Servicio de Salud Magallanes
Region de Magallanes
Ministerio de Salud
Dpto. Apoyo a la Gestión
Dirección de Servicio de Salud Magallanes
MTM/KUS/kus

ACTA REUNIÓN CIR Nº 07/ AGOSTO-SEPTIEMBRE 2021
Consejo Integrador de la Red Asistencial – CIRA

Tipo de Reunión: Citación Ordinaria – Virtual Zoom

Fecha realización: Viernes 10 de septiembre de 2021
Lugar: Servicio de Salud Magallanes – Virtual ZOOM, link:
https://us02web.zoom.us/j/89509915693?pwd=SlB2L1FQYXZZWndUM1haUXZhWnltQT09
ID de reunión: 895 0991 5693
Código de acceso: 801553

Link Grabación de la reunión:
https://us02web.zoom.us/rec/share/rFzNzrcW98OOwdAwknH_IkqV0szcBQPi_3Z5FHDHNdtkP4IQD0BrlXbUUOgn7go0.9ng7udyAvyvvqZZ5
Código de acceso: .YV1q727

HORA INICIO: 10:05 **HORA DE CIERRE: 11:26**

Asistentes al CIRA:
Nota: Se identificaron y contabilizaron asistentes totales en plataforma ZOOM, un máximo de 39 personas, como también se pueden identificar en el video (grabación).

ASISTENTES		INSTITUCIÓN/SERVICIO/CARGO
1	D. Marcelo Torres Mendoza	Director Servicio Salud (S)
2	D. Eduardo Castillo	SEREMI (S) de Salud Magallanes y Antártica Chilena
3	D. Ricardo Castro	Subdirector de APS, SSM
4	D. Fanny Ros	Subdirectora (S) de Dº y Gestión de las Personas, SSM
5	D. Roxana Riquelme Zapata	Subdirectora (S) de Recursos Físicos, SSM
6	D. Ricardo Contreras Faúndez	Director Hospital Clínico de Magallanes
7	D. José Ignacio Iñiguez	Jefe UEH Hospital Clínico de Magallanes
8	D. Juan Pablo Morales	Jefe Depto. Control de Gestión, HCM
9	D. Zósimo Maravi Torrealva	Médico Internista - Reumatólogo, HCM
10	D. Juan Pablo Prudencio	Subdirector Médico (S) Hospital de Porvenir
11	D. José Miguel Paredes	Director (S) Hospital de Natales
12	D. Carolina Ponce	Prof. Hospital de Natales
13	D. Cecilia Sáez	Profesional Apoyo CORMUPA
14	D. Orlando Estefó	Profesional Apoyo CORMUPA
15	D. Erica Contreras	Coordinadora Médico APS CORMUPA
16	D. Macarena Núñez Suil	Directora CESFAM Danianovic
17	D. Claudia Flores	Jefa Depto. Ciclo Vital SDAPS, SS Magallanes - SDAPS
18	D. Lorena Riquelme	Jefa Depto. De Atención Integral en Salud - SDAPS
19	D. Luís Godoy	Jefe Depto. PRAPS -SDAPS
20	D. Nancy García	Jefa Depto. De Estadística y Gestión de la Información - SDGA
21	D. Ximena Lorca	Jefa Depto. De Modelo y Procesos Hospitalarios - SDGA
22	D. Arlette Oyarzo	Jefa Depto. Salud Digital - SDGA
23	D. Daniela Bizama	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
24	D. Andrés Terreros	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
25	D. Ivonne Hernández	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM

	ASISTENTES	INSTITUCIÓN/SERVICIO/CARGO
26	D. José Gómez	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
27	D. Romina Leiva	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
28	D. Rodrigo Manríquez	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
29	D. Camila Calisto	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
30	D. Yennifer Cárdenas	Prof. Subdirección de Atención Primaria, SSM
31	D. Milisette Neira	Prof. Subdirección Gestión Asistencial, SSM
32	D. Paula Terán Arias	Prof. Subdirección Gestión Asistencial, SSM
33	D. Pilar Zúñiga	Prof. Subdirección Gestión Asistencial, SSM
34	D. José Luís Valdebenito	Prof. Subdirección Gestión Asistencial, SSM
35	D. Karin Uribe	Prof. Unid. de Planificación y Control de Gestión, SSM
36	D. Jesús Nieves	Prof. Depto. Comunicaciones y RR.PP., SSM
37	D. Tatiana Leuquén Álvarez	Representante de la comunidad: Pdta. Consejo Dº CTF
38	D. Miguel Aguilante	Dirigente Social PRAIS
39	D. María Araya	Fonasa

TEMAS A TRATAR:

1. Estado de avance SAR Damianovic.
2. Presentación protocolo de RF y Contrarreferencia Fibromialgia.
3. Reactivación, Producción Quirúrgica y estado de listas de espera Hospital Clínico Magallanes.
4. Espacio destinado para el debate, intercambio ideas y solicitudes de los participantes sobre las temáticas tratadas.

DESARROLLO DEL CIRA

INTRODUCCIÓN: Don Marcelo Torres, Director (S), da la bienvenida e inicio a la reunión CIRA, en compañía del Subdirector de Atención Primaria Don Ricardo Castro.

1. ESTADO DE AVANCE SAR DAMIANOVIC Se entregara el avance desde la mirada de Recursos Físicos y luego desde Atención Primaria de Salud.	
1.1 Estado de avance Proyecto SAL Damianovic (OOCC, equipos y equipamiento): - El SAR Damianovic, ubicado al sur, es un establecimiento único en la Región impulsado a través del Ministerio a nivel nacional, donde llegaron proyectos tipo que se fueron modificando para cumplir con las necesidades de la región, por clima y funcionalidad. Este SAR tiene por objetivo cubrir la comuna completa de Punta Arenas, si bien es cierto que se tiene dos polos grandes de crecimiento, el mayor área de beneficio es el área de los CESFAM Damianovic, 18 de Septiembre y el Carlos Ibáñez. - Este proyecto es una ampliación al actual CESFAM, donde el CEFAM tiene una superficie de 1.122 m² y al SAR tiene proyectado 609 m². La unidad formuladora de este proyecto fue el Servicio de Salud Magallanes, quien generó el proyecto preinversional y mandatados como ejecutores de obras civiles y habilitación. El terreno fue entregado en comodato por parte del SERVIU a la MUNICIPALIDAD, a través de una fusión de terrenos, quedando un total de 3.722 m². - La inversión total de este proyecto, después de una reevaluación que se realizó el año pasado, es de MM$ 1.985.-, donde la fuente de financiamiento fue totalmente sectorial (Salud). - Estado al día de hoy: Este proyecto tuvo dos etapas. Una etapa que inicio el 2018, que lamentablemente tuvo término anticipado por abandono de obras, y en enero de 2019 se realizó una reevaluación financiera, para poder obtener los recursos y volver a licitar este proyecto. La segunda etapa fue adjudicada a Bravo e Izquierdo, con inicio de obras el 06 de enero 2021 y finalizadas el 06 de agosto 2021, por un monto de MM$ 829., y se encuentra completamente finalizado. - Ayer se obtuvo el certificado de Recepción Definitiva de la Dirección de Obras Municipales, por lo tanto, en cuanto a lo que es a obras civiles, este proyecto está terminado con todas las normativas vigentes, y apto para el uso. - Hoy día nos encontramos en un proceso de habilitación de equipos y equipamiento, con financiamiento del sector por MM$ 375 en equipos, MM$ 55 en equipamiento y una ambulancia por MM$ 81. - Hoy el proceso de Puesta en Marcha, pasó por una recepción provisoria, realizada por una comisión del Servicio, con funcionarios de la Subdirección de APS y de Recursos Físicos, la cual pasó todas las etapas y esta OK. Se inició los procesos de post venta, y se está trabajando en el reclutamiento y obtención de la Autorización Sanitaria para funcionamiento. Importante, el generador ya está conectado el CESFAM, lo que permite una autonomía,72 horas en caso de corte de energía, y dos tanques de agua de suministro de 48 horas. - En septiembre, estaría finalizando la habilitación. **<u>Consultas y/o observaciones:</u>**	**D. Roxana Riquelme Zapata, Subdirectora (S) de Recursos Físicos, SSM**

- Dr. Iñiguez UEH-HCM: ¿Consulta cuál es la fecha de inicio estimada de funcionamiento del SAR? y ¿tiene estimado el estado o proyección del número de pacientes, con qué tipo de recurso humano va contar, cuantos médicos de turno habrá, por ejemplo?
  - Respuesta Dr. Castro: fecha aproximada 20 de octubre, respecto a lo segundo el detalle lo tiene la Corporación Municipal, la cual tiene un proyecto de Recurso Humano para el funcionamiento del SAR, doy pase a D. Cecilia Sáez, Enfermera y profesional de apoyo de Salud,
  - D. Cecilia Saez responde: tenemos un cuadro de dotación definido, dependemos del financiamiento, este año está asegurado, pero el próximo año no es suficiente para asegura un funcionamiento de lunes a viernes desde las cuatro de la tarde hasta las ocho de la mañana y fines de semana y feriado las 24 horas. En lo específico del Dr. Iñiguez, como todavía nos encontramos en etapa Pandemia, la dotación que nosotros planteamos fue tener dos equipos, trabajando a la par, cada uno compuesto por médico-enfermera-Tens, pensando en seguir funcionando como tenemos en nuestro CESFAM-SAPU con un área respiratoria y no respiratoria. Para esta dotación, junto con otros profesionales y administrativos de apoyo que tiene que tener también el SAR y porque tenemos una ambulancia debe haber un Tens, un conductor y el coordinador (en entrevista la próxima semana), pero mantener la continuidad en el tiempo de esta dotación que es la mínima requerida, estamos en conversaciones con muy buena disposición por parte del Servicio de salud, que nos han apoyado para ver el financiamiento, pues el financiamiento solo de parte del Ministerio no será suficiente, se va a requerir apoyo a la Municipalidad.
- Dr. Iñiguez; informa que también tiene dos equipos respiratorio y no respiratorio, el 30 de septiembre se cierra.	

1.2 Implementación SAR Damianovic: - Esta presentación se realizó a la CORMURA, cuando ya se tenían claras las directrices y el manual operativo del SAR, que viene del 2016, antes de suspender obras. - Se requiere de un Convenio entre el Servicio de Salud y Municipalidad, donde mediante Resolución Exenta N° 818 del 30.12.2020, se aprueba convenio para funcionamiento SAR, cuyo **objetivo general** es entregar atención médica de urgencia con mayor resolutividad y oportunidad tanto en horario inhábil, complementarios al CESFAM. - En el horario inhábil se va a tener espacios físicos y recursos para ello hasta poder completar el SAR 24 horas, y poder descongestionar a la UEH, como también la gente que se encuentra en el lado sur no tenga que cruzar todo Punta Arenas para acceder a la UE. - **Objetivos Específicos**: 1.- Habilitar dispositivos, según normativa vigente, para la Autorización Sanitaria, (solo SAR nuevos): para ello se está trabajando con la CORMUPA, y en este caso con el CESFAM Danianovic, quien está trabajando los protocolos que se necesitan para tener la carpeta completa antes de que inicie funcionamiento y entregar a la SEREMI para obtener la autorización sanitaria. También entregar la carpeta y ordinario vigente al MINSAL para la entrega de transferencia y financiamiento inicial. 2.- Implementar modelo de atención definido del SAR. 3.- Optimizar el funcionamiento de las Redes de Urgencia. 4.- Establecer modelo de gestión que conduzca a evaluar patologías crónicas sin tratamiento de inicio en centro de salud APS correspondiente, atendido en SAR y derivado con medio de recepción verificable. - **Los componentes que deben cumplirse**: Componente N°1 Habilitación SAR: Constituir equipo comunal que gestione documentación necesaria para presentación de carpeta de antecedentes para conseguir Autorización Sanitaria a la SEREMI Salud, y la CORMUPA con el CESFAM. Componente N°2 Implementar modelo de atención SAR: Donde se debe establecer un cronograma de trabajo, donde se estableció la implementación, y la CORMUPA trabajo la Carta Gantt donde están las fechas, y la constitución del equipo gestor comunal con la asesoría del Servicio de Salud tanto de APS como Red de Urgencia, tener los documentos, y aplicar pauta de evaluación, una vez que este habilitado. Componente N°3 Optimización de la red local y comunal de urgencias: Corresponde al diagnóstico realizado por equipo comunal y del Servicio de Salud, sobre causas que inciden en la sobredemanda de urgencias tanto a nivel de la red comunal. La idea del SAR es poder descongestionar la UEH, y que queda evidencia en el momento de pandemia, queda totalmente colapsada, requiriéndose de otros dispositivos también. - **Monitoreo y evaluación.** Lo que se requiere para dar cumplimento con ciertos indicadores que están relacionados con los objetivos estratégicos y con los componentes del SAR: 1.- Habilitación de SAR: indicador es el porcentaje de SAR con autorización sanitaria vigente o ingresada para trámite. Para cumplir con este indicador, tenemos a lo menos que entregar la carpeta completa para la autorización sanitaria y entregada a la SEREMI. 2.- Implementar modelo de atención SAR: porcentaje de SAR evaluados por el equipo gestor con cumplimiento de pauta de evaluación, (financiero y modelo), El informe debe ser emitido por el Servicio de Salud, cuando ya se encuentre habilitado y funcionando. 3.- El otro componente es Optimización de la red local y comunal de urgencias: se entregan distintos indicadores a cumplir, que se determinan por REM, de acuerdo a cómo se están entregando las prestaciones dentro del SAR y cuando ya se encuentre en funcionamiento, por ejemplo: - Porcentaje de utilización de camilla de observación mayor a 6 horas en SAR. - Atenciones de urgencia realizada por profesional médico. - Procedimiento no médico.	**D. Ivonne Hernández, Referente Técnico de APS y SAR, SSM**

El resultado de estos indicadores lo vamos a poder obtener cuando tenga algunos meses de funcionamiento cuando se ingresen las prestaciones al REM, porque se puede tener una estimación, pero a través de datos duros se va a poder a tener la población que se podrá abarcar.

- **Recursos SAR 2021.**
  - La distribución de recursos viene por Resolución Exenta N° 138/05.02.2121, se ven separado por dos subtítulos (Subtitulo 24 $125.097.114, y Subtitulo 22 $1.733.040).
  - Se ve poco presupuesto, pero este presupuesto está destinado para 2 meses de funcionamiento. Desde un principio, 2020 se determinó comenzar a trabajar desde noviembre. Ahora, con el proceso de tramitación de la autorización sanitaria, se solicitará financiamiento para Octubre-Noviembre y diciembre.
- **Carpeta de Prestaciones SRA 2021.**
  - En general: reanimación cardiovascular, estabilización de pacientes, electrocardiogramas, instalación de sondas tanto gástricas como folie, tratamientos intravenosos-intramusculares-subcutáneos, también se encuentra vacunas de urgencia (antirrábica por mordedura de un perro y antitetánica)
  - También Radiografías: Tórax, Cráneo, Pelvis, Columna, Extremidades superiores, extremidades inferiores.
  - En el caso de exámenes de sangre: por eso se llama de alta resolución, porque esta lámina es el plus se tiene, con un equipo de rayos y un equipo para toma de muestras, de urgencia, obviamente que se tiene las muestras de COVID, que no hay que dejar de hacerlos. Esta es la diferencia entre un SAPU y un SAR.
  - También está la categoría que se indica como otros: Constatación de lesiones, Atención de víctimas que consultan en forma espontánea como víctimas de abuso sexual o agresiones, Certificado de defunción, Alcoholemia, Telemedicina, Traslado móvil básico que es este el otro plus que se tiene al contar con una ambulancia básica con un chofer y un Tens. El traslado de SAMU que se tiene que coordinar a través del Centro Regulador, y en el caso de los C3 se tiene que aplicar evolución médica, resuelve o traslada a otro nivel de atención; y la realización de exámenes de baciloscopias.
- **Funcionamiento y RR.HH. 2021.**
  - El funcionamiento del SAR, como bien lo explico Cecilia, sería de Lunes a Viernes de las 16:00 hasta las 08:00 de la mañana; sábados, domingos y festivos desde la 08:00 de la mañana de un día hasta las 08:00 horas del día siguiente.
  - El manual operativo indica que también debería haber horario de funcionamiento para el apoyo diagnóstico. Para el primer y segundo año no aplicaría, pues recién se estaría en funcionamiento y sería complicado agregar apoyo diagnóstico, a medida que esté funcionando y se haga evaluación de su funcionamiento se analizará.
  - Qué se requiere para la atención: Se requeriría un 4to turno de EU, Tens y Administrativo, más médico de turno, tecnólogo médico y kinesiólogo, y otros profesionales que también se está evaluando si se van a estregar estas prestaciones o no, obviamente toda esta lamina se encuentre en conversaciones con COMUPA, por el tema de presupuesto, porque como bien conversamos con la CORMUPA y el CESFAM, no podemos entregar el año 20-21 una dotación y una cartera de prestaciones especifica ni para el año 20-22, aún en conversaciones.
  - Como lo indica el Manual Operativo, las atenciones están orientadas a usuarios categorizados C3, C4 y C5. Como lo dije anteriormente, la C3 siempre va a quedar para evaluación médica, pues una patología puede evolucionar para bien o para mal, la evaluación médica va a determinar si se resuelve en el SAR o es traslado por SAMU a la UEH (unidad de emergencia hospitalaria). C1 y C2 se entrega atención para estabilizar al usuario para luego posteriormente trasladar.

<u>Consultas y/o observaciones</u>

- D. Erica Contreras: Consulta en el contexto de la Red Integrada de Urgencias, y aprovechando la instancia, hay que empezar a generar reuniones de coordinación con el servicio de urgencia del hospital clínico a modo de entregar y conocer estas prestaciones y no solamente mediante el CIRA, ya que hay que hacer toda una difusión a los médicos del servicio de urgencia del hospital, así por ejemplo conocer justamente lo que dio a comunicar el Dr. Iñiguez que el servicio de urgencia ya no va a tener su unidad respiratoria aparte, que lo supimos ahora, me imagino que las atenciones respiratoria igual se van a seguir dando, solamente que en la modalidad que existía antes y en ese sentido también preguntar si esas son decisiones locales el de desarmar la unidad respiratoria o hay un lineamiento del MINSAL, pensando en la unidades respiratorias que hay en APS, en la que se está planificando para el SAR?, obviamente esa unidad respiratoria requiere de una inversión también en el SAR, en general en estas separaciones y porque en APS también tenemos áreas respiratorias que están dando poca producción por los casos que tenemos actualmente a la baja y que estas también se podrías desarmar, pero no sé si hay algún lineamiento claro en relación a eso o son decisiones locales?, por ejemplo en este caso del mismo hospital que decidió eso a hay alguna normativa del Servicio de Salud u orientación?.
- D. Ivonne Hernández responde: Respecto a la red integrada de urgencia se está conversando con el Coordinador de Urgencia del Servicio de Salud para poder comenzar con las reuniones, nosotros no teníamos claro la fecha en la que iba a comenzar el SAR, por lo tanto, no habíamos planificado ninguna reunión con la red de urgencia para poder entregar todos los lineamientos que va a tener el SAR, entre ellos coordinarse, realizar protocolos de traslado, eso sí está en carpeta y programado para futuro con el coordinador de la red de urgencia que es el Dr. Almarcegui de Gestión Asistencial, pero si está en conversaciones y se van a comenzar las reuniones, nunca hemos descartado de que tenemos que reunirnos, porque en conjunto como Red tenemos que crear los flujos, tenemos que crear los protocolos de traslado, etc., no es una directriz propia de nosotros, sino viene por lineamiento de la Red integrada de urgencia que tenemos que trabajar en equipo con todas las unidades de urgencia. Con respecto a lineamientos de la urgencia hospitalaria, tendría que contestarlo el Dr. Iñiguez o Gestión Asistencia.

- Dr. Iñiguez, es vital que nos juntemos, no solo nosotros sino también con el SAMU, para ver el tema de traslados, qué paciente se trasladan, etc., y hay dos puntos muy importantes, que se mencionaban ustedes en la cartera de servicios, que hay que abordarlos atentamente y que se ve que se hace con eso, y que tiene que ver mucho con el Servicio Médico Legal, es la toma de alcoholemias, y sobre todo el tema de delito sexual, son dos temas que hay que abordar con pinzas, son temas candentes. Respecto de lo que estábamos hablando, de las salas respiratorias, nosotros fuimos informamos, más o menos hace un mes atrás, que ya no va haber recursos COVID, que es el recurso con el cual manejamos nosotros la sala de atención respiratoria, por lo tanto, nos dijeron, que se debía cerrar la sala COVID a partir del 30 de septiembre, pero tal vez, nuestro Director podría dar más información en ese respecto, es importante que quede claro, porque tener una sala COVID-respiratoria en el SAR y no en el Hospital va generar confusiones y descoordinaciones. - Dr. Castro: Esa línea de trabajo que está por convocarse y justamente con todos estos temas relevantes para ustedes, efectivamente los servicios de urgencia SAMU y de APS, y por supuesto los representantes de la CORMUPA que van a manejar la parte optativa.	
2. PRESENTACIÓN PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA FIBROMIALGIA. - Básicamente el objetivo principal de este protocolo, tratar de hacer un vínculo con la atención primaria fundamentalmente, reconociendo que esta enfermedad es de diagnóstico y manejo por médicos generales, así que nos propusimos que bajo ciertos síntomas y signos tratar de hacer una sospecha precoz de los pacientes que consultan en atención primaria , debido a algunos exámenes que están disponibles a ese nivel y en base de ciertos criterios de bandera rojas, que las llamamos, todo esto basado en la literatura y las evidencias en las últimas guías de fibromialgia de origen nacional, y a nivel nacional que hay una UTE que no es guía propiamente tal, pero son consenso multidisciplinario que se hizo en el año 2016 por el Ministerio de Salud, y en base a eso poder derivar en forma oportuna a los pacientes, y básicamente bajo ciertas características, probablemente derivar a un reumatólogo, lo ideal que nosotros tomemos ese paciente, lo evaluamos, confirmemos o descartemos la fibromialgia, para luego continuar el manejo en APS. - Actualmente en el hospital tenemos muchos pacientes con fibromialgia, el lunes vamos a presenta junto a la Dra. Mansilla, un poco más específico, como el segundo o tercer diagnóstico más frecuente tenemos en el hospital, con lo cual estamos haciendo un trabajo ahora para poder filtrar un poco los pacientes que realmente van a mantener un tratamiento en el hospital. Si ustedes me preguntan cuál es el motivo principal, básicamente por problema de canasta farmacológico, los medicamentos general que utilizamos que son y tiene más evidencia no están disponibles en APS, fundamentalmente Amitriptilina y Fluoxetina. Nosotros, de todas formas hicimos este protocolo, farmacológico y no farmacológico, en base a la canasta que está disponible en APS. Por lo tanto, eso también está en el protocolo, que son directrices basados en evidencias y que podrían utilizar los médicos generales, y por lo tanto, un porcentaje de aquellos que no responden, recién van a tener que ser derivados a reumatología. - Este era un poco el objetivo, en la presentación, mostrar este protocolo que fue hecho acá en el hospital junto con la Dra. Mansilla, revisamos la evidencia disponible, lo ajustamos a la realidad local, este también incluso fue presentado en el Congreso de la Asociación de Reumatología, tampoco existen protocolos así estandarizados en todo los hospital públicos, así que también fue interesante mostrar nuestra realidad y ojala esto pueda difundirse y podamos ejecutarlo de la mejor manera posible, para que se pueda aplicar de la forma más correcta posible, y dejar solamente esa brecha, entre comillas, que si hubiesen esos medicamentos disponibles, realmente, debiesen llegar más pacientes que están estables, obviamente, y bien contralados hacia atención primaria para no colapsar el sistema hospitalario que sería poder tener controlada las patologías que estarían limitadas solo por un recurso farmacológicos. **<u>Consultas y/o observaciones</u>** - D. Erica Contreras: tengo una observación que hacer, que en el fondo va en la línea de lo último que comentó de poder dar un respuesta como red, en el sentido de que si bien el flujograma, yo lo revisé desde el punto de vista APS, entregue mis observaciones en el sentido de que los fármacos que se plantean en el flujograma están en la canasta APS, pero algunos están con restricción, por ejemplo el Tramadol está restringido solamente para pacientes con artrosis, entonces no podríamos indicarlo para pacientes con fibromialgia, la Ciclobensatina está restringida al uso para los 10 días, esos son ciertos detalles que debemos conversar y también con los químicos farmacéuticos y poder dar una respuesta para poder llevar el flujograma a la práctica, eso quería comentar. - Dr. Maravi: Yo creo que podría ser una intervención que nos va a ayudar a nosotros, también para poder atender más pacientes, no tenemos mucha lista de espera. Cuando recién llegue, dentro del hospital había mucha gente con artrosis por ejemplo, en dos años junto con la Dra. Masilla hemos podido derivar un grupo importante, prácticamente nosotros ahora vemos patologías de especialidad, es un poli altamente de especialidad y en ese sentido también queremos que el APS nos ayude a ciertas patologías, obviamente algunas no pueden resolver ellos, sin duda, pero si por ejemplo la artrosis, algún porcentaje de la fibromialgia también lo podrían ver ellos, pero si no hay apoyo farmacológico, que depende de otros sectores, va a existir posibilidad que nos ayuden, ver más pacientes que requieren y que no pueden ser evaluados por otros médicos y que efectivamente son de especialidad. - Dr. Castro: Quedamos con el compromiso de recoger algunas inquietudes y sistematizarlas y poder enviárselas a usted para avanzar en eso y en la difusión del protocolo.	**Dr. Zósimo Maravi Torrealva, HCM**
- D. Manuel Aguilante: hay un obstáculo para la atención del SAR, o si no tenía nada que ver estos, el tema de estos dos programas que maneja salud que son el Florence y Rayen?	

- Dr. Castro: mientras le generan la respuesta a Don Manuel, tal como señaló el Dr. Iñiguez, nuestro jefe de la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), nosotros a partir de y hace algunos meses ya, precisamente el servicio de UEH logró conseguir, precisamente hay dos flujos diferenciado en lo dice relación con nuestra unidad de emergencia, dando este espacio para la patología respiratoria, ahora reconocer que esta iniciativa el hospital la pudo sostener exclusivamente en relación de los recursos adicionales que entregaron para dar respuesta a las estrategias que se difundieron respecto de la pandemia COVID-19, por lo tanto, en razón a de la disponibilidad de estos recursos que ha hecho posible mantener este flujo diferenciado en UEH, y esto claramente, como bien sabemos, está vinculado al decreto de alerta sanitaria y a la inclusión que ha significado a nivel nacional y por supuesto a nuestra región, la condición epidemiológica de Magallanes. Por lo tanto, en razón de esos factores y esas variables, es que se ha hecho imposible sostener esta estrategia, que también ha sido muy bien evaluada. Sin embargo, esto está condicionado, tal como lo señaló el Dr. Iñiguez, por la disponibilidad y la temporalidad en que estos recursos puedan estar destinados a estas estrategias y que van muy de la mano con la condición de cuanto nos está afectando el COVID-19 en el hospital.
- D. Daniela Bizama: informa que se contactaran con Don Manuel para poder darle respuesta a su consulta.

Dr. Castro: informa que se suspende el punto 3 de la tabla Reactivación, Producción Quirúrgica y estado de listas de espera Hospital Clínico Magallanes, por fuerza mayor, ante la imposibilidad de conexión.

PREGUNTAS Y CONSULTAS DE LA RED

- **D. Manuel Aguilante:**
- Me interesaría saber cuál es la opinión o cómo se va a materializar el COMGES 2021 respecto del tema el PRAIS, que tiene que ver con la preferencia para los sujetos índices.
- ¿Cómo se va a demostrar la tercera vacuna?, en algunos lados entiendo que están dando certificados, pregunto si eso va hacer incorporado al pase de movilidad.
- En el acta que recibimos de la reunión anterior, se habla de la confección de las capsulas respecto del área salud mental, sería interesante que nos pudieran hacer llegar a los correos, porque es más fácil poder difundir que buscarlas en el sistema.
- Consulta respecto a reunión con el Director Don Nelson Reyes y el Abogado Alfonso Toledo, sobre tema PRAIS y presos políticos, de la cual mandamos una solicitud respecto de unas cuestiones que queríamos que nos confirmes de lo que había sido de esa reunión, lamentablemente, en lo concreto no hay respuesta a eso, aprovechar a ver que, si se puede difundir, producto de que esta complejo el tema de las comunicaciones.
- Lo último, es una cuestión bien sentida y bien personal que tiene que ver con, mañana es 11 de septiembre, se cumplen 48 años del golpe de estado, y sería interesante, importante, que tanto el Servicio de Salud como los diferentes gremios de la salud, mañana recordaran principalmente a los trabajadores de la salud nacional pero también partiendo por los de Magallanes, los que fueron presos y torturados que eran del hospital regional y de otros centros de salud de la región.
- Responde Dr. Castro: Quedaron anotadas todas las consultas, respecto del pase de movilidad, efectivamente cada una de las vacunas de refuerzo se ingresan al registro nacional de inmunización, por lo tanto, el pase de movilidad hay que actualizarlo por cambio el código QR. El pase de movilidad se nutre del registro nacional de inmunizaciones. Por otra parte, vamos a responder a las capsulas de capacitación.
- Responde: D. Nancy García: Respecto a los pacientes de lista de espera PRAIS, como referente de lista de espera del Servicio de Salud Don Manuel, le puedo comentar, que nosotros ya estamos reactivando la red asistencial, justamente se están atendiendo lo pacientes que usted dice PRAIS, que son de la generación que le corresponde, así que ellos están incluidos, esas atenciones se van hacer coordinar y se van citar a los pacientes a sus respectivas consultas. Eso es lo que le puedo confirmar respecto de los pacientes PRAIS.

- **D. Tatiana Leuquen:**
- Consulta respecto a que cuando un paciente es dado de alta del hospital, pero con tratamiento que deben ser atendidos en APS, y ahí se les produce un nodo crítico a los usuarios, porque no todos saben cómo acceder o como lograr que puedan ser atendidos, y por otro lado, hay atenciones que deben realizarse pero que no están en los planes de APS. Solicita si se puede evaluar protocolos.
- Relacionado con salud mental. Si bien es cierto que hoy en día tenemos el Programa Salud Mental en Comunidad, que ha surtido un buen efecto, tiene un buen impacto, y también hay un proyecto postulado a través de APS que de alguna manera está absorbiendo la demanda en este momento, ¿mi consulta es qué pasa desde el 2022 en adelante?, porque todo está en base a proyectos, hay continuidad, ¿qué va a pasar? cómo se va abordar nuestra situación de salud mental post pandemia.
- Respecto a las listas de espera, si bien es cierto el hospital la está avanzando, lo que tiene que ver con los controles de pacientes crónicos en APS que no se realizaron y aquellos usuarios que van empeorando, entonces lo que nosotros proponíamos como comunidad, en algún momento, hacer una campaña preventiva de exámenes básicos para poder detectar algunas situaciones, porque no todos pueden acceder a APS, y terminamos llegando al hospital con los índices altos y con una enfermedad ad portas, entonces si existe la posibilidad que la red active realizar exámenes preventivos en la calle o en algún espacio para poder detectar a tiempo esta anomalías.
- Responde Dr. Castro: En el tema de salud mental, la intención de la Dirección, en primera instancia, es dar continuidad a los programas de salud mental, asegurando años 20-21, y también proyectándose como ejes de trabajo y equipos para el año 2022, pero tal como dice usted, los proyectos tiene que ver la luz cuando cumplen más de un requisito en el tema de financiamiento y de estrategia de salud, tiene que asegurarlo antes de dar cualquier tipo de noticias respecto de ese nivel de atención, pero claramente la salud mental va a seguir siendo uno de los elementos que esta con énfasis clínico y asistencial. Respecto del alta de pacientes del Hospital Clínico, efectivamente hay un protocolo de referencia y contra

referencia que aborda varios elementos que ustedes nos comenta, sobre todo los pacientes que deben volver a APS y la contra referencia es un documento que está en vigencia que se está revisando desde el MINSAL con mucha más contundencia, este protocolo tiene poco tiempo de vida, pero quisiéramos hacer un aporte.
Respecto de los controles de los crónicos, no hemos revisado cada uno de los establecimientos desde el punto de vista de APS, que son parte del modelo de gestión, que están con alto dinamismo y reincorporando algunas planillas y las actividades, y efectivamente esas actividades hay algunas que se van abrir son necesariamente trazables y vamos a ver como cubrir y recibir la reactivación que tiene cada una de las comunas.

- **D. Manuel Aguilante:** Reflexiona sobre el tema de los suicidios, señala que, si no se conocen las estadísticas, poco puede apoyar la comunidad, difundir sobre el tema y como ayudar en buscar solucionar a los temas de salud mental.
- Responde Dr. Castro: Efectivamente la previsión del suicidio es fundamental para cualquier red de salud, sobre todo con los problemas que se han visto, han aumentado en términos de número y necesidades de atención, de hecho, hoy día se va a hacer un lanzamiento especifico respecto de esas atenciones y en el ámbito de la salud mental con la SEREMI de Salud.
- Responde **D. Daniela Bizama:** Complementa la consulta respecto del tema prevención del suicidio, señalar que este es el mes la prevención del suicidio, y por ende el proyecto de salud mental está realizando talleres preventivos en relación a la temática, se realizó uno el día de ayer, y también se van a realizar durante septiembre otros talleres, así que nosotros le vamos a estar informado, para quienes estén interesados en participar por parte de la comunidad, puedan hacerse participe de estos talleres.

- **Dr. Iñiguez:** Consulta sobre la situación en el Hospital de Puerto Natales, hemos tenido mucha información, no nos queda muy claro sobre la atención normal.
- Responde Dr. Castro. Está claro que hay una situación de alta complejidad, hay varias comisiones que han ido viajando para poder dar una solución en el inmediato plazo. Hay una comisión instalada, y justamente hoy viajan a Natales, y otras visitas que se van hacer el próximo lunes.

FIRMA:

SERVICIO DE SALUD MAGALLANES
DIRECTOR
XII REGIÓN

Marcelo Torres Mendoza
Director (S)
Servicio de Salud Magallanes

Acta elaborada por:
Karin Erika Uribe Soto
Profesional Unid. Planificación y Control de Gestión
Departamento de Apoyo la Gestión

Punta Arenas, 13 Septiembre 2021.-