



Propuesta Desarrollo de Plan Estratégico SEMDA

Santiago, 21 de Septiembre de 2015



I.- Introducción.

El presente documento constituye una propuesta de plan de desarrollo estratégico para el Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile (SEMDA). A grandes rasgos, a partir de esta propuesta se pretende reestructurar el trabajo del Servicio en torno al modelo de salud familiar y comunitaria, incorporando a su quehacer labores de promoción y prevención de salud.

Para comenzar, se entregan antecedentes generales sobre las características de la población juvenil y universitaria, principal público objetivo del SEMDA, y delimita un marco teórico sobre niveles de atención y complejidad en salud, elementos imprescindibles para situar el resto del contenido.

En segundo lugar, se hace una revisión de la información disponible sobre epidemiología de la población juvenil de la Universidad de Chile, deteniéndose en aspectos de morbilidad de los estudiantes que se atienden en el Servicio, así como también en las condiciones de salud de los estudiantes de la Universidad.

A continuación, se presenta el diagnóstico de la situación actual del SEMDA, valiéndose de los antecedentes históricos del mismo e informes emanados de la VAEC referentes a gestión, estado de las franquicias, sistema de registro de los usuarios, entre otros aspectos.

Luego, se definen la nueva misión, visión y propósito del Servicio, donde destaca la inclusión de la comunidad universitaria completa, como público objetivo de las políticas de promoción y prevención de la salud que se le asignan como tarea al SEMDA.

Después, se definen cuatro áreas prioritarias de desarrollar, las cuales son (i) Educación para la salud, (ii) Promoción y prevención de la Salud, (iii) Atención de salud en áreas prioritarias y (iv) Relación con el medio y se establecen Objetivos estratégicos y específicos para cada área estratégica mencionada.

Finalmente, se explicitan aspectos importantes referidos a los indicadores de desempeño y criterios de evaluación del cumplimiento de los objetivos trazados.

II.- Antecedentes Generales

a) Atención a Población Juvenil y Universitaria

Hay variadas experiencias en la Atención de la Juventud Universitaria y todas ellas coinciden en describir que este es el período más sano de la vida del ser humano.

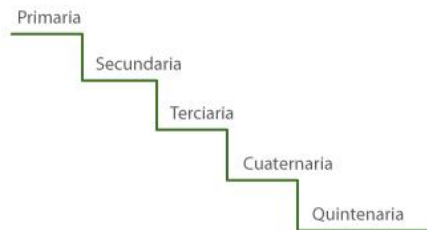


La adolescencia se extiende de los 10 a 19 años. Es seguida por el período que se llama juventud que va desde los 20 a los 24 años. De los 25 a los 29 años se extiende el período de adulto joven.

En los Períodos de 10 a 19 años y desde los 20 a los 24 años las tasas de morbilidad son las más bajas en el Ser Humano. Hay diferencias de género, y en la mujer se concentra los problemas relacionados con la fecundidad, el embarazo y aspectos ginecológicos. En el hombre predominan los accidentes, las violentas, las enfermedades digestivas y respiratorias. En ambos géneros predominan los problema de salud mental, principalmente relacionados con el estado de ánimo.

b) Niveles de Atención y Complejidad en Salud

NIVELES DE COMPLEJIDAD



NIVELES DE PREVENCIÓN



Fuentes: *Elaboración Propia en base a los Niveles de Atención y Complejidad de Loewell y Clark.* Sistema de Salud OMS <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>
Joana Abrisketa *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo* <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/210>

Se entiende por Niveles de Complejidad al tipo de implementación de recursos humanos y tecnológicos disponibles e instalados funcionando. En el Nivel Primario se tiene la tecnología básica, suficiente para desarrollar los primeros niveles de Prevención. En general es el consultorio ubicado lo mas cerca de la comunidad se los denomina: Consultorios Periféricos o Consultorios de la Comunidad o Centros de Salud básicos o Centros de Salud Familiar. Puede haber niveles primarios para una determinada edad.

Nivel secundario es el consultorio con la dotación de los especialistas en las diversas ramas de la medicina. Puede haber niveles secundarios con una sola especialidad. Generalmente se encuentran adosados a los hospitales de mayor complejidad. Son de atención ambulatoria y desarrollan procedimientos de variadas complejidades incluyendo



ciertos tipos de cirugía ambulatoria que se han ido ampliando de acuerdo con el avance de las técnicas quirúrgicas no invasivas.

El nivel terciario es el hospital que puede ser a su vez de variados tipos. Hay hospitales rurales con pocas camas indiferenciadas, pero que pueden resolver casos de urgencia y de intervención quirúrgica de baja complejidad (Tipo C o D). Hay otros de tipo B, donde hay camas diferenciadas de las cuatro especialidades básicas. Los de tipo C son más complejos con especialidades como Oftalmología, Otorrino y otras especialidades, donde los niveles Quirúrgicos son de mayor complejidad.

La Atención Cuaternaria corresponde a hospitales donde se hace investigación. La complejidad llega hasta los trasplantes más corrientes y la fertilización asistida. Todos los hospitales básicos como los de nivel cuaternario están capacitados para la docencia.

Los hospitales de nivel Quinterario tienen todas las tecnologías existentes y desarrollan los exámenes más complejos, las cirugías de muy alta complejidad y tienen investigación de avanzada, en las áreas de más desarrollo.

En los niveles de alta complejidad se confunden ciertas características pues aparecen los hospitales especializados en ciertas ramas de la medicina como ocurre con los hospitales de Neurocirugía o de Oncología o de patologías muy especializadas.

Se entiende por niveles Prevención a la etapa que se debe llegar en determinada morbilidad para solucionarla. En Salud la Promoción es el desarrollo de estrategias de educación y comunicación a la población, para estimular el auto cuidado y por lo tanto es una labor permanente de todos los sectores en salud y de todos los Niveles de Atención. De hecho la Medicina Comunitaria es una poderosa herramienta para estimular el autocuidado y para los profesionales en formación es una poderosa herramienta para conocer a las personas, sus culturas y costumbres. La Atención Primaria desarrolla todos los niveles de complejidad que no necesitan intervención, hospitalización o exámenes de más alta complejidad o de sub especialistas.

La prevención primaria corresponde a la aplicación de medidas que evitan que ocurra una determinada enfermedad, por ejemplo: las vacunas, que han llegado incluso a hacer desaparecer enfermedades como es el caso de la viruela., o como ocurre con la vacuna contra el HPV (Virus Papiloma Humano) que hace desaparecer el Cáncer cérvico uterino inducido por algunos virus del tipo HPV

La prevención secundaria corresponde a medidas que no previenen directamente la enfermedad eliminando la causa, sino ejerciendo medidas que evitan la adquisición de la enfermedad, por ejemplo el uso del condón siempre, en la prevención de las ITS (Infección de Transmisión Sexual), los programas destinados a la prevención del no uso o mal uso del alcohol o la marihuana para prevenir adicciones que dañan otras estructuras como el hígado en el caso del alcohol, o de la Marihuana cuando se usa por otras razones de indicación médica, pues tienen el riesgo de influir en conductas de



riesgo personal o colocar a terceros en situaciones de riesgo (Accidentes por violencia, embarazos inesperados, trastornos de la conducta creando situaciones de riesgo personal y de otras personas).

La Detección Precoz se hace por clínica en la mayoría de los casos y es cubierta por la Atención Primaria. Hay exámenes del tipo Tamizaje (screening) que permiten una detección precoz como ocurre con el Papanicolau y que se hace en la Atención Primaria. El tratamiento adecuado y la rehabilitación se hacen en el nivel de Atención Primaria. Así también el Bien Morir es inherente a la Atención Primaria como ocurre con el acompañamiento en los casos de cáncer en fase terminal con las visitas domiciliarias y el tratamiento del dolor en algunos casos.

En resumen los modelos de atención en Salud combinan estos niveles de Complejidad con los Niveles de Prevención. Esto se aplica en todos los modelos de Atención en Salud del Mundo, indiferentemente de la filosofía política o económica que exista en los países.

Hay Modelos de Atención que solo trabajan con el tercer nivel de complejidad y muy poca Atención primaria. En general son los modelos más elementales en Salud y de Países con menor desarrollo, como ocurre por ejemplo en Belice, en Centro América. (WHOBelize: Health Indicators. <http://www.int/gho/countries/biz.pdf>.)

Hay otros en los cuales se adosa y concentra el nivel primario en el nivel secundario.

En general los modelos en la Atención de salud para jóvenes universitarios se centran en modelo de nivel Secundario y Terciario pues no existen niveles Primarios de Calidad. Son de alto costo y baja eficiencia.

Hay otros modelos que centran la atención en profesionales muy capacitados en determinadas especialidades. Ello ocurre por ejemplo en Suecia donde toda la Atención primaria de la salud femenina es atendida por matronas con supervisión de especialistas que supervisan una vez a la semana, con excelente coordinación con el Instituto Karolinska, Hospital universitario de la más alta complejidad.

En Chile, durante 1952 se inicia la política pública de instalar un sistema por niveles de complejidad con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS). Con esto se alcanzó los niveles de salud que hoy tenemos en el concierto Latino Americano.

Es por ello que la instalación de un modelo en Chile que no respete los niveles de complejidad y los niveles de Prevención ya descritos, tendrán la tendencia al fracaso, o serán de tan alto costo que son imposibles de mantener.

III.- Epidemiología de población Joven de la Universidad de Chile



Antecedentes Estudio Calidad de Vida en Jóvenes

En el estudio Nacional de Calidad de Vida realizado en Chile (1) se detectó que los y las alumnos/as de entre 10 y 18 años, un 13,7 % auto percibieron que tenían alguna discapacidad, enfermedad o problema médico crónico (DPC). El grupo de 16 a 18 años que cursaban enseñanza media percibió DPC en 11,6% (2).

Este grupo de alumnos adolescentes mayores (16 a 18 años) describieron el tipo de patologías según lo que se aprecia en la Tabla N° 1

Tabla N° 1

Distribución de la variable edad por tipo de discapacidad, enfermedad o problema médico crónico percibidos (DPC)*. Tabla adaptada del trabajo original.

Edad	Grupo DPC 1		Grupo DPC 2		Grupo DPC 3		Total		P
	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	N ⁰	%	
10-12	266	68,9	69	17,9	51	13,2	386	100	0,001
13-15	252	64,6	96	24,6	42	10,8	390	100	
16-18	158	55,4	73	25,6	54	19,0	285	100	

*

CIE 10	Descripción CIE 10 Reclasificada	N DPC	%
GRUPO 1			
H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	125	11,78
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	374	35,25
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	177	16,68
Subtotal	Grupo 1	676	63,71
GRUPO 2			
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólica	58	5,47
F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	47	4,43
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	50	4,71
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	83	7,82
Subtotal	Grupo 2	238	22,43
Otras	Grupo 3	147	13,85
Total en análisis		1.061	99,99

El grupo de 16 a 18 años son los más cercanos a la edad de ingreso a la universidad. Seguramente el perfil no es exactamente el mismo que se tiene una vez que se selecciona la población que ingresa, pues las condiciones del grupo 1 que es la mayoría, es la causal de condiciones de rendimiento académico que no le permiten acceder a la educación superior. Es por ello que conocer el perfil de los ingresan a la Universidad es tan importante y relacionar estos hallazgos con la dimensiones que miden objetivamente la autopercepción de la Calidad de Vida. (R Molina, R Sepúlveda, T Molina, V Martínez, E González, I Leal, M George, R Montaña, C Hidalgo. Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. Rev Chil Salud Pública 2014; Vol 18 (2): 149-160.)

En la Tabla N° 2 se aprecia la relación entre la autopercepción de las dimensiones de Calidad de Vida y la existencia de alguna DPC. Las mediciones se expresan en puntajes RASCH ajustados con los europeos. La población de 16 a 18 años aparece como significativa sólo en dos dimensiones: Bienestar Físico y Autonomía. Será muy



importante comparar estos resultados nacionales con lo que se obtenga en los alumnos de que ingresan a la Universidad de Chile y menores de 19 años en 2015.

Tabla N° 2

Medias de Puntajes Rasch según percepción de DPC según edad de adolescentes. Estudio Nacional Chileno 2009

Dimensiones KIDSCREEN 52	10 a 12 años		13 a 15 años		16 a 18 años	
	Con DPC	Sin DPC	Con DPC	Sin DPC	ConDPC	Sin DPC
	n: 386 Media(EE)	n:1.977 Media (EE)	n:390 Media (EE)	n : 2.515 Media (EE)	n: 285 Media (EE)	n:2.179 Media (EE)
Bienestar físico	46,6 (0,60)	49,4 (0,26)**	43,6 (0,61)	47,6 (0,23)**	41,6 (0,62)	45,7 (0,25) **
Bienestar psicológico	50,5 (0,52)	53,0 (0,24)**	47,5 (0,61)	50,0 (0,23)**	48,2 (0,66)	49,0 (0,25)-
Estado de ánimo y emociones	42,8 (0,65)	46,1 (0,27)**	41,7 (0,62)	43,9 (0,24)**	42,1 (0,67)	43,1 (0,24)-
Autopercepción	48,8 (0,56)	50,5 (0,25)*	45,4 (0,52)	47,8 (0,20)**	46,6 (0,58)	46,8 (0,19)-
Autonomía	47,8 (0,66)	51,1 (0,29)**	47,7 (0,71)	49,2 (0,27)*	45,4 (0,79)	47,1 (0,27)*
Relación con pad./ vid familiar	50,0 (0,63)	51,4 (0,29)*	46,4 (0,73)	47,5 (0,26)-	46,5 (0,77)	46,2 (0,27)-
Recursos económicos	47,2 (0,91)	49,0 (0,37)-	46,2 (0,91)	48,8 (0,33)*	45,6 (0,99)	47,0 (0,36)-
Amigos y apoyo social	51,9 (0,67)	53,8 (0,29)*	52,6 (0,67)	54,1 (0,25)*	51,7 (0,65)	52,4 (0,26)-
Entorno escolar	52,1 (0,56)	51,9 (0,25)-	48,1 (0,56)	48,4 (0,20)-	47,7 (0,57)	46,7 (0,19)-
Aceptación social	45,3 (0,99)	49,5 (0,42)**	49,3 (0,99)	53,3 (0,37)**	54,9 (1,14)	56,2 (0,38)-

Promedio Puntajes T *p<0,05 **p<0,001 Promedio puntaje T (Media de 50 y DE. de 10), utilizando los puntajes Rasch chilenos y estandarización de Europa. (Molina R, George M, González E, MartínezV, Molina T, Montero et al. *Estudio Nacional de Calidad de Vida Relacionado con la Salud en Adolescentes Chilenos: informe final*. Santiago: Ediciones Radio Universidad de Chile; 2012.)

Morbilidad de los alumnos que se atienden en SEMDA

El perfil de la morbilidad en SEMDA se ha mantenido a través de los años. La salud Mental es la primera causa de consulta, junto con la morbilidad Odontológica. Entre las causas médicas, las enfermedades digestivas y respiratorias siguen siendo las de mayor prevalencia seguidas por las osteomusculares, ginecológicas, oftalmológicas y dermatológicas. Todas ellas demandan atención del tipo Atención Primaria en Salud a excepción aquellas patologías que necesitan implementación tecnológica instrumental de alta complejidad o intervención quirúrgica que necesitan una sala de procedimientos o cirugía ambulatoria que se atiende en un segundo nivel de complejidad. A excepción de la Maternidad, durante este período la principal causa de hospitalización o Atención en el Tercer Nivel, son los accidentes y violentas.



Condiciones de Salud de los estudiantes de la Universidad de Chile.

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización de Estudiantes de la Universidad de Chile, realizada por el Centro de Estudios de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile el año 2011, entre las enfermedades o condiciones que requieren atención médica que han afectado a los estudiantes de la Universidad durante los años 2010 y 2011 (Tabla 3) destacan los problemas respiratorios como bronquitis o gripe (50,3%), dolores de cabeza (44,2%), problemas de carácter oftalmológico (34,4%), enfermedades gastrointestinales (31,9%), problemas dermatológicos (27%) y problemas traumatológicos (22,5%). En menor medida aparecen situaciones como problemas psicológicos o psiquiátricos (15,5%), lumbago o hernias a la columna (7,1%) y asma (6,2%).

Tabla 3. Enfermedades o condiciones que requieren atención médica que han afectado a los estudiantes en el año 2010 y 2011.

Enfermedades respiratorias	50,3
Dolor de Cabeza (Cefaleas)	44,2
Enfermedades oculares que requieran lentes	34,4
Enfermedades gastrointestinales	31,9
Enfermedades dermatológicas	27
Problemas traumatológicos	22,5
Problemas psicológicos o psiquiátricos	15,5
Lumbago o Hernia de columna	7,1
Asma	6,2
Enfermedades de la tiroides	3,4
Obesidad	3,1
Colesterol alto	2,4
Otros	6,8

Fuente: Informe CEFECH "Encuesta de caracterización de estudiantes de la Universidad de Chile" (2011).



IV.- Diagnóstico Situacional SEMDA

Antecedentes Históricos

El SEMDA fue creado por Decreto de Rectoría N° 175, el 3 de junio de 1932, siendo Rector Juvenal Hernández. El artículo tres de este decreto establecía que la Universidad debía protección a sus alumnos y que procuraría su bienestar. Como consecuencia de ello, la universidad creó el Servicio de Bienestar Estudiantil, antecesor al actual SEMDA. (Construyendo una reseña del servicio médico y dental de los alumnos de la universidad de Chile (semda, 2011) . domingo, 15 de mayo de 2011 <http://semdauchile.blogspot.cl/2011/05/construyendo-una-resena-del-servicio.html>)

Entre 1933 y 1962 el SEMDA funcionó en Casa Central, bajo la dependencia directa del Rector. Posteriormente se trasladó a dependencias del Hospital José Joaquín Aguirre. Es importante recordar que el Servicio Nacional de Salud se creó en Chile en 1952.

En 1964, la Universidad de Chile se plantea la necesidad de contar con un edificio propio destinado a la atención exclusiva de los estudiantes. Así, SEMDA se concibe como un servicio autónomo “dada la creciente importancia que va adquiriendo el Servicio y la manifiesta incapacidad de los servicios médicos tradicionales de adultos para satisfacer la demanda de atenciones, especialmente de patología propia del individuo joven (Traumatología, Psiquiatría, Odontología, Ginecología Urología)” (Tríptico de la Inauguración de las dependencias del SEMDA Central, Universidad de Chile (1975)).

Al dividirse la antigua Facultad de Medicina en 4 sedes en Santiago, producto de la Reforma Universitaria, a partir de 1971 el servicio vuelve a pasar a la dependencia directa del Rector, pasando a formar parte de Servicios Centrales.

A partir de 1972 se realiza una enorme inversión en salud, pues en el país la temática de salud adquirió relevancia política y social. Con financiamiento de la propia Universidad, del Ministerio de Educación, apoyo de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile y el Servicio Universitario Mundial (WUS), comienza a construirse y equiparse el SEMDA Central. Los tijerales se realizan el 8 de septiembre de 1973, y el proyecto se termina en septiembre de 1975.

El financiamiento del Servicio se realizó por años a través de un presupuesto histórico, con aporte aproximado de la Universidad de un 40% y el 60% restante desde el aporte de los estudiantes, incorporado en el pago de los derechos básicos de matrícula, que permitía contar con un presupuesto conocido.

En 1981 la dictadura militar dicta la Ley General de Universidades, que crea las universidades privadas y le quita a la U. de Chile su carácter de universidad nacional (con ello las anteriores sedes regionales de la U. de Chile de Arica a Osorno, se convierten en Universidades Regionales).



Hasta ese año, el SEMDA “en Santiago contaba con 5 policlínicos médicos y 11 dentales, y en las 9 sedes regionales, el Semda tenía un número correspondiente de policlínicos médicos y dentales”. Aportes de los Funcionarios SEMDA en la elaboración del Diagnóstico en Defensa de un Servicio de Salud para los Estudiantes (2011)

En 1982 comienza a financiarse a través de recursos centrales, desde esta fecha se comienzan a producir un conjunto de problemas vinculados al financiamiento global de la universidad, como el desconocimiento de las fechas de asignación de recursos, flujos de caja inadecuados a la realidad del servicio, entre otros. B. Stuardo (2008) Evaluación y optimización de los procesos en el SEMDA. Memoria para optar al título de Ingeniero Civil Industrial. Departamento de Ingeniería Industrial, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Chile.

En cuanto a las políticas públicas de Salud, entre 1973-1990, la política estatal realizó reformas neoliberales que modificaron el rol del Estado. Desde 1973 a 1980 disminuyó considerablemente el gasto social y el financiamiento al Servicio Nacional de Salud.

Entre 1981 y 1986 va configurándose el soporte administrativo y legal de las ISAPRES, y se lleva a cabo el traspaso de los establecimientos de nivel primario de salud a las municipalidades.

En este panorama país, la Universidad de Chile vuelve a reafirmar la atención de salud de sus estudiantes. El 4 de junio de 1985, se aprobó el Reglamento que fijó las normas del SEMDA, que se encuentra vigente hasta la fecha (Decreto Universitario 1.952). En él se establece que el SEMDA tendrá a su cargo la prevención, fomento y recuperación de la salud física y mental de los estudiantes; y la certificación de las razones de salud que afecten el rendimiento académico con el fin de favorecer la continuidad de sus estudios.

El artículo N° 8 del Decreto especifica la gratuidad de la atención en (a) Atención Médica y Dental General (b) Atención de Especialidades (c) Atención de colaboración Médico – odontológica (d) Exámenes que se efectúen en el Laboratorio Clínico del Servicio Médico y Dental de Alumnos (e) Hospitalización de Emergencia en el Hospital Clínico de la Universidad.

Podrá asimismo dar prestaciones adicionales a estudiantes de menores recursos, calificados por el Director de Asuntos estudiantiles, tales como farmacia, exámenes especializados que no se efectúen en el Servicio, hospitalización general y de maternidad en el Hospital Universitario, y otros

Durante 1988 se firma el decreto exento N° 00936 que establece un convenio entre el SEMDA y el Hospital Clínico sobre atenciones médicas otorgadas a los estudiantes. Se establece así el Sistema de Franquicias, para cubrir por parte del SEMDA, el valor de las prestaciones realizadas por el Hospital.

Sobre la valorización de las prestaciones: Una prestación médica tiene un valor establecido por el centro médico que lo presta, este valor está regido por la libre competencia. El Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) ha establecido su



propia tabla de valores, el valor preferencial para las prestaciones bajo modalidad “Convenio SEMDA” están entre arancel Fonasa nivel 2 y nivel 3, en tanto, para otras prestaciones tiene un valor de consulta particular (nutricionista, derecho de pabellón, otros).

En 1998 el SEMDA pasa a depender de la Dirección de Bienestar Estudiantil, perteneciente a la Vicerrectoría de Asuntos Académicos.

En el año 2014 se crea la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios, la cual incluye a la Dirección de Deportes y Actividad Física, la Oficina de Equidad e Inclusión y la Dirección de Bienestar Estudiantil en conjunto con el Servicio Médico y Dental de Alumnos.

Disponibilidad de recursos humanos profesionales y demanda de atención por estudiantes de la universidad de Chile

Durante el año 2015 se perfeccionó la hoja de registro medico para el SEMDA, con el objetivo de poder obtener datos que permitan gestionar y optimizar los recursos disponibles , así como también poder tomar decisiones que vayan en pos de la mejora continua de los servicios.

El siguiente cuadro revela la oferta de horas en los meses de enero a mayo de 2015, importante destacar que durante estos meses se ha mantenido relativamente homogénea la cantidad de horas disponibles.

Tabla 4: Horas Disponibles SEMDA 2015, Enero a Mayo

MES	HORAS DISPONIBLES
ENERO	3.554
MARZO	4.267
ABRIL	4.109
MAYO	3.930
TOTAL	15.860

Uno de los datos mas relevantes, arrojados de esta hoja estadística, es la efectividad de las horas realizadas. En SEMDA existe un sistema en el cual el estudiante puede realizar la



solicitud de las horas de atención por varios métodos (telefónico, pagina web, directo), esto hace que un gran porcentaje de la horas sean tomadas por los usuarios, pero las que efectivamente se realizan son más bajas de lo esperado, tal como se puede observar en la tabla N° 5.

Tabla 5: Horas Disponibles, Tomadas y Efectuadas en SEMDA 2015, enero a mayo

MES	HORAS DISPONIBLES	HORAS TOMADAS	%	HORAS EFECTUADAS	%
ENERO	3.554	2.429	68,3	1.954	55,0
MARZO	4.267	3.248	76,1	3.487	81,7
ABRIL	4.109	3.247	79,0	2.628	64,0
MAYO	3.930	3.310	84,2	2.922	74,4
TOTAL	15.860	12.234	77,1	10.991	69,3

Se observa que del total de las horas, un 77,1% son reservadas por los estudiantes, pero que solo un 69,3% asiste realmente a la atención por alguna especialidad en el SEMDA. Lo que en definitiva se traduce en una subutilización de la capacidad del servicio.

Un segundo punto relevante de la estadística de estos primeros meses del año 2015, es identificar cuales son aquellas especialidades que son más requeridas por los estudiantes, para ello se muestra la tabla N°6.

Tabla 6: Horas Disponibles, Tomadas y Realizadas de las Especialidades más requeridas SEMDA 2015, marzo a mayo

Especialidad	Meses de Marzo a Mayo 2015			
	Horas disponibles	Horas tomadas	Atenciones realizadas	%
Medicina general	1822	1550	977	53,6
Psiquiatría	184	184	158	85,9
Odontología	2920	2591	1624	55,6
Traumatología	344	307	186	54,1
TOTAL	5270	4632	2945	55,9

Como se observa, las principales atenciones se relacionan con el área de odontología, medicina general y psiquiatría, las cuales están en íntima relación con la problemática de salud de los jóvenes entre los 18 y 24 años. Se puede destacar el mismo fenómeno que



fue evidenciado en el cuadro anterior, en que un gran porcentaje de las horas son reservadas por estudiantes, pero en promedio solo un 55% de las atenciones son efectivamente realizadas.

Sistema Previsional

El 31,3% de las prestaciones brindadas por SEMDA no está adscrita a información previsional del estudiante, equivalente a 13.710 prestaciones distribuidas entre 4.130 estudiantes. De igual forma, un 6,75% de las prestaciones cursadas durante el año 2013, no están asociada a algún sistema previsional, lo que corresponde a un universo de 754 estudiantes.

Es importante indicar que esta información corresponde a los antecedentes declarados por el estudiante en ficha social, sin tener validación esta información con fuentes oficiales y confiables, como la Superintendencia de Salud, por lo cual, puede existir omisión o error de los datos entregados.

Derivaciones

En el trimestre de marzo a mayo de 2015, se obtienen datos estadísticos asociados a las interconsultas que ejecutan los profesionales en SEMDA, esto es en relación a las especialidades que están presentes en el servicio, como a aquellas con las que no se cuenta. De lo anterior podemos mencionar que fueron 2.558 interconsultas en total, de las cuales un 31% corresponden a Imagenología, 12,7% a Medicina General y un 8,4 % a Matrona, como se puede observar en la tabla N°7. Es importante destacar que estas 3 especialidades están dentro de la cartera de servicio del SEMDA.

Tabla N°7: Derivaciones realizadas en SEMDA 2015, marzo a mayo.

DERIVACIONES					
ESPECIALIDAD	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL	%
Radiología	364	215	214	793	31,0
Medicina General	159	43	123	325	12,7
Matrona	136	31	48	215	8,4
Dental (operatoria)	115	9	1	125	4,9
Enfermería	112	47	48	207	8,1
Ginecología	66	21	13	100	3,9
Cirugía Dental	54	39	105	198	7,7
Psiquiatría	48	56	57	161	6,3
Oftalmología	37	8	17	62	2,4
Dermatología	3	4	4	11	0,4



Cobertura en Hospitalizaciones

En el año 2013, se observa, la concentración del gasto en franquicias médicas en un grupo reducido de estudiantes, producto del alto costo de las hospitalizaciones. En este sentido, más del 55% de los montos asignados en franquicias médicas, validadas por la Asistente Social encargada, corresponden a Hospitalizaciones, las que corresponden a 63 estudiantes. De igual forma, al correlacionar la información con la facturación realizada por el Hospital para el año 2013 el monto utilizado aumenta en un 64,16%, respecto a las prestaciones ambulatorias, de urgencias o vía copagos.

Articulación SEMDA –Hospital Clínico Universidad de Chile

No existen protocolos formales asociados a los procedimientos y sistemas de control financieros, entre SEMDA y el Hospital Clínico, lo que implica dificultades en los proceso de atención de los estudiantes, validación de requisitos, entrega de información y control financiero.

De igual forma, no existen contrapartes formales, para el desarrollo de una mesa de trabajo permanente entre SEMDA y el Hospital, a fin ir detectando problemáticas contingentes y el desarrollo permanente de planes de mejoramiento.

Articulación Política Pública de Salud.

Se observa desconocimiento a nivel de los distintos actores que interactúan en el sistema de salud universitaria, de los mecanismos de acceso, cobertura y financiamiento que brinda la política de salud y diversos mecanismos de financiamientos de prestaciones de salud como seguros complementarios y seguro escolar, lo que implica entrega de información errónea, ineficiencia en la gestión de recursos y mal uso de los protocolos administrativos.

Sistema de Control de Gestión.

No existe un sistema integrado entre atenciones médicas y dentales de SEMDA, con la asignación de franquicias y el respectivo control financiero tanto interno como vinculado al Hospital Clínico de la Universidad de Chile, implicando procesos manuales que también afectan la entrega de resultados a los estudiantes.

También, la carencia de sistemas de control de gestión tiene como resultado poco control estadístico de los beneficiarios, asignaciones erróneas de recursos económicos e ingreso equívoco de datos a planillas de información, con excesiva manipulación de datos de los distintos actores involucrados en las etapas del proceso.

V.- Misión



El SEMDA tiene como Misión entregar atención integral (médica y dental) a la comunidad estudiantil, mientras que los niveles de promoción y prevención serán para toda la comunidad universitaria. Además tendrá la responsabilidad de certificar aquellas situaciones de salud que sean requeridas de acuerdo a los reglamentos universitarios.

VI.- Visión

Es una estructura técnico administrativa de la Universidad de Chile, relevante para la salud de la comunidad universitaria, reconocida y respetada a nivel nacional con un alto sentido de compromiso social, desarrollando sus funciones desde la perspectiva de la atención integral y de la prevalencia de la morbilidad del estamento estudiantil. En este contexto las acciones de promoción, fomento y prevención se articularán con los programas de desarrollo comunitario universitario. Sus acciones se gestionarán y coordinarán con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y el resto de la red asistencial para la adecuada atención de urgencias y las patologías de mayor complejidad presentes en la comunidad estudiantil.

VII.- Propósito

Desarrollar una atención integral a los estudiantes de Pre y Postgrado de la Universidad de Chile en el contexto de la Atención Primaria. Sus acciones directas estarán dirigidas a la Promoción y Prevención Primaria, Secundaria, Detección Precoz, Diagnóstico Precoz, Tratamiento Ambulatorio oportuno y Referencias oportunas al nivel secundario y terciario en caso de hospitalización, ya sea en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile o al Sistema de Salud que el estudiante determine según su cobertura de salud.

VIII.- Áreas Estratégicas

1. Educación para la Salud.

Desarrollo de estrategias que permitan un continuo de formación dirigida hacia el autocuidado y salud comunitaria para toda la comunidad universitaria.

2. Promoción y prevención de la Salud.

Área que pretende dar énfasis a aquellos factores presentes que protegen la salud de la población estudiantil, detección precoz de aquellos factores de riesgo a través de la realización de exámenes preventivos efectuados por equipo multidisciplinario. También incluye la detección de factores de riesgo predictivo de fracaso en los estudios relacionados con la calidad de vida asociada a Salud.

3. Atención de salud en áreas prioritarias.



Desarrollo de estrategias que van en directa relación con atender los problemas de salud que afectan a los alumnos, dando una atención de salud familiar con énfasis en algunas especialidades inherentes a la morbilidad estudiantil, todo esto enmarcado en una atención segura y de calidad.

4. Relación con el medio.

Comprende dos aspectos fundamentales, primero la relación con las diferentes entidades de la comunidad universitaria, facultades, centros de estudiantes, federaciones, y la relación con otros centros que comprenden la red asistencial.

IX.- Objetivos estratégicos por área.

A. Educación para la salud

- **OE1: Contar con una comunidad universitaria sensibilizada en temas como autocuidado, salud sexual y reproductiva, salud mental y prevención de riesgos.**
 - OEsp.1.1 Desarrollar plataforma de comunicación y activación de las redes sociales.
 - OEsp.1.2 Desarrollar programa de talleres de formación de monitores en salud.
 - OEsp.1.3 Desarrollar programa de talleres de autocuidado (salud sexual y reproductiva, calidad de vida).
 - OEsp.1.4 Desarrollar programa de talleres en salud mental y prevención de abuso en alcohol y drogas.
 - OEsp.1.5 Desarrollar y difundir protocolo para el manejo de urgencias y emergencias escolares.
 - OEsp.1.6 Contribuir al desarrollo de la Universidad de Chile como Institución Superior Promotora de la Salud.

- **OE2: Contar con información que permita mantener vigente la caracterización y situación de salud de los estudiantes de la Universidad de Chile.**



- OEsp.2.1 Desarrollar y aplicar encuesta de calidad de vida estudiantil.
- OEsp.2.2 Desarrollar un sistema estadístico en salud para el SEMDA.
- OEsp.2.3 Difundir la información generada por el servicio.

B. Promoción y prevención de la Salud.

- **OE1: Contar con un programa para la realización de Examen Preventivo de Salud del Estudiante (EPSE).**
- **OE2: Aplicar EPSE a los estudiantes que ingresan cada año a la Universidad y a los estudiantes deportistas seleccionados.**
- **OE3: Aplicar instrumentos de calidad de vida, de detección de riesgo y de protección para la detección precoz de fracaso estudiantil.**

C. Atención de Salud en áreas prioritarias.

+

- **OE1: Contar con un sistema que permita entregar atenciones de salud de forma integral con énfasis en el modelo comunitario familiar.**
 - OEst 1.1 Contar con médicos con formación en salud familiar para la atención directa de pacientes.
 - OEst.1.2 Contar con médicos especialistas y odontólogos en las áreas de mayor necesidad de acuerdo a la epidemiología del grupo etario.
 - OEst 1.3 Contar con profesionales para la atención de problemas de salud más frecuentes de la población estudiantil (Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Psicólogos y Terapeutas Ocupacionales) y con técnicos de nivel superior en enfermería y odontología.
 - OEst.1.4 Contar con unidades de apoyo (Toma de muestras y Imagenología dental, Salas de rehabilitación) que permitan un mejor diagnóstico y tratamiento.
- **OE2: Contar con una política en SEMDA que permita el aseguramiento de la calidad de atención en la institución.**
 - OEsp.2.1 Desarrollar plan de actualización y demostración de la autorización sanitaria del SEMDA
 - OEsp.2.2 Desarrollar protocolización procedimental de acuerdo a lo estipulado en el Manual de Acreditación de Instituciones de Atención Abierta del MINSAL.

D. Relación con el medio



- **OE1: Contar con convenios vigentes para el desarrollo de los diversos programas del SEMDA con la Facultad de Odontología, Facultad de Medicina y HCUCH.**
- **OE2: Contar con convenios vigentes en la red asistencial pública, para la referencia y contrareferencia de estudiantes en la red asistencial.**
- **OE3: Conocer y aplicar las temáticas asociadas a la ley de derechos y deberes de los pacientes.**
 - OEsp 3.1 Desarrollar plan de difusión de los derechos y deberes de los pacientes.
 - OEsp.3.2 Facilitar el acceso a la atención de los estudiantes en situación de discapacidad.
 - OEsp.3.3 Desarrollar y aplicar encuesta de satisfacción usuaria.

X. INDICADORES DE DESEMPEÑO Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Cada Objetivo Estratégico tendrá asociado un conjunto de indicadores de desempeño y, según proceda, criterios de evaluación, los que servirán para medir el logro de los objetivos y reflejar el estado de avance del proyecto de desarrollo del SEMDA.

Los indicadores de desempeño que finalmente se utilicen deben ser reducidos en número y ser manejados con prudencia y flexibilidad. Serán propuestos por una mesa técnica con integrantes de SEMDA, solicitando la colaboración del Consejo de Evaluación y actores relevantes universitarios en salud pública.

Esta propuesta se proyecta para un plazo de cinco años, con un proceso de evaluación anual que contemple la participación de la comunidad universitaria.



XI. PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA PROPUESTA PDI SEMDA

Marion Stock	Delegada Bienestar FECH
Maximiliano Ferrer	Delegado Bienestar FECH
Matías Garrido	Delegado Bienestar FECH
Diego Soto	Presidente Consejo de Estudiantes de la Salud
Muriel Febré	Consejera FECH Facultad de Medicina
Alejandra Gajardo	Representante funcionarios SEMDA
Víctor Hugo Gallardo	Presidente AFUCH SEMDA
Ximena Morales	Directora FENAFUCH
Clara Pinto	Coordinadora General SEMDA
Ramiro Molina	Desarrollo Comunitario VAEC
Scarlett Mac-Ginty	Jefa de Gabinete VAEC