de ausentismo, llegando a 31,5 días promedio el 2021 y a 17,5 en junio del 2022, de mantenerse la tendencia se alcanzaría a 35 días por funcionario, afectando la continuidad de los procesos asistenciales.

RRHH APS

COMUNA	POBLACIÓN	HORAS MÉDICAS AUTORIZADAS 2022 (APSM)	HORAS MÉDICAS EDF Y OTROS	TOTAL HORAS MEDICAS	JORNADAS MÉDICAS EQUIVALENTES (44 HRS)	RAZÓN MÉDICOS / POBLACIÓN
CANELA	9.597	0	264	264	6,0	1.599,5
COMBARBALÁ	6.407	132	88	220	5,0	1.281,4
COQUIMBO	200.470	3.564	704	4.268	97,0	2.066,7
ILLAPL	29.415	220	396	616	14,0	2.101,1
LA HIGUERA	3.936	88	88	176	4,0	984,0
LA SERENA	209.021	3.003	572	3.575	81,3	2.572,6
LOS VILOS	7.306	176	0	176	4,0	1.826,5
MONTE PATRIA	33.513	484	440	924	21,0	1.595,9
OVALLE	108.765	1.727	660	2.387	54,3	2.004,9
PAIHUANO	4.046	0	88	88	2,0	2.023,0
PUNITAQUI	13.012	88	220	308	7,0	1.858,9
RIO HURTADO	4.667	0	176	176	4,0	1.166,8
SALAMANCA	12.768	176	132	308	7,0	1.824,0
VICUÑA	15.283	132	176	308	7,0	2.183,3

HOSPITAL	POBLACIÓN	HORAS MÉDICAS AUTORIZADAS 2022 (APSM)	HORAS MÉDICAS EDF Y OTROS	TOTAL HORAS MEDICAS	JORNADAS MÉDICAS EQUIVALENTES (44 HRS)	RAZÓN MÉDICOS / POBLACIÓN
HOSPITAL DE ANDACOLLO	11.044	0	308	308	7,0	1.577,7
HOSPITAL DE COMBARBALÁ	6.921	0	308	308	7,0	988,7
HOSPITAL DE LOS VILOS	14.081	0	572	572	13,0	1.083,2
HOSPITAL DE SALAMANCA	16.585	0	528	528	12,0	1.382,1
HOSPITAL DE VICUÑA	12.490	0	396	396	9,0	1.387,8

Fuente: subdepto APS SSC

A la dotación regular de APS, descrita en la tabla anterior, es necesario adicionar un total de 1.467 personas contratadas bajo la modalidad de honorarios, la mayoría para el desarrollo de los Programas de Reforzamiento (PRAPS) que anualmente son definidos desde la División de Atención Primaria (DIVAP) del Ministerio de Salud, lo que daría un total de 6.493 trabajadores de la APS municipal

Una vez realizado este detallado análisis que incluye área de influencia, demanda y oferta, podemos llegar a las siguientes conclusiones diagnósticas:

1. La Región de Coquimbo, presenta un alto porcentaje de ruralidad y dispersión geográfica.
2. La población se concentra en más de un 50% en la conurbación Coquimbo- La Serena, donde se encuentran los principales centros hospitalarios de la región, lo que dificulta el acceso de localidades alejadas.
3. Cerca del 90% de la población es beneficiaria de FONASA.
4. La región, presenta unos de los índices más bajos de cama cada mil habitantes y de los nueve hospitales solo dos están normalizados (Ovalle y Salamanca). La situación de infraestructura bajo los estándares se repite en APS.
5. La pandemia significó adicionar a estos déficits estructurales, una disminución considerable en la producción hospitalaria y de APS, influenciado por el elevado ausentismo de los funcionarios, lo que se tradujo en un aumento en los tiempos de espera para consulta de especialidad e intervención quirúrgica en patologías GES y no GES y aumento de demanda oculta por ausencia de controles.

Esto nos hace plantearnos los nodos críticos más relevantes asociados:

1. Elevado ausentismo funcionario.
2. Infraestructura obsoleta en hospitales y APS.
3. Brecha de especialistas y recursos humanos en general, a corto y mediano plazo, acrecentado por los proyectos hospitalarios.
4. Excesivos tiempos de espera para consulta nueva de especialidad e intervenciones quirúrgicas.
5. Deficiente articulación de la red.
6. Cáncer y enfermedades cardiovasculares como principal causa de muerte en la región.
7. Cobertura deficiente en salud mental, en los diferentes niveles de atención.
8. Salud sexual y reproductiva con indicadores que no incluyen las necesidades de los hombres ni la diversidad sexual.
9. Alta prevalencia de Enfermedad de Chagas en la Región de Coquimbo.
10. Alta prevalencia de caries y porcentaje de dentición no funcional, en la población de la Región de Coquimbo.

3. Plan de Mejora

Para el desarrollo de este capítulo abordaremos cada nodo crítico identificado en el diagnóstico con su propuesta de mejora.

1. **Elevado ausentismo funcionario.**

Conforme a lo visualizado en la conclusión diagnóstica, respecto a la situación y proyección de ausentismo al año 2025. Se deberán tomar acciones concretas que nos permitan mantener un índice de ausentismo que permita mantener la actividad asistencial y que se detallan a continuación:

- Reforzar el informe de caracterización mensual que se realiza para identificar ausentismo de corta, mediana y larga duración, incorporando nuevos factores que influyen en que existan ausentismos reiterados.
- Activar y relevar importancia de los Comités de Salud funcionaria y Ausentismo en cada uno de los hospitales de la región, generando instancias para poder resolver algunas patologías de funcionarios que podrían estar causadas por consultas o intervenciones pendientes.
- Promocionar el buen trato laboral, incorporando sanciones respecto a situaciones que contravengan la dignidad del funcionario (protocolo MALS).
- Realizar acompañamiento a funcionarios/as con licencias prolongadas y así mismo realizar gestiones estratégicas con organismo administrador de la Ley, que nos permitan abordar situaciones específicas.
- Consolidar la información de los funcionarios, con enfermedades no gestionables y posibles casos de salud irrecuperable o incompatible, para ser presentada a la COMPIN. Estableciendo protocolos para el acompañamiento al retiro por pensión de invalidez o aplicación del artículo 151 de la Ley 18.834.
- Potenciar el Programa Saludablemente hacia los funcionarios.
- Generar banco de información de reemplazos por área, para evitar cierre de servicios por ausencias imprevistas.
- Capacitar en temáticas de manejo de conflictos en crisis para abordar la nueva “cultura” de los usuarios y pacientes en el sistema de salud.
- Reforzamiento de las medidas de higiene, seguridad y salud en el trabajo a todos los establecimientos de la red.

En el plan de mejora hacia el 2025 se espera poder llegar a un índice óptimo de 18 días/cargos el cual nos permita, mantener operativa la red asistencial y al mismo tiempo tener la capacidad de poder anticipar posibles focos de ausentismo, así mismo poder tener un banco de información de reemplazos de emergencia para poder dar continuidad a los servicios cuando existan ausencias imprevistas. Finalmente relevar el compromiso de todos los funcionarios a no hacer mal uso de las licencias médicas, instalando una cultura responsable volviendo a instalar el compromiso de que significa ser un servidor público.

2. **Infraestructura obsoleta en hospitales y APS.**

El Servicio de Salud Coquimbo, cuenta con proyectos de infraestructura hospitalaria y de APS.
En el ámbito hospitalario, existen tres proyectos; dos con modalidad APP, los hospitales de Coquimbo y La Serena y uno con modalidad tradicional, Illapel

Hospital	Camas	Quirófanos
La Serena	668	15
Coquimbo	618	18
Illapel	113	6

Paralelamente se está trabajando en los EPH de los hospitales de Vicuña, los Vilos, Combarbalá y Andacollo.

Se suman a esta iniciativas proyectos de mitigación hospitalaria, que permitirán mantener la continuidad de las atenciones, hasta que entren en operación los nuevos hospitales. Entre estos proyectos se destacan:

- Conservación Infraestructura Hospital San Pablo de Coquimbo.
- Conservación Infraestructura Hospital San Juan de Dios De La Serena.
- Implementación Unidad De Anatomía Patológica Hospital de La Serena.
- Conservación Infraestructura Hospital San Juan de Dios de Vicuña
- Construcción centro de Diálisis Vicuña.
- Conservación Infraestructura Hospital Dr. José Luis Arraño De Andacollo
- Conservación Infraestructura Hospital San Juan De Dios De Combarbalá.
- Ampliación Urgencia del Hospital Combarbalá.
- Conservación Infraestructura Hospital San Pedro Los Vilos.
- Reposición Sistemas de Calderas Hospital Los Vilos.
- Obras de mejoramiento Servicio de Urgencias Hospital de Los Vilos.
- Conservación Infraestructura Hospital de Illapel.
- Implementación de resonador en Hospital de Coquimbo
- Reposición Esterilización Hospital de la Serena.
- Implementación de 12 camas de hematología oncológica en Hospital de la Serena
- Implementación de 5 camas de psiquiatríainfantojuvenil en Hospital de Coquimbo
- Implementación de Centro de Salud Mental Comunitario (CSMC) en antiguo Hospital de Ovalle.
- Instalación Hospital día Infanto juvenil Ovalle y La Serena

El Hospital de la Serena, cuyo edificio data de la década del 50 debe mantenerse operativo hasta la apertura del nuevo hospital proyectado para el año 2027.

Producto de la pandemia del Covid 19 y debido a una redistribución de la macrored, se generó la necesidad de implementar 12 camas de hospitalización de hematología, en donde antiguamente funcionaba el pensionado. Paralelamente debido a la falta de camas y el inminente cierre del hospital modular se re-acondicionó el área de atención ambulatoria, para aperturar 12 camas de cuidados medios (ambas áreas requieren ser acondicionadas para cumplir con las exigencias de autorización sanitaria).

Con respecto al Hospital de Coquimbo, se destaca la implementación del resonador que sería el segundo en la red pública y el proyecto de apertura de 5 camas de psiquiatría infantil que aumentaría la insuficiente oferta actual regional de 6 camas en el Hospital de Ovalle.

En el caso de los hospitales de baja complejidad, si bien se está trabajando en sus EPH, debido a su antigüedad de construcción es fundamental generar mejoras en la infraestructura, por lo que los cuatro hospitales no normalizados (Vicuña, Andacollo, Combarbalá y los Vilos) cuentan con proyectos de conservación, adicionalmente el Hospital de Vicuña incorpora un centro de diálisis, estrategia similar a los realizado con el Hospital San Pedro de Los Vilos.

Con respecto a la red de APS, existe un déficit de infraestructura normalizada, existiendo 11 de 32 CESFAM (35%) construidos hace larga data (entre 25 y 40 años, como el CESFAM Las Compañías y Cardenal Caro de La Serena, por ejemplo) y con estándares muy diferentes a los actuales, presentando serias limitaciones para poder generar acciones de salud según la normativa vigente y que deben ser repuestos. Actualmente, el Servicio de Salud Coquimbo cuenta con 33 proyectos vigentes en el convenio GORE – MINSAL, que incluyen 9 centros de salud familiar, y 24 postas de salud rural, cuyo detalle se observa a continuación:

N°	Provincia	Comuna	Proyecto	Estado
1	CHOAPA	CANELA	REPOSICIÓN PSR LOS POZOS	Revalidado en actualización de convenio de programación
2	CHOAPA	CANELA	REPOSICIÓN PSR MINCHA NORTE	Revalidado en actualización de convenio de programación
3	LIMARÍ	COMBARBALA	REPOSICIÓN PSR COGOTÍ 18	Revalidado en actualización de convenio de programación
4	ELQUI	COQUIMBO	REPOSICIÓN CESFAM TONGOY	Revalidado en actualización de convenio de programación
5	ELQUI	COQUIMBO	REPOSICIÓN PSR GUANAQUEROS	Revalidado en actualización de convenio de programación
6	CHOAPA	ILLAPEL	CONSTRUCCIÓN PSR ASIENTO VIEJO	Revalidado en actualización de convenio de programación
7	CHOAPA	ILLAPEL	REPOSICIÓN PSR HUINTIL	Revalidado en actualización de convenio de programación
8	ELQUI	LA HIGUERA	REPOSICIÓN PSR CALETA HORNOS	Revalidado en actualización de convenio de programación
9	ELQUI	LA SERENA	REPOSICIÓN PSR LAS ROJAS	Revalidado en actualización de convenio de programación
10	CHOAPA	LOS VILOS	CONSTRUCCIÓN CESFAM QUILIMARÍ	Revalidado en actualización de convenio de programación
11	CHOAPA	LOS VILOS	CONSTRUCCIÓN PSR PICHIDANGUI	Revalidado en actualización de convenio de programación
12	LIMARÍ	MONTE PATRIA	REPOSICIÓN PSR TULAHUEN	Revalidado en actualización de convenio de programación
13	LIMARÍ	OVALLE	REPOSICIÓN PSR CAMARICO	Revalidado en actualización de convenio de programación
14	LIMARÍ	OVALLE	REPOSICIÓN PSR HUAMALATA	Revalidado en actualización de convenio de programación
15	LIMARÍ	OVALLE	REPOSICIÓN CESFAM CERRILLOS DE TAMAYA	Revalidado en actualización de convenio de programación
16	ELQUI	PAIHUANO	REPOSICIÓN PSR PISCO ELQUI	Revalidado en actualización de convenio de programación
17	LIMARÍ	PUNITAQUI	REPOSICION PSR EL DIVISADERO	Revalidado en actualización de convenio de programación
18	CHOAPA	SALAMANCA	REPOSICIÓN PSR EL TAMBO	Revalidado en actualización de convenio de programación
19	ELQUI	VICUÑA	REPOSICIÓN PSR EL MOLLE	Revalidado en actualización de convenio de programación
20	ELQUI	VICUÑA	REPOSICIÓN PSR NUEVA TALCUNA	Revalidado en actualización de convenio de programación

N°	Provincia	Comuna	Proyecto	Estado
21	LIMARÍ	COMBARBALA	REPOSICIÓN PSR EL HUACHO	Revalidado en actualización de convenio de programación
22	LIMARÍ	COMBARBALA	REPOSICIÓN PSR EL DURAZNO	Incorporado en actualización de convenio de programación
23	ELQUI	LA SERENA	REPOSICIÓN PSR CESFAM LAS COMPAÑÍAS	Revalidado en actualización de convenio de programación
24	ELQUI	LA SERENA	CONSTRUCCIÓN CESFAM CARDENAL CARO ORIENTE	Incorporado en actualización de convenio de programación
25	ELQUI	LA SERENA	REPOSICIÓN CESFAM CARDENAL CARO PAMPA	Revalidado en actualización de convenio de programación
26	LIMARÍ	MONTE PATRIA	REPOSICIÓN CESFAM CARÉN	Revalidado en actualización de convenio de programación
27	LIMARÍ	MONTE PATRIA	REPOSICIÓN CESFAM EL PALQUI	Revalidado en actualización de convenio de programación
28	LIMARÍ	OVALLE	REPOSICIÓN CESFAM JORGE JORDÁN	Revalidado en actualización de convenio de programación
29	LIMARÍ	PUNITAQUI	REPOSICION PSR SAN PEDRO DE QUILES	Revalidado en actualización de convenio de programación
30	CHOAPA	SALAMANCA	REPOSICIÓN PSR LLIMPO	Revalidado en actualización de convenio de programación
31	CHOAPA	SALAMANCA	REPOSICIÓN PSR CUNCUMEN	Revalidado en actualización de convenio de programación
32	CHOAPA	SALAMANCA	REPOSICIÓN PSR TAHUINCO	Incorporado en actualización de convenio de programación
33	ELQUI	VICUÑA	REPOSICIÓN PSR EL TAMBO	Revalidado en actualización de convenio de programación

Estos proyectos distribuidos en las tres provincias de la región, representan un gran avance en la dignidad de atención a nuestros usuarios del área rural.

3. Brecha de especialistas

El Servicio de Salud de Coquimbo presenta una brecha histórica de especialistas en la región, esta falta de oferta de recurso médico se ve reflejada en los abultados tiempos de espera para la atención y se ve acrecentada con los proyectos hospitalarios, inicialmente con el Hospital de Ovalle y actualmente con CDT del Hospital de La Serena que presenta cargos que no han sido cubierto por falta de oferta local. Este tema tiene aún más relevancia en la provincia del Choapa por su lejanía de los centros urbanos de La Serena y Coquimbo.
Dentro de las propuestas de mejora consideramos:

<u>Alianza con centros formadores</u>

- Programa de formación “Becas Coquimbo” con Universidad Católica del Norte (UCN):
  El programa busca fortalecer la atención en salud, a través de la incorporación de especialistas y subespecialistas médicos a la Red Asistencial de la región, con una estrategia que promueve el avance sustentable de la formación médica en especialidades y subespecialidades en la Región de Coquimbo; creando y fomentando polos de desarrollo en esta área, que permitan proyectar a la región como una de las líderes en esta materia a nivel de la zona centro-norte, propiciando una alternativa innovadora para la resolución de esta problemática país.

Este es un programa reconocido por MINSAL, incorporando estos cupos dentro de los concursos ya existentes a nivel central, siendo concursados de manera local, sólo aquellos cupos no tomados en los concursos nacionales.

- Paralelamente al convenio UCN, realizar con Universidad de la Serena (ULS), una colaboración activa para el desarrollo de la carrera de medicina, aportando en la confección de una malla curricular que dé respuesta al perfil del médico que requiere la región, con el objetivo de acelerar la próxima apertura por parte de esta casa de estudios de la carrera de medicina.

Desarrollar estrategias de captación de nuevos médicos

Generar cápsulas informativas que den cuenta de los beneficios de trasladarse a la región de Coquimbo, visitar centros formadores dentro y fuera del país.

Visitar diferentes centros formadores dentro y fuera del país para captar médicos

En lugares más aislados, como el Choapa, promover con el intersector la creación de viviendas para médicos y otros profesionales y todos los aspectos asociados a dar garantías para una instalación que considere el desarrollo no solo técnico profesional, sino también familiar de los médicos haciendo más atractiva y plausible su estadía y permanencia.

Estandarizar un Programa de Incentivos para médicos sub especialistas que fomente la llegada de nuevos médicos y su permanencia en la zona.

Fomentar la permanencia de los médicos PAO en la región.

La estrategia Período Asistencial Obligatorio (PAO) no ha tenido un desempeño favorable en la región, ya que muchos especialistas antes de terminar su proceso de formación solicitan el traslado a otras regiones, siendo esto de especial relevancia en la provincia del Choapa, específicamente en el Hospital de Illapel, en el que el 100% de los PAOS con esta destinación solicitaron su distribución ya sea dentro o fuera de la región, por lo que se debe trabajar con el MINSAL para fortalecer las medidas administrativas que impidan el no cumplimiento por parte de los profesionales del destino acordado.

4. Excesivos tiempos de espera para consulta nueva de especialidad e intervenciones quirúrgicas.

Hasta el año 2019 el Servicio de Salud presentaba tiempos de espera bajo el promedio nacional, este escenario cambió drásticamente producto de la pandemia, donde las prioridades hospitalarias estuvieron enfocadas en el adecuado manejo de los pacientes covid y el aumento de las camas críticas.

Actualmente el desafío es retomar los niveles productivos, para lo que resulta indispensable optimizar la oferta actual (programación, ocupación de pabellones, suspensiones), para esto se han implementado planes fuera de horario en los tres EAR, que permitan aumentar oferta institucional en horarios diferidos y extendidos.

Paralelamente, desde el Servicio de Salud se han generado estrategias de apoyo a la gestión hospitalaria, con visitas a terreno y trabajo con los equipos, especialmente fortaleciendo las unidades prequirúrgicas, con el objetivo de disminuir la estadía prequirúrgica de los pacientes haciendo más eficiente el uso del pabellón y del recurso cama, asociado a un monitoreo permanente de los indicadores de eficiencia hospitalaria de cada establecimiento.
Un pilar fundamental está en potenciar la telemedicina sincrónica y asincrónica junto con la estrategia de hospital digital, como apoyo a la atención de pacientes y disminución de los tiempos de espera, adicionalmente reforzar el registro de las prestaciones otorgadas.

5. Deficiente articulación de la red

Como se ha mencionado previamente El Servicio de Salud Coquimbo se caracteriza por su elevada ruralidad y dispersión geográfica, por lo que la articulación de la red se hace fundamental para otorgar una atención de salud oportuna, sin embargo, este proceso no es fácil, existiendo muchas brechas actualmente, para lo que se proponen diferentes estrategias de mejora:

1) Reuniones operativas entre niveles de atención por provincia: se observa descoordinación y desconocimiento de los procesos entre los diferentes niveles, (hospitales, APS y hospitales de baja complejidad). Si bien existe el Comité Técnico de Salud Interprovincial (COTESAIN) en ambas provincias, su rol es más informativo que operativo, por lo que deben crearse instancias en que exista interacción entre los diferentes niveles de atención y se coordine la red, en el caso particular de la provincia del Choapa se plantea generar una mesa del Choapa que sesione bimensualmente.

2) Redefinición del rol de los hospitales de baja complejidad en la red, generando un ajuste de expectativas con las solicitudes de la población (mayor resolutividad, atención de especialistas) y el enfoque comunitario y familiar de estos establecimientos.

   Los hospitales comunitarios dependen administrativamente del Servicio de Salud y presentan una serie de servicios complementarios entre los que destacan la atención abierta con un enfoque familiar y comunitario, atención de urgencia y hospitalización.
   Junto con la llegada institucional del Modelo de Atención Integral, se presenta el desafío de la transformación de los Hospitales de baja complejidad (ex tipo 4) a Hospitales de la familia y la comunidad. Estos establecimientos, son el eje fundamental de la atención abierta de las comunas en las que se encuentran, y en el caso de Andacollo, la única institución que oferta prestaciones de atención primaria. Sin embargo, el proceso de cambio en nuestra región ha tenido diversos desafíos asociados a la alta ruralidad, dispersión geográfica y brecha de recurso humano. Frente a lo anterior, se planifica el trabajo territorial de los hospitales comunitarios y se actualizan las competencias en el modelo de atención integral y el trabajo con familias, con enfoque salutogénico.

Dentro de la Dirección del Servicio de Salud Coquimbo se ha elaborado un plan de acompañamiento de estos hospitales con estrategias a mediano y largo plazo:

Estrategias a mediano plazo:

- Revisión de plazas de ciclo de destinación.
- Establecer metodología común a todos los Hospitales de Baja Complejidad, para definir y controlar la distribución de oferta médica y no médica.
- Revisión de resolución de camas, para agregar área sociosanitaria previa evaluación de número real de ocupación con esa característica.
- Elaboración de protocolo de larga estadía y manual de procesos de Hospitales de Baja Complejidad.
- Elaboración de Manual Organizacional de acuerdo al Decreto 38 y definiciones locales emanadas desde la DSSC.
- Revisión y actualización del modelo de gestión de equipos y equipamientos.
- Revisión de dependencia de dispositivos que superen la complejidad del establecimiento de acuerdo a su cartera de servicios.
- Elaboración de los EPH de 4 de los 5 hospitales de baja complejidad de la región.

Estrategias a largo plazo:

- Generación de un área especializada en Hospitales de Baja Complejidad, para la coordinación, con el objetivo de vincular a la Dirección de Servicio de Salud Coquimbo de manera oportuna con el equipo de gestión de los Hospitales de Baja Complejidad y otros dispositivos de resorte comunal no APS.
- Profesionalizar los equipos de Gestión de los HBC.
- Redefinir el rol del Hospital dentro del territorio. Análisis de la casuística y los diagnósticos que eventualmente podrían resolverse ahí.

3) Redefinición del rol de las oficinas provinciales como articuladores de la red, en las provincias de Limarí y Choapa.
4) Protocolos para la atención en red: elaboración inter-nivel, con evaluación de la adhesión y cumplimiento por parte de la red.
5) Relevar la Referencia y Contrareferencia, utilizando las TICS. El reforzamiento del Proceso de Referencia y contra referencia, mediante la continuidad de la atención y la anticipación del daño, depende en gran medida de nuestra capacidad de seguir avanzando en la integración de las redes asistenciales. Para ello resulta fundamental la definición de las propias redes, sus nodos y las formas de relación declaradas y difundidas tanto a nivel local como macrorregional y nacional.
6) Para que este diseño funcione tiene que contar con un sistema de comunicación que permita que este beneficiario fluya en forma segura y eficiente a través de esta Red, basado en protocolos de referencia y contra referencia, mapa de derivación regional y

macro regional; y con el soporte de sistemas informáticos integrados entre los distintos niveles de atención en forma bidireccional.

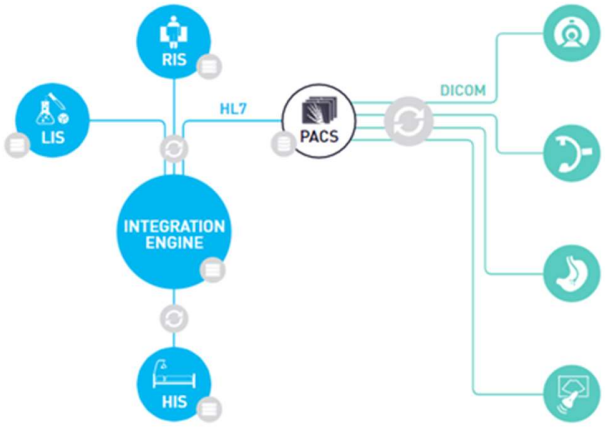
7) Inducción adecuada dada la alta rotación de los funcionarios, en todos los niveles de atención.
8) Actualización y difusión de carteras de prestaciones, según nivel de complejidad y capacidad resolutiva, esta tarea debe realizarse al menos anualmente.
9) Definición de Roles de los funcionarios dentro de la red y nivel de resolutividad.
10) Estrategias comunicacionales y de educación de la población, dando a conocer el funcionamiento actual de la red, los niveles de complejidad, cómo y dónde consultar.
11) Proyecto de radiocomunicaciones y comunicación satelital para integrar zonas aisladas lo que impulsaría estrategias de telemedicina y hospital digital rural.
12) Sistema informático: actualmente coexisten múltiples sistemas, lo que genera en muchos casos duplicidad de datos y dificulta el acceso a información clínica de los pacientes, un caso crítico es la contra referencia.

    Dentro de los beneficios a corto plazo de la implementación de un HIS, se encuentran:
    - Estandarizar y optimizar los procesos de los Establecimientos
    - Disminución de los tiempos de atención administrativo.
    - Disminución de uso del papel.
    - Agilizar tareas administrativas/clínicas: contar con información más rigurosa de la atención y una presentación más organizada de la misma agilizando todo el proceso de atención del paciente.
    - Centralización de datos: Los datos ya no se encuentran repartidos ni duplicados por cada sistema de cada Hospital. Toda la información clínica se integra en un solo repositorio y se deja disponible a toda la Red del Servicio de Salud Coquimbo.
13) Integración de Sistemas:

    La integración de los sistemas complementarios como, por Ejemplo: PACS, RIS, LIS, APA, entre otros, es fundamental para un mejor aprovechamiento de sus capacidades. Esto se hace necesario por la actual demanda de estudios clínico, disminuyendo así, la lentitud y retraso en la entrega de exámenes, merma y falta de control de las áreas para los suministros y eliminando la posibilidad de pérdida o equivocación en la entrega de algunos exámenes.

    La interoperabilidad de los sistemas de apoyo aumenta la seguridad y calidad de atención de los pacientes, asegura la precisión de los datos clínicos y reduce la incidencia de los errores clínicos; ahorra costos, al evitar servicios duplicados, doble dispensación de medicamentos de alto costo; brindar acceso universal a la historia clínica electrónica, y ahorra tiempos a las funciones de los establecimientos.

    Se adjunta ilustración correspondiente a integración de sistemas complementarios a HIS, en el que los múltiples sistemas de apoyo se conectan directo al Motor de Integración.



14) <u>Traslados de urgencia</u>

Debido a la ruralidad y dispersión geográfica, debemos como red relevar la importancia de los traslados. Los traslados críticos no programados de la red se realizan, preferentemente, por móviles avanzados del SAMU desde establecimientos de menor a mayor complejidad. En forma ocasional, cuando no hay disponibilidad del SAMU, los hospitales de baja complejidad convierten su ambulancia en avanzada, con un médico de llamada y equipos de reserva de su establecimiento. Esto es una problemática para la Red debido a que se deben extraer recursos del establecimiento para cubrir esta necesidad, los cuales quedan desprovistos durante el tiempo que dure el traslado

Al correlacionar el análisis de Estado de Red de Urgencia, se aprecia la brecha actual de móviles SAMU en la región: un total de 16 móviles básicos y 9 avanzados.

Para dar respuesta a este nodo, se establece que se deben generar proyectos de nuevas bases SAMU, para la incorporación de nuevos cupos de móviles en la red.

Se proyecta para el 2023, construcción de una base nueva en Salamanca con un móvil avanzado.

- Solicitud por parte del Gestor de Red a GORE Coquimbo la incorporación al convenio de programación 2020-2026, el proyecto de Base SAMU Vicuña, que deberá incorporar un móvil avanzado y dos básicos.
- Proyectos ya incorporados a Convenio de Programación GORE MINSAL 2020-2026: Base Las Compañías, Base Los vilos y Base Tierras Blancas.

Es importante destacar, que el Convenio de Programación, asegura infraestructura física y móviles, no así RR.HH. asociado, es por ello que radica la importancia de la asignación de cargos por parte de MINSAL.

En paralelo al aumento en oferta de móviles se deben estandarizar protocolos de derivación, que permitan asegurar un traslado expedito y seguro dentro de los diferentes establecimientos de la red, evitando excesivos tiempos de espera para la "coordinación" del traslado. Esto se hace aún más crítico en lugares alejados como la provincia del Choapa

6. **Cáncer y enfermedades cardiovasculares como principal causa de muerte en la región.**

En la actualidad, el cáncer es la primera causa de muerte a nivel nacional, superando a las relacionadas con el sistema circulatorio. Se espera que este cambio afecte primero a las mujeres y constituya la primera causa de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) en la población del país.

El cáncer está asociado a determinantes sociales de la salud, tales como el nivel socioeconómico, el nivel educacional, las condiciones laborales, la calidad de recursos básicos como el agua y diversos servicios sanitarios, factores de riesgo como la malnutrición o estilos de vida no saludables, además de condiciones estructurales asociadas a políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales. De esta forma, es posible evidenciar marcadas inequidades en la distribución de esta patología, lo cual complejiza su abordaje, dado que es posible observar regiones con mayor mortalidad por ciertos tipos de cáncer, así como diferencias entre hombres y mujeres.

Por esta razón, a nivel ministerial se ha trabajado en nuevas políticas públicas donde destaca la Ley Nacional de Cáncer, con su respectivo plan de acción (Plan Nacional de Cáncer), los que tienen como fundamentos integradores los enfoques de derecho, equidad, determinantes sociales, intersectorialidad, curso de vida, género, interculturalidad y promoción de la salud. Estos enfoques tienen como propósito establecer lineamientos para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas, programas y acciones destinados a establecer las causas y prevenir el aumento de la incidencia del cáncer, entregar un adecuado tratamiento integral y la recuperación de la persona diagnosticada con dicha enfermedad.

En la Región de Coquimbo el desafío está en trabajar de manera coordinada con APS fomentando estrategias de pesquisa y diagnóstico precoz, por otra parte, potenciando los métodos diagnósticos, generando una red de anatomía patológica, que permita entregar un resultado oportuno a los pacientes y optimizar la oferta de especialistas a través del funcionamiento de los comités oncológicos en los EAR. En el apartado de diseño de la red se profundizará en detalle en la propuesta de red oncológica.

7. **Cobertura deficiente en salud mental (en los diferentes niveles de atención)**

Estrategias de gestión y coordinación de la red.

En este ámbito, se decide el enfatizar los siguientes objetivos:

- Fortalecer y priorizar el trabajo ambulatorio desarrollando la articulación de nivel primario y de especialidad, en las provincias de Elqui y Choapa, a través de equipos asertivos presente en los territorios correspondientes a los Centros de Salud Mental CESAM, que

contemplan reforzar el recurso humano en los niveles primario y secundario, que permitan abordar en forma conjunta a usuarios y usuarias de alta complejidad, en sus territorios y comunidades, favoreciendo la integración y la disminución del estigma. Nos encontramos en espera de la aprobación de esta pertinencia técnica o de la extensión de esta estrategia, ya en curso en la V región, a nuestro territorio.

- Fortalecer el funcionamiento del Consejo de Participación Social en Salud Mental, involucrando a sus consejeros en el diseño y evaluación de la red temática de Salud Mental y generando espacios de gobernanza en temas de Salud Mental. Se continuará con el apoyo técnico y práctico al Consejo, de por sí autónomo, para seguir su trabajo territorial de difusión de su rol y levantamiento de prioridades desde la comunidad.
- Dar continuidad y ampliar ámbitos de abordaje comunitarios a través del Programa Ecológico en Salud Mental, aumentando el apoyo y soporte social de las familias de la región. Se sostiene el apoyo de pares desde Línea Esperanza.
- Desarrollar la estrategia Mental Health Gap (MhGap), que consiste en una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que permite definir un nivel básico de capacidad resolutiva, en proveedores de salud no especializados, que facilita la detección temprana, tratamiento oportuno y derivación pertinente de Trastornos de Salud Mental, vinculándola a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) y a los diversos programas en implementación en APS. Se espera contar con el 80% de los funcionarios de APS municipal capacitados al 2024.
- Incorporar los proyectos piloto en curso en otras regiones en APS, en especial la línea de Tamizaje y Rediseño de Salud Mental, esperando contar con al menos un territorio con Rediseño completo al 2025. Esto depende de gestiones con DIVAP que ya se encuentran en curso, comenzando con Tamizaje en, al menos dos territorios el 2023.
- Contar con Programación regular de Consejos Técnicos y Comités articuladores de cuidado territoriales que favorezcan la continuidad de cuidados. Se evaluará el cumplimiento de esta programación como compromiso de gestión interno del Subdepartamento.
- El sistema de hospitalización domiciliaria, que ya está ejecutándose en Hospital de Coquimbo, se evaluará durante el año 2023, aspirando a que se pueda ampliar al Hospital de Ovalle durante el 2024 mediante solicitud presupuestaria.

<u>Estrategias inversionales</u>

Los aspectos de infraestructura constituyen, si bien no la principal, una de las más graves brechas en el desarrollo de la red temática. Por este motivo, y en el contexto del desarrollo de los proyectos hospitalarios de La Serena, Coquimbo e Illapel, se espera alcanzar los siguientes hitos previo a la inauguración de dichos establecimientos, orientados en reforzar el énfasis de los abordajes intensivos ambulatorios y en la prevención de recaídas.

- Habilitación antiguo Hospital de Ovalle para instalar Centro de Salud Mental comunitario (CSMC) que permitirá atender a la población de la comuna durante todo el curso de vida. Esta solicitud de pertinencia ya fue aprobada por MINSAL y se encuentra en desarrollo el EPH. Se espera su apertura durante el 2024.

- Instalación Hospital día Infanto juvenil Ovalle y La Serena, que permita mejorar la continuidad de cuidados de niños, niñas y adolescentes que requieran un tratamiento intensivo de manera ambulatoria. Permite completar la oferta a este grupo etario con estrategia ambulatoria de especialidad en episodios agudos graves. En ambos casos se solicitará el recurso humano a DIGEDEP, esperando mantener la disponibilidad del espacio físico en el actual Poli Infanto Adolescente, cuyo equipo pasaría a integrar el nuevo CSMC, en el caso de Ovalle en proyecto, en el caso de La Serena en espera de habilitación de nuevo espacio para integrar los equipos ambulatorios de Adulto e Infanto de CESAM Centro, actualmente disgregados. Se está en proceso de elaboración de proyecto y solicitud de pertinencia técnica Hospital día Infanto juvenil Ovalle en Hospital de Ovalle, que se elabora en conjunto con los Hospitales de día, y las unidades infanto adolescentes de la región.
- Habilitación en Hospital San Pablo de Coquimbo de camas infanto adolescentes en dependencias del actual Hospital de Día, el que debiera trasladarse al exterior del hospital. Se está en proceso final de elaboración de solicitud de pertinencia técnica de la Unidad de hospitalización infanto adolescente en Hospital de Coquimbo.

8. Salud sexual y reproductiva con indicadores que no incluyen las necesidades de los hombres ni la diversidad sexual.

La salud sexual y la salud reproductiva constituyen procesos ininterrumpidos ligados al desarrollo humano, que están presentes en todos los momentos de la existencia, desde el nacimiento hasta la muerte.

"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia" (OMS, 2003).

La sexualidad abarca al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual y está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Actualmente, la mayoría de los indicadores existentes dicen principalmente relación con la salud reproductiva de las mujeres, por lo que a continuación se plantean propuestas de mejora:

- Implementar Policlínico de Identidad de Género y Género No Conforme para atenciones de NNA, en Hospital Provincial de Ovalle
- Implementar Policlínico de Identidad de Género y Género No Conforme para atenciones de usuari@s en el curso de vida, en Hospitales de La Serena y Coquimbo.
- Elaborar y estandarizar la canasta de prestaciones dirigidas a población Trans en el nivel secundario de atención.
- Incluir en la oferta del Programa de Regulación de Fecundidad la esterilización quirúrgica masculina, en el nivel primario de atención.

- Potenciar la oferta de esterilizaciones quirúrgicas masculinas, con criterios de priorización estandarizados, en los EAR y Hospital de Illapel.
- Incorporar en la canasta de laboratorio de CDT Hospital de La Serena, estudios específicos para infertilidad masculina.

9. Alta prevalencia de Enfermedad de Chagas en la Región de Coquimbo

En la Región de Coquimbo, la prevalencia de esta enfermedad alcanzó a 2,8% el año 2010, (cifra mayor a ENS 2009-2010 de 1,8%). En la región desde el 2014 y en respuesta a la política pública de disminuir la transmisión vertical, se realiza el tamizaje a todas las gestantes en su primer control de salud, sin embargo, para abordar esta patología se requiere un enfoque multifactorial. Dentro de las estrategias a realizar destacamos:

- Solicitar incorporación de examen tamizaje a la canasta de exámenes de APS.
- Implementar plataforma digital regional de pacientes con E. Chagas.
- Fortalecer los equipos de E. Chagas territorialmente de las comunas rurales de la región (Médico, Enfermera, Tens, Químico Farmacéutico).
- Implementar Técnica directa molecular PCR para estudio a hijos/as de madres con E. Chagas.
- Implementación de Técnica directa (Microstrout) a hijos/as de madres con E. Chagas en los Hospitales de las Provincias (La Serena, Ovalle e Illapel).
- Realizar en conjunto con SEREMI estudio epidemiológico de las madres con serología(+) para Enfermedad de Chagas
- Fortalecimiento de referencia y contrarreferencia en los equipos de E. Chagas en la región.
- Fortalecer atención de pacientes con secuelas cardiológicas en CDT del Hospital de la Serena

10. Alta prevalencia de caries y porcentaje de dentición no funcional en la población de la Región de Coquimbo

En la Región de Coquimbo, la prevalencia de caries, por sobre los 15 años alcanzó un 60.7 % en el año 2017, este fenómeno se observa principalmente por factores socioeconómicos y también demográficos. Encontramos en esta región una alta tasa de ruralidad, concentrando la mayor población rural de la zona norte del país. En cuanto a la dentición el 22, 6 % de la población no cuenta con una dentición funcional.

Por lo anterior se requiere un enfoque territorial que permita llegar de mejor manera a cada rincón de la región, para esto se plantean las siguientes estrategias:

- Incorporación a universidades que impartan la carrera de odontología para colaboración en trabajos de investigación y también para fortalecer la prevención de caries y desdentamiento, en la región.
- Fortalecer el trabajo entre Servicio de Salud y SEREMI, principalmente en áreas como prevención y promoción de la salud bucal, para alcanzar a llegar a todo el territorio.

- Potenciar el Programa CERO y Sembrando Sonrisas (actividades preventivas y población bajo control sana)
- Aumentar especialidades en Hospital Digital, para evitar traslados innecesarios de los pacientes y de esta manera mejorar la adherencia a sus tratamientos.
- Fortalecer y capacitar a los equipos odontológicos, para el abordaje de pacientes con enfoque preventivo.
- Mejorar la referencia y contrareferencia, para el abordaje de pacientes interniveles de atención.
- Reducción de los tiempos de espera de rehabilitación oral, para lograr la recuperación de dientes perdidos.
- Aumentar presencia territorial del SSC en la región, en especial en sectores rurales para mejorar el acompañamiento a los equipos de Odontología.
- Modificación del mapa de derivación Odontológico, para ir acercando la atención odontológica a cada territorio.
- Mejorar las capacitaciones y pasantías en la red, para fortalecer competencias clínicas (preventivas y recuperativas), que permitan mantener a la población sana.
- Acompañar a los equipos en desarrollo de proyectos, que permitan un mejor abordaje de los pacientes en la red.
- Ampliación de horarios de atención de urgencia y morbilidad odontológica

4. Diseño de la Red Asistencial

Atención Abierta

La atención ambulatoria de especialidades se ubica en los niveles superiores del sistema, es responsable de otorgar la atención de especialistas, para el tratamiento de problemas de salud no abordables por la atención primaria.

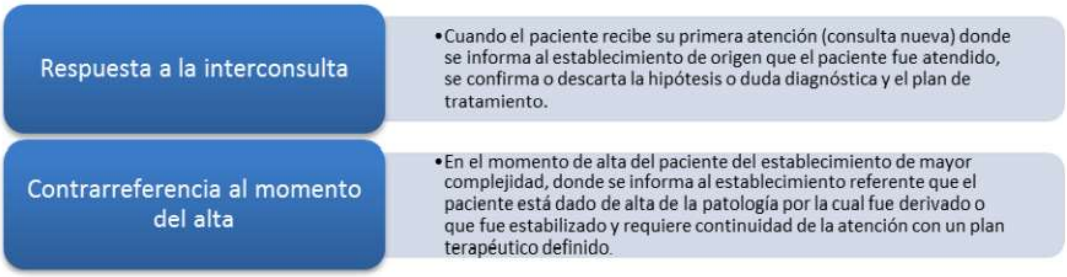
El acceso del paciente a este nivel de atención y su cartera de prestaciones, ya sean presenciales o remotas por telemedicina, estará dado por una solicitud de interconsulta proveniente desde la APS, desde el mismo nivel de especialidad o desde el servicio de Urgencia Hospitalaria, presentando el Documento de Atención de Urgencias (DAU). Todas estas derivaciones deberán ser revisadas en el nivel secundario de especialidades, validadas y priorizadas según protocolos clínicos de referencia y contrarreferencia (CR). De no ser gestionadas serán remitidas a la atención primaria de salud, además se atenderán pacientes para un control de alta posterior a una hospitalización o CMA.

Elementos estratégicos del proceso de la atención abierta de especialidades:

Elemento	Nodo	Proyección
Programación: proceso clave e inicial de la eficiencia del capital humano.	-Programación solo desde la oferta. **Demanda conocida:** Pacientes atendidos -Pacientes bajo control -Pacientes nuevos **Demanda desconocida:** -Pacientes bajo control -Registro de actividades telemedicina.	-Programar desde la oferta y la demanda total. -Incluir la totalidad de actividades de atención abierta y cerrada que realiza el RRHH. -Contar con un Sistema informático centralizado que unifique y simplifique la tarea de gestión a nivel directivo y operativo. -Sea una herramienta de gestión real, para toma de decisiones para el uso eficiente de los recursos públicos y cubrir la brecha de oferta institucional. -fortalecer el correcto de registro de actividades de telemedicina.
Agendamiento:	-Baja capacidad de control de agenda. (distribución por Consulta nueva, controles) -Agenda por oportunidad de oferta. -Bajas o ineficientes medidas de mitigación ante el ausentismo. -Priorización de interconsultas.	-Coherencia entre la programación y la agenda según demanda. -Sistema de control en línea para monitorizar el cumplimiento de la agenda, - Aumentar consultas nuevas. -Score de priorización estandarizado en la red asistencial.
Referencia y Contrareferencia: conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.	**-Referencia:** Pacientes crónicos duplicados: es una necesidad lograr transferir pacientes con diagnósticos manejados en el nivel de especialidad que corresponden a APS. **-Contrarreferencia (CR):** La CR es uno de los principales nodos actuales de la red, asociado a que no poseemos un sistema unificado de CR. Esto lleva a una alta variabilidad de modalidades de trabajo y de bajo impacto cuando se trata de abordar grandes volúmenes de pacientes.	Retornar a los pacientes que corresponden a APS según diagnóstico y plan terapéutico. Implementación de un solo sistema integrado en red para automatizar este subproceso de la atención del paciente y garantizar la continuidad de la atención.

La CR es uno de los principales nodos actuales de la red, asociado a que no poseemos un sistema unificado de CR. Esto lleva a una alta variabilidad de modalidades de trabajo y de bajo impacto cuando se trata de abordar grandes volúmenes de pacientes. La solución para esto es la implementación de un solo sistema integrado en red para automatizar este subproceso de la atención del paciente y garantizar la continuidad de la atención.

La Contrarreferencia incorpora dos momentos:



Situaciones especiales:

a) En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el Servicio de Urgencia la contrarrefrencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.

b) Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente.

c) En el caso de programas de Crónicos, donde el control del paciente es compartido entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimientos que asegure la continuidad del cuidado.

Telemedicina:

Con la estrategia de Telemedicina se otorgarán prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes se comunicarán a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, obteniéndose un planteamiento u orientación diagnóstica y terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de la atención a comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de una Red Integrada de Servicios de Salud.

Principales nodos:

- Fortalecer la red de APS en relación a la programación de actividades destinadas para esta actividad.
- Potenciar el desarrollo de nuevas tecnologías y puntos de alcance.
- Mantener la calidad de atención bajo las distintas modalidades de telemedicinas, tales como teleconsulta, telecomités, etc.

Hospital Digital:

Con respecto al Hospital Digital (HD), este se suma a la oferta institucional, entregando la posibilidad oportuna de atención de pacientes en las especialidades ya instaladas en la red tales

como tele nefrología, tele dermatología, tele geriatría. Esperando sumar nuevas capsulas de especialidades para la red.

Principales nodos:

- Fortalecer la red de APS en relación a la Programación de actividades destinadas para esta actividad.
- Capacitar a médicos de APS en la utilización de las plataformas.
- Generar la coordinación y enlace de los sistemas informáticos, para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Potenciar el desarrollo de nuevas tecnologías y puntos de alcance

Esquema de derivación, Atención abierta

Provincia	Comuna	Establecimiento de origen	Establecimiento de destino	
			Mediana Complejidad	Hospital de Alta complejidad
Elqui	La Serena	DESAM La Serena		Hospital San Juan de Dios de La Serena
		CESFAM Schaffauser		
		CESFAM Pedro Aguirre Cerda		
		CESFAM Cardenal Caro		
		CESFAM Las Compañías		
		CESFAM Raúl Silva Henriquez		
		CESFAM Juan Pablo II		
	Coquimbo	CESFAM Tierras Blancas		Hospital San Pablo de Coquimbo
		CESFAM Sergio Aguilar		
		CESFAM		
		CESFAM Juan Pablo II		
	Vicuña	DESAM Vicuña		Hospital San Juan de Dios de La Serena
		Hospital Vicuña		
	Paiguano	CESFAM Paiguano		Hospital San Juan de Dios de La Serena
	Andacollo	Hospital de Andacollo		Hospital San Pablo de Coquimbo
Limari	Ovalle	CESFAM Paiguano		Hospital Antonio Tirado Lanas de Ovalle
		CESFAM Jorge Jordán		
		CESFAM Marcos Macuada		
		CESFAM Cerrillos de Tamaya		
		CESFAM Sotaquí		
		CESFAM Fray Jorge		
	Monte Patria	CESFAM Monte Patria		
		CESFAM El Palqui		
		CESFAM Chañarañ Alto		
		CESFAM Carén		
	Combarbalá	DESAM Combarbalá		
		Hospital de Combarbalá		
	Punitaqui	CESFAM Punitaqui		
	Río Hurtado	Equipo rural Rio Hurtado		
		CESFAM Pichasca		
Choapa	Illapel	CESFAM Villa San Rafael	Hospital Dr. Humberto Elorza de Illapel	
		CESFAM Urbano de Illapel		
	Salamanca	Hospital de Salamanca		
		DESAM Salamanca		
	Canela	CESFAM Canela		
	Los Vilos	Hospital de Los Vilos		
		DESAM Los Vilos		

Odontología Regional

La Salud Bucal es una prioridad en el país, siendo reconocida como parte integral del bienestar de las personas, familias y comunidades. Las enfermedades bucodentales son las enfermedades crónicas más comunes, constituyendo un importante problema de salud pública por su alta prevalencia, impacto negativo en la salud bucal y general, además de los altos costos que implican estos tratamientos.

En cuando a los datos más relevantes de salud bucal en la Región de Coquimbo, podemos mencionar el resultado de la ENS 2017, la que nos sitúa dentro de las regiones con más problemas dentales en el país, así tenemos que:

- El 60,7 % de la población sobre los 15 años tiene presencia de caries cavitadas.
- El 22, 6 % de la población sobre 15 años, no tiene una dentición funcional, de estos solo el 68,9 % utiliza algún dispositivo protésico.
- El 5.8 % de la población sobre 15 años, no tiene ningún diente en su boca (Edéntulos totales).
- A los 2 años el 20,5 % de los niños tiene caries.
- A los 4 años, el 50 % de los niños tiene caries.
- A los 6 años, el 69,4 % de los niños tiene caires.
- A los 12 años, el 65,4 % de los adolescentes tiene caries.

El Servicio de Salud Coquimbo ha fortalecido actividades de promoción, prevención y reparación del daño a lo largo de todo el ciclo vital, con el objetivo de incrementar las poblaciones sanas. Para lograr lo anterior, se ha dispuesto de una Red de atención Odontológica separada en niveles de atención según la complejidad de los tratamientos, siendo el nivel primario de salud la puerta de entrada a odontología. Las principales actividades que realiza este nivel son actividades de urgencia, preventivas, educativas, pero también recuperativas durante todo el ciclo vital con un especial énfasis en poblaciones menores de 20 años. El nivel primario está diseñado para abarcar todo el territorio a cargo, para esto utiliza estrategias como: postas de salud rural, establecimientos de atención primaria (CESFAM/Hospitales Comunitarios), Clínicas Móviles, carros de arrastre, e incluso, visitas domiciliarias y visita a los establecimientos educacionales, aumentando de esta manera la presencia territorial y promoviendo el acercamiento de los equipos de salud a la población.

Por otra parte, cuando el nivel primario de salud requiere el apoyo de un tratamiento más complejo, existe un nivel secundario de salud, dispuesto en cada provincia de la región que entrega prestaciones de especialidad, así tenemos a los hospitales de mediana y alta complejidad que permiten complementar lo realizado por atención primaria.

Cada uno de estos establecimientos, cuenta con la mayoría de las especialidades odontológicas, disponen de apoyo imagenológicos (2D/3D), exámenes de laboratorio, acceso a pabellón, entre otras prestaciones que facilitan la resolución de casos más complejos.

Establecimientos con odontología y mapa de derivación de la Provincia del Elqui

ESTABLECIMIENTOS CON ODONTOLÓGICA		RED DE DERIVACIÓN DE ODONTOLOGIA										
COMUNA (GENERACIÓN DE IC)	ESTABLECIMIENTOS Y NIVEL DE ATENCIÓN	MAXILO. Y C. BUCAL	END OD.	IMPLANTOLOGÍA	ODONTOPED.	ORTOD.	PERIOD.	R. ORAL (PROTESIS REMOVIBLE)	R. ORAL (PROTESIS FIJA)	IMAGENOLOGÍA	TTM	PATOLOGÍA ORAL
HLS (MAYOR COMPLEJIDAD)	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS
DESAM LA SERENA (APS)	CESFAM SCHAFFHAUSER CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA CESFAM CARDENAL CARO CESFAM LAS COMPAÑÍAS CESFAM RAÚL SILVA HENRIQUEZ CESFAM JUAN PABLO II POSTAS DE SALUD (4) /CLÍNICAS MÓVILES (2)	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	HLS	APS: RESTRICCIÓN DERIVACIÓN	HSP	HLS (SOLO SE PUEDE GENERAR UNA SIC EN SIGTE DESPUÉS DE HACER UNA POR HD Y RECIBIR LA INDICACIÓN DEL ESPECIALISTA)
DESAM PAIHUANO (APS)	CESFAM PAIHUANO POSTAS DE SALUD (3) /CLÍNICAS MÓVILES (1)											
H. VICUÑA (APS)	HOSPITAL COMUNITARIO APS											
DESAM LA HIGUERA (APS)	CESFAM LA HIGUERA POSTAS DE SALUD (3) /CLÍNICAS MÓVILES (1)											
DESAM VICUÑA (APS)	C ESFAM CALINGASTA POSTAS DE SALUD (9) /CLÍNICAS MÓVILES (2)											
HSP (MAYOR COMPLEJIDAD)	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA	HSP	HSP	HSP	HSP	HSP	HSP	HSP	HSP	HSP		
DESAM COQUIMBO (APS)	CESFAM TIERRAS BLANCAS CESFAM SERGIO AGUILAR CESFAM CESFAM JUAN PABLO II CESFAM JUAN PABLO II CESFAM JUAN PABLO II CESFAM JUAN PABLO II POSTAS DE SALUD (2) /CLÍNICAS MÓVILES (2)	HSP	HSP	APS: DERIVA A HSP A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA)	HSP	HSP	HSP	HSP	APS: DERIVA A HSP A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA)	APS: RESTRICCIÓN DERIVACIÓN		
H. ANDACOLLO (APS)	HOSPITAL COMUNITARIO APS											

Establecimientos con odontología y mapa de derivación de la Provincia del Limarí

ESTABLECIMIENTOS CON ODONTOLÓGICA		RED DE DERIVACIÓN DE ODONTOLOGIA										
COMUNA (GENERACIÓN DE IC)	ESTABLECIMIENTOS Y NIVEL DE ATENCIÓN	MAXILO. Y C. BUCAL	END OD.	IMPLANTOLOGÍA	ODONTOPED.	ORTOD.	PERIOD.	R. ORAL (PROTESIS REMOVIBLE)	R. ORAL (PROTESIS FIJA)	IMAGENOLOGÍA	TTM	PATOLOGÍA ORAL
HOSPITAL DE OVALLE (MAYOR COMPLEJIDAD)	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	HSP	HLS (SOLO SE PUEDE GENERAR UNA SIC EN SIGTE DESPUÉS DE HACER UNA POR HD Y RECIBIR LA INDICACIÓN DEL ESPECIALISTA)
DESAM PUNITAQUI (APS)	CESFAM PUNITAQUI POSTAS DE SALUD (4) /CLÍNICAS MÓVILES (1)	H. OVALLE	H. OVALLE	APS: DERIVA A H. OV A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA)	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	H. OVALLE	APS: DERIVA A H. OV A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA)	APS: RESTRICCIÓN DERIVACIÓN		
DESAM OVALLE (APS)	CESFAM JORGE JORDÁN CESFAM MARCOS MACUADA CESFAM CERRILLOS DE TAMAYA CESFAM SOTAQUÍ CESFAM FRAY JORGE POSTAS DE SALUD (9) /CLÍNICAS MÓVILES (2)											
DESAM RÍO HURTADO (APS)	CESFAM PICHASCA POSTAS DE SALUD (6) /CLÍNICAS MÓVILES (1)											
H.COMBARBALA (APS)	HOSPITAL COMUNITARIO APS											
DESAM COMBARBALA (APS)	POSTAS DE SALUD (11) /CLÍNICAS MÓVILES (1)											

DESAM M. PATRIA (APS)	CESFAM MONTE PATRIA CESFAM EL PALQUI CESFAM CHAÑARAL ALTO CESFAM CARÉN POSTAS DE SALUD (9) /CLÍNICAS MÓVILES (2)											

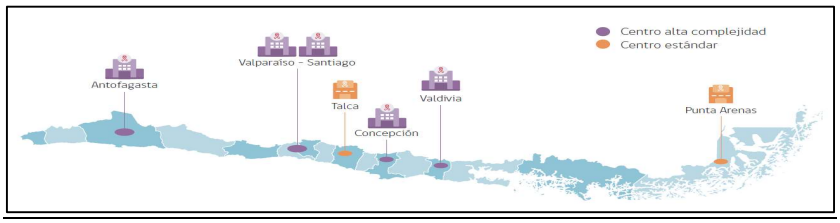
Establecimientos con odontología y mapa de derivación de la Provincia del Choapa

ESTABLECIMIENTOS CON ODONTOLÓGICA		RED DE DERIVACIÓN DE ODONTOLOGIA										
COMUNA (GENERACIÓN DE IC)	**ESTABLECIMIENTOS Y NIVEL DE ATENCIÓN**	**MAXILO. Y C. BUCAL**	**ENDOD.**	**IMPLANTOLOGÍA**	**ODONTOPED.**	**ORTOD.**	**PERIOD.**	**R. ORAL (PROTESIS REMOVIBLE)**	**R. ORAL (PROTESIS FIJA)**	**IMAGENOLOGÍA**	**TTM**	**PATOLOGÍA ORAL**
HOSPITAL DE ILLAPEL (MEDIANA COMPLEJIDAD)	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN SECUNDARIA (	H.ILLAPEL	H.ILLAPEL	HSP	H.ILLAPEL	H.ILLAPEL	H.ILLAPEL	H.ILLAPEL	HSP	H.ILLAPEL	HSP	HLS (SOLO SE PUEDE GENERAR UNA SIC EN SIGTE DESPUÉS DE HACER UNA POR HD Y RECIBIR LA INDICACIÓN DEL ESPECIALISTA)
DESAM CANELA (APS)	CESFAM CANELA POSTAS DE SALUD (9) /CLÍNICAS MÓVILES (1)	H.ILLAPEL	H.ILLAPEL	APS: DERIVA A H. ILL A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA O DERIVACIÓN A HSP, SE PROYECTA APERTURA EN JUNIO 2023)	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE ILLAPEL	APS: DERIVA A H. ILL A R. ORAL PROTESIS REMOVIBLE (SECUNDARIA DEFINIRÁ LA SOLUCIÓN PROTÉSICA O DERIVACIÓN A HSP, SE PROYECTA APERTURA EN JUNIO 2023)	APS: RESTRICCIÓN DERIVACIÓN	EN JUNIO 2023, SE PROYECTA APERTURA EN H. ILL	
DESAM ILLAPEL (APS)	CESFAM VILLA SAN RAFAEL CESFAM URBANO DE ILLAPEL POSTAS DE SALUD (12) /CLINICAS MOVILES (1)											
H. SALAMANCA (APS)	HOSPITAL COMUNITARIO APS											
DESAM SALAMANCA (APS)	POSTAS DE SALUD (10) /CLINICAS MOVILES (1)											
H.VILOS (APS)	HOSPITAL COMUNITARIO APS											
DESAM LOS VILOS (APS)	POSTAS DE SALUD (5) /CLINICAS MOVILES (1)											

Red Hemato-oncológica Servicio de Salud Coquimbo

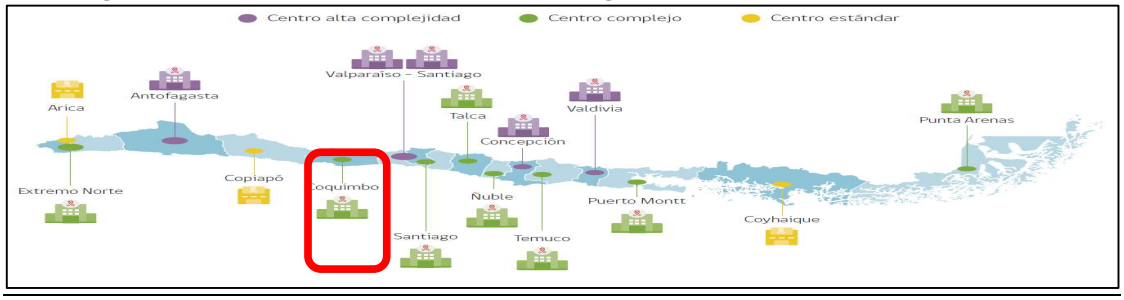
El Plan Nacional de Cáncer y ley de cáncer, plantea un desarrollo de la oncología en Chile entre los años 2022-2027, considera centros oncológicos según niveles de complejidad para sus prestaciones terapéuticas como quimioterapia, inmunoterapia, cirugía y radioterapia, ésta última define la complejidad de centros que atienden cánceres. En la fig. Nº1, se presenta la distribución actual de centros oncológicos clasificados en alta complejidad y centros estándar a lo largo del país. Se observa que existen cinco centros de alta complejidad y dos centros estándar, entre los que no se aprecia la región de Coquimbo (ya que no cuenta con la prestación de radioterapia en la actualidad).

Figura Nº 1: Situación actual de la red oncológica en Chile



Para el 2025 se espera contar con tres centros estándar, ocho centros complejos, entre los que se encuentra proyectado uno en la Región de Coquimbo y cinco centros de alta complejidad.

Figura Nº 2: Fortalecimiento de la red oncológica al 2025



Actualmente, la red oncológica regional considera prestaciones en cáncer en los distintos niveles de atención, tanto adulto e infantil, que atienden dichas patologías con una definición específica según nivel de resolutividad, complejidad y cartera de servicios, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Salud.

Nivel Primario de Atención: En este nivel se llevan a cabo actividades orientadas a la promoción, prevención, pesquisa y detección precoz de cáncer, para concretar estas intervenciones existen a lo largo de la red cinco hospitales de baja complejidad, treinta Centros de Salud Familiar y diez CECOSF. Entre las actividades de mayor impacto que se realizan en dichos establecimientos, se encuentra el PAP, mamografías y ecografías mamarias, endoscopías alta y baja, y ecotomografía de vesícula, las últimas mediante programas de resolutividad.

Nivel Secundario: En el nivel secundario se desarrollan variadas actividades en cuanto a la atención de los pacientes con cáncer, siendo las más relevantes: el diagnóstico, etapificación, tratamiento, cuidados paliativos y alivio del dolor. Los establecimientos que realizan estas acciones son los hospitales de La Serena, Coquimbo, Ovalle e Illapel.

Nivel Terciario: En este nivel se desarrollan las prestaciones para la atención oncológica del adulto más complejas tanto diagnósticas como terapéuticas (medicina nuclear, cirugías oncológicas complejas, quimioterapia y radioterapia), cuidados paliativos y alivio del dolor.

El Hospital de La Serena es el establecimiento con mayor complejidad en la especialidad Hemato-oncológica. La atención clínico asistencial propiamente tal, se desarrolla en la Unidad de Oncología de este hospital, la cual fue creada por resolución N°2096 de la Dirección del HLS el 25 de octubre del 2005, enfocado principalmente a tratamientos ambulatorios.

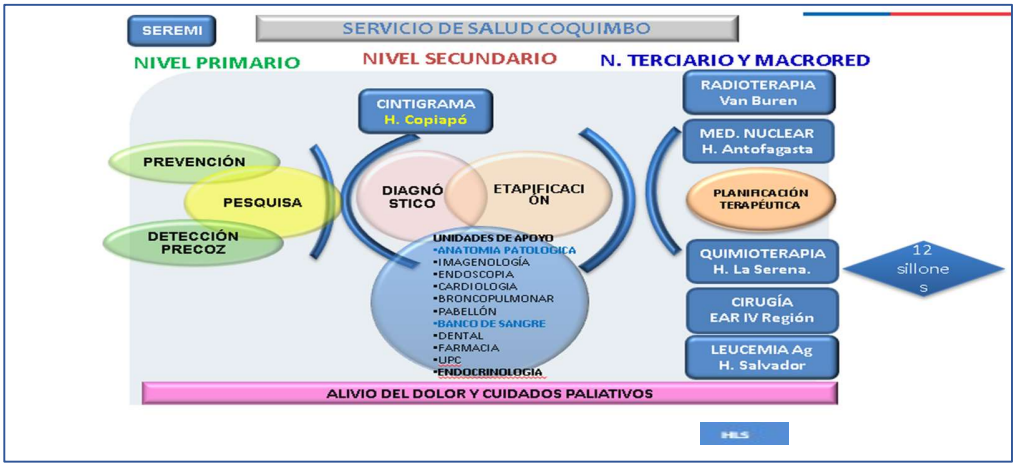
Macrored: A este nivel corresponden las derivaciones, cuyas prestaciones no se encuentran dentro de la región, como son: Radioterapia a Hospital Van Buren en Valparaíso, Medicina Nuclear a Hospitales de Copiapó y Antofagasta. En lo que respecta a usuarios con tumores complejos del Sistema Nervioso Central, deben ser derivados a la macrored en el Instituto de Neurocirugía en Santiago y los Sarcomas al Instituto de Traumatología en Santiago.
Todos los casos son discutidos en el Comité Oncológico Regional por el equipo multidisciplinario. Para los casos que requieren discusión con radioterapia, se realiza mediante videoconferencia a la macrored Valparaíso.

La cartera de servicios, para la atención del paciente oncológico adulto de los diferentes establecimientos, relacionados con la red Hemato-oncológica del adulto, se señalan a continuación:

	Establecimientos			
	H. La Serena	**H. Coquimbo**	**H. Ovalle**	**Todos los hospitales de la red**
Cartera de servicios	•Consultas de especialidad de Hematología y Oncología •Quimioterapia de tumores sólidos (todos excepto sarcomas) y neoplasias hematológicas (H3). •Comité Oncológico •Cirugía oncológica •Laboratorio citopatología •Unidades de Apoyo Clínico •Centro derivador de la Región de Coquimbo para tratamientos de Radioterapia	•Cirugía oncológica •Comité Oncológico •Unidad Anatomía Patológica •Unidades de Apoyo Clínico	•Cirugía mediana y baja complejidad •Unidad Anatomía Patológica •Unidades de Apoyo Clínico	Cuidados paliativos y alivio del dolor

En la figura N° 3 se esquematiza la Red oncológica del adulto según nivel de atención y prestaciones y acciones disponibles en cada uno de los niveles.

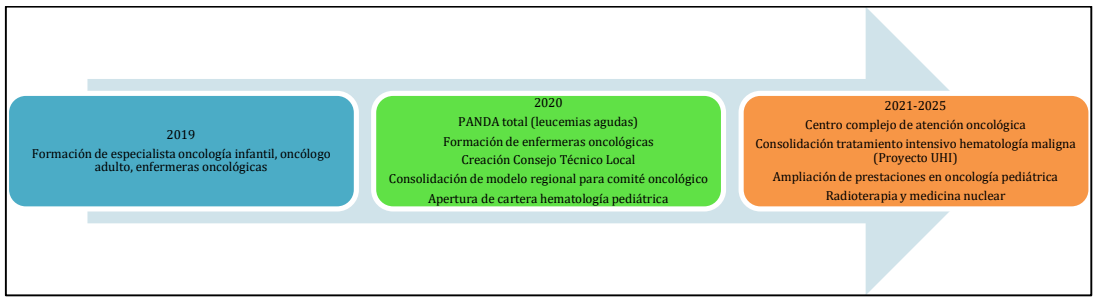
Figura N° 3: Red Oncológica Adulto, Servicio de Salud Coquimbo



Fuente: Elaboración Propia

Para la Atención Oncológica infantil, la región cuenta con la cartera de servicios de onco-hematología pediátrica en el Hospital de La Serena; esto significa que existe capacidad resolutiva de sospecha fundada y derivación de los pacientes al Hospital Roberto del Río, de la región Metropolitana, donde se realiza el descarte o la confirmación diagnóstica, en cuyo caso se inicia el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en ese establecimiento o en el Hospital de La Serena. De requerir Radioterapia o medicina nuclear, los menores son derivados al Instituto Nacional del Cáncer. En la figura N° 4 se esquematiza la red oncológica infantil.

Esquemáticamente el modelo de desarrollo de la Región de Coquimbo, siguiendo el modelo de funcionamiento de la red oncológica nacional y plan nacional de cáncer, se grafica como sigue, en todas las prestaciones de cáncer adulto, infantil y radioterapia, hasta el 2025.



La atención integral de la persona con cáncer y sus familias, ha sido una estrategia desarrollada para el abordaje de las patologías oncológicas desde el Ministerio de Salud. Esto se ha abordado en las especificaciones correspondientes según la Orientación Técnica para el Manejo Integral de las Personas con Cáncer y sus Familias, del año 2018, en donde la integralidad del cuidado, el trato humanizado y la atención centrada en la persona, han surgido como una necesidad en el desempeño de equipos de salud en todos los niveles de atención, focalizando a un modelo que comprende al ser humano como un sujeto multidimensional y singular, que requiere de planes de cuidados personalizados.
Por ello y basándonos en la historia natural de la enfermedad, en cuanto a las estrategias para fortalecer la prevención primaria y secundaria en nuestra red, podemos definir:

Estrategias red SS Coquimbo	
Prevención primaria	-Plan Anual de Capacitación a la red asistencial: enfoque en la promoción, prevención y programas de tamizaje. -Fortalecimiento de la cobertura de vacunación VPH para cáncer cervicouterino. -Actividades comunitarias planificadas y ejecutadas en conjunto con la SEREMI de Salud, con enfoque preventivo y promoción de la salud. -Actividades comunitarias para realizar estrategias de protección específica por problemas de salud oncológicos de mayor incidencia y mortalidad: cáncer pulmonar, gástrico, colorrectal, mama y cervicouterino.
Prevención secundaria	- Plan Anual de Capacitación a la red asistencial: enfoque en diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación. -Fortalecimiento de las tecnologías informáticas en salud: uso de comité digital centralizado en Salud Digital, Plataforma de gestión clínica y trazabilidad del paciente oncológico, telemedicina para interconsultoría de especialidad o subespecialidad.

Salud Mental

Red de salud mental

En el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en que se cimientan los equipos de APS de toda la red, el curso de vida es uno de los pilares centrales para su funcionamiento, por tanto, a pesar de que el modelo aún se encuentra en desarrollo a su implementación total, la red de APS de la región de Coquimbo logra atender durante todo el ciclo vital a los usuarios beneficiarios de esta, de manera integral en cada uno de los establecimientos de salud que componen la red de atención primaria en salud.
Sin embargo, no ocurre la misma situación en la red de atención secundaria y terciaria de especialidad, donde solo cuatro de los seis CSMC actuales atienden al curso de vida completo, existiendo aún dos establecimientos que responden solo a población adulta, contrario a los lineamientos deseables que implica el cambio de modelo. Por su parte, persiste la atención segregada por policlínicos infanto adolescente y adultos por separado, ampliando la brecha de atención por curso de vida.
Si bien se han implementado equipos del Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI) en la atención primaria de la región, que permiten reforzar el trabajo con este grupo etario, esto se encuentra solo en cuatro de las quince comunas de la región (27%), siendo de alta relevancia el desarrollo e instalación de este refuerzo en el 100% de las comunas.
En el caso de atención secundaria, si bien es cierto, existe oferta de atención especializada para este grupo, la brecha principal se encuentra en la distribución de los recursos más bien centralizados en capitales comunales, dificultando indudablemente el acceso de infantes, adolescente y jóvenes a una atención oportuna y con acceso expedito a estas.
Se espera que, con el aumento de horas de especialista en la provincia de Limarí, más la normalización de los Hospitales de la región (La Serena, Coquimbo e Illapel), se instale una Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UCHIP) Infanto adolescente en todas las provincias. Asociado a esto, se espera que en el territorio donde se ubique una UHCIP, esté también considerado el desarrollo de un Hospital de día, a fin de que la persona usuaria transite en un continuo de decreciente de necesidad de cuidados. Por tanto, y según lo expuesto. Se proyecta para la región de Coquimbo un crecimiento de tres Hospitales de Día Infanto Adolescente instalados en La Serena (1), Ovalle (1) e Illapel (1).

El rediseño de la Red Temática de salud mental comienza a desarrollarse el año 2019, y durante el periodo hasta el año 2021, se realiza en base a trabajo que involucra a diversos actores pertenecientes a diferentes nodos y territorios, incluyendo a representantes de otras áreas del Servicio de Salud Coquimbo y de la comunidad, conformando la Comisión de Rediseño de la Red Temática de Salud Mental. La modalidad de trabajo implicó reuniones en la comisión y subcomisiones para llegar a identificar los nudos críticos y propuestas de solución acordes, teniendo las siguientes etapas: identificación de la oferta y la demanda, establecimiento de las brechas,

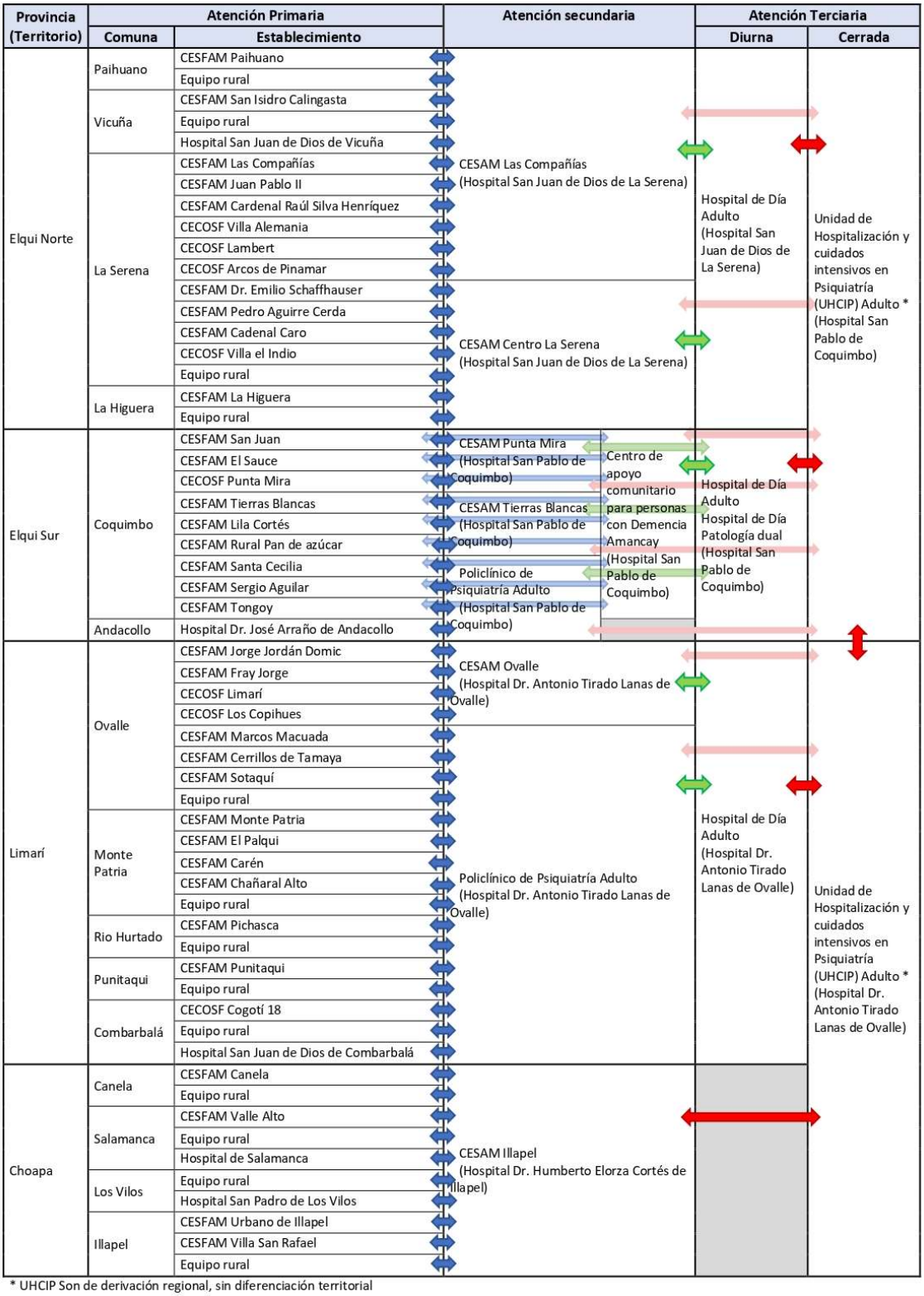
difusión de brechas, análisis y discusión de las brechas, definición de los nudos críticos y nudos prioritarios, definición de la propuesta, elaboración de proyectos, y pertinencia técnica del MINSAL. Este trabajo sostuvo una permanente coordinación con el Consejo Técnico Regional y el Consejo de Participación en Salud Mental.

Es necesario agregar que, aunque sobrepasa el tiempo de proyección del actual rediseño, se espera utilizar las dependencias de los actuales hospitales San Pablo de Coquimbo y San Juan de La Serena, para establecer allí proyectos de CSMC complejos, que incluyan el equipo ambulatorio de especialidad, Hospitales de Día, Centros de Memoria y camas de hospitalización transitoria, todas estrategias que incluyen todo el ciclo vital. Este modelo pretende validarse con MINSAL durante el periodo de diseño y construcción de los nuevos hospitales (2025 aproximadamente).
Eventualmente, a los proyectos descritos se debe agregar el desarrollo del CSMC La Pampilla, en Coquimbo, cuyo terreno debe traspasarse al SS para avanzar. En el caso de territorio de Elqui norte (La Serena, La Higuera, Vicuña y Paihuano), por la alta demanda asistencial, hay que considerar la reposición del CSMC Las Compañías, en situación crítica de infraestructura, pero aun sin terreno disponible, y al corto plazo contar con otro equipo ambulatorio de especialidad para atención de todo el curso vital.

Cambio en el mapa de la red

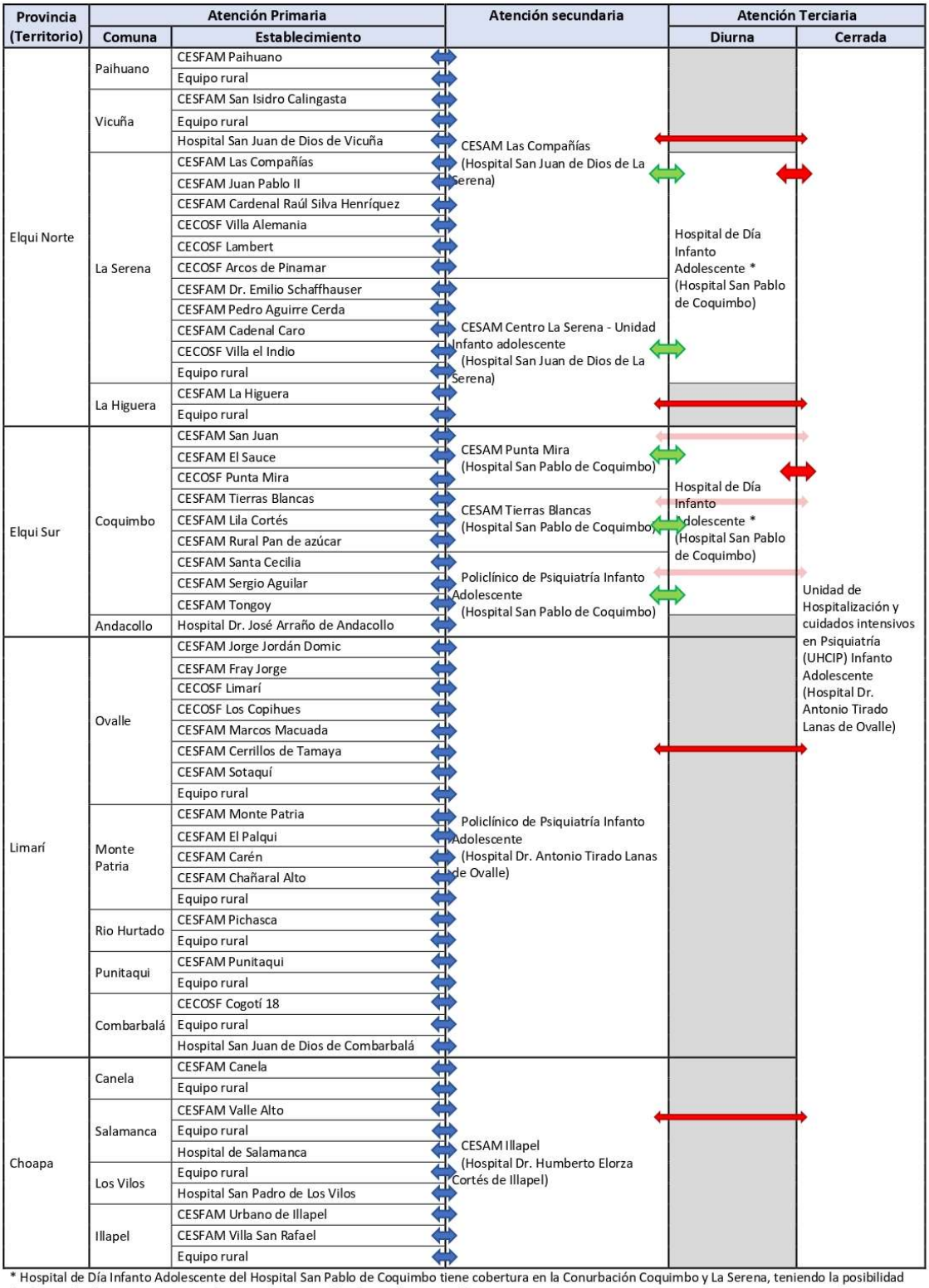
Las propuestas de solución que se plantean generan cambios tanto en la Red Temática de Salud Mental de adulto, como en la de infanto adolescente. En la red de adulto se genera el cambio en el mapa específicamente en el territorio de Limarí y Elqui Norte, pues se modifica la cobertura del CESAM de Ovalle ampliándola a la comuna completa, y se modifica las coberturas de los CESAM de Elqui Norte.
Por otra parte, la red infanto adolescente se modifica en cuanto se amplía el número de camas de hospitalización de cinco camas (ubicadas actualmente en el hospital de Ovalle) a diez, con cinco nuevas camas de la Unidad de Hospitalización en Coquimbo. La derivación en esta red, al no contar con camas en todos los territorios, continuará teniendo una referencia regional. Además, al existir nuevos proyectos de hospitales de día, y nuevos CESAM, cambiará el mapa en casi todos los territorios exceptuando Choapa.
Se adjuntan los mapas de Red actuales de adulto e infanto adolescentes, y los proyectados al 2025 con los cambios mencionados.

Mapa de derivación RTSM regional Adulto, Coquimbo, 2022.



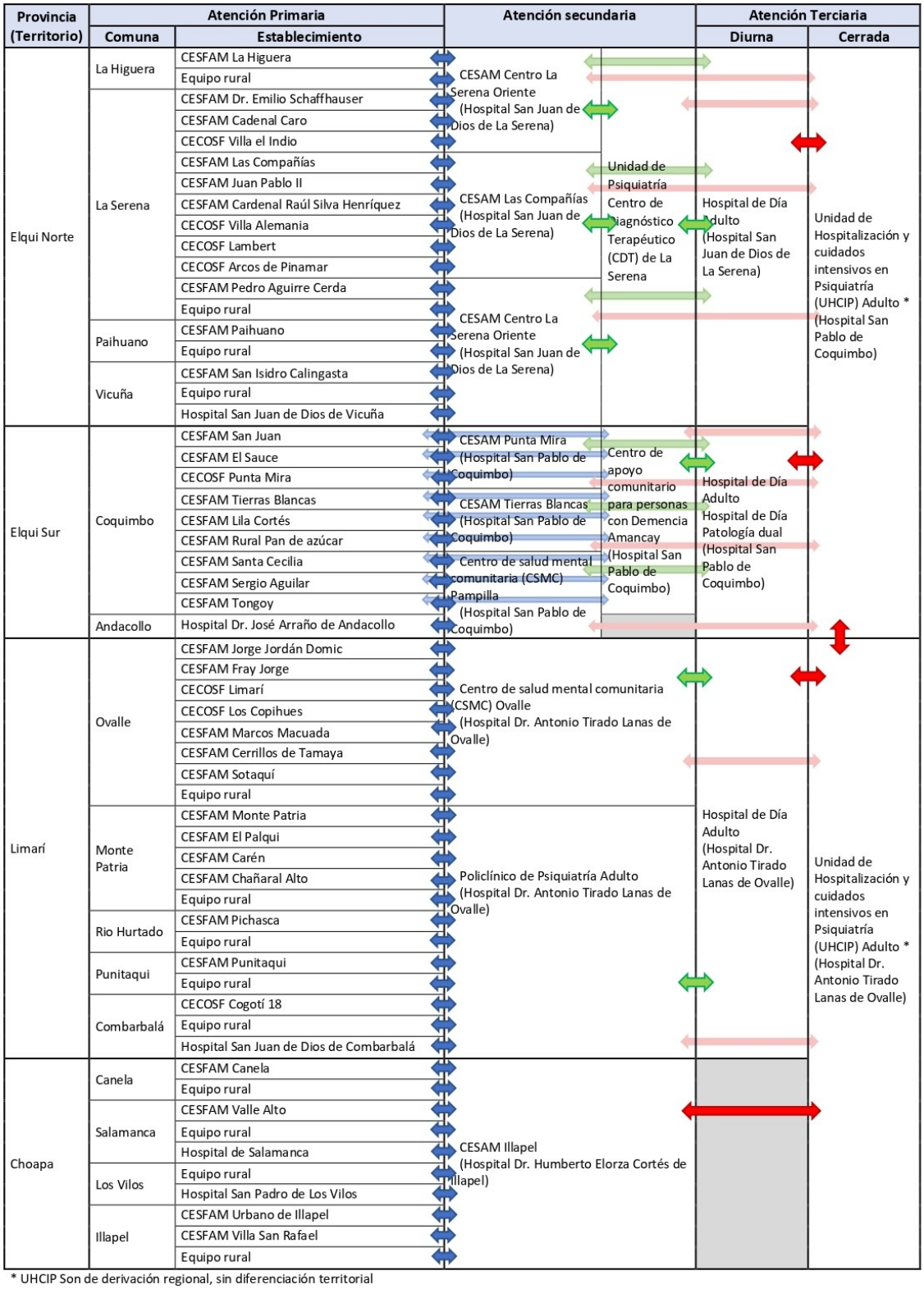
* UHCIP Son de derivación regional, sin diferenciación territorial

Mapa de derivación RTSM regional Infanto Adolescente, Coquimbo, 2022



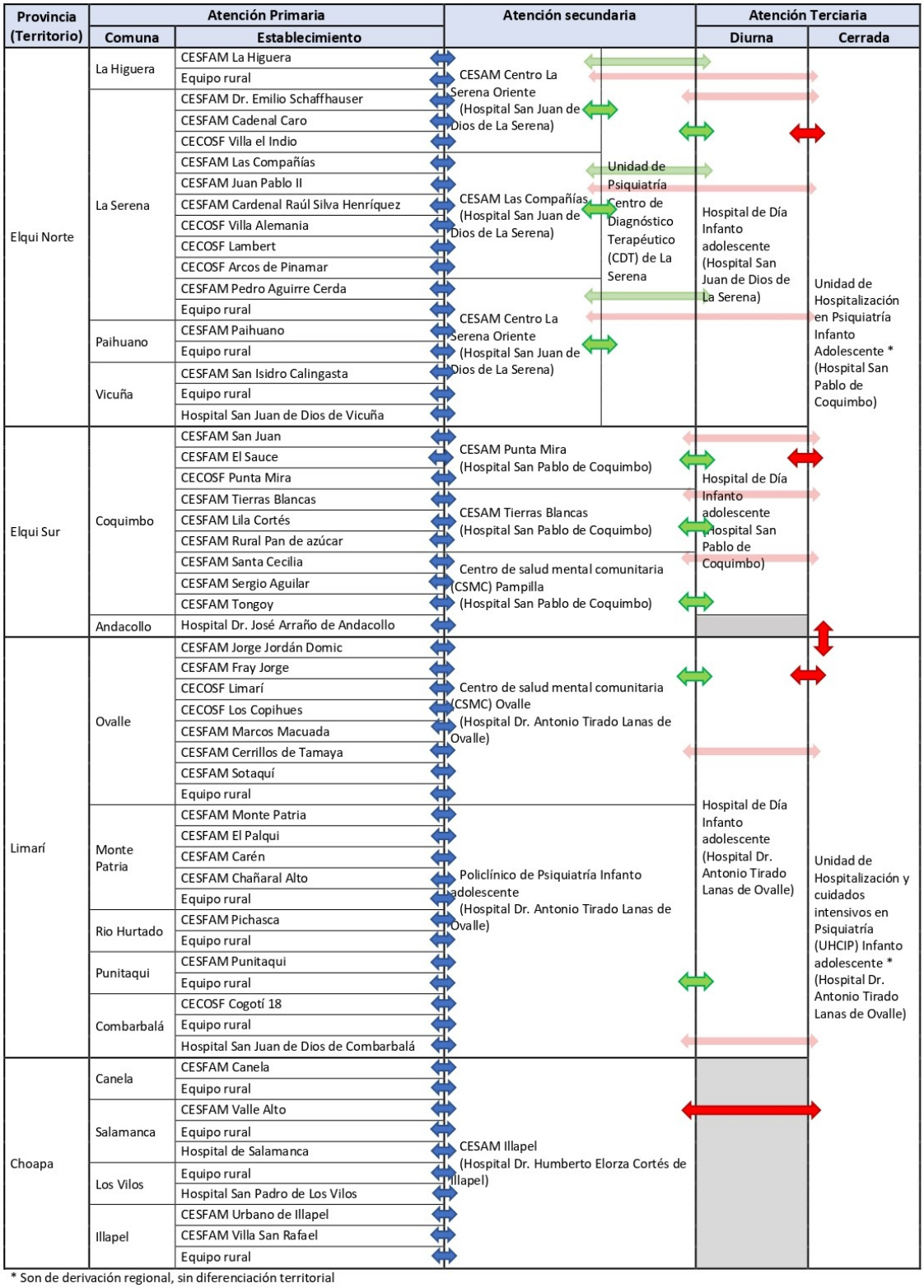
* Hospital de Día Infanto Adolescente del Hospital San Pablo de Coquimbo tiene cobertura en la Conurbación Coquimbo y La Serena, teniendo la posibilidad de derivación de otros territorios si la persona usuaria y familia pueden asistir diariamente.

Mapa de derivación RTSM regional Adulto proyectado año 2025, Coquimbo.



* UHCIP Son de derivación regional, sin diferenciación territorial

Mapa de derivación RTSM Regional infanto adolescente proyectado año 2025, Coquimbo.



* Son de derivación regional, sin diferenciación territorial

Atención Primaria

La Red de Atención Primaria del Servicio de Salud Coquimbo, está conformada por 32 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 10 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 96 Postas de Salud Rural (PSR), 5 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 12 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 10 Servicios de Urgencia Rural (SUR) y 5 Hospitales de la Familia y Comunidad (hospitales comunitarios). Adicionalmente se suman alrededor de 220 Estaciones Médico Rurales, dispositivos que son facilitados por la comunidad y se adecúan transitoriamente para la atención de los equipos de salud que realizan rondas rurales a las localidades más alejadas de las 15 comunas de la región.

Para abordar la dificultad de acceso a prestaciones de rehabilitación, dado el contexto de dispersión geográfica regional, es que se ha dispuesto de servicios de rehabilitación con enfoque comunitario a través de dos equipos de rehabilitación rural; uno para las comunas de las provincias de Elqui/Limarí y otro para Choapa, favoreciendo el acceso a la rehabilitación integral a personas que contaban con barreras de acceso territorial para la atención. Esta estrategia se compone de prestaciones kinésicas, fonoaudiológicas y de terapia ocupacional, equipo que a la vez, cumple un rol de gestor territorial.

Otra estrategia, que en el contexto del plan nacional de cáncer, permite acercar las prestaciones de salud al área rural es el mamógrafo móvil; dispositivo que favorece el diagnóstico oportuno de patologías mamarias.

Además, el servicio de salud se encuentra trabajando en aumentar el desarrollo de la conectividad de las postas rurales lo que permitiría desarrollar estrategias como telemedicina y hospital digital rural, facilitando atenciones remotas que permitirían una mayor oportunidad en el abordaje de problemáticas de salud, soslayando las dificultades demográficas que estos territorios presentan hasta el día de hoy.

En relación a la infraestructura en los territorios rurales, existen una serie de proyectos de reposición de postas de salud rural. Estos proyectos fueron levantados a partir de un diagnóstico regional realizado el año 2017 y que fue sometido a una matriz de priorización para ser finalmente incorporados en el convenio de programación MINSAL – GORE. De manera paralela en el mediano plazo se desarrollará una línea de trabajo relacionada con la regularización de las resoluciones de autorización/demostración sanitaria, lo que contribuirá a mejorar los estándares de infraestructura para la atención de salud en el sector rural.

Uno de los principales desafíos de esta red al corto y mediano plazo es la implementación de la estrategia ECICEP. De acuerdo con las proyecciones, para el año 2050 las personas mayores en Chile podrían alcanzar un 33% de la población. Nuestro país se encuentra en su etapa post transicional, con un evidente descenso de las tasas de natalidad y aumento de la esperanza de vida. Las personas mayores representan el 17,6% de la población y la esperanza de vida ha aumentado desde 76,6 a

los 81 años en el período comprendido entre los años 2001 y 2021. Sin embargo, vivir más tiempo no significa necesariamente vivir mejor. En nuestro país, la última década de vida de una persona, generalmente no se presenta de forma saludable y la calidad de vida se altera de forma biopsicosocial: más enfermedades, jubilación, escasas pensiones y en ocasiones soledad. Es en este escenario que aparece el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, llegando a cifras de más de 9 millones de personas con presencia de 2 o más patologías crónicas y casi 2 millones y medio, con más de 5 patologías. Justamente es en este grupo, que el sistema de atención de salud se encarece, por el tipo y cantidad de atenciones que puede requerir la persona, sin mencionar, los costos familiares y de salud mental que ello conlleva. En ese contexto, desde el Ministerio de Salud se impulsa la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP), a partir de la tendencia global de priorizar la entrega de cuidados/recursos y acompañamiento según el nivel de riesgo y necesidades de atención de salud de las personas, a través del curso de vida.

Es así como en nuestra región durante el año 2021 se estructura el equipo de facilitadores ECICEP, conformado por referentes de diferentes equipos del Servicio de Salud Coquimbo (Subdepartamento de Modelo y Territorio, Subdepartamento de Salud Mental, Programa cardiovascular y Programa de personas mayores), además de incluir tres médicos representantes de las comunas con mayor población: Coquimbo, La Serena y Ovalle, dos de ellos Médicos de Familia. Este equipo planifica el desarrollo de la estrategia a partir de duplas territoriales, constituidas por parte del equipo facilitadores ECICEP, quienes capacitan a los equipos de los 12 establecimientos de las comunas de Ovalle, La Serena, Coquimbo, Illapel, Punitaqui y Vicuña, pilotos de la estrategia durante el año 2022. Estos equipos han iniciado las atenciones a partir de octubre del presente año y avanzan positivamente, fortaleciendo la implementación con otras capacitaciones complementarias, para entregar una atención de salud centrada en la persona, con calidad y en búsqueda de la satisfacción usuaria. Adicionalmente se han desarrollado 4 cursos a los equipos locales de los establecimientos pioneros en la estrategia a nivel regional, quienes hoy cuentan con herramientas que les permitirán generar cambios en sus prácticas, con el fin de transitar hacia conductas y relaciones más asertivas, adecuadas a la necesidad de las personas, familias y comunidad.

Para iniciar el trabajo con esta nueva perspectiva, los equipos locales trabajaron en la estratificación de usuarios según nivel de riesgo asociado al número de patologías (multimorbilidad) y priorizaron las atenciones en subgrupos, para facilitar el pilotaje e implementación. La mayoría de estos subgrupos incluyeron personas con cinco o más patologías, que son los que requieren más atención y continuidad del cuidado en nivel secundario. Son usuarios o usuarias, que deben asistir continuamente a controles, separados por patología, llevando a problemas de sobre intervención, polifarmacia y profundizando la brecha de fragmentación de la atención.

En las atenciones ECICEP, la persona recibirá una atención de salud de todas sus patologías, abordando en una misma consulta todos sus problemas de salud, considerando el contexto familiar y comunitario, desde una mirada integral, con acuerdos o compromisos, que serán expresados en un Plan consensuado con el usuario o usuaria, relevando el rol del auto manejo y considerando

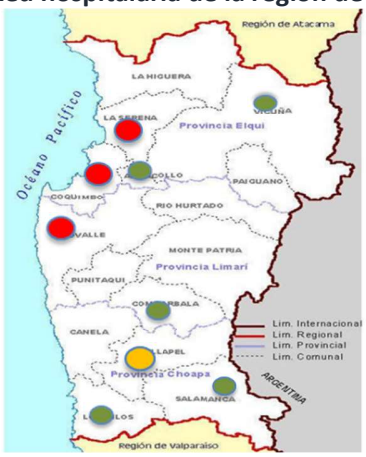
determinantes sociales, ámbitos familiares y de la comunidad, que también forman parte de la vida de la persona. La dupla profesional, dispondrá de una hora para evaluar y consensuar junto al usuario un plan de cuidados; acordando compromisos y acompañamiento desde el equipo de salud. El eje central de la ECICEP es la integralidad. Busca comprender a los usuarios considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud- enfermedad. La nueva visión de atención de salud que busca dejar atrás la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas y grupos de éstas, así como también actualizar la forma en que educamos y entregamos la información a nuestros usuarios, siguen siendo los grandes desafíos que tenemos los funcionarios de atención primaria.

Paralelamente a este proceso de capacitación a los equipos por parte de las duplas del equipo implementador, se han desarrollado otras instancias para fortalecer la implementación y desarrollo de la estrategia a nivel regional. Una de estas actividades ha sido la Jornada de Sensibilización y Difusión de Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas al interior de la Dirección del Servicio de Salud, la que fue diseñada bajo el modelo de educación participativa del adulto, porque aún existe desconocimiento de ECICEP, tanto de su marco conceptual como operativo, dentro de las líneas estratégicas que llegan a los equipos ejecutantes. La idea fue promover algunos valores como: trabajo en equipo, compañerismo, colaboración, iniciativa y creatividad en el juego, para llevarlos a los equipos de trabajo, en Servicio de Salud Coquimbo, donde todos los días jugamos partidos definitorios para el éxito de las políticas públicas de salud; que los triunfos se concretan siempre trabajando en equipo y esa armonía, trasciende en una atención de calidad y humanizada, para nuestros usuarios y usuarias.

Es fundamental que todos los lineamientos y estrategias desde la Dirección de Servicio de Salud Coquimbo estén en sintonía y favorezcan la implementación de ECICEP, siempre bajo el alero del Modelo de Atención Integral de salud Familiar y Comunitario, acercando la referencia y contra referencia del nivel secundario; incluyendo las atenciones en procesos programáticos, sensibilizando y difundiendo, para una derivación efectiva desde otras líneas programáticas. Para el año 2023 se espera poder incorporar 16 nuevos establecimientos entre CESFAM, CECOSF y Hospitales Comunitarios a la estrategia (alcanzando un total de 28) y sumar el primer piloto de ECICEP en Postas de Salud Rural en la comuna de Illapel.

Otro desafío en cuanto a los procesos demográficos es la atención de salud de migrantes dado el incremento de los flujos migratorios hacia nuestro país en la última década y la situación de vulnerabilidad a la que se ven enfrentados al ingresar al país. Para abordar esta temática la Organización Panamericana de Salud (OPS) ha impulsado la implementación de equipos de trabajo (duplas sanitarias y psicosociales) en aquellos territorios que han recibido un mayor número de migrantes. Se espera que estos equipos sanitarios se constituyan en un nexo entre los sistemas sanitarios y las personas migrantes, vinculando a esta población con los diferentes establecimientos de salud y el intersector para abordar la dificultad del temor de ingreso y la discriminación

Atención Cerrada:
Red hospitalaria de la región de Coquimbo



ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS (9):

3 Alta Complejidad
1 Mediana Complejidad
5 Baja Complejidad o Comunitarios

Nombre Oficial	Complejidad del establecimiento
Hospital San Juan de Dios (La Serena)	ALTA
Hospital San Pablo (Coquimbo)	ALTA
Hospital Dr. Antonio Tirado Lanas (Ovalle)	ALTA
Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés (Illapel)	MEDIANA
Hospital de Salamanca	BAJA
Hospital Los Vilos	BAJA
Hospital de Combarbalá	BAJA
Hospital de Andacollo	BAJA

La red hospitalaria de la región de Coquimbo está compuesta por nueve hospitales, divididos en las tres provincias, tres de alta complejidad La Serena Illapel y Ovalle, uno de mediana complejidad Illapel y cinco de baja complejidad, Andacollo, Vicuña, Salamanca, Combarbalá y Los Vilos. Según la estructura de redes vigente, estos establecimientos se dividen por provincia según niveles de complejidad, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
Un factor clave en la oferta de servicio asociados a la atención cerrada es la cartera de prestaciones Las prestaciones de los hospitales de baja complejidad consideran prestaciones ofertadas por programas de salud APS más prestaciones según nivel de resolutividad y modelo de salud familiar, mientras que los hospitales de mediana y alta complejidad ofertan prestaciones de salud en cuanto al nivel de complejidad establecido por la red, disponibilidad de recursos humanos, equipo, equipamiento e infraestructura.

Provincia del Choapa: Esta provincia cuenta con el hospital de Illapel de mediana complejidad y los hospitales de los Vilos y Salamanca de baja complejidad.

Hospital de Illapel:
oftalmología (incluye cirugía de cataratas), otorrinolaringología, traumatología, urología, ginecología, medicina interna, cirugía general, anestesia, psiquiatría adulto e infantojuvenil. Adicionalmente, este hospital por la pandemia implementó una UTI de seis camas que se mantiene.

Hospitales de Los Vilos y Salamanca: Cuentan con la cartera de APS por programas y las especialidades de medicina interna y ginecología (consulta).

Provincia de Limarí: Esta provincia cuenta con el hospital de Ovalle de alta complejidad, recientemente normalizado y el hospital de Combarbalá, de baja complejidad.

Hospital de Ovalle:
oftalmología (incluye cirugía de cataratas), otorrinolaringología, traumatología, incluye cirugía de hombro, rodilla y cadera), urología, ginecología adulto e infanto adolescente, medicina interna, cardiología, endocrinología, diálisis, dermatología, fisiatría, cirugía general, cirugía de cabeza y cuello, anestesia, psiquiatría adulto e infantojuvenil (incluyen camas de hospitalización).
Por la pandemia se implementó una UTI de 16 camas que se mantienen, con respecto a las 6 camas de hospitalización de psiquiatría infanto juvenil, estas son de carácter regional, al igual que la unidad de ginecología infanto adolescente; que incluye manejo y seguimiento de Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) en diversidad sexual y de género.
Dentro de los desafíos a corto plazo está implementar peritoneodiálisis y potenciar fisiatría y rehabilitación.

Hospital de Combarbalá:
Cuenta con la cartera de APS por programas

Provincia del Elqui: Esta provincia concentra el 59% de la población en las comunas de Coquimbo y la Serena, cuenta con dos hospitales de alta complejidad con carteras complementarias entre sí, Los hospitales de Coquimbo y la Serena y dos hospitales de baja complejidad en Vicuña y Andacollo.

Hospital de Coquimbo:
neurocirugía adulto y pediátrica (de carácter regional y macroregional con Atacama), Unidad de Tratamiento de Accidente Cerebrovascular (UTAC) regional y Tele AC, traumatología de alta complejidad, neurofisiología de alta complejidad, estudio del sueño, cirugía infantil compleja y cuidados intensivos pediátricos, reumatología e inmumnología pediátrica, almacenamiento transitorio de tejidos, procuramiento de órganos y tejidos, medicina interna, reumatología , inmunología, cardiología, endocrinología, broncopulmonar, hematología no oncológica, dermatología, coloproctología y cirugía de tórax, cirugía de cabeza y cuello, cirugía bariátrica, trastornos témporo mandibulares y dolor orofacial de derivación regional, patología molecular en anatomía patológica, radiología intervencional, psiquiatria adulto con camas de hospitalización, medicina hiperbárica de carácter regional y unidad geriátrica de agudo (UGA).

Dentro de los desafíos a corto plazo está potenciar la medicina hiperbárica, adicionando oxigenación hiperbárica, osteoradionecrosis y manejo de heridas complejas, adicionalmente incorporar la prestación de peritoneo diálisis infantil y cinco camas de hospitalización de psiquiatría infantoadolescente.

Hospital de la Serena:
oftalmología, procuramiento y transplante de córneas, otorrinolaringología de alta complejidad,

medicina reproductiva, cirugía de piso pélvico, Ginecología oncológica, hematoncología ,oncología y quimioterapia, peritoneodiálisis, cardiología intervencionista y unidad crítica coronaria (ambas de carácter regional), cirugía neonatal y cuidados intensivos neonatales, medicina interna, reumatología , inmunología, endocrinología, broncopulmonar, urología oncológica y de alta complejidad (piso pelviano en conjunto a ginecología, genitoplastia feminizante o masculinizante , (esta última de derivación regional y macroregional para la zona norte del país) , coloproctología cirugía de tórax, cirugía de cabeza y cuello y cirugía plástica y reconstructiva .

Actualmente con el CDT en puesta en marcha se implementará al corto plazo dermatología y traumatología, prestaciones que previamente estaban concentradas en el Hospital de Coquimbo para la provincia del Elqui, pero que debido a su gran demanda fueron consideradas en este nuevo recinto. Esta nueva infraestructura permite el desarrollo de diferentes áreas, entre las que se destacan rehabilitación y cardiología con un policlínico dedicado a enfermedad de Chagas.
Dentro de los desafíos está implementar infertilidad de alta complejidad, potenciar geriatría y el re acondicionamiento de 12 camas de hematología intensiva.

En el nuevo Hospital de La Serena incorpora la cartera de cardiocirugía, cuyas prestaciones actualmente son derivadas a la Macrozona, específicamente Hospital Gustavo Fricke, adicionalmente durante el año 2024 se sumará un cardiocirujano PAO al Hospital de La Serena, para de manera paulatina incorporar algunas prestaciones en espera del nuevo Hospital.

Hospitales de Vicuña y Andacollo: Cuentan con la cartera de APS por programas

Red de atención Regional de la Enfermedad Renal Crónica y Estrategia de Abordaje

La estrategia para el abordaje de la cronicidad de la enfermedad renal, es con una atención orientada hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada usuario en particular, con una red asistencial que resulte adecuada y eficiente, que se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad del paciente y favorezca su autonomía personal.
La estrategia de abordaje debe considerar los siguientes aspectos:

- Coordinación entre los niveles de atención primaria y secundaria que garantice la continuidad asistencial.
- Atención de la pluripatología, comorbilidad y situaciones de especial complejidad.
- Trabajo multidisciplinar que garantice la continuidad en los cuidados
- Fortalecimiento del proceso de atención de los profesionales de la medicina de atención primaria de salud.
- Realizar intervenciones de información y educación en el cuidado de la función renal y en el proceso fisiológico del envejecimiento de la función renal.
- Alcance de los pacientes en el cuidado de su salud.
- Mejorar la comunicación, personalizar el trato y humanizar la atención.

- Aumentar la oferta cupos en la Unidad de Peritoneodialisis Regional del Hospital de La Serena.
- Aumentar la oferta de cupos de tratamiento de Hemodiálisis en los centros existentes y a corto plazo en el Centro de Hemodiálisis proyectado en el Hospital de Vicuña

Nuestra realidad local nos deja en evidencia que existe una elevada demanda social, que es necesario aplicar medidas porque son factibles, la enfermedad es tratable, y existe disponibilidad de recursos para otorgar una atención integral, multidisciplinaria, coordinada con todos los profesionales, enfocada a la equidad y la calidad de la atención.

Los objetivos de esta iniciativa son los siguientes:

- Aumentar el diagnóstico precoz de la enfermedad
- Disminuir los factores de progresión, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y reducir la morbimortalidad cardiovascular.
- Ofertar sustitución renal
- Potenciar en la red EAR el Tratamiento Conservador No Dialítico de la Enfermedad Renal Crónica

Actualmente la red cuenta con centros de diálisis en los Hospitales de Coquimbo, la Serena (CDT), Ovalle y los Vilos que, sumados a los centros privados en convenio, dan cobertura a las tres provincias de la región. Se proyecta a corto playo un centro de diálisis en la comuna de Vicuña.

Esquema de derivación, atención cerrada

Provincia	Comuna	Establecimiento de origen		Establecimiento de destino	
			baja complejidad	Mediana Comple	Alta complejidad
Elqui	La Serena	DESAM La Serena			Hospital San Juan de Dios de La Serena
		CESFAM Schaffauser			
		CESFAM Pedro Aguirre Cerda			
		CESFAM Cardenal Caro			
		CESFAM Las Compañías			
		CESFAM Raúl Silva Henriquez			
		CESFAM Juan Pablo II			
	Coquimbo	CESFAM Tierras Blancas			Hospital San Pablo de Coquimbo
		CESFAM Sergio Aguilar			
		CESFAM			
		CESFAM Juan Pablo II			
		CESFAM Juan Pablo II			
		CESFAM Juan Pablo II			
		CESFAM Juan Pablo II			
	Vicuña	DESAM Vicuña	hospital Vicuña		Hospital San Juan de Dios de
	Paiguano	CESFAM Paiguano	hospital Vicuña		Hospital San Juan de Dios de La Serena
	Andacollo	Hospital de Andacollo	Hospital de Andacollo		Hospital San Pablo de Coquimbo
Limari	Ovalle	CESFAM Paiguano			Hospital Antonio Tirado Lanas de Ovalle
		CESFAM Jorge Jordán			
		CESFAM Marcos Macuada			
		CESFAM Cerrillos de Tamaya			
		CESFAM Sotaquí			
		CESFAM Fray Jorge			
	Monte Patria	CESFAM Monte Patria			
		CESFAM El Palqui			
		CESFAM Chañarañ Alto			
		CESFAM Carén			
	Combarbalá	DESAM Combarbalá			
	Punitaqui	CESFAM Punitaqui			
	Río Hurtado	Equipo rural Rio Hurtado			
		CESFAM Pichasca			
Choapa	Illapel	CESFAM Villa San Rafael		Hospital Dr. Humberto Elorza de Illapel	
		CESFAM Urbano de Illapel			
	Salamanca	DESAM Salamanca	Hospital de Salamanca		
	Canela	CESFAM Canela			
	Los Vilos	DESAM Los Vilos	Hospital de Los Vilos		

- En el Caso de Illapel al ser de mediana complejidad, al ver superada su capacidad resolutiva deriva a Coquimbo y/o Ovalle.

En relación a la cartera de las **Unidades de Apoyo clínico:**

Imagenología

Para la entrega de prestaciones de Imagenología en la Red Coquimbo, estas se encuentran distribuidas por complejidad hospitalaria, lo que se muestra en la siguiente tabla:

Criterios de Clasificación	Componente	Hospital de Menor Complejidad		Hospital Autogestionado en Red
		Baja Complejidad	Mediana Complejidad	Alta Complejidad
Unidades de Imagenologia	Cualitativo	• Exámenes radiológicos simples • Ultrasonografía	• Exámenes radiológicos simples • Ultrasonografía • Tomografía Computada	• Exámenes Radiológicos simples • Exámenes radiológicos complejos • Ultrasonografía • Tomografía Computada • Resonancia Magnética
	Cuantitativo	• Rx Osteopulmonar • Mamógrafo Fijo • Mamógrafo Móvil • Ultrasonógrafo simple	• Rx Osteopulmonar • Mamógrafo Fijo • Rx Arco C • Rx móvil/portátil • Ultrasonógrafo simple y mediano	• Rx Osteopulmonar • Mamógrafo Fijo • Rx Arco C • Rx móvil/portátil • Ultrasonógrafo mediano y alto

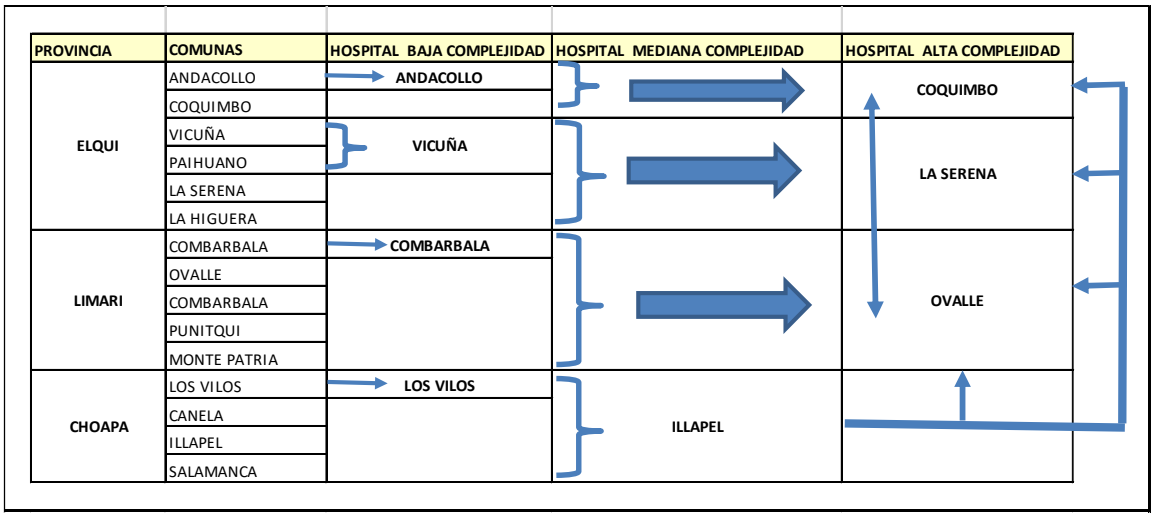
En la actualidad los Servicios de Imagenología de los 4 Hospitales mayores, hospitales de alta y mediana complejidad, de la región conforman una sola red digital con la información de los estudios imagenológicos realizados en cada uno de ellos. Los beneficios de esta red han sido progresivos, destacándose:

- ❖ Eliminación de trabajo analógico (placas, líquidos de revelado, cámaras oscuras, archivos de placas e informes en papel)
- ❖ Disponibilidad de los estudios (tanto imágenes como informes) de cualquier estudio realizado en uno de estos centros para todos los centros del sistema público de la región a través de la red MINSAL, disminuyendo la necesidad de repetición de estudios, pérdida de estos, y posibilitando la interconsulta entre los diferentes centros y radiólogos.
- ❖ Existencia de un archivo común PACS de alta seguridad lo que asegura la indemnidad de la información (los estudios analógicos se perdían y deterioraban con altísima frecuencia una vez que se entregaban al usuario o a los servicios que los solicitaron, sin posibilidades de copias) Posibilidad de informe a distancia lo cual ha sido muy importante en época de pandemia pero que también abre las puertas a una nueva forma de trabajar en red (por subespecialidad más que por recinto hospitalario)
- ❖ Disponibilidad rápida de estadísticas de producción por diferentes filtros (profesional, sala, equipo, tipo de estudio, etc.), a través del sistema Dashboard.
- ❖ Posibilidad de consulta a distancia o visualización de nuestros estudios en hospitales de otras regiones a través de SYNAPSE, lo cual ha evitado repetir estudios de pacientes derivados especialmente a centros de mayor complejidad de la Región Metropolitana y V región.
- ❖ Posibilidad de entregar copias a los usuarios de cualquiera de sus estudios realizados en la red cuando lo requieran

El servicio de imagenología del CDT, dispondrá de Tomografía Computarizada Multicorte (TCMC); Resonancia Magnética (RM), Mamografía con tomosíntesis y esterotaxia mamaria como prestaciones regionales y Rx convencional y ultrasonografía (US). Todo este equipamiento generará una alta cantidad de información que debe integrarse a la generada actualmente y ser una fuente más de estudios de la red digital. Esto significa sumar los equipos computacionales y software necesarios además de las licencias de voz para los radiólogos que asumirán esta nueva carga de estudios.

Los Hospitales de Coquimbo y Ovalle, evalúan utilizar la experiencia del Hospital de La Serena, de utilizar el sistema RIS como un sistema de comunicación formal y legal (es parte de la ficha clínica) entre los servicios, dejando así un registro escrito de estas comunicaciones y además facilitando la revisión del estado de las solicitudes de estudios a Imagenología. Para ello los profesionales del Hospital La Serena prestarían asesoría, específicamente del Servicio de Imagenología.

Derivación imagenología



Unidad de Anatomía Patológica (UAP)

El aumento sostenido de la necesidad por biopsias en la región, demanda a su vez, un aumento en la capacidad resolutiva de las dos Unidades de Anatomía Patológica de la Red. En la actualidad, existe una situación crítica en UAP del Hospital de Coquimbo, la cual se encuentra sobrepasada no logrando cumplir con tiempos de respuesta oportunos, presentando retrasos de hasta 1 año en la entrega de informes. Esta situación se ha intentado subsanar, apoyando en la reparación de equipos y en la derivación de biopsias hacia el Hospital de Ovalle o al extrasistema. Además, se está trabajando en modernizar el sistema informático de la Unidad para mejorar los flujos y trazabilidad.

La UAP del Hospital de Ovalle presenta un espacio reducido y personal insuficiente, no obstante, cuenta con equipos e instalaciones más modernas de la red y un sistema informático de vanguardia que ha logrado, de momento, responder a la demanda de la provincia de Limarí. Esta Unidad comenzará a recibir las muestras para biopsia de la provincia del Choapa.
En ambas UAP existe una brecha importante de RRHH, principalmente Médicos Patólogos, pero también se necesitan Tecnólogos Médicos, Técnicos y Auxiliares.

Como proyección a nivel de la Red Asistencial, se espera unificar los sistemas informáticos (SI), instalando el SI del Hospital Ovalle en la UAP del Hospital de Coquimbo y a futuro en el Hospital de La Serena. Esto permitiría tener acceso a informes digitales oportunos y mejoraría la trazabilidad de las biopsias en la región.
Se proyecta a dos años la apertura de la UAP del Hospital de La Serena, lo que permitirá distribuir de mejor manera la carga de biopsias.
Se está evaluando la introducción de nuevas tecnologías para mejorar la resolutividad local de exámenes que actualmente se compran al extra sistema, esto consideraría la implementación de técnicas moleculares.

Anatomia Patologica (Biopsias y Citologias no Ginecologicas)

Provincia o Nodo	COMUNA	HOSPITAL DE BAJA	HOSPITAL MEDIANA	HOSPITAL DE ALTA
Elqui	Andacollo	Hospital de Andacollo		
	Coquimbo	Hospital de Coquimbo		Hospital Coquimbo
	La Serena	Hospital de La Serena		
	Vicuña	Hospital de Vicuña		
Limarí	Combarbalá	Hospital de Combarbalá		
	Ovalle	Hospital de Ovalle		Hospital Ovalle
Choapa	Illapel	Hospital de Illapel		
	Los Vilos	Hospital de Los Vilos		
	Salamanca	Hospital de Salamanca		

Anatomia Patologica (Citologias Ginecologicas)

Provincia o Nodo	COMUNA	ORIGEN	HOSPITAL DE BAJA	HOSPITAL MEDIANA	HOSPITAL DE ALTA
Elqui	Coquimbo	Hospital Coquimbo			
		DESAM Coquimbo			
	La Higuera	DESAM La Higuera			
	La Serena	Hospital La Serena			
		DESAM La Serena			
	Paihuano	DESAM Paihuano			
	Vicuña	Hospital de Vicuña			
		DESAM Vicuña			
	Andacollo	Hospital de Andacollo			
Limarí	Combarbalá	Hospital de Combarbalá			Hospital La Serena (CDT)
		DESAM Combarbala			
	Monte patria	DESAM Monte Patria			
	Ovalle	Hospital de Ovalle			
		DESAM Ovalle			
	Punitaqui	DESAM Punitaqui			
	Rio Hurtado	DESAM Rio Hurtado			
Choapa	Canela	DESAM Canela			
	Illapel	Hospital de Illapel			
		DESAM Illapel			
	Los Vilos	Hospital de Los Vilos			
	Salamanca	Hospital de Salamanca			
		DESAM Salamanca			

Medicina Transfusional

En relación a los nodos críticos del área de Medicina Transfusional se debe considerar: el alza sostenida de la demanda por componentes sanguíneos, el aumento de complejidad de las prestaciones y el desarrollo de la medicina oncológica, que junto con la dispersión geográfica de nuestros establecimientos dificulta la oportunidad para disponer de componentes sanguíneos enviados por un Centro de Sangre fuera de la región. (Valparaíso)

Por lo anterior y como solución es preciso disponer de un modelo regional centralizado para la Medicina Transfusional, basado en la disponibilidad de donantes altruistas y capacidad de procesar al menos 13.000 a 15.000 donantes/año con el fin de asegurar cobertura de la demanda. El modelo debe ser gestionado implementando un **CENTRO DE SANGRE (CS) regional** que incluya sitios fijos de donación de reposición. El CS deberá abastecer y distribuir componentes sanguíneos a todas las **Unidades de Medicina Transfusional** (UMT) de los Hospitales de La Serena, Coquimbo, Ovalle e Illapel, este último deberá contar con UMT de derivación para los establecimientos de la provincia del Choapa.

Red Actual de Referencia, Provisión y Transfusión de Componentes Sanguíneos (CS) para Medicina Transfusional.

Servicio Proveedor de Componentes Sanguíneos	Unidad de Medicina Transfusional (UMT) según complejidad		
	Establecimiento Hospitalario según complejidad		
	Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Alta Complejidad
BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE COQUIMBO	UMT HOSPITAL DE COQUIMBO	UMT HOSPITAL DE ILLAPEL	UMT HOSPITAL DE SALAMANCA
			UMT HOSPITAL DE ANDACOLLO
BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE LA SERENA	UMT HOSPITAL DE LA SERENA		UMT HOSPITAL DE LOS VILOS
BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE OVALLE	UMT HOSPITAL DE OVALLE		UMT HOSPITAL DE COMBARBALÁ

Red Proyectada con Centro de Sangre Regional.

Servicio de Colecta y Proceso de Sangre	Servicio Proveedor y Distribuidor de Componentes Sanguíneos	Unidad de Medicina Transfusional (UMT) según complejidad		
		Establecimiento Hospitalario según complejidad		
		Alta Complejidad	Mediana Complejidad	Alta Complejidad
CENTRO REGIONAL DE SANGRE	BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE COQUIMBO	HOSPITAL DE COQUIMBO		HOSPITAL DE VICUÑA
				HOSPITAL DE ANDACOLLO
			HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE SALAMANCA
	BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE LA SERENA	HOSPITAL DE LA SERENA		HOSPITAL DE LOS VILOS
	BANCO DE SANGRE HOSPITAL DE OVALLE	HOSPITAL DE OVALLE		HOSPITAL DE COMBARBALÁ

Laboratorio Clínico

El sostenido aumento de la complejidad en las atenciones de los Hospitales de La Serena, Coquimbo, Ovalle e Illapel, demanda a los Laboratorios Clínicos una continua actualización de sus carteras de prestaciones o una creciente derivación de muestras para procesamiento en el sector privado, con evidente limitación de oportunidad, disponibilidad financiera y presupuestaria. El mayor porcentaje de esta demanda corresponde a prestaciones de Laboratorio de **Biología Molecular**.

Dentro de las propuestas que se están trabajando para solucionar esta problemática se encuentra:

- Implementar localmente determinaciones de Biología Molecular, utilizando el equipamiento y recursos de los actuales Laboratorios de PCR de los Hospitales de Coquimbo, la Serena, Ovalle e Illapel, de manera de dar cobertura a los respectivos niveles de especialidad.
- Desarrollo de la Epigenética en el Hospital de La Serena para el estudio de alteraciones genéticas en desórdenes hematológicos y análisis genómico para estudio de tumores que parecían tener un origen común, que en realidad constituyen un grupo de diversas entidades moleculares.

A nivel de Atención Primaria, existe una baja resolutividad. Lo anterior se da por una limitada disponibilidad de infraestructura y recursos de los Laboratorios de los Hospitales Comunitarios, lo cual no permite asegurar la cobertura oportuna a procedimientos diagnósticos, tratamiento y continuidad de la atención 24/7. A su vez estos Hospitales tampoco tiene la capacidad necesaria para cubrir la demanda de establecimientos de APS de su área de influencia,Programa Salud Cardiovascular, Prevención de IR, Control de gestantes, exámenes de Medicina Preventiva, entre otros.

Para subsanar lo anterior se debe mejorar la infraestructura de los Laboratorios, reforzar los equipos de recurso humano profesional y técnico, con el fin de asegurar la coordinación con los Laboratorios Clínicos de los Hospitales de La Serena, Coquimbo, Ovalle e Illapel sólo para situaciones de urgencia, lo que permitiría que los Establecimientos de mayor complejidad, focalicen sus recursos y capacidades a la atención secundaria y terciaria, limitando su oferta de exámenes básicos.

Red de Referencia para Exámenes de Laboratorio Clínico según Complejidad.

Provincia	COMUNA	LABORATORIO DE BAJA COMPLEJIDAD	LABORATORIO DE MEDIANA COMPLEJIDAD	LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD
		ESTABLECIMIENTO	HOSPITAL MEDIANA	HOSPITAL DE ALTA
Elqui	Andacollo	HOSPITAL ANDACOLLO		HOSPITAL DE COQUIMBO
	Coquimbo			HOSPITAL DE COQUIMBO
	La Higuera			HOSPITAL DE LA SERENA
	La Serena			HOSPITAL DE LA SERENA
	Paihuano	HOSPITAL DE VICUÑA		HOSPITAL DE LA SERENA
	Vicuña	HOSPITAL DE VICUÑA		HOSPITAL DE LA SERENA
Limarí	Combarbalá	HOSPITAL DE COMBARBALA		HOSPITAL DE OVALLE
	Monte Patria	LABORATORIO COMUNAL DESAM MONTE PATRIA		HOSPITAL DE OVALLE
	Ovalle	LABORATORIO COMUNAL DESAM OVALLE		HOSPITAL DE OVALLE
	Punitaqui			HOSPITAL DE OVALLE
	Río Hurtado			HOSPITAL DE OVALLE
Choapa	Canela	HOSPITAL DE LOS VILOS	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE COQUIMBO
	Illapel		HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE COQUIMBO
	Los Vilos	HOSPITAL DE LOS VILOS	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE COQUIMBO
	Salamanca	HOSPITAL DE SALAMANCA	HOSPITAL DE ILLAPEL	HOSPITAL DE COQUIMBO

Red de derivación laboratorios Biología Molecular

PROVINCIA	COMUNA	ORIGEN	HOSPITAL BAJA COMPLEJIDAD	HOSPITAL MEDIANA COMPLEJIDAD	HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD
Elqui	Coquimbo	Hospital Coquimbo	→		Hospital Coquimbo
		DESAM Coquimbo			
	La Higuera	DESAM La Higuera	→		Hospital La Serena
	La Serena	Hospital La Serena			
		DESAM La Serena			
	Vicuña	Hospital de Vicuña			
		DESAM Vicuña	Hospital de Vicuña	→	
	Paihuano	DESAM Paihuano			
	Andacollo	Hospital de Andacollo	→		
Limarí	Combarbalá	DESAM Combarbalá	Hospital de Combarbalá	→	Hospital Ovalle
		Hospital de Combarbalá	→		
	Monte Patria	DESAM Monte Patria			
	Ovalle	Hospital de Ovalle			
		DESAM Ovalle			
	Punitaqui	DESAM Punitaqui			
	Rio Hurtado	DESAM Rio Hurtado			
Choapa	Canela	DESAM Canela	→	Hospital Illapel	
	Illapel	Hospital de Illapel			
		DESAM Illapel			
	Los Vilos	Hospital de Los Vilos			
	Salamanca	Hospital de Salamanca			
		DESAM Salamanca	Hospital de Salamanca		

Atención Urgencia:

La Red de Urgencia de la Región de Coquimbo es un sistema de cuidados de emergencia, y tal como lo define la OMS, está compuesta por un sistema de atención prehospitalaria, dispositivos de urgencia y Unidades de Emergencia pertenecientes a centros hospitalarios con distintos niveles de complejidad. Dicha red se articula mediante la coordinación integrada de la estrategia CIRU (Coordinación integrada en Red de Urgencia). A nivel de dispositivos de urgencia, la Red se compone de un total de 36 dispositivos, los cuales se dividen en las siguientes categorías: 9 Unidades de Emergencia en dispositivos Hospitalarios (3 UEH en Hospitales de Alta complejidad, 1 UEH en Hospital de mediana complejidad, 5 UEH en Hospitales de baja complejidad) y 27 dispositivos a nivel de atención primaria (5 dispositivos SAR, 12 dispositivos SAPU y 10 dispositivos SUR).

Tipo de Dispositivo	Descripción	Ejemplo
Dispositivo Emergencia ambulatoria con médico en horarios definidos según convenio	Localización rural, exámenes diagnósticos básicos, tratamientos básicos principalmente analgésicos	SUR
Dispositivo de Emergencia ambulatoria con médico	Localización rural/urbana, exámenes diagnósticos básicos (SAR tiene Rx y algunos POC) tratamientos básicos principalmente analgésicos	SAPU, SAR
Dispositivo de Emergencia Hospitalaria Baja Complejidad	Localización Urbana baja densidad poblacional, con exámenes de laboratorio y radiológicos, Tratamiento de mayor complejidad (analgésicos, antibióticos, trombolíticos) Acceso a Cama básica en el mismo centro	UEH Comunitaria (Salamanca, Los Vilos, Combarbalá, Vicuña y Andacollo)
Dispositivo de Emergencia Hospitalaria Mediana complejidad	Localización Urbana baja densidad poblacional, con exámenes de laboratorio y radiológicos, Tratamiento de mayor complejidad (analgésicos, antibióticos, trombolíticos, sedantes/hiponóticos y drogas vasoactivas). Acceso a Cama UTI en el mismo centro	UEH Illapel
Dispositivo de Emergencia Hospitalaria Alta Complejidad	Localización Urbana baja densidad poblacional, con exámenes de laboratorio y radiológicos, Tratamiento de mayor complejidad (analgésicos, antibióticos, trombolíticos, sedantes/hiponóticos y drogas vasoactivas). Acceso a Cama UCI en el mismo centro	UEH Ovalle, La Serena y Coquimbo

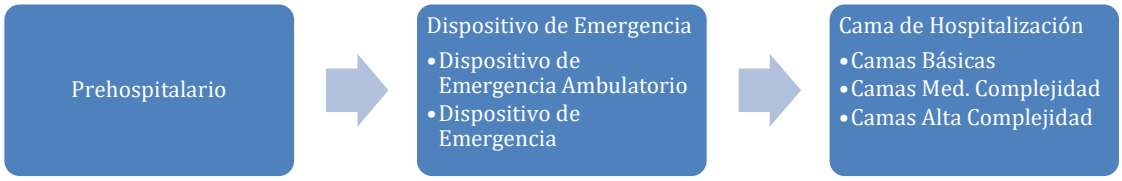
Por otro lado, las Unidades de Hospitalización las podemos subdividir en camas de baja complejidad (camas básicas) Mediana complejidad (Camas de Agudo), y alta complejidad (UTI, UCI, Unidad Coronaria). A nivel de la red de urgencia, se mantiene la comunicación y monitorización constante de los dispositivos hospitalarios, respecto a la disponibilidad a nivel del recurso camilla y camas de dotación, de esta forma se optimizan los recursos existentes garantizando la oportunidad de atención según complejidad y manejo por especialidad. La dispersión geográfica de nuestra región hace que la optimización de los elementos planteados sea un gran desafío, principalmente porque implica la realización de traslados de pacientes de larga duración entre los distintos establecimientos. A mayor tiempo de traslado existe más probabilidad de incidentes en el mismo, lo que puede ir en detrimento de la salud de los pacientes. Si a lo anterior se suma la escasa capacidad resolutiva de algunos centros, no solo estaríamos hablando de traslados de larga duración, sino también de la necesidad de realizar múltiples traslados, lo cual genera un aumento

en la demanda a dispositivos encargados de efectuar dichos traslados (SAMU, ambulancias de los mismos centros).

Se plantean como una opción de mejora dos estrategias, las cuales pueden ser complementarias. Por una parte, el fortalecimiento de la capacidad de realización de traslados, y por otro el aumento en la resolutividad y complejidad de los cuidados entregados por los dispositivos de baja complejidad, tanto a nivel de atención primaria como de hospitales de baja complejidad. El primero requiere aumentar el número de ambulancias (tanto básicas como avanzadas), mayor contratación de RRHH, y la construcción de nuevas bases SAMU en puntos estratégicos. La primera estrategia conlleva el traslado de pacientes a unidades de emergencia hospitalarias, debido a los niveles de saturación elevados esto podría resultar mayor retención de ambulancias, impactando nuevamente en la capacidad de traslados.

El segundo, requiere aumento en equipamiento y/o insumos en los dispositivos de baja complejidad y aumentar las competencias de los RRHH en dichos centros. Considerar solo esta segunda estrategia tendría un impacto directo en la calidad de atención, pudiendo brindar un mejor soporte clínico al paciente crítico que espera ser trasladado; incluso podría disminuir la necesidad de traslados, debido a una menor necesidad de t para completar estudios en un dispositivo de urgencia de mayor resolución, o por contar con capacidad real de brindar las atenciones de salud que el paciente necesita.

Bajo la lógica anterior, parece razonable equilibrar ambas estrategias para optimizar los recursos financieros los cuales suelen ser limitados, teniendo presente que la segunda pareciera tener un impacto importante sobre la primera (Dispositivos de Emergencia poco resolutivos podrían generar la necesidad de más traslados para completar estudios y permiten menos capacidad de soporte al paciente crítico que está en espera de traslados).



La Red de Urgencia de la Región de Coquimbo actualmente cuenta con hospitales de baja complejidad (comunitarios) que son utilizados como “Hospitales Bases”. Estos poseen una unidad de emergencia de baja complejidad cubierta con médico general 24/7 bajo modalidad de “Etapa de Destinación y Formación” lo que implica una rotación considerable de recurso humano cada 3-6 años y lo cual conlleva un proceso de formación constante al personal nuevo que se incorpora a los dispositivos, en lo referente a conocimientos teórico prácticos en el manejo de patologías de urgencia. Por otro lado, se encuentran lejanos a centros de mayor complejidad con tiempos de traslados entre 2-4 hrs, los cuales se suman a los tiempos requeridos para preparación de unidades críticas.

Estos hospitales cuentan con recursos básicos, por tanto, pueden proporcionar un manejo inicial del paciente crítico, pero no pueden proporcionar un soporte del paciente con requerimientos de hospitalización, dado que su cartera de prestaciones no incorpora las prestaciones realizadas por camas críticas. A su vez, es frecuente que ingresen pacientes que requieren mayores estudios diagnósticos o evaluaciones por especialistas (cirujanos, neurólogos, neurocirujanos, traumatólogos, psiquiatras y cardiólogos). Algunos requieren mayores estudios imagenológicos, habitualmente TAC, para poder determinar con mayor precisión la necesidad de hospitalización, por lo que se hace necesario que los hospitales comunitarios aumenten su complejidad para poder brindar "Cuidados Críticos Rurales", concepto que Canadá y otros países han explorado con buenos resultados.

La reciente pandemia por COVID 2019 permitió vislumbrar que médicos generales con una correcta capacitación y acompañamiento, pueden ser un excelente RRHH para brindar cuidados críticos en Unidades de Emergencia y en Unidades de Paciente Crítico. Estos hechos han generado un cambio de paradigma, lo que puede ser útil en zonas de bajos recursos. Junto a lo anterior, la telemedicina permitió poder asistir de manera remota tanto a pacientes como personal sanitario, por lo que estas nuevas herramientas pueden potenciar y contribuir a la complejización de dispositivos de urgencia más alejados.

A las dificultades que tienen los centros de baja complejidad ya mencionadas, se suma el modelo de funcionamiento de las Unidades de Emergencia de Alta Complejidad, las cuales tienden a apuntar hacia un modelo multiespecialista y orientar los procesos en la optimización mediante modelos de gestión hospitalaria, los cuales se enfoquen en mejorar la capacidad de respuesta, oportunidad de atención e ingresos a cama de dotación dentro tiempos, que permitan favorecer la desaturación de las unidades de emergencia. Esto es una herencia histórica del modelo previo en que implicaba distintos especialistas desempeñando funciones en la Unidad de Emergencia. Esta forma de funcionamiento segmentaba la demanda en las distintas especialidades presentes (Neurocirugía, Med. Interna, Cirugía, etc). Lo anterior presenta inconvenientes dado que, es común que una vez descartadas las patologías de riesgo de determinada especialidad el paciente comience a ser transferido entre especialistas no tomándose oportunamente una decisión de destino, por ejemplo el ingreso hospitalario), aumentando los tiempos de estadía en unidad de emergencia y muchas veces no identificándose oportunamente patologías de riesgo.

Estos conceptos históricos también han sido transferidos en la organización de las redes en donde por el solo hecho de que existe determinado especialista en la urgencia implica una derivación inmediata a dicho centro. Por ejemplo, "pacientes que presentan sospecha de patología neuroquirúrgica deben ser trasladados para que el neurocirujano lo evalúe". Esto conlleva muchas veces a una utilización excesiva de ambulancias y recursos de las unidades de emergencia que podría haber sido evitado con un modelo de Medicina de Urgencia, lo que ha sido la tendencia internacional en las últimas décadas y apunta a que las unidades de emergencia tengan perfil generalista (no necesariamente básicas) pudiendo resolver gran parte de las patologías definiendo su destino.

El rol de los especialistas en este modelo es más bien de interconsultor, servicio que puede ser brindado hoy en día con buenas herramientas de telemedicina. La adopción de este último modelo permitiría avanzar en estrategias que no son posible debido al arraigo de prácticas históricas, como la realización de trombolisis para pacientes con Accidente Cerebrovascular en periodo de ventana en todos los centros de alta complejidad. Lo paradójico es que centros de menor complejidad han avanzado a la realización de esta y otras prestaciones con buenos resultados para el paciente.

Respecto a las orientaciones del proceso de urgencia entregadas por MINSAL año 2018, se sugiere la implementación de una gestión por flujos y el manejo de los pacientes estaría dirigido a tres grupos de pacientes: adultos, pediátricos y ginecobstétricos. Posterior al manejo inicial de pacientes, se procede a realizar las evaluaciones por especialidad en caso de requiere manejo por interconsultor.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

OBJETIVO PRINCIPAL: Aumentar la cobertura de la atención prehospitalaria en la región de Coquimbo, asegurando una atención prehospitalaria y traslado critico no programado de calidad.
El Modelo Nacional del Sistema de Atención Médica de Urgencia (SAMU), Minsal 2018, propone que la cobertura territorial de una ambulancia debe permitir garantizar la llegada a emergencias tiempo dependientes (Paro Cardiorrespiratorio, Politraumatizado, Síndrome Coronario Agudo, Accidente Cerebro Vascular e Insuficiencia Respiratoria) de acuerdo a los siguientes parámetros:

• Para el territorio urbano se propone la llegada de una ambulancia en el 95% de las ocasiones antes de 8 minutos.
• Para el territorio rural se propone llegar entre 60 y 90 minutos con la respuesta más adecuada de acuerdo con los requerimientos

La cobertura de la ambulancia se determina como la línea que une los puntos que tienen el mismo tiempo de desplazamiento desde un punto central, que se llama isócrona. Está cobertura establece las bases para el análisis geoespacial de la ubicación de las futuras bases del SAMU, siendo un componente importante en la matriz de priorización. La ubicación de las bases debe ser en sectores poblacionales con alta demanda potencial, y no dentro de los hospitales.

El modelo propuesto se basa en fortalecer el accionar vigente donde el centro regulador es quien coordina la atención prehospitalaria regional, que no sólo incluye a ambulancias SAMU, sino también móviles de urgencia APS y hospitales comunitarios. Además, de coordinar los traslados críticos y no críticos entre dispositivos de la red de urgencia a través del médico regulador 24 x 7 (estrategia CIRU).

Es necesario avanzar en la seguridad de las atenciones prehospitalarias en pacientes críticos a través de la adquisición de equipos clínicos que permitan la realización de procedimientos de acuerdo a las recomendaciones internacionales de manejo de paciente crítico, en especial, en el manejo de

politraumatizados, mejorar la conectividad entre los distintos dispositivos del SAMU y la red de urgencia y hospitalaria, desarrollando proyectos de informatización y telecomunicaciones.

Además, la necesidad de contar con traslado críticos no programables seguros, en especial de los pacientes que provienen de establecimientos de baja complejidad, permite proyectar la creación de móviles exclusivos de traslados críticos en el SAMU, no dependiendo de la disponibilidad sujeta a la demanda prehospitalaria. Como mínimo se debería contar con una unidad en cada provincia, comenzando con la provincia del Choapa, luego Limarí y finalmente Elqui.

Con el objetivo de lograr una atención oportuna y segura es fundamental avanzar en alianzas locales con la atención primaria de salud y hospitales comunitarios desde la perspectiva de la generación de una red de rescate que sea capacitada y articulada por SAMU.
Dada la complejidad administrativa y la singularidad de las funciones, se propone que en forma progresiva se dé más autonomía al SAMU, constituyéndose en un centro de especialidad prehospitalaria, similar al SAMU Metropolitano.

Propuesta de Rediseño de la Red de Urgencia

1. **Complejización de los Dispositivos de Emergencia Hospitalarias de Baja Complejidad (Hospitales Comunitarios).**

Dada la distribución geográfica de nuestra región y los tiempos de traslado prolongados, se hace necesario que los Hospitales Comunitarios puedan brindar una atención de emergencia más compleja que permita el soporte del paciente crítico por mayor tiempo y genere condiciones para un traslado más seguro una vez esté disponible la cama Unidad de Paciente Crítico evitando la realización de un nuevo proceso de atención de urgencia en los Dispositivo de Emergencia de Hospital de Alta Complejidad (traslado directo a UPC o UEH EAR ante ausencia de disponibilidad de cama UPC). Lo anterior también es válido para la Unidad Coronaria dado que se trata de una UPC. Antiguamente se consideraba que cierto tipo de equipamiento era de uso exclusivo de UPC (por ejemplo ventiladores mecánicos) y hoy en día muchos ya están disponibles en hospitales de baja complejidad por lo que seguir avanzando en esta línea es posible, sin embargo, es importante oficializarla para que se trabaje en líneas de acción dirigidas a la gestión de los insumos y estrategias de capacitación continua para el RRHH.

Dado que es comprensible el no poder abarcar a todos los Hospitales Comunitarios por la disponibilidad de los recursos, si es importante priorizar algunos centros específicos para que puedan otorgar **"Cuidados Críticos Rurales"**[1] (Los Vilos y Vicuña). Una etapa inicial puede implicar la habilitación de equipamiento (incluyendo ecotomógrafo portátil de urgencia) e insumos que permitan la colocación de Cateterismo Venoso Central, línea arterial, capnografía, ventilación mecánica invasiva y soporte con drogas vasoactivas para una adecuada monitorización y

[1] Cuidados dirigidos a pacientes críticos en el hospital comunitario con el objetivo de estabilizarlo previo a un traslado hacia otro centro.

estabilización del paciente para posteriormente avanzar con estrategias diagnósticas más complejas como la habilitación de Tomografía Axial Computada[2].

2. Aumentar horario de cobertura Dispositivos de Emergencia Ambulatoria (SAPU)

Actualmente las Unidades de Emergencia de Alta Complejidad se encuentran con altos niveles de saturación determinando tiempos de espera prolongados. Los dispositivos SAPU atienden hasta las 00.00, dejando un sector de la población desprovisto de atención de urgencia próxima, lo que determina su movilización hacia Dispositivos de Emergencia Hospitalaria. Lo anterior genera traslados en ambulancia y desplazamientos innecesarios de la población con patología de bajo riesgo hacia Dispositivos de Urgencia Hospitalaria de Alta Complejidad. Extender el horario de cierre y asemejarlo al de los SAR aliviaría estos problemas y aumentaría la cobertura geográfica de cuidados de urgencia, siendo una opción optar por modalidades de SAPUs Largos en lugares estratégicos de la región.

3. Dispositivos de Emergencia Hospitalaria de Alta Complejidad con modelo de atención de Medicina de Urgencia (Atención Generalista).

La atención de urgencia debe ser enfocada en la detección y manejo inicial de patologías críticas y tiempo dependiente y otorgar medidas de soporte adecuadas que permitan que el paciente llegue de manera segura a los distintos destinos (pabellón, UPC, otro centro hospitalario o evaluación ambulatoria por especialista en policlínico). Muchas de estas patologías pertenecen al manejo de diversas especialidades, por lo que no es plausible tenerlas a todas en una unidad de emergencia, además de no ser eficiente. Por lo tanto, las Unidades de Emergencia Hospitalarias de Alta Complejidad deben brindar una atención de urgencia que permita aplicar oportunamente las terapias que el paciente requiriera.

En este sentido, en nuestra región se hace necesario que los Dispositivos de Emergencia de Alta Complejidad brinden atención de urgencia generalista evitando la segmentación de flujos por especialidad e interconsulten a los respectivos especialistas cuando se requiera.
Estrategias como el Triage único basado en ESI y la interconsulta posterior a evaluación médica generalista inicial (brindada por urgenciólogo, internista, pediatra o médico general) apuntan en esta línea. Pero no solo eso, sino que se debe garantizar la realización de ciertas prestaciones. En ese sentido, la trombólisis para ACV en periodo de ventana, cuidados neurocríticos del nivel 0 y 1, y el manejo con vasoactivos e inótropos del paciente con IAM c/SDST Killip 3 y 4 debiesen poder ser otorgados en cualquier Dispositivo de Urgencia Hospitalaria de Alta Complejidad (La Serena, Coquimbo y Ovalle) independiente de que medidas más específicas se requieran en algunos centros. El garantizar estas prestaciones, entre otras, permitiría menos conflictos a la hora de la derivación y por lo tanto menos retrasos para el manejo inicial y estabilización del paciente.

[2] Existe una línea argumentativa que aboga por contar con TAC en hospitales comunitarios.

4. **Creación de Policlínicos de "Choque" de Especialidades**

   Diariamente en las Unidades de Emergencia existe un grupo de pacientes que consulta de manera "pseudoagendada" para evaluación por especialista. Ejemplos de estos son pacientes fracturados evaluados inicialmente en Urgencias de Hospitales Comunitarios citados en horario hábil para evaluación por Traumatólogo en Urgencia de Alta Complejidad, o la citación en múltiples oportunidades de las pacientes embarazadas a la Unidad de Emergencia Obstétrica para seguimiento en virtud del riesgo. Estas situaciones son totalmente programadas, genera consultas innecesarias en la unidad de emergencia hospitalaria, pero lamentablemente en nuestra red regional no existe un servicio alternativo que pueda ofertar las prestaciones requeridas por este grupo de pacientes.

   Por lo anterior, se deben crear Policlínicos de "Choque" tal como se hace hoy en día con Oftalmología y Otorrinolaringología. Estos policlínicos deben poder brindar prestaciones no agendadas que efectivamente los pacientes requieran a fin de evitar que acudan a una Unidad de Emergencia. Ejemplos son:

- Policlínico Obstetricia
    - Atención por Especialista y Matrona
    - Examen físico ginecológico
    - Realización de estudio ecográfico y registro basal no estresante
    - Toma de muestra
    - Registro Electrónico de la Atención y entrega de copia al paciente con indicaciones

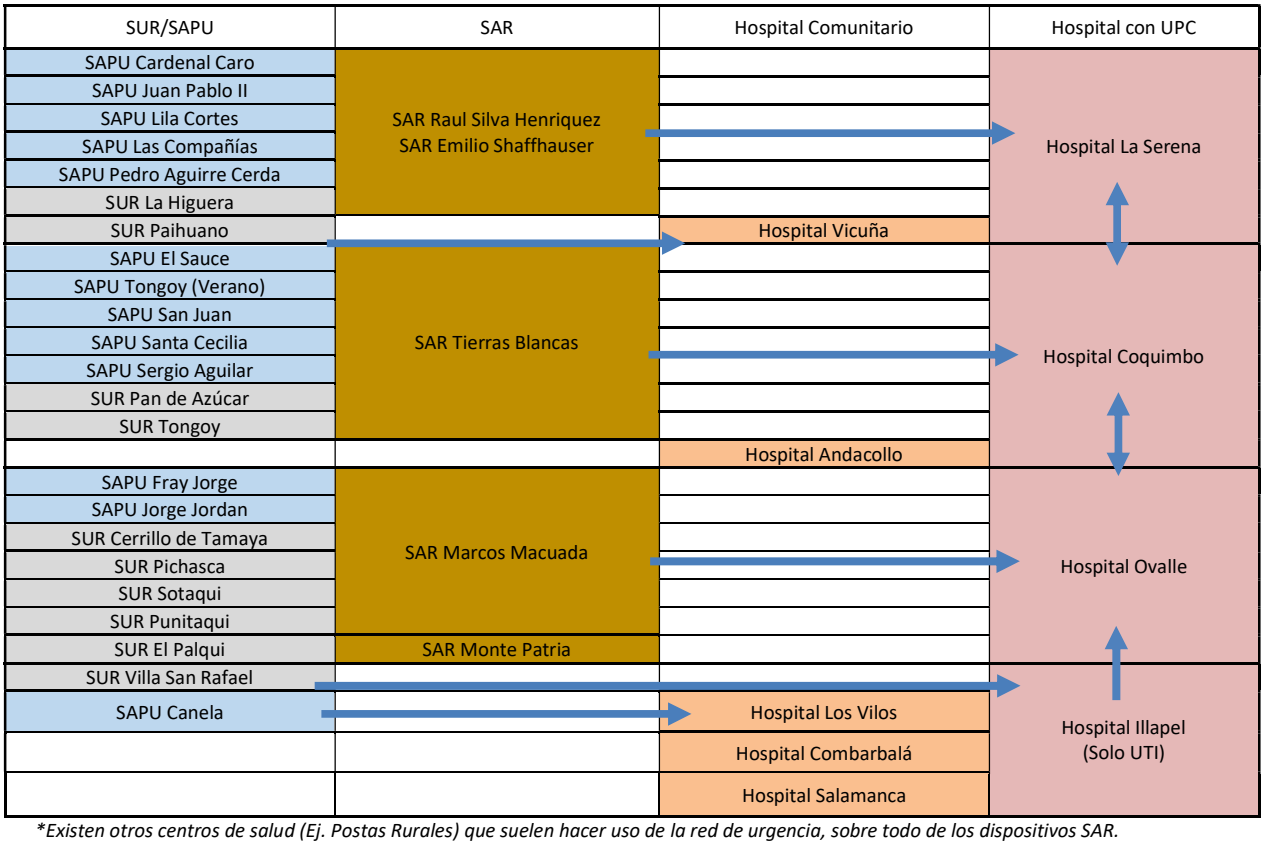
5. **Fortalecimiento de la Telemedicina como apoyo en la interconsulta entre distintos Dispositivos de Emergencia y Hospitales.**

   Los especialistas distribuidos en los distintos hospitales pueden ser interconsultados por los distintos colegas distribuidos en la red de urgencia a fin de poder hacer mejores derivaciones y evitar traslados innecesarios. Esta estrategia hoy en día está de manera incipiente en nuestro servicio de salud pese a que ha existido desde hacer varios años de manera rudimentaria. A nivel nacional no existe una herramienta informática que permita la comunicación con la agilidad que los distintos actores de la red de urgencia requieren. Por lo tanto, se requiere la generación de una plataforma que permita la comunicación deseada entre los distintos actores de la red de urgencia y protocolos que fomenten su utilización. En línea con lo anterior, es deseable que los distintos sistemas informáticos actualmente presentes estén integrados de tal forma que la información (ficha clínica, estudios imagenológicos y de laboratorio) estén disponibles en cualquier punto de la red de urgencia, teniendo en consideración una aspiración mayor que es la utilización del mismo Sistema de Información Hospitalaria (Hospital Information System, HIS)

6. **Otros**

   a. **Aumentar oferta de Procedimiento Coronario Percutáneo:** Se requiere que Hospital de la Serena continúe desarrollando esta prestación aumentando su oferta al punto de que sea posible que los pacientes con IAM c/SDST puedan recibir este procedimiento primariamente en vez de trombólisis, evitando exponer a los pacientes a complicaciones propias derivadas del uso de fibrinolíticos y mejorar su pronóstico.

Mapa de Derivación, Red de urgencia



**Existen otros centros de salud (Ej. Postas Rurales) que suelen hacer uso de la red de urgencia, sobre todo de los dispositivos SAR. Muchos de estos dispositivos solo cuentan con financiamiento municipal, motivo por el cual no fueron incluidos en el mapa.*