

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“PROPUESTA PARA UN MODELO DE ATENCIÓN DE
SALUD PARA EL SERVICIO MÉDICO Y DENTAL DE LOS
ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE”**

CLARA PINTO MUÑOZ

**ACTIVIDAD FORMATIVA EQUIVALENTE A TÉSIS
PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**

PROFESOR GUIA DE AFE:

DRA. ALEJANDRA FUENTES-GARCIA

DR. OSCAR ARTEAGA HERRERA

Santiago, Mayo 2016

Índice.

Resumen	7
I. Introducción	8
II. Marco Teórico	11
II.A. Antecedentes demográficos de la población joven en el mundo	11
II.B. Características sociodemográficas de la población joven en Chile	14
II.C. Situación de Salud de la población joven en Chile	15
1. Morbilidad en la población joven en Chile	16
2. Mortalidad en la población joven en Chile.....	18
II.D. Salud para los jóvenes orientada desde organismos nacionales einternacionales	19
1. Iniciativas de salud desde organismos internacionales	19
2. Iniciativas en salud para población joven en Chile	21
II.E. Antecedentes sobre modelos de atención en salud	27
1. Definición de Modelo y Modelo de atención de salud	27
2. Características generales de los modelos de atención en salud actuales	28
II.F. Antecedentes sobre servicios salud para estudiantes en universidades chilenas y latinoamericanas	30
II.G. Antecedentes generales sobre el SEMDA	33
1. Antecedentes Históricos	33
2. Funcionamiento.....	34
3. Financiamiento.....	35
4. Datos Estadísticos.....	36
III. Síntesis y justificación	37
IV. Propósito y Objetivos	38
IV.A. Propósito	38
IV.B. Objetivo general	39
IV.C. Objetivos específicos	39

V. Metodología	39
V.A. Diseño	39
V.B. Recolección y análisis de la información	40
VI. Aspectos éticos	42
VII. Resultados	44
VII.A. Caracterización de la población estudiantil de la Universidad de Chile .	44
1. Perspectiva Socioeconómica	44
2. Perspectiva de Salud	46
3. Preferencia de los estudiantes de la universidad de Chileen cuento a la atención de salud	56
VII.B. Servicios de salud para estudiantes de otrasUniversidadesChilenas .	57
VII.C. Consenso entre actores claves sobre aspectos fundamentales para un modelo de atención en salud en el SEMDA.....	65
VII.D. Propuesta de Modelo de Atención en salud para el SEMDA	69
1. Presentación	69
2. Definición del Modelo	69
3. Objetivo del modelo	70
4. Población objetivo y sus características.....	70
5. Mapa conceptual del Modelo	71
6. Definición de los lineamientos estratégicos del modelo	72
7. Principios del modelo y su definición.....	74
8. Financiamiento	75
9. Gestión y desarrollo	76
10. Ejes fundamentales del funcionamiento	76
11. Supuesto para aplicación del Modelo	79
VIII. Conclusiones finales	80
IX. Referencias	86
X. Anexos	90
1. Formato Entrevista semi estructurada de identificación del modelo de atención en Salud	90
2. Formato Consentimiento Informado de entrevista	93

3. Pauta de actividad de Consenso	94
4. Otros antecedentes del nivel socioeconómico de los alumnos de la Universidad de Chile según Encuesta CEFECH 2011 y Encuesta de Calidad de Vida 2015.....	
... 95	
5. Tablas de interés sobre caracterización universitaria según datos de la Dirección de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Chile y Encuesta CEFECH 2011.....	101
6. Tablas de interés relacionadas con Encuesta de calidad de vida de la UCH 2015	103
7. Tablas de interés según datos estadísticos del SEMDA primer semestre del 2015	105

Índice de cuadros.

Cuadro N°1: Comparación entre modelos de atención en salud de tres universidades	33
Cuadro N°2: Antecedentes del Entrevistado de Servicios de salud de UV, UMCE, USACH	57
Cuadro N°3: Antecedentes sobre el servicio de Salud de UV, UMCE, USACH	58
Cuadro N°4: Antecedentes de la trayectoria laboral del entrevistado por cada establecimiento de la UV, UMCE y USACH	59
Cuadro N°5: Antecedentes sobre la trayectoria del servicio de la UV, UMCE y USACH	60
Cuadro N° 6: Antecedentes sobre el modelo de atención en los servicios de salud de la UV, UMCE y USACH	61
Cuadro N°7: Organización de los servicios de salud de la UV, UMCE, USACH	63
Cuadro N°8: Financiamiento de los servicios de salud de la UV, UMCE y USACH	64
Cuadro N°9: Comentarios finales de los entrevistados de la UV, UMCE y USACH	65

Cuadro N°10: Sugerencias efectuadas por los participantes en actividad de consenso, según característica	68
Cuadro N°11: Modelo de atención en salud para el SEMDA.....	71

Índice de tablas.

Tabla N°1: Objetivo estratégico N°4, ESN 2011-2020	22
Tabla N°2: Objetivo estratégico N°2, ENS 2011-2020	23
Tabla N°3: Objetivo estratégico N°3, ENS, 2011-2020	25
Tabla N°4: N° de atenciones realizadas en SEMDA 2015	36
Tabla N°5: Diagnósticos más frecuentes, SEMDA 2015	37
Tabla N°6: Alumnos de la UCH que perciben ayuda económica años 2014-2015	45
Tabla N°7: Distribución por edad, alumnos de la UCH 2015	45
Tabla N°8: Porcentaje de estudiantes de la UCH según previsión de salud y distribución socioeconómica	47
Tabla N°9: Porcentaje de horas solicitadas por los alumnos de la UCH y efectividad por especialidad	54
Tabla N°10: Matriz de priorización de las características generales de los modelos de atención de salud según cada participante en la actividad de consenso	66
Tabla N°11: Priorización y asignación de puntajes según cada participante en actividad de consenso	66

Índice de gráficos

Gráfico N° 1: Comparación de resultados de encuesta de calidad de vida según a País, Chile y la UCH	49
Gráfico N°2: Comparación por sexo en las dimensiones abordadas, encuesta de calidad de vida de los alumnos UCH 2015	50
Gráfico N°3: Dimensiones de calidad de vida abordadas y Nivel socioeconómico por Quintiles de alumnos de la UCH, 2015.....	51

Grafico N°4: Dimensiones en calidad de vida, comparadas entre alumnos con discapacidad y aquellos sin discapacidad, UCH 2015	52
Grafico N°5: Dimensiones de encuesta de calidad de vida con puntajes mas bajo por Facultades de la UCH 2015	53
Gráfico N°6: Distribución por sexo de los estudiantes que se atienden en SEMDA en primer semestre 2015.....	55
Grafico N°7: Distribución por tramo de edad de estudiantes atendidos en SEMDA en primer semestre de 2015	55
Gráfico N°8 : Proporción de estudiantes que se han atendido en SEMDAsegún NSE, Encuesta CEFECH 2011	56

Resumen.

Existe un aumento considerable de la población joven y disminución de la población infantil, lo que se traduce en un aumento de la población adulta mayor. Esto ha dado lugar a numerosas estrategias que van en pos de mejorar la salud de la población joven con el objetivo de poder tener a largo plazo una población adulta mayor sana. Las universidades son lugares que concentran gran cantidad de población juvenil, lugar propicio para incorporar estrategias que cumplan con este objetivo. En varias de ellas abordan los problemas de salud, a través de la existencias de centros de atención en salud para sus estudiantes, es así como la Universidad de Chile (UCH) cuenta con un Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA) para estos fines y se caracteriza por realizar atenciones médicas y dentales, sin explicitar un modelo de atención. **Propósito:** Contribuir a mejorar la respuesta de la atención de salud que la Universidad de Chile entrega a su población estudiantil. **Objetivo general:** Construir una respuesta de atención en salud para la población estudiantil de la Universidad de Chile con visión de promoción y prevención desarrollado en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos. **Metodología:** Corresponde a una actividad formativa equivalente a una tesis, que elabora una propuesta para un modelo de atención en salud, para ello utiliza información previa sobre el tema, consulta a informantes con experticia en el tema y establece consensos entre actores claves institucionales. **Resultados:** La población estudiantil de la UCH se caracteriza por ser de un nivel socioeconómico medio- alto, con un porcentaje menor de estudiantes perteneciente a estratos bajos. Presentan problemas de salud asociados a salud mental, salud sexual y reproductiva y salud bucal, además los estudiantes menores de 19 años se auto perciben con menor calidad de vida que los jóvenes a nivel nacional. Las principales características priorizadas por actores claves para un modelo de atención, se asocian a la pertinencia, integración y aceptabilidad de los servicios prestados. **Conclusión:** Se propone un modelo de atención en salud de nivel primario, con énfasis en la promoción y prevención de la salud, caracterizado por entregar atención integral y de

calidad, que contempla principios como la universalidad y la participación, accesible, integrado y sostenible, alejándose del modelo asistencial que prima hoy en día en el SEMDA.

I. Introducción.

Los modelos de atención en salud configuran una herramienta que permite resolver los problemas de salud de la población en cualquiera de las etapas del ciclo vital en el que se encuentre el ser humano. Son relevantes al momento de determinar una estrategia país para enfocar los esfuerzos que permitan obtener resultados costo-efectivos. Los modelos de atención en salud son una interacción entre lo que se ofrece y lo que demanda una población, por consiguiente este debe ir en relación a las necesidades y expectativas de las personas. Estas deben condicionar el desarrollo de las respuestas y no al contrario, es decir que las instituciones modelan la forma de prestar los servicios de salud(1)

Si bien es cierto que las estrategias en salud de los países siempre irán en busca de satisfacer las necesidades en cada etapa del ciclo vital, existen etapas de la vida de las personas en que el propio sistema considera que la vulnerabilidad de ellas no son suficientes para focalizar los esfuerzos; de la misma forma en que desde el punto de vista epidemiológico se establecen prioridades considerando la realidad de cada país. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la población joven como aquellos que están entre los 10 y 24 años, siendo adolescentes las personas entre los 10 y 19 años y jóvenes entre los 15 y 24 años. En la región de las Américas los jóvenes constituyen el 24% de la población alcanzando estos aproximadamente unos 232 millones. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2003 la tasa de mortalidad para este grupo etario correspondía a 130 x 100.000 hab., siendo las principales causas de muerte los accidentes, homicidios y suicidios, además de enfermedades transmisibles(2).

En el 48º Consejo Directivo de la OPS, celebrado el año 2009, se analizaron temáticas acerca de la necesidad de establecer estrategias para mejorar la salud de

este grupo etario, considerando que los jóvenes son materia fundamental en el desarrollo social de la región de las Américas, que condicionan la carga de mortalidad y que en la vida adulta las enfermedades crónicas son de alto costo. Se resolvió el apoyo a un plan de acción comprendido entre los años 2010 y 2018, que tiene como principal estrategia instar a los países miembros a dar prioridad a la salud de los jóvenes, estableciendo políticas públicas nacionales, aumentando la cobertura de servicios de salud con calidad, mejorando el acceso y enfatizando la promoción y prevención en salud(3).

En la Estrategia Nacional de Salud de Chile 2011- 2020, se observa un interés por abordar temas relacionados con la población joven y la promoción de estilos de vida saludable(4). En tres de los objetivos estratégicos de las metas sanitarias, se abordan temas relacionados con los jóvenes, como se revisará en el Marco Teórico de este trabajo.

En Chile, el Ministerio de Salud(MINSAL) define la promoción de la salud como un bien social que proporciona a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su salud. Esto está íntimamente relacionado con el concepto de promoción de la salud definido en la Carta de Ottawa de 1986: *"la salud es construida y vivida por las personas en su ambiente cotidiano, donde ellas trabajan, aprenden, juegan y aman"*(5).

Tomando en cuenta lo anterior se considera que las instituciones de educación superior pueden llegar a ser agentes de cambio de modelo de promoción de la salud, debido a su constante trabajo ligado a la investigación en diversas disciplinas, las cuales abordan distintas temáticas asociadas a la toma de decisiones, cambios de hábitos y conductas en salud, favoreciendo el trabajo tanto individual como grupal(6). Por ello, existe la iniciativa conocida como Red de Universidades Promotoras de la Salud, la cual en los últimos años ha ido tomando fuerza, con acciones nacionales e internacionales, avaladas por OPS y en el caso de Chile, por el MINSAL, quienes en conjunto elaboran una Guía para la Autoevaluación y

Reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud(7). Esta red de universidades pretende establecer políticas de promoción y prevención en salud, abordando el tema en forma triestamental.

La mayoría de las universidades en Chile, a través de sus Direcciones de Bienestar Estudiantil, cuentan con servicios que realizan prestaciones de salud a sus estudiantes. En el caso de la Universidad de Chile (UCH), alrededor de 29.800 estudiantes según la matrícula del año 2014 tanto de pregrado y post grado (8), son los que tienen acceso a la atención de salud en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA). Esta constituye una población que en mayor o menor medida utilizan este servicio para resolver sus problemas de salud, favorecido por probables dificultades para acceder a la atención de salud en la red pública. Hay estudios sobre barreras de acceso para la atención de salud en prevención de embarazo adolescente que revelan por ejemplo, la existencia de barreras asociadas a los espacios amigables para la atención de jóvenes, además de la confidencialidad y el escaso desarrollo de trabajo intersectorial para abordar los problemas de salud de los jóvenes (9).

Como se comentó anteriormente, la Universidad de Chile cuenta con un servicio de salud para alumnos (SEMDA) desde el año 1932(10). El centro no tiene documentado el modelo de atención en salud que lleva a cabo, solo existe el Decreto Universitario que fija las normas del servicio(11). La discusión sobre el propósito de la existencia del servicio de salud de la Universidad de Chile está siendo abordada en algunas instancias universitarias, que pretenden aportar con una propuesta. La problemática está en la definición de un modelo acorde a las necesidades de la población estudiantil. La presente Actividad Formativa Equivalente a la Tesis (AFE) busca desarrollar una propuesta de modelo de atención de salud para el SEMDA de la Universidad de Chile, para que de esta manera, se pueda mejorar su potencial de acción y optimizar sus recursos, con el propósito de contribuir a mejorar la respuesta de la atención de salud que la Universidad de Chile entrega a su población estudiantil.

II. Marco Teórico.

Desde la teoría es importante rescatar las perspectivas necesarias que den cuenta de la problemática en salud de los jóvenes y las experiencias que permiten dar solución a las necesidades insatisfechas de este grupo etario, principalmente con el objetivo de poder contribuir con iniciativas que permitan mantener y mejorar la salud de la población joven, que puedan ser abordadas en las instituciones de educación superior.

En este sentido, se construye un marco teórico que incorpora en primera instancia, el conocimiento acerca de aspectos demográficos de la población joven, a nivel general y posteriormente a nivel nacional. En segundo lugar hace referencia a la salud de este grupo etario, estableciendo las características generales de la morbimortalidad. En tercer lugar se abordan aquellas iniciativas en salud para la población juvenil emanadas tanto de organismos internacionales como nacionales, que permiten dar cuenta de la situación actual. Finalmente se describen algunas iniciativas sobre cómo algunas instituciones universitarias, abordan la salud de los estudiantes. Se hace referencia a los aspectos fundamentales de los modelos de atención en salud y se muestran antecedentes sobre lo que es actualmente el SEMDA de la Universidad de Chile.

II.A. Antecedentes demográficos de la población joven en el mundo.

Es importante hacer una breve reseña que relacione a la población joven con los cambios demográficos, esto implica un antecedente relevante al momento de caracterizar un grupo etario principalmente por el contexto en que se han desarrollado los cambios en los últimos 50 años en Iberoamérica, los cuales han provocado establecer políticas gubernamentales adecuadas a nivel de transición demográfica en que se encuentra su población.

En el año 2014 se estimaba en el mundo alrededor de 1800 millones de jóvenes entre 10 y 24 años de edad, de un total aproximado de 7300 millones de habitantes de acuerdo a datos de Naciones Unidas. A nivel global, la población juvenil se encuentra en un 89% en países de ingresos bajos. De ese porcentaje, los jóvenes se ubican principalmente en países de Asia, el resto en países de América Latina, África y Caribe. Los jóvenes son alrededor del 25% de la población, en los países más pobres este porcentaje se eleva al 32% y en países de ingresos altos, el porcentaje disminuye a alrededor de 17% de la población total (12).

En la región de las Américas existe una población aproximada de 981 millones de habitantes (13). Si tomamos en cuenta América Latina y El Caribe, la población alcanza los 623 mil habitantes proyectados en el 2014 según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)(14). De ella, el 34,2% corresponde al grupo etario entre los 15 y 34 años de edad.

La población total en el mundo y en América Latina ha disminuido principalmente por el descenso de la población infantil. Además de ello se ha producido una disminución del crecimiento de la población joven. En los años 70, ésta crecía en promedio de 3% a 5%; hoy alcanza un crecimiento entre 3%y 3,5% (15).

La dinámica de la población joven obedece al nivel de transición demográfica de los países en América Latina. Se define como transición demográfica a los cambios que experimenta una población, transitando de niveles altos de mortalidad y fecundidad a bajos niveles en ambos componentes, lo cual provoca cambios en la estructura por edad de la población, incidiendo en la disminución de la población joven y un aumento de la población de edades avanzadas (16). Es así como existe un grupo de países entre los que se encuentra Chile, en el que su nivel de transición es avanzado. Esto quiere decir que tienen una tasa de mortalidad y fecundidad bajas, lo cual provoca un bajo crecimiento poblacional, cercano al 1% y con una marcada disminución de la población infantil y aumento de población joven (15).

Durante el ciclo vital, entre los 15 y 29 años, es el periodo en el cual las personas adquieren habilidades y conocimientos, los cuales le permiten desempeñarse con menor y mayor éxito, teniendo gran relevancia la oferta de oportunidades en este periodo, lo que se podría traducir en un mayor y mejor desempeño en la edad adulta(15).

Tomado en cuenta los aspectos demográficos existe un periodo en la transición en que se produce el llamado **Bono Demográfico**; este es un periodo particular en que las tasas de dependencia disminuyen a mínimos históricos, constituyendo una oportunidad para el desarrollo de la economía de un país(17). En otras palabras, es el período cuando la proporción de personas en edad de trabajar (potencialmente productivas) crece en relación a la proporción de personas en edades potencialmente dependientes, también se le llama “**Ventana demográfica de oportunidades**”refiriéndose a que se genera una posibilidad de aumentar los niveles de crecimiento económico per cápita y por ende los niveles de bienestar de la población en su conjunto (18).

De acuerdo a los antecedentes mencionados anteriormente, Chile se encuentra en pleno periodo de Bono Demográfico, que se extendería desde el año 2015 hasta el año 2025 aproximadamente,de acuerdo a la CEPAL. Es por esta razón que adquiere gran relevancia poder implementar políticas públicas que vayan en pos de generar oportunidades para la población joven, tanto en educación como en temas de salud, sobretodo en salud reproductiva lo cual trae beneficios para las generaciones futuras (15). Esto especialmente, considerando que en Chile el año 2012 el 14,4% de los nacidos vivos correspondían a hijos de madres adolescentes, transformándose en un problema de salud pública(19).

En cuanto a la situación de salud de la población joven, según la OPS, la morbimortalidad es baja en esta etapa del ciclo vital, la mortalidad alcanza 287.000 defunciones en el año 2004 en la Región de las Américas y las principales causas de muertes en la población de 15 a 24 años son los accidentes, homicidios y suicidios,

seguido de enfermedades transmisibles (VIH), enfermedades no transmisibles, complicaciones del parto y puerperio. En cuanto a los problemas de salud más recurrentes están los embarazos no deseados, violencia de género, explotación sexual, enfermedades de transmisión sexual, nutrición deficiente, falta de atención bucodental, déficit de actividad física, obesidad y malos hábitos alimentarios, trastornos de la salud mental, accidentes y abuso de sustancias psicotrópicas (2).

II.B. Características sociodemográficas de la población joven en Chile

En Chile, la población joven de acuerdo a la proyecciones del censo del año 2002 a la fecha , corresponde a 1.328.426 personas (de 15 a 19 años) y 1.486.775 personas (de 20 a 24 años) (16).

El 25,6 % de la población total de Chile se encuentra en el tramo entre los 15 y 29 años de edad según la encuesta CASEN 2011(20). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en Chile para el año 2020, la población joven solo alcanzará el 21% del total de la población, llegando a unos 3,8 millones de personas.

En cuanto a la residencia, esta se ubica mayoritariamente en zonas urbanas (85%) y una menor cantidad en zonas rurales (12,7%). A lo largo del país la población joven se concentra en un porcentaje mayor en la Región de Atacama (27,7 %), siendo la región con menor proporción de jóvenes, Magallanes (19%). El 7% de la población joven se declara perteneciente a algún grupo étnico, de este porcentaje la mayor parte de ellos son mapuches.

Respecto del nivel socioeconómico de la población joven en general, es importante destacar que el 50% vive en hogares de nivel medio, el 43% lo hace en nivel bajo y el restante 8 % corresponde al nivel alto, según la Encuesta Nacional de la Juventud 2012 (21).

En relación a la situación de pobreza, el 14,7% de la población joven vive en situación de pobreza, siendo el grupo de las mujeres más alto que el promedio alcanzando un 16,7%, según encuesta CASEN 2011.

Según la encuesta CASEN 2011, el 37,2% de la población joven (entre 15 y 29 años de edad) se dedica sólo a estudiar, mientras que el porcentaje de los que estudian y trabajan alcanza un 6,9%. Los jóvenes que solo se dedican a trabajar corresponde al 32,7% y los que no estudian ni están buscando trabajo son el 16,4% de la población joven.

En relación a la situación de estudio, la encuesta del Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV) efectuada el año 2012 destaca que ese mismo año se alcanza el mayor porcentaje de jóvenes entre 15 y 29 que se encuentran estudiando (50% de la población encuestada). Si se analiza este dato, queda de manifiesto las desigualdades en cuanto al género y situación socioeconómica, de los que estudian, solo el 46,7% corresponde a mujeres, a diferencia del 53,3% que corresponde a los hombres; el aumento del porcentaje de estudiantes es proporcional al aumento del nivel socioeconómico. En el nivel ABC1, el 68% de los jóvenes se encuentran estudiando, mientras que en el nivel más bajo (E) solo el 32% se encuentran en condición de estudiante. En relación al nivel educacional, del total de 8.352 encuestados, el 38,6% se encuentra estudiando en el nivel superior (13,6 % Técnico profesional y 25% Universitario) a diferencia del gran porcentaje que aún cursa niveles primario y secundarios (61,4%) (21).

II.C. Situación de Salud de la población joven en Chile.

Históricamente la población joven se ha considerado como “sana” lo cual ha generado que dentro de las políticas de salud, no se haya priorizado a este grupo y el Estado reconoce que existen falencias sobretodo en población de jóvenes entre 10 y 14 años (22). Se sabe además que la morbilidad y la mortalidad de este grupo etario se relaciona con conductas de riesgo.

1. Morbilidad en la población joven en Chile.

Algunos datos demuestran que uno de los problemas de salud de los jóvenes entre los 15 y 24 años es el consumo de alcohol, de acuerdo a cifras de la Encuesta Nacional Salud (ENS) 2010, el promedio más alto de consumo semanal de alcohol se encuentra en este rango etario, sin hacer distinción por nivel socioeconómico. En cuanto a la variable sexo se aprecia que existe un aumento considerable en relación a los hombres en este mismo grupo etario, lo que no se da en personas mayores de 25 años.

Si bien los problemas asociados a salud mental no son la primera causa de morbilidad en jóvenes, cabe destacar que según la ENS 2010 en términos totales, el 14,4% de los jóvenes entre 15 y 24 años presenta síntomas de depresión en el último año, destacando que en las mujeres el 21% presenta dicha sintomatología y solo un 7% en el caso de los hombres. En cuanto al nivel socioeconómico, los síntomas depresivos disminuyen a medida que mejora el nivel, es así como en el nivel bajo, el 21% presenta la sintomatología y solo 11% lo padece en el nivel socioeconómico alto, concentrándose el mayor porcentaje en el nivel medio (29%).

Un estudio de prevalencia de trastornos de salud mental en la población infanto-juvenil que se realizó en Chile el año 2012, en el que la muestra fue de 1580 sujetos entrevistados, establece que la prevalencia general alcanza al 38%. Destacan, en primer lugar, los trastornos disruptivos, luego los ansiosos, los afectivos y en menor porcentaje (4,8%) corresponde al abuso de sustancias. Este estudio evidencia que la prevalencia en Chile es mayor en comparación con otros países latinoamericanos que utilizan metodología e instrumentos parecidos, como por ejemplo Puerto Rico que alcanza una prevalencia global de 22%(23).

El análisis de los egresos hospitalarios de los adolescentes en Chile el año 2010, demuestran que los trastornos mentales y de comportamiento alcanzan al

2,7%, siendo la depresión y trastornos del humor los que alcanzan un mayor peso específico: 23%(24).

El estudio de calidad de vida en adolescentes relacionado con salud según autopercepción de discapacidad, realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile publicado el año 2014 por la Revista Médica de Chile, utilizando un instrumento validado (Kidscreen52), revela que la peor Calidad de Vida relacionada con salud (CVRS) se presenta en mujeres adolescentes que estudian en el colegios públicos y que residen en la zona norte del país(25).

El consumo del tabaco en la población joven es otro problema que se ha transformado en resorte de nuevas políticas públicas en nuestro país a partir del año 2013. De acuerdo a información existente, en Chile las adolescentes son las más fumadoras de América Latina. El 39% de las niñas entre los 13 y 15 años consumen tabaco y Chile es uno de los países en donde las niñas consumen más tabaco que los niños (11,9% más), existiendo una exposición de jóvenes al tabaco domiciliario cifrado en un 51,9% según la encuesta Atlas del Tabaco 2012 (26).

La salud sexual y reproductiva adquiere relevancia en el segmento joven de la población, debido a que es en esta etapa en donde se comienza con la vida sexual activa, lo cual trae consigo diversos problemas de salud atendibles en salud pública. Algunos datos entregados por la Encuesta Nacional del INJUV 2012, destacan que el 71% de los jóvenes ha iniciado su vida sexual. En el segmento de 15 a 19 años ha aumentado el porcentaje de inicio de 41% a 49% en los últimos 6 años. Otro dato relevante es el número de parejas sexuales, con un promedio de 1,6, siendo 1,3 en las mujeres y 1,8 en los varones. En cuanto a la orientación sexual un 13% decide no contestar, de los que contestan 83% se declara heterosexual, 2% homosexual y 1% bisexual.

También hay datos sobre la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Estos demuestran el aumento del uso de preservativo en la última relación

sexual, llegando al 88%. El uso de esta medida se diferencia según Nivel Socioeconómico (NSE). En el NSE alto el 94% refiere utilizar preservativo, mientras que en el NSE bajo alcanza el 85%. Cabe destacar que para la población joven el uso del preservativo está considerado para la prevención de embarazos y para las ETS. En cuanto al método para la prevención de embarazos, los jóvenes responden que como principal método utilizan el condón (49%) y un 35% refiere utilizar la píldora anticonceptiva(21).

Un problema importante en Chile es el embarazo adolescente. En el año 2012, 34.900 nacidos vivos fueron hijos de madres adolescentes, correspondiendo al 14,4% del total de nacidos vivos para ese año. Un dato relevante es que durante los años 2007 al 2009, se produjo un aumento porcentual de los casos de embarazos adolescentes, pero un punto de inflexión se produce a partir del año 2010, en que los casos comienzan a disminuir. Esto puede relacionarse con la política pública asociada a la entrega gratuita de la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) que ocurre precisamente a partir del año 2010. Una situación parecida se produce con la disminución de la tasa de fecundidad, en el año 1998 alcanza un 31,6 y el 2012 llega a 26,1(19).

2. Mortalidad en la población joven en Chile.

La tasa de mortalidad en población joven es baja, alcanzando los 5,7 x 1000 habitantes, en ellas destacan causas como accidentes, homicidios y suicidios. En cuanto a la distribución por sexo, los hombres presentan mayor número de fallecidos que las mujeres, situación que se da también en la tasa de mortalidad general en cualquier edad. En el año 2010 estas tres causas de muerte (accidentes, homicidios y suicidios) corresponden al 57% de todos los fallecidos adolescentes de ese año, con un porcentaje más bajo se encuentran las muertes por tumores, alcanzando el 13% (24).

Es relevante hacer un análisis específico de los suicidios en Chile. Éstos han tenido un aumento significativo en los adolescentes entre los años 2005 al 2010 de 5,7 a 7,0 por 1000 habitantes, siendo mayoritariamente hombres, con tasas que superan 3 veces las de las mujeres. El suicidio en adolescentes corresponde al 10% de las muertes en población general, el lugar de residencia también es una variante, siendo las localidades urbanas los lugares donde ocurren con mayor frecuencia. Es importante destacar que las causas asociadas a suicidios en adolescentes están relacionadas con trastornos mentales y de ellos las causas más frecuentes se asocian a depresión, trastornos bipolares, consumo de drogas y alcohol y la esquizofrenia. También es importante mencionar que los antecedentes familiares de suicidios, aumentan casi 4 veces el riesgo de un comportamiento similar (4).

II.D. Salud para los jóvenes orientadas desde organismos nacionales e internacionales

1. Iniciativas de salud desde organismos internacionales.

A nivel internacional es relevante destacar que la Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 1996, en su asamblea general, resuelve dar curso al ***“Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y los años subsiguientes”*** que tiene como principal objetivo dar directrices de acción nacionales e internacionales para mejorar la situación de los jóvenes. En ellas destaca mejorar la calidad y condiciones de vida de los jóvenes y mejorar la participación de estos en forma plena, efectiva y constructiva en la vida de la sociedad (27).

La ONU decide declarar desde agosto de 2010 a agosto de 2011 como el ***Año Internacional de los Jóvenes: Diálogo y comprensión mutua*** con el lema ***“Nuestro año, Nuestra Voz”***(2) enmarcado en esto es que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), decide establecer un plan estratégico para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes. Esta iniciativa fue ratificada por el 48º Consejo Directivo Regional del año 2009, en el cual se establecen, entre otros, los siguientes objetivos: Instar a los estados miembros a recolectar datos sobre el estado

de salud de los adolescentes y jóvenes, fortalecer entornos favorables para la salud y desarrollo de los jóvenes, aumentar la cobertura y acceso a los sistemas de salud que comprendan promoción, prevención y tratamiento eficaz, fortalecer la respuesta de los responsables de las políticas públicas, mejorar la coordinación dentro del sector salud y con otros agentes asociados con el fin de asegurar la implementación de las acciones en materia de salud y desarrollo de los jóvenes (3).

Como mencionamos anteriormente, la OPS desarrolla una estrategia regional en materia de Salud para los adolescentes "**Estrategia y plan de acción sobre los adolescentes y jóvenes 2010 – 2020**" la cual hace referencia a 6 áreas estratégicas específicas:

1. Información estratégica e innovación.
2. Entornos favorables al desarrollo y la salud con políticas basadas en datos probatorios.
3. Sistemas y servicios de salud integrados e integrales.
4. Desarrollo de la capacidad del Recurso Humano.
5. Intervenciones basadas en la familia y las escuelas.
6. Alianzas estratégicas y colaboración con otros sectores.

El objetivo principal de este plan es instar a los Estados a que trabajen estas áreas con el fin de que los adolescentes y jóvenes reciban promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención de salud oportuna y eficaz a través de sistemas de salud integrados (2).

De acuerdo a lo expuesto en párrafos anteriores, se considera relevante para las iniciativas internacionales, las que hacen referencia a la salud sexual y reproductiva de los jóvenes por el impacto que éstas tienen en esta etapa del ciclo vital. Es así como el año 2006 la división de población de la CEPAL(28), durante una reunión de expertos analiza, a través de un documento, las políticas de salud sexual y reproductiva con enfoque en los derechos humanos, en este documento destaca y hace un recorrido por los avances que ha tenido la visión sobre los derechos en salud

y los derechos de la mujer en los temas de salud sexual y reproductiva y los derechos de los jóvenes en estos mismos temas, reflexionando en temas tales como:

1. Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes, los que se encuentran protegidos y reconocidos internacionalmente.
2. Que los jóvenes participen en diferentes instancias, es un reconocimiento a los derechos humanos. Esto contribuye a crear conciencia colectiva de que los jóvenes son sujetos plenos de derechos.
3. Avanzar en políticas públicas universales oponiéndose aquellas que focalizan a través de programas específicos para jóvenes, mejorar las condiciones de vida, avanzar hacia la equidad generacional y de género.

Otra instancia internacional relacionada con los jóvenes, hace referencia al Organismo Regional Andino de Salud, Plan Andino - Convenio Hipólito Unanue, la componen estados miembros como Venezuela, Ecuador, Perú, Colombia, Chile y Bolivia, que tienen como principal objetivo la integración, cooperación y la salud de los pueblos andinos. Este organismo tiene un Comité Subregional para la Prevención de Embarazo Adolescente, concordando una serie de estrategias(29), que van en la línea de garantizar los derechos de los adolescentes en ámbito sexual y reproductivo, promoviendo salud sexual saludable y segura, además de la disminución de la vulnerabilidad de la población joven. En ámbito de Institucionalidad favorecer la atención integral del adolescente mejorando la cobertura y acceso de los servicios de salud, eliminando barreras de acceso. En temas participación instar los jóvenes a participar en la sociedad civil y comunidad organizada a través de redes de apoyo local. Finalmente el fortalecimiento de la educación formando a los adolescentes como educadores.

2. Iniciativas en salud para población joven en Chile.

Las estrategias de salud en adolescentes y población joven están principalmente relacionadas con las políticas de salud gubernamental. Es por ello que se analizará la

Estrategia Nacional de Salud(ENS) elaborada por el Gobierno de Chile para los años 2011 a 2020, establecidas durante el año 2010 (4). Se comentará también sobre la iniciativa de Universidades Promotoras de la salud que a partir del año 2013 tiene patrocinio del Ministerio de Salud (MINSAL).

a) Estrategia Nacional de Salud.

En la ENS 2011-2020 se incorporan algunos objetivos estratégicos que están íntimamente relacionados con la población joven, los cuales se revisarán a continuación:

En el Objetivo estratégico N°4 hay dos temas relacionados con la población joven los que se pueden observar en la Tabla N°1.

Tabla N°1: Objetivo estratégico N°4, ESN 2011-2020

Nº	TEMA	OBJETIVO	META
4.3	Salud Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años
4.4	Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescentes	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años

*Fuente: Extracto de metas correspondientes al OE N°4 "Ciclo Vital", ENS

En cuanto al primer tema (Salud Adolescente), se establecen 4 estrategias:

1. Realizar un trabajo intersectorial
2. Detección de casos de riesgos
3. Cobertura y calidad de la atención.
4. Vigilancia

En el segundo tema (Embarazo adolescente), se describen al menos 4 estrategias:

1. Ministerio de Salud crea un Consultivo de Jóvenes en el 2008. Instancia en que los jóvenes participan enfocados a determinar estrategias para la prevención

de embarazo adolescente, además de instar al fortalecimiento del acceso a la atención de salud sexual y reproductiva.

2. Establecimiento de una Visita Domiciliaria Integral enmarcada de la prevención del segundo embarazo adolescente.
3. Incorporación del examen de Salud Preventivo del adolescente en Atención Primaria de salud, en población de 10 a 14 años de edad.
4. Trabajo intersectorial y mejorar calidad de la atención en salud.

Además la OMS y OPS recomiendan que en los centros de formación profesional se incorporen temas de salud del adolescente en la malla curricular junto con ello formar y acreditar a profesionales en la atención integral de adolescentes y jóvenes.

En el Objetivo estratégico N°2 de la ENS, que hace referencia a la disminución de la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales violencia y traumatismos, se encuentran otros dos temas relacionados con los adolescentes y jóvenes, tal como se muestra en la Tabla N°2.

Tabla N°2: Objetivo estratégico N°2, ENS 2011-2020

Nº	TEMA	Objetivo	META
2.7	Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad de personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados
2.9	Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los mas vulnerables	Aumentar 35% la prevalencia de libres de caries en niños de 6 años.
			Disminuir 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

*Fuente: Extracto de metas correspondientes al OE N°2 "Prevenir y reducir la morbilidad", ENS.

En relación al primer tema (Trastornos Mentales), se describen las siguientes estrategias:

1. Incorporación de patología con Garantías Explícitas en Salud (GES), la Depresión en mayores de 15 años, y el primer episodio de Esquizofrenia y tratamiento de personas menores de 20 años con consumo perjudicial y

dependencia leve moderada de alcohol y drogas y desarrolla el Modelo Comunitario de atención en Salud Mental y Psiquiatría.

2. En cuanto a las estrategia para esta nueva década se puede mencionar:

- Medir la prevalencia y discapacidad poblacional en salud mental.
- Aumentar la cobertura de los equipos especializados en Salud Mental y aumentar los instrumentos de pesquisa.
- Mejorar la calidad de las intervenciones a través del aumento de las adherencias y cumplimiento de estándares clínicos y elaborar una política de Salud Mental en conjunto con el intersector.

En cuanto al segundo tema (Salud Bucal),lo siguiente:

1. Reforzar y expandir el modelo de intervención preventivo promocional en preescolares y escolares.
2. Reforzamiento del componente de salud bucal en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.
3. Disponibilidad de un sistema de registro e información epidemiológica.

En el Objetivo Estratégico N°3, también existen temas ligados a la población adolescente y joven, importantes de analizar.

Tabla N°3: Objetivo estratégico N°3, ENS, 2011-2020.

N°	TEMA	OBJETIVO	META
3.1	Salud óptima	Aumentar personas con factores protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores en población mayor de 15 años
3.2	Consumo de tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco último en población de 12 a 64 años
3.3	Consumo de alcohol	Reducir el riesgo de consumo de alcohol	Disminuir 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.
3.4	Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población de 15 a 64 años
3.5	Conducta sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de usos consistente de condón en población de 15 a 19 años.
3.6	Consumo de drogas ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia del consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 12 a 64 años.

*Fuente: Extracto de metas correspondientes al OE N°3 "Desarrollar hábitos de vida saludable", ENS.

En este grupo de objetivos se destacan las siguientes estrategias:

1. Promoción y prevención de la salud en los trabajos.
2. Intervención escolar en la cesación de tabaco.
3. Aprobación las modificaciones de la Ley de Tabaco N°19.419, que regula las actividades relacionadas con el tabaco (fabricación, publicidad y restricción para fumar en ciertos lugares, etc.)(30).
4. En cuanto al consumo de alcohol, se incrementa el valor de las bebidas alcohólicas y las intervenciones breves, atención primaria de salud enfocadas a reducir el patrón de consumo perjudicial.
5. En el tema sedentarismo se destacan los programas que tienen como objetivopromover la actividad física y alertar de los problemas del sedentarismo.
6. En el tema de conducta sexual segura, destaca aumento de la cobertura de las consejerías en salud sexual y reproductiva y aumento de la entrega de

preservativos, llevados a cabo por el Ministerio de Educación y el Instituto de la Juventud.

7. En el tema Consumo de Drogas Ilícitas incorpora la intervención en la Atención Primaria de salud y sistemas locales de prevención.

b) Universidades Promotoras de la Salud.

De acuerdo la bibliografía, se entiende por Universidad Saludable o Promotora de la Salud, “aquella que incorpora la promoción de la salud a su proyecto educativo y laboral con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian y trabajan y a la vez formarlos para actuar como modelos y promotores de las conductas saludables a nivel de sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general”(31).

La instancia de Universidades Promotoras de la Salud nace como una estrategia de algunas universidades en Chile, para materializar aquellas propuestas de las casas de estudios universitarias para promover la salud en el campo universitario. Existe el conocimiento de que a lo largo del tiempo las instituciones realizan los esfuerzos por establecer una cultura de universidad saludable, con algunos programas, la mayoría de las veces, ligados a las facultades de ciencias médicas de las casas de estudios.

La iniciativa de entidades universitarias saludables surge en Chile en 1999, en que se buscan estrategias para construir ambientes saludables tanto físicos como psíquicos, además de aspectos sociales que puedan mejorar la calidad de vida de las personas que confluyen en las instituciones universitarias. Hoy en día se conforman en la Red Nacional de Universidades Promotoras de la Salud (REDUPS) que tiene como compromiso crear entornos y una cultura que fomente la salud de sus comunidades (7).

En el año 2013 se elabora junto con el Ministerio de Salud, un documento Guía para la autoevaluación y reconocimiento de instituciones de educación superior promotoras

de la Salud (7), la cual sirve como base para la elaboración de políticas saludables en instituciones universitarias. El patrocinio del MINSAL, viene a establecer y corroborar la importancia de la iniciativa para el país, junto a ello el Ministerio de Educación determina que en los concursos para proyectos de Fondos de Desarrollo Institucional (FDI) para instituciones de educación superior, exista un ítem específico para elaborar proyectos con fines de promoción en Salud, lo cual permite financiar este tipo de iniciativas.

II.E. Antecedentes sobre modelos de atención en salud.

Para poder desarrollar un modelo de atención en salud es importante conocer antecedentes conceptuales y teóricos relacionados que permitan una base de conocimiento amplio para respaldar las decisiones en salud.

1. Definición de Modelo y Modelo de atención de salud.

Un modelo se considera como una manera de poder representar algo, ya sea de un objeto o una idea de forma distinta a la de la identidad del que lo realiza. Permite ayudar a entender y mejorar una determinada idea o sistema. En términos de la salud existe variada información que demuestra que las teorías y los modelos son una herramienta importante para el éxito en las acciones de salud.

Un modelo puede tener diversos significados y numerosos usos, se pueden identificar al menos tres: como marco conceptual para organizar información, como un sistema de diagramación para realizar mediciones o como estructura conceptual desarrollada para guiar investigaciones y prácticas(32).

Los modelos y teorías permiten responder preguntas de investigación además de definir objetivos e identificar grupos poblacionales susceptibles de ser intervenidos, con el fin de mejorar la salud de un individuo o población (32).

Un modelo de atención en salud se refiere al contenido de la atención de salud prestada y las características de la interacción entre el que realiza la prestación de salud y el que la recibe (1). Otra forma de definirlo es que un modelo corresponde a la descripción y definición de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias con la finalidad de satisfacer los requerimientos y demandas de la población (33).

El comportamiento de las personas, tanto individual como colectivo es producto de la interacción de variables, aspectos sociales, políticos, económicos y ambientales lo que explica que una sola teoría o un solo modelo no da cuenta de la totalidad de las practicas en salud (32).

2. Características generales de los modelos de atención en salud actuales.

Los modelos de atención en salud deben dar cuenta de un equilibrio entre las demandas personales y colectivas y la prestación de los servicios tanto curativos como de los correspondientes a la promoción y prevención. Los modelos de atención en salud deben tener algunas características fundamentales que permitan dar cuenta de la resolución de los problemas de salud, entre ellas podemos mencionar(1):

- **La pertinencia** de la oferta de los servicios prestados con respecto a las necesidades de los usuarios.
- **Accesibilidad**, la capacidad de los servicios para corregir las barreras existentes que impiden el acercamiento de los usuarios.
- **Aceptabilidad** es una característica que mide la satisfacción usuaria en cuanto a las condiciones físicas y comodidad del lugar que presta las atenciones.
- **La orientación** que tienen los servicios, los que pueden ser a las personas comunidad o familias.
- **La integración**, quiere decir que tan involucrada está la comunidad en la solución de los problemas de salud (autocuidado).

Un alcance conceptual de los modelos de atención en salud modernos hace referencia a la integralidad y la orientación comunitaria. La primera se explica en que los cuidados están centrados en las personas, viéndolas como un todo, esto quiere decir observándola en todas sus dimensiones: físicas, emocionales, mentales, sociales e individuales, además de ello la integralidad se relaciona también con la Continuidad de los servicios prestados, esto quiere decir que los cuidados en salud son entregados como una sucesión de eventos y con la Longitudinalidad, que se refiere a la provisión de los servicios de salud a lo largo del tiempo, en todas las etapas del ciclo vital del ser humano. En lo que respecta a la orientación comunitaria se manifiesta de dos maneras fundamentalmente: Reconciliación entre los problemas y necesidades de salud individual y las necesidades de salud que tiene la comunidad donde están inmersos, en segundo lugar el equilibrio que debe existir entre las necesidades en salud y los recursos económicos disponibles (1).

En los últimos años la OPS realiza todos sus esfuerzos para instar a los Estados miembros a transitar por procesos de renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) transformando y consolidando los sistemas de salud basados en atención primaria, con el objeto de alcanzar el mejor nivel de salud maximizando la equidad y la solidaridad. Existen varias razones por las que se hace necesaria esta renovación, entre ellas el cambio epidemiológico que se transforma en desafío el cual hay que afrontar, corrección de las deficiencias de los diversos enfoques de la APS y el desarrollo del conocimiento que permite la utilización de instrumentos que mejoren la práctica en la APS, haciéndola más eficiente y equitativa (34).

Los sistemas de salud basados en APS, contienen varias de las características fundamentales de los modelos de atención en salud más óptimos, entre ellas la sostenibilidad y la equidad. La OPS considera que la renovación de la APS debe ser parte de los sistemas de salud debido a que es una de las estrategias más adecuadas para mejorar la salud de los pueblos de América (34). Este modelo de atención en salud tiene como meta alcanzar el derecho universal en salud, con un fuerte compromiso en la satisfacción de las necesidades de la población con

responsabilidad, orientado a la calidad, justicia social, sostenibilidad y participación intersectorial.

En los últimos años se observa que los sistemas de atención en salud presentan dos grandes problemas, la marcada segmentación y la fragmentación. Se define segmentación en salud como la coexistencia de subsistemas con distinto financiamiento, que cubren los diferentes segmentos de la población, diferenciado por su capacidad de pago. La fragmentación es aquella donde coexisten varios establecimientos en una misma red de atención, los cuales no se encuentran integrados (35). La fragmentación trae consigo varias consecuencias, tales como: la pérdida de la continuidad de los cuidados, la falta de oportunidades para la atención en salud, disconformidad por parte de los usuarios, las necesidades no son satisfechas. En cuanto a los sistemas existen consecuencias económicas, falta de comunicación, duplicidad de intervenciones, sobreutilización de los servicios en algunos casos y en otras la capacidad ociosa instalada.

Para dar solución a lo anterior, es que los nuevos modelos de atención en salud deben reorientarse a modelos de organización que den cuenta de los problemas generados por la segmentación y la fragmentación, orientarse hacia modelos de atención centrados en las personas, con énfasis en la promoción y prevención de la enfermedades basados en la APS, dando gran responsabilidad a las redes de atención en salud y a la provisión de cuidados integrales. Un nuevo reto de los servicios de salud es entregar cuidados continuos, integrales e integrados privilegiando la demanda y las necesidades de salud de la población (35).

II.F. Antecedentes sobre servicios de salud para estudiantes en universidades chilenas y latinoamericanas.

Tanto en Latinoamérica como en Chile existen diversas formas en que los Servicios de Bienestar Estudiantil de las universidades ejercen su labor en la contribución a la mejora de la salud de sus estudiantes. Unos con mayor y menor desarrollo, existiendo diversidad de modelos aplicados y servicios de salud que varían en la complejidad de

las atenciones prestadas, además existen diferencias en la cobertura, algunos solo abarcan al estudiantado, mientras que otros incluyen a los funcionarios y equipo docente de la universidad e incluso realizan atenciones de salud a la comunidad en general. Otro aspecto en el cual se diferencian es en el tema de los costos asociados a las prestaciones, mientras unos atienden gratuitamente, otros realizan cobros mínimos por cada atención que realizan.

Es difícil acceder a documentos en el cual podamos identificar claramente un modelo para cada uno de los centros de salud universitarios, la mayoría entrega información de la misión y visión de la institución a través de sus páginas web, en las cuales se establece una cartera de servicios y las formas de acceder a las prestaciones por parte de los alumnos. Son muy pocos los centros de salud que han desarrollado un plan estratégico que permita dar alcance a un propósito más estructural y es aún más complejo que hayan documentado dicho proceso. A pesar de la complejidad de la búsqueda se han encontrado tres trabajos relacionados, dos correspondientes a universidades Latinoamericanas y uno a una chilena.

A continuación se analizarán algunos de los modelos de atención en salud que han publicado sus procesos de desarrollo institucional, entre ellos está la universidad Autónoma de México, Universidad Nacional de Colombia y Universidad Católica del Norte de Chile. Para ello se tomarán en cuenta cuatro aspectos fundamentales: 1. Modelo de salud identificado, 2. Años de funcionamiento, 3. Tipo de Población 4. Resultados de su aplicación o en su efecto los resultados esperados, los que serán expresados en un cuadro comparativo.

La Universidad Autónoma de México (UNAM) cuenta con un servicio de salud estudiantil con un modelo que ha sido experimental desde hace 15 años, con publicaciones acerca de su memoria, (36). La Universidad entrega servicios de salud hace alrededor de 60 años a sus alumnos a través de la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad, en el año 2000 formula un proyecto que le permite intervenir en forma diferenciada a su población replanteándose el contenido y

la forma que se abordará el problema de salud de la comunidad. Sensibilizaron y capacitaron sobre el nuevo enfoque conformando un grupo de trabajo en que participaron directivos, y grupos de confianza, realizando un diagnóstico de las fortalezas y debilidades con los que lograron establecer una nueva estrategia con un gran esfuerzo por incorporar la investigación como parte esencial del modelo.

La Universidad Nacional de Colombia en una resolución del Consejo de Bienestar Universitario redefine el reglamento que establece las prestaciones de salud en el año 2010 (37), se ajusta a las leyes nacionales asociadas a la universalidad en la atención en salud, las que reglamentan acciones tendientes a la promoción y prevención de la enfermedad, aquella que establece la garantía de calidad de las prestaciones en salud y las que facultan al Consejo de Bienestar Universitario a reglamentar las cuestiones relacionadas con los programas de bienestar.

En Chile se ha encontrado un documento publicado que establece la Política de Salud de la Universidad Católica del Norte (UCN), con ello y junto con la información que tomaremos de la descripción del Servicio de Salud Estudiantil de la UCN sede Coquimbo, analizaremos el modelo de atención de salud de esta institución (38). Esta es una Universidad perteneciente al Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH). Es una de las pocas universidades que cuenta con una política que aborda la salud en el campus universitario, primera etapa que permite acreditarse como Universidad Promotora de la Salud. Cuenta con una determinación que permite establecer prioridades para la promoción de la salud en todos los estamentos de la institución en diversas áreas y además cuenta con un centro de atención en salud como entidad prestadora.

Cuadro N°1: Comparación entre modelos de atención en salud de tres universidades.

Universidad	Modelo de salud Identificado	Años de funcionamiento	Tipo de Población	Resultados o resultados esperados
Universidad Nacional Autónoma de México	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Salud Integral 	Redefinición del modelo desde 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes (260 mil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reorientación hacia el autocuidado. • Programas en Promoción y prevención.
Universidad Nacional de Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Promoción y Prevención. • Apoyo Atención primaria y emergencias. 	Redefinición del modelo desde 2010	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes • Docentes • Funcionarios (62 mil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar cambio cultural, avanzar hacia el autocuidado.
Universidad Católica del Norte Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. 	Redefinición de política de salud desde año 2012	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiantes (10mil) 	<ul style="list-style-type: none"> • Contar con programas de autocuidado para estudiantes. • Contar con convenios para atención de estudiantes en servicio público de salud.

*Fuente:Elaboración propia.

II.G. Antecedentes generales sobre el SEMDA.

La Universidad de Chile cuenta con un sistema para dar respuesta a las necesidades de atención de salud de los estudiantes, para ello tienen un recinto de salud ubicado cercano a la Facultad de Medicina Campus Norte, conocido con el nombre de Servicio Médico y Dental de los Alumnos (SEMDA).

1. Antecedentes Históricos.

El SEMDA fue creado por el decreto de Rectoría N° 175 de la Universidad de Chile en el año 1932 por el Rector de ese entonces Sr. Juvenal Hernández G. Las principales tareas de esos años era la realización de examen de salud de ingreso a los estudiantes, de igual manera resolver problemáticas asociadas a la tuberculosis y enfermedades venéreas, principalmente una atención curativa. Durante los primeros 30 años el SEMDA estuvo bajo la dependencia directa de rectoría y funcionaba en dependencias de Casa Central. En el año 1962 las atenciones comienzan a realizarse en dependencias del Hospital J.J. Aguirre en instalaciones cedidas por esta

institución y nuevamente por decreto Universitario, el SEMDA pasa a depender del Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad. Durante el año 1972 comienza la construcción de un edificio para el SEMDA, gracias al aporte económico de la universidad, organismos internacionales y un trabajo conjunto con la Federación de Estudiantes de la Universidad (FECH). La inauguración de nuevo edificio fue en el año 1975 y se ubicado en calle Av. la Paz lugar en que actualmente se encuentra funcionando el SEMDA Central. En ese mismo años la universidad era nacional, por lo que el servicio llegó a tener 9 sedes provinciales(39).

En el año 1981 posterior a la Ley General de Universidades, la Universidad de Chile deja de ser nacional, por lo que el servicio de salud queda circunscrito a Santiago y las demás sedes pasan a ser parte de las universidades regionales. Durante el año 1985 se fija el reglamento que establece las normas del SEMDA, vigente hasta estos días(11). Posterior a ello, en el año 1988, se firma un convenio con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile que permite la atención de los estudiantes en el recinto.

En el año 1988 el SEMDA pasa a depender del Departamento de Salud y Bienestar alojado en la Dirección de Asuntos estudiantiles. En 1992 se crea la Dirección de Bienestar Estudiantil (DBE) posteriormente el SEMDA queda bajo la dependencia de esta instancia. Doce años mas tarde en el año 2014 la Universidad de Chile fortalece el desarrollo estudiantil y crea La Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios, que absorbe a la antigua DBE por consiguiente al SEMDA, situación que ocurre hasta la actualidad(40).

2. Funcionamiento.

El SEMDA cuenta con un servicio central y tres consultorios periféricos ubicados en la Facultad de Ingeniería, Campus Juan Gómez Millas y Campus Antumapu. Desde el año 2004 solo cuenta con autorización sanitaria para funcionamiento el SEMDA Central ubicado en Av. La Paz comuna de Independencia(41).

Realiza atención de salud primaria principalmente asistencial y dentro de su cartera de servicios cuenta con atención de Medicina general, Salud mental, Ginecología y Obstetricia, Enfermería, Nutrición y Atención Dental además cuenta con laboratorio de Imagenología dental, Sala de Toma de Muestras, Vacunatorio, Procedimientos de enfermería, Sala de Rehabilitación de Kinesiología, las cuales cuentan con autorización sanitaria regularizada en el año 2015 La mayoría de las especialidades se encuentran en SEMDA Central, los consultorios periféricos solo cuentan con atención de Médico general, Psicología , Enfermería y Obstetricia, además de contar con atención dental(40).

El Recurso Humano está compuesto por personal clínico y administrativo, haciendo un total de 76 funcionarios, de los cuales 6 están en modalidad de contrato a plazo fijo y 67 contratados en modalidad de prestación de servicios, todos ellos se distribuyen tanto en SEMDA central como en los consultorios periféricos. Desde el punto de vista de la organización, se establece una Coordinación General y Coordinaciones para los consultorios periféricos y algunas áreas específicas como Salud mental y Servicio dental.

Para dar continuidad a la atención, existen convenios de compra de servicio con el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. De esta misma forma existe un convenio asistencial con la Universidad de Valparaíso, los alumnos de esa casa de estudios con sede Santiago se atienden en SEMDA Universidad de Chile (40).

3. Financiamiento.

El SEMDA se financia en gran parte por un presupuesto institucional que asciende a \$800M anualmente, valor correspondiente al año 2015, sus ingresos propios alcanzan un \$45 M por concepto de reembolso de bonos. La atención en la mayoría de los caso es gratuita para los alumnos con mayor vulnerabilidad y de bajo costo para el resto de los estudiantes. De la totalidad del financiamiento alrededor del 90% es para

financiar el gasto en Recurso Humano, lo restante es para costear el funcionamiento que incluye, compra de insumos y pago de servicios básicos(42).

4. Datos Estadísticos.

De los datos estadísticos se pueden obtener algunos indicadores relevantes que permiten tener una visión del rendimiento de la institución.

En lo últimos 3 años el número de consultas ha disminuido, cabe destacar que hasta el 2014 el registro estadístico solo evidenciaba las horas tomadas por los alumnos, no era posible extraer el dato de las atenciones efectivamente realizadas, como se puede observar en la tabla siguiente (40):

Tabla N°4: N° de atenciones realizadas en SEMDA 2015.

AÑO	NÚMERO DE ATENCIONES
2012	65.717
2013	63.448
2014	45.935

*Fuente: Extracto de presentación VAEC 2015.

En el periodo de enero a mayo de 2015, existen datos mas completos sobre las atenciones realizadas, en ella se puede hacer la diferencia entre las horas tomadas por los alumnos y las atenciones efectivamente realizadas, de ello atenciones que efectivamente se hicieron alcanza un 69,3%(43).

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes, utilizando los datos del primer semestre del 2015 se observan los relacionados con patologías dentales, salud mental y ginecológicas (43):

Tabla N°5: Diagnósticos más frecuentes, SEMDA 2015.

Enero a Mayo de 2015	
Diagnósticos (CIE10)	Nº
Caries	1109
Supervisión de Anticoncepción	528
Astigmatismo	433
Trastornos de Adaptación	369
Gingivitis y Enf.Periodontal	335

*Elaboración propia, datos estadísticos, SEMDA.

III. Síntesis y justificación

El aumento considerable de la población joven a nivel mundial y la disminución de la población infantil, nos confirma que estamos avanzando hacia un envejecimiento de la población. En Chile nos encontramos en pleno Bono demográfico, como se explicó anteriormente, estamos en una ventana de oportunidades que permite establecer políticas públicas que intervengan en los determinantes sociales de la salud que den lugar a una población adulta mayor más sana.

Actualmente existen muchas iniciativas a nivel internacional que establecen consensos para elaborar estrategias que permitan mejorar la salud de la población juvenil. Los mayores problemas de salud en esta etapa de la vida, se relacionan principalmente con patologías prevenibles, como las enfermedades asociadas a la salud mental, salud sexual y reproductiva, traumatismo y abusos de sustancias. En Chile la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020 incorpora una serie de objetivos que permiten desarrollar programas para abordar los problemas de salud de la población joven, pero estudios revelan que existen diversas barreras para acceder a la atención de salud por parte de esta población.

Las universidades abordan los problemas de salud a través de las acciones realizadas por la Dirección de Bienestar Estudiantil, cuentan en su mayoría con centros de salud para los estudiantes, muy pocas han definido un modelo de atención

en salud, las que lo han efectuado, como es el caso de la UNAM, desarrollan un sistema en que prevalece la promoción y la prevención.

Las universidades son lugares de encuentro de una gran cantidad de población joven, espacio que puede ser utilizado para generar estrategias que vayan en pos de mejorar la salud de los jóvenes, además de ello promover la salud bajo un sistema solidario que permita incentivar a los alumnos a una fidelización con el sistema y que posteriormente puedan ser capaces de estimar la solidaridad como valor fundamental en un sistema de salud para el país. La Universidad de Chile cuenta con un universo de matriculados de alrededor de 29 mil jóvenes, 5 mil alumnos nuevos cada año, cuentan con un servicio de atención en salud para los alumnos desde el año 1932, establece un modelo de atención que es desconocido o no se ha explicitado, lo mismo ocurre con los diversos centros que están situados en las universidades chilenas.

Por lo anterior, se hace necesario diseñar un modelo de atención en salud que permita identificar cuál es el contenido de lo que se quiere entregar a la población estudiantil de la Universidad de Chile, para que el SEMDA, a través de su organización mejore su potencial de acción, optimice sus recursos en pos de la igualdad de acceso y atención, haciéndolos costo-efectivos, que entregue una atención integral que impacte directamente en la salud de los jóvenes y posteriormente en la edad adulta, haciendo intervención en los factores de riesgo, contribuyendo de esta manera a mantener y mejorar la salud de la población.

IV. Propósito y Objetivos.

IV.A. Propósito

Contribuir a mejorar la respuesta de la atención de Salud que la Universidad de Chile entrega a su población estudiantil.

IV.B. Objetivo general.

Construir una respuesta de atención en salud para la población estudiantil de la Universidad de Chile con visión de promoción y prevención desarrollada en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos.

IV.C. Objetivos específicos.

1. Caracterizar a la población estudiantil de la Universidad de Chile desde una perspectiva socio-económica, de salud y necesidades percibidas de atención en salud.
2. Describir las experiencias de servicios de salud para estudiantes de otras universidades chilenas.
3. Construir consenso con actores claves sobre aspectos fundamentales para un modelo de atención en salud en el SEMDA.
4. Formular una propuesta para un modelo de atención en salud para el SEMDA.

V. Metodología

V.A. Diseño

Corresponde a una propuesta de Actividad Formativa Equivalente a la Tesis que la Universidad de Chile ofrece como alternativa de graduación para programas de magíster.

La propuesta se centró en la elaboración de una respuesta de atención para la población estudiantil en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile. Para el logro de este objetivo, se utilizó información disponible generada en estudios previos, se efectuó una consulta a informantes que tienen experticia en el tema que se aborda y actores institucionales claves vinculados al tema.

V.B. Recolección y análisis de información

Se realizó la caracterización de los destinatarios de los servicios de atención estudiantil de la Universidad de Chile desde la perspectiva de salud, para lo cual se efectuó una revisión de los resultados de dos encuestas efectuadas en la Universidad.

Para lo anterior se describieron y analizaron los resultados de la Encuesta de Caracterización de Estudiantes de la Universidad de Chile realizada el año 2011. Este fue un trabajo efectuado por el Centro de Estudios de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile (CEFECH) financiado por el Fondo de Desarrollo Institucional del Ministerio de Educación. Esta encuesta utilizó un cuestionario elaborado por el CEFECH asesorado por el Departamento de Estudios Sociales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). El universo corresponde a todos los estudiantes matriculados en la Universidad de Chile el año 2011 y la muestra se obtuvo a través de un muestreo probabilístico, calculada en 1062 casos. La encuesta se aplicó cara a cara y fue respondida por 1052 estudiantes, es decir por un 98,8% de la muestra planificada(44).

En segundo lugar se efectuó un análisis y descripción de los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida efectuada por la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios, que se llevó a cabo entre los meses de Mayo y septiembre del año 2015 a los alumnos menores de 19 años que están matriculados en la universidad, fueron 1277 estudiantes de 3738 que correspondían a la muestra inicial (34,1%). Fue una encuesta online que utilizó como instrumento el KIDSCREEN que fue validado para la realización de la Encuesta de Calidad de vida relacionada con adolescentes del proyecto Domeyko de la Universidad de Chile(45). Los resultados de esta encuesta se encuentran en proceso de publicación.

Para la caracterización socioeconómica de los estudiantes se utilizaron los datos de clasificación del Ministerio de Educación correspondientes a la quintilización, que son

recolectados por la Dirección de Bienestar Estudiantil (DBE) de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios (VAEC) de la Universidad de Chile , además se obtuvieron resultados generales asociados a los datos de la ficha social elaborada por el mismo departamento, los cuales permitieron la asignación de becas correspondientes al año 2015. Estos datos fueron extraídos de la base de datos de la VAEC para lo cual se solicitó previamente autorización al gabinete de la Vicerrectoría.

Además, desde el punto de vista epidemiológico, se analizaron las estadísticas de los estudiantes atendidos el primer semestre del año 2015 en el SEMDA de la Universidad de Chile, analizando variables tales como sexo, edad y atención de especialidad más frecuentes.

Complementariamente a la exploración de la información de los estudios y fuentes previamente indicadas, se realizó una descripción de los servicios de atención de salud estudiantil de la Universidad de Santiago de Chile, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y Universidad de Valparaíso. Se seleccionaron estas casas de estudios principalmente porque corresponden al Consorcio de Universidades del Estado , misma característica de la Universidad de Chile, dos universidades de la Región Metropolitana y una de la Quinta Región, con el objetivo de evaluar la existencia de alguna diferencia. Para lo anterior se efectuó una entrevista semiestructurada a los directores, jefes o encargados de los servicios médicos estudiantiles. La entrevista tiene por nombre "Identificación del Modelo de Salud Universitario", consta de 8 ítems que se detallan en Anexo N°1.

Para el objetivo de construcción de consensos sobre elementos claves para un modelo de atención en salud para el SEMDA, se consultó conjuntamente a los integrantes del Gabinete de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios, a los representantes de Bienestar Estudiantil de la Federación de Estudiantes de la universidad y a representantes de trabajadores del SEMDA. Se efectuó una actividad en la que se invitó a los diferentes actores para analizar aspectos generales de las

características de los modelos de atención de salud, pauta que puede observarse en el Anexo N°3.

Finalmente, para la elaboración de la propuesta del modelo de atención en salud se abordaron los resultados previamente obtenidos, es decir aquellos provenientes de la caracterización socioeconómica y de salud de los estudiantes de la Universidad de Chile, los resultados que se obtuvieron de las entrevistas realizadas en los servicios de salud de otras universidades chilenas. Estos resultados, se revisaron a la luz de los aspectos teóricos de modelos de atención en salud que se desarrollaron en el capítulo de marco teórico, modelos específicamente referidos a la atención de salud estudiantil, que se encuentren documentados, así como la revisión de la estrategia de implementación del modelo de Salud Familiar en el nivel primario de atención. Como principal insumo se abordaron los elementos priorizados y consensuados por los integrantes del equipo de la VAEC, estudiantes y representantes de los trabajadores del SEMDA.

VI. Aspectos éticos.

De la ficha social estudiantil de la Universidad de Chile solo se obtuvieron datos generales correspondientes a la quintilización, excluyendo datos que pudieran identificar individualmente a los alumnos.

Para las entrevistas semi estructuradas se aplicó un consentimiento informado el cual se presentó previo a la realización de la entrevista, Anexo N°2.

El resto de la información utilizada en esta actividad formativa corresponde a documentos y estudios publicados, que son de uso y revisión de público en general.

Es importante informar que quien efectuó este trabajo forma parte de la dirección del Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile, lo cual pudo afectar la neutralidad de la tesista. Por ello, la propuesta de modelo para el

SEMDA de la Universidad de Chile, se construyó a partir de la realización de consultas para generar consensos entre los actores relevantes institucionales, asociados al tema abordado.

Para obtener la información relacionada a la caracterización socioeconómica de los estudiantes de la Universidad de Chile se realizó una solicitud formal al Vicerrector de Asuntos estudiantiles y Comunitarios de la Universidad de Chile.

La información recolectada no involucró datos que identifican individualmente a personas y las entrevistas realizadas fueron a gestores de los servicios de salud estudiantil, entregando información acotada y consentida, como se puede observar en la pauta de entrevistas semi estructurada, es por esta razón que no se considera necesario que el protocolo sea aprobado por un comité de ética.

VII. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de esta Actividad Formativa Equivalente, comprendida en sus cuatro objetivos específicos. En primera instancia se aborda la caracterización de los estudiantes de la Universidad de Chile desde el punto de vista socioeconómico, de salud y preferencia de los estudiantes en cuanto a la atención de salud. En segundo lugar se muestran los resultados relacionados con las entrevistas realizadas a los gestores en salud de los servicios de salud de las tres universidades visitadas. Como tercer punto se especifican los resultados de los datos estadísticos del SEMDA y finalmente se aborda la propuesta para un nuevo modelo de atención de salud.

VII.A. Caracterización de la población estudiantil de la Universidad de Chile, perspectiva socioeconómica, de salud y preferencia de los estudiantes.

1. Perspectiva Socioeconómica.

De acuerdo a los datos obtenidos de la matrícula correspondiente al año 2015 de la ficha social de la Dirección de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Chile, para la caracterización Socioeconómica, el mayor número de matriculados en el año 2015 se encuentra clasificado en el Quintil 2 de ingresos, siendo 24,9% del total. Si se suman los Quintiles 2,3 y 4 se concentra al 69% del total de matriculados. Cabe destacar que los estudiantes clasificados en el Quintil 1 (20% de ingreso más pobre), corresponde al menor número de matriculados en ese año. Los datos tabulados se pueden observar en el Anexo N° 5.

En cuanto a los beneficios que perciben los estudiantes, alrededor de 6 de cada diez matriculados, perciben algún beneficio económico tanto en los años 2014 como en el 2015.

Durante el año 2015, el número de beneficiarios aumenta con respecto al 2014 en un 4,2%, considerando que el total de alumnos se mantiene estable, datos que pueden observarse en la Tabla N°6

Tabla N°6: Alumnos de la UCH que perciben ayuda económica años 2014-2015

Percibe Beneficios	Años		Total	%
	2014	2015		
Si percibe	17.609	18.641	36.250	61,1
No percibe	12.265	10.862	23.127	38,9
Total general	29.874	29.503	59.377	100

*Fuente: Elaboración propia, datos de la DBE de la UCH.

En relación a la edad los estudiantes matriculados el 2015, se concentran en el tramo etario que va de los 20 a 22 años, alcanzando 40,8 % del total, según presenta la Tabla N°7

Tabla N°7: Distribución por edad, alumnos de la UCH 2015

Tramo etario	Nº de estudiantes	%
17-19 Años	4.796	16,3
20-22 Años	12.027	40,8
23-25 Años	8.878	30,1
26-29 Años	3.040	10,3
30-40 Años	654	2,2
40-65 Años	74	0,3
S/INF	34	0,1
Total General	29.503	100

*Fuente: Elaboración propia, datos de la DBE de la UCH.

También se obtuvieron algunos datos relacionados con las condicionantes sociales de los estudiantes matriculados los años 2014 y 2015. De lo anterior se destacan algunas condiciones que se detallan a continuación.

En promedio, el 23,7% del total de estudiantes, pertenecen a familias uniparentales, con un leve aumento del 2,6% en el año 2015, a pesar de que el número de matriculados se mantiene estable.

En cuanto a la salud, existe un promedio de 11,4% de estudiantes que presenta una enfermedad crónica o permanente.

En relación a la situación económica, unos 1400 alumnos mantienen un endeudamiento grave, correspondiente al 4,8% del total de matriculados para esos años.

Los datos sobre otros condicionantes sociales pueden verse detallados en la tabla del Anexo N°5.

2. Perspectiva de salud.

Para esta perspectiva, según lo señalado en la metodología, se describen los datos obtenidos de los resultados de: a) Encuesta del CEFECH del año 2011, b) Encuesta sobre Auto percepción de Calidad de Vida relacionada con Salud del año 2015 efectuada en la UCH y C) Datos estadísticos del SEMDA

a) Resultados de la Encuesta del CEFECH relacionada con la salud de los estudiantes de la UCH el año 2011.

Según el sistema de salud, al que pertenecen los encuestados, un 53,3% pertenece a alguna de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), mientras que un 37,3% pertenece al Fondo Nacional de Salud (FONASA). En porcentajes menores pertenecen a F.F.A.A o Capredena (2,5%) y un 0,9% son beneficiarios del Programa de Reparación y Ayuda Integral en Salud y Derechos (PRAIS). Es importante destacar que del total de los encuestados un 4,1% refiere no tener ningún tipo de previsión.

En cuanto a la información sobre Nivel Socioeconómico (NSE) según ESOMAR¹ y tipo de previsión de salud, la encuesta refleja que a medida que disminuye el NSE aumenta el porcentaje de afiliados al sistema FONASA y por consiguiente disminuye

¹ESOMAR Clasificación del Nivel socioeconómico que considera el nivel educacional y el tipo de relación laboral del principal sostenedor de la familia, donde el nivel ABC1 corresponde a niveles altos, C1 y C2 a niveles medios, siendo D y E los niveles bajos, donde E correspondiente a nivel de pobreza

los afiliados a ISAPRES, es así como en el NSE alto (ABC1) 79,7% pertenece a ISAPRES solo 13,8 a FONASA, en el nivel mas bajo (E), el 81,1% pertenece a FONASA y no hay afiliados a ISAPRES, según muestra la Tabla N°8.

Tabla N°8: Porcentaje de estudiantes de la UCH, según previsión de salud y distribución socioeconómica.

Nivel Socioeconómico	Tipo de Previsión de Salud		
	ISAPRE	FONASA	Otros*
ABC1	79,7	13,8	6,5
C2	50	38,2	11,8
C3	21,1	67,5	11,4
D	4,7	75,8	19,5
E	0	89,1	10,9

*Otros corresponde a FFAA, Capredena, PRAIS, Sin previsión.

*Fuente:Elaboración propia según datos del CEFECH.

En relación a las condicionantes de salud por las que se busca atención médica, estas se relacionan con “Enfermedades respiratorias” en 50,5% de los encuestados, la segunda condicionante corresponde a “Dolor de cabeza”, que alcanza un 44,2% y en tercer lugar “Enfermedades oculares que requieren lentes” en un 34,4% de los casos. En menor medida se encuentran “Enfermedades de la Tiroides”(3,4), Obesidad(3,1%) y finalmente el menor de los porcentajes corresponde a “Colesterol Alto” con (2,4%).

La encuesta del 2011 informa sobre los motivos para utilizar el SEMDA, revela que para el mayor porcentaje de los estudiantes obedece a la Atención Médica con 49,6%, mientras que la Atención Dental alcanza 23,3% de los casos encuestados. En menor porcentaje se encuentra La entrega de Anticonceptivos (6,0%) y Entrega de fármacos que comprende 4,8%. También destaca la Atención por Primeros Auxilios, 4,8% y Atención Kinesiológica con 3,3%. Menos del 1% de los encuestados refiere que el motivo de consulta fue por Embarazo (0,4%). Datos tabulados pueden ser revisados en Anexo N° 5.

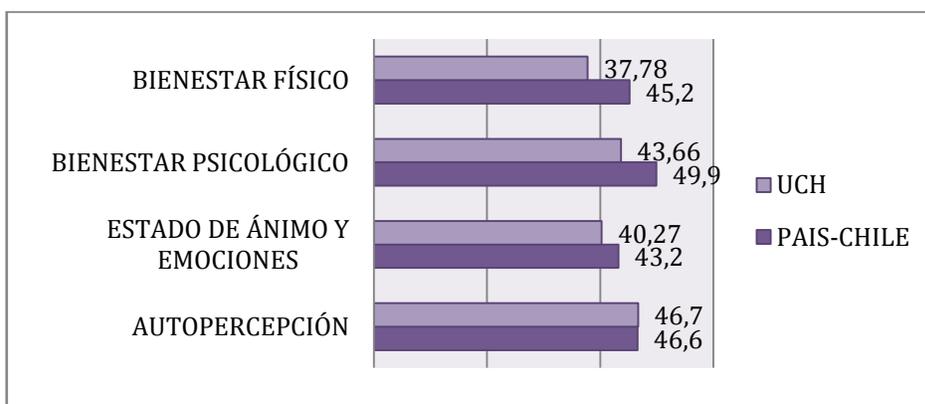
b) Antecedentes relevantes sobre salud de acuerdo a encuesta de Calidad de vida de alumnos de primer año de la Universidad de Chile año 2015.

Después de evaluar los aspectos correspondientes a la Encuesta del CEFECH del año 2011, es importante describir como se autoperciben los estudiantes de la UCH durante el 2015, para ello se analizaron los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida relacionada con Salud, efectuada entre los meses de Mayo y Septiembre del 2015 a los jóvenes menores de 19 años. Esta encuesta obtiene datos que son analizados de acuerdo a puntajes Rasch (Modelo Matemático Georg Rasch, 1960) en donde 50 puntos corresponden al promedio, mientras que puntajes menores a 42, corresponden a una peor calidad de vida percibida por los jóvenes en las distintas dimensiones(45). Para estos efectos de caracterización en salud describiremos y analizaremos los resultados de cuatro de las diez dimensiones abordadas en esta encuesta:

- **Autopercepción**, que se refiere a la percepción de sí mismo, de su cuerpo, que tan seguros y satisfechos están con su aspecto físico.
- **Estado de ánimo y emociones**; determina experiencias depresivas que afectan el estado de ánimo, estrés, detección de sentimientos de tristeza y soledad y autoconfianza.
- **Bienestar Psicológico**, Aborda las emociones positivas y satisfacción con la vida, experimentación de sentimientos positivos, de felicidad, emoción, gozo, alegría y satisfacción con la vida.
- **Bienestar Físico**, Corresponde al nivel de actividad física de la población en términos de energía y estado físico, autopercepción de la habilidad para poder lograrlo en su actividad diaria.

De acuerdo a estos datos, y observando las cuatro dimensiones antes definidas, se puede observar que los valores correspondientes a los estudiantes menores de 19 años de la UCH, son más bajos que los registrados a nivel país en tres de las dimensiones abordadas en esta AFE. En otras palabras, la calidad de vida de los alumnos menores de 19 años de la UCH es peor que la de los jóvenes a nivel país en lo que respecta a Bienestar Físico, Bienestar Psicológico, Estado de ánimo y emociones. Los resultados específicos para cada dimensión se grafican a continuación:

Gráfico Nº 1: Comparación de resultados de Encuesta de Calidad de Vida según a País, Chile y la UCH.



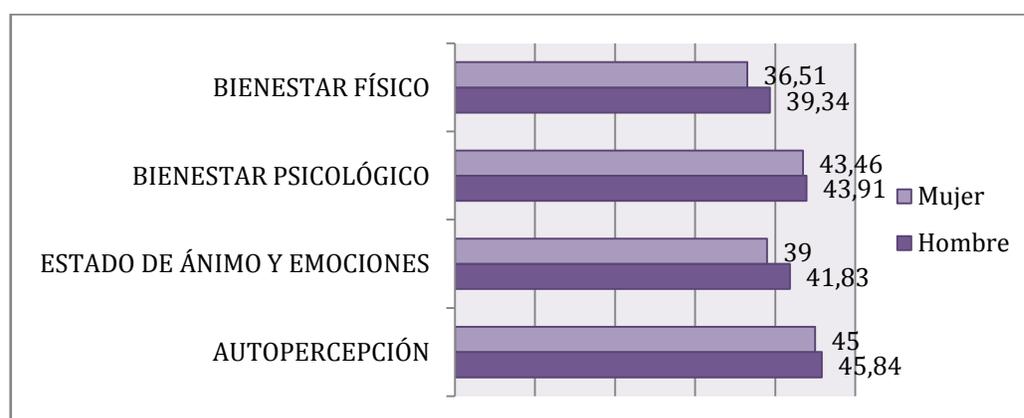
*Fuente: Extracto de gráfico según resultados en publicación del la Encuesta de Calidad de Vida UCH, 2015

En relación a los resultados por dimensión, se puede observar que en la dimensión Bienestar Físico el resultado correspondiente a los estudiantes de la UCH, está por debajo del puntaje Rasch considerado limite (42 puntos), por tanto se considera que en esta dimensión los alumnos menores de 19 años se perciben con mala calidad de vida. Lo mismo en cuanto a la dimensión Estado de ánimo y emociones en donde se obtiene un puntaje de 40,2 por debajo de los 42 puntos limites.

Esto da cuenta de que los alumnos encuestados, se perciben con pocas habilidades para realizar actividad física durante el día y que además se perciben con sentimientos de tristeza, soledad, estrés y experiencias depresivas.

En cuanto a la distribución por sexo, según los resultados de la encuesta, existen diferencias entre hombres y mujeres en dos de las dimensiones que estamos abordando respecto a salud. En ellas las mujeres se auto perciben con peor calidad de vida que los hombres encuestados en la UCH. Esto ocurre en la dimensión de, Estado de ánimo y emociones y Bienestar Físico, destacando que en el caso del Bienestar Físico, la diferencia es más amplia con casi 3 puntos de diferencia, tal como muestra el Gráfico N°2.

Gráfico N°2: Comparación por sexo en las dimensiones abordadas, Encuesta de Calidad de Vida de los alumnos UCH 2015.

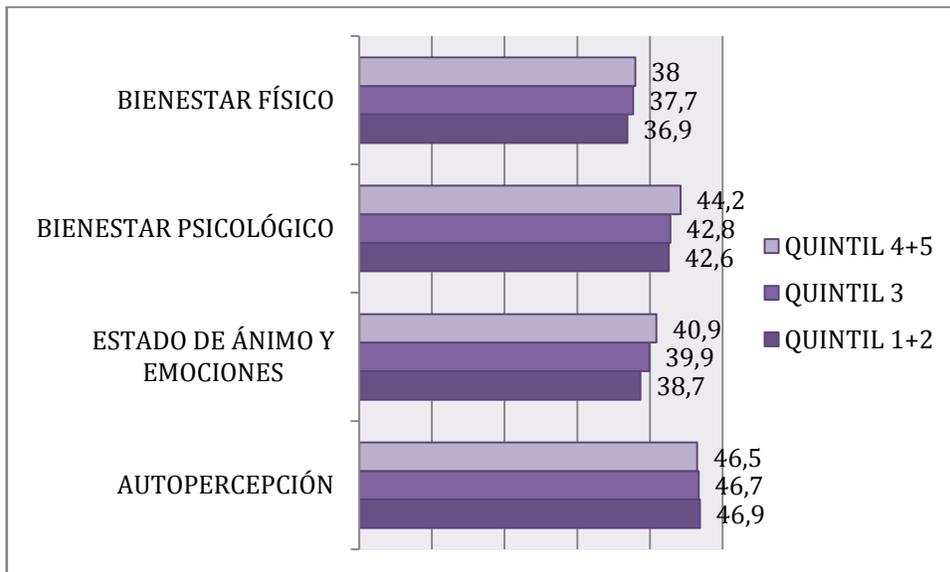


*Fuente: Extracto de gráfico según resultados en publicación del la Encuesta de Calidad de Vida UCH, 2015.

Es destacable mencionar que en la dimensión Bienestar físico, donde se produce mayor diferencia entre hombres y mujeres, se puede inferir que las mujeres se perciben con menor habilidad para usar su tiempo diario en la realización de actividad física.

La calidad de vida percibida por los estudiantes menores de 19 años difiere según al Quintil al cual pertenecen. Como se observa en el Gráfico N°3, los estudiantes de los quintiles más bajos (1+2) obtienen puntajes más bajos que los alumnos de los Quintiles 3 y 4+5, en tres de las cuatro dimensiones abordadas, lo mismo ocurre con los puntajes más altos, que son obtenidos por los quintiles 4+5 en tres de las cuatro dimensiones abordadas para efectos de percepción en salud.

Gráfico N°3: Dimensiones de calidad de vida abordadas y NSE por Quintiles de alumnos de la UCH, 2015

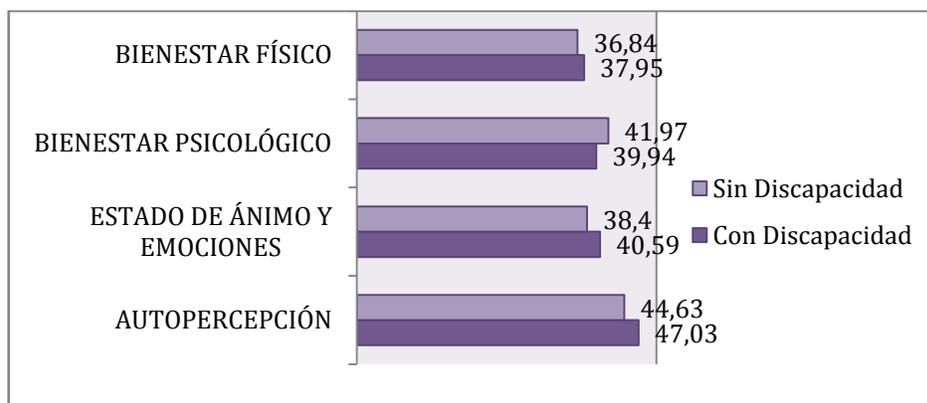


*Fuente: Extracto de gráfico según resultados en publicación de la Encuesta de Calidad de Vida UCH, 2015.

Se puede inferir que los alumnos menores de 19 años de la UCH de los quintiles más bajos se perciben con peor calidad de vida que aquellos alumnos de los quintiles más altos, que en la dimensión de Bienestar Físico se obtiene mayor diferencia, dando cuenta que los alumnos de quintiles más bajo se perciben con menor habilidad para poder realizar actividad física durante el día. Y en el caso del Estado de Ánimo, con mayor estrés, con sentimientos de tristeza, soledad y baja autoconfianza.

Es importante destacar que en tres de las dimensiones abordadas (Estado de ánimo y emociones, Bienestar psicológico y Bienestar físico) para este efecto, los estudiantes con alguna discapacidad o enfermedad crónica se encuentran con puntajes bajo los 42, considerados como auto percepción de peor calidad de vida según muestra el Gráfico N°4.

Gráfico N°4: Dimensiones en calidad de vida, comparadas entre alumnos con discapacidad y aquellos sin discapacidad, UCH 2015.



Fuente: Extracto de gráfico según resultados en publicación de la Encuesta de Calidad de Vida UCH, 2015.

Como se observó al comienzo, dos de las dimensiones abordadas para efecto de caracterización en salud, presentaron menores puntajes a nivel general, Bienestar Físico y Estado de ánimo y emociones. Estos datos fueron cruzados para obtener la auto percepción en estas dimensiones en las doce facultades de la UCH, lo que da el siguiente resultado ejemplificado en el Gráfico N°5.

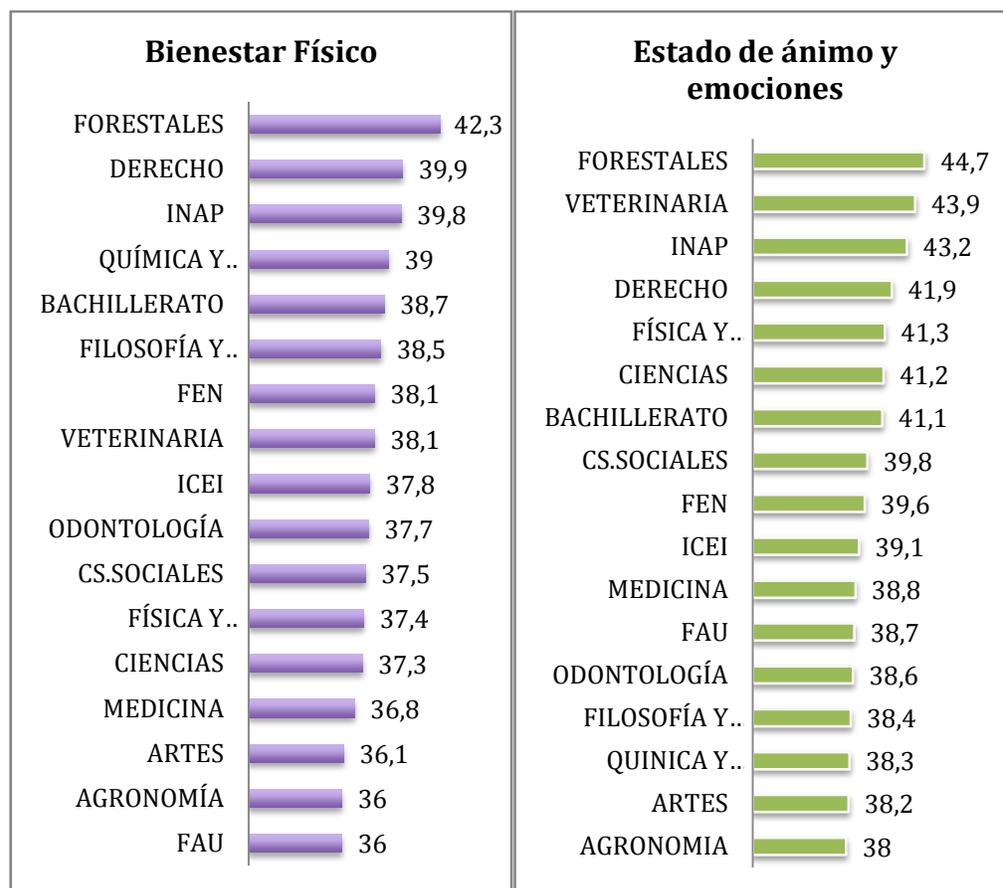
Se destaca que, en relación a los alumnos menores de 19 años de casi todas las Facultades de la UCH, los valores en cuanto al Bienestar físico, son más bajos que en el caso del Estado de ánimo y emociones, a excepción de la Facultad de Filosofía y Humanidades y Facultad de Química y Farmacia, en donde los valores para el Bienestar Físico son más altos en relación con el Estado de ánimo.

Tal como se muestra en el Gráfico N°5, la Facultad de Ciencias Forestales coincide con el mejor valor obtenido en ambas dimensiones, considerada entonces como la Facultad con mejor calidad de vida auto percibida en estas dos dimensiones para efectos de estudiantes menores de 19 años.

En el otro extremo, está la Facultad de Agronomía que se ubica en los lugares inferiores, obteniendo los puntajes más bajos en ambos casos, si bien no coincide en

el último lugar en ambos casos, comprende una de las facultades con peor calidad de vida autopercebida para estas dos dimensiones en estudiantes menores de 19 años.

Grafico N°5: Dimensiones de encuesta de calidad de vida con puntajes mas bajo por Facultades de la UCH 2015.



*Fuente: Extracto de datos en publicación de la encuesta calidad de vida UCH 2015.

c) Antecedentes generales de salud de estudiantes que se atienden en SEMDA, según sistema estadístico.

Para realizar este análisis, se revisaron los registros estadísticos correspondientes al periodo comprendido entre enero y junio de 2015, se exceptuó el mes de febrero por no tener datos de ese mes (receso anual de la institución) , con ello se obtuvieron datos relevantes para este objetivo.

En primer lugar se da a conocer cuáles son las principales especialidades demandadas por los estudiantes que se atienden en SEMDA, en ellas destacan especialidades con mayor solicitud de horas como Psiquiatría, Psicología y Traumatología. Coincide también que las mismas especialidades son las que tienen mayor efectividad, esto quiere decir que las horas son solicitadas y también efectivamente realizadas, lo que no ocurre con otras atenciones como por ejemplo Oftalmología que tienen un alto porcentaje de solicitud (80.5%) pero su nivel de efectividad solo alcanza el 52,9%, esto quiere decir que los alumnos piden la hora pero no asisten a consultar.

Tabla N°9: Porcentaje de horas solicitadas por alumnos de la UCH y efectividad, por especialidad.

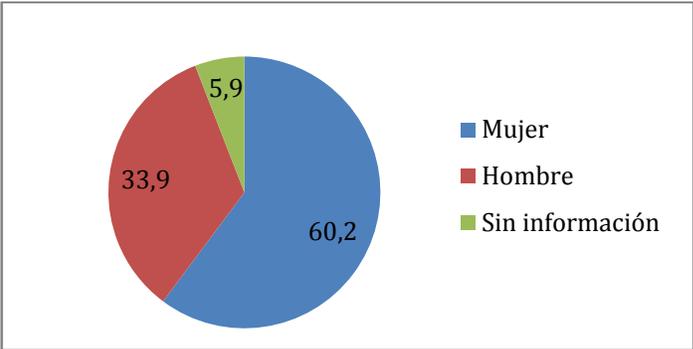
Especialidad	Acumulado Enero a Junio 2015		
	Horas disponibles	% de horas solicitadas	% de Efectividad
Medicina General	3537	63,6	65,5
Cirugía general	252	30,6	62,3
Matrona	3341	58,5	71,5
Oftalmología	1150	80,5	52,9
Traumatología	657	83,7	97,8
Nutrición	519	55,5	66,7
Odontología	5712	80,1	65,9
Rayos dental	1259	90,3	61,9
Psicología	3422	80,1	75,8
Psiquiatria	317	100	88,3
Total	20166	72,3	70,9

*Fuente: Elaboración propia, datos estadísticos del SEMDA 2015.

El SEMDA no cuenta con todas las especialidades, solo aquellas mayormente necesarias, pese a ello existen alumnos que son derivados tanto internamente como externamente, en su mayoría la demanda es absorbida por SEMDA, pero hay derivaciones a especialidades con las que no cuenta el servicio, por ejemplo derivaciones a servicio de urgencia, las que alcanzan un porcentaje de 2,1% del total en el año 2015. Datos tabulados pueden verse en Anexo N° 7.

En relación a la distribución por sexo, existe una clara tendencia según los datos estadísticos. En el periodo comprendido entre enero y junio de 2015, un 60,2% de los atendidos en SEMDA corresponde a mujeres y un 33,9 corresponde a hombres, existe un porcentaje menor (5,9%) que corresponde a datos estadísticos que no muestran información, según se observa en Gráfico N°6.

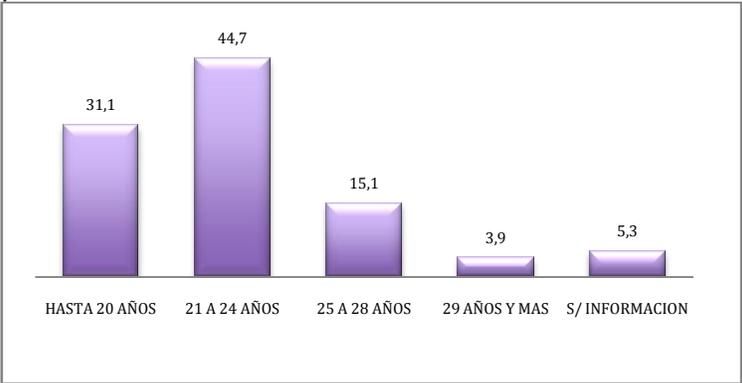
Gráfico N°6: Distribución por sexo de los estudiantes que se atienden en SEMDA en primer semestre 2015.



*Elaboración propia, datos obtenidos de registro estadístico SEMDA 2015

En relación a la variable edad, se puede ver que el mayor porcentaje de estudiantes que se atiende en SEMDA se encuentra en el tramo de edad entre los 21 y 24 años (44,7%) para el periodo comprendido entre los meses de enero a junio de 2015, en segundo lugar y con un menor porcentaje están los alumnos menores de 20 años alcanzando 31,1 % del total para el mismo periodo, tal como se observa en el Gráfico N°7.

Gráfico N°7: Distribución por tramo de edad de estudiantes atendidos en SEMDA en primer semestre de 2015.



*Elaboración propia, registro estadístico SEMDA 2015.

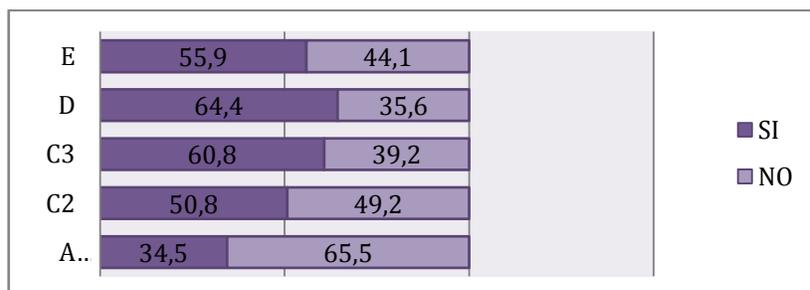
3. Preferencia de los estudiantes de la UCH en cuanto a la atención de salud.

Para caracterizar la preferencia de los estudiantes, se analizaron los datos asociados a la evaluación que realizan los estudiantes sobre el SEMDA aportados por la encuesta de caracterización estudiantil realizada por el CEFECH en el año 2011 y algunos datos estadísticos del año 2015.

En cuanto a la procedencia de los estudiantes atendidos en el periodo comprendido entre los meses de enero y junio de 2015, el mayor porcentaje de alumnos proviene de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas con un 15% del total de atendidos en el periodo, en segundo lugar provienen de la Facultad de Medicina con un 13,4% y en tercer lugar la Facultad de Química y Farmacia y Facultad de Ciencias, ambas alcanzan un 7,1% del total de atendidos en el periodo señalado. Es importante destacar que también hay 15% del total que no muestra dato estadístico, lo que podría distorsionar el dato final.

En relación a los estudiantes que utilizan el SEMDA y el NSE, se observa que a medida que disminuye el NSE, aumenta el porcentaje de estudiantes que responden positivamente a la pregunta sobre haber recibido atención en SEMDA. Excepto el grupo E, que se comporta de manera particular, según se observa en el Gráfico N°8:

Gráfico N°8: Proporción de estudiantes que se ha atendido en SEMDA según NSE, encuesta CEFECH 2011.



Fuente: Encuesta del CEFECH 2011.

Otro dato importante son las razones que expresan los estudiantes para no utilizar el servicio. En cuanto a las razones más mencionadas, se encuentran aquellas que declaran que *“No lo necesito porque tengo buena previsión”*, correspondiendo al 38,1% de las respuestas, luego le sigue *“porqueno he necesitado atención médica y dental”* con un 24,9%, en tercer lugar con un 12% aquellos que responde *“es muy engorroso conseguir una hora”* en cuarto lugar aquellos que dicen *“por falta de información”*, al otro extremo con un 2,3% aquellos que informan que *“nunca hay hora”*.

VII.B. Servicios de salud para estudiantes de otras Universidades Chilenas.

Tal como se expresa en la metodología, se realizaron entrevistas a las o los encargados de los servicios de salud de tres universidades: Universidad de Valparaíso (UV), Universidad de Santiago de Chile (USACH) y Universidad de Ciencias de la Educación (UMCE). Para efectos de los resultados, se describirán las respuestas de los tres entrevistados por cada uno de los ítems

Ítem Nº 1

Cuadro Nº2: Antecedentes del Entrevistado de Servicios de salud de UV, UMCE, USACH.

CATEGORIAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Título profesional	Nutricionista.	Trabajadora Social, especializada en gestión.	Cirujano Dentista.
Cargo	Encargada del Servicio Médico y Dental	Jefa Subdepartamento de Salud Estudiantil.	Jefe de Unidad de Atención de Salud.
Años en el cargo	Ejerce el cargo de jefatura desde el año 2014, anteriormente trabajó como nutricionista clínica y fue estudiante de la misma Universidad.	Ejerce el cargo desde el año 2007 en donde se realiza una intervención para determinar necesidades de los alumnos.	Ejerce el cargo de jefatura a contar del año 2008.

*Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el cuadro, las tres instituciones están dirigidas por profesionales de la Salud, o de las ciencias sociales.

Los centros de salud de las universidades visitadas no corresponden por si solas a direcciones, son Subdepartamentos dentro del Departamento de Bienestar Estudiantil de cada Universidad.

En cuanto a los años de ejercicio en el cargo de cada jefatura, es diverso, mientras que en la UV la jefatura solo lleva un año ejerciendo el cargo, en la USACH y la UMCE coinciden en 8 años.

Ítem N°2

Cuadro N°3: Antecedentes sobre el servicio de Salud de UV, UMCE, USACH.

CATEGORIAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Nombre del Servicio.	Servicio Médico y Dental de los alumnos.	Centro Médico estudiantil.	Unidad de Atención de Salud.
Años de funcionamiento	Funciona desde el año 1992 por decreto universitario, se encuentra en proceso de construcción el nuevo edificio para el servicio, actualmente funcionan en dependencias de la Universidad.	Funciona desde los años 80, cuando la Universidad pertenecía a la UCH, con el mismo modelo se SEMDA hasta restructuración en el año 2007.	El Departamento de salud de la Universidad parte el año 1975.

*Fuente: Elaboración propia.

Se destaca que en el caso de la USACH, el nombre del servicio refleja un concepto de salud muchos más amplio que en el caso de las otras dos instituciones.

En las tres instituciones los servicios de salud estudiantil datan de largo tiempo y coinciden en que tanto el servicio de la UMCE como el de la UV, fueron en sus inicios pertenecientes la Universidad de Chile, puesto que previo al año 1983 estas casas de estudios eran sedes regionales de la misma.

Ítem N°3

Cuadro N°4: Antecedentes de la trayectoria laboral del entrevistado por cada establecimiento de la UV, UMCE y USACH.

CATEGORIAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Trayectoria del entrevistado en la institución.	Desde su titulación, año 2009 trabaja en la UV, primero como encargada de casinos, luego como Nutricionista clínica en SEMDA UV, posteriormente en el año 2014 asume jefatura.	Previamente trabajó como Asistente Social en la Dirección de Bienestar Estudiantil (DBE), luego se especializo en gestión y fue designada como Jefa del Subdepartamento de Salud Estudiantil el año 2007.	Comienza su labor en el servicio de salud el año 1976 como cirujano dentista tratante, en 1993 y hasta el año 2007 ejerce como Jefe de Odontología del servicio como labor encomendada, luego el año 2008 asume como jefe de la Unidad de Salud de la USACH.
Como se proyecta en la institución.	Ejerciendo una labor colaborativa y avanzar hacia la mejora continua.	Lograr realizar una gestión acorde a las necesidades de los estudiantes.	Se proyecta mejorando las condiciones del RRHH e Infraestructura.

*Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al entrevistado, que corresponden a jefes de cada servicio, en los tres casos fueron funcionarios del mismo servicio o de la Universidad antes de ocupar el cargo de jefatura, por tanto con experiencia en el trabajo universitario.

Los tres entrevistados coinciden en su proyección laboral dentro de la institución, generando condiciones que permitan un mayor acercamiento con las necesidades estudiantiles, lo que manifiesta de una u otra forma una necesidad en las tres universidades consultadas.

Cuadro N°5: Antecedentes sobre la trayectoria del servicio de la UV, UMCE y USACH.

CATEGORIAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Trayectoria del servicio.	Desde sus inicios funciona con un modelo biomédico heredado de la Universidad de Chile cuando ésta Universidad era sede regional, a pesar de que han realizado varias intervenciones, mantiene un carácter biomédico, en algunas áreas incorpora la promoción y prevención.	Desde el año 1983 hasta el año 2006 funciona con modelo biomédico, luego se produce una reestructuración en el año 2007, donde se plantean una revisión del perfil universitario a través de datos del Bienestar estudiantil, además observan cuales son aquellos aspectos que está trabajando el ministerio en relación a esta población.	El departamento de salud de la universidad nace el año 1975, posterior en el año 80, pasa a llamarse Sección sanidad. Luego con la aparición de la Vicerrectoría de asuntos estudiantiles, comenzó a llamarse centro de salud, Luego cuando se crea la Vicerrectoría de apoyo a los estudiantes nuevamente sufre el cambio de nombre quedando como Unidad de atención de salud, nombre que mantiene hasta la fecha. A pesar del tiempo y cambio de dependencia, mantuvo su centro de costo.
Logros y nodos críticos.	Logros , conseguir mejora de condiciones de infraestructura en área dental, autorización sanitaria. Nodos críticos , falta oferta de horas profesionales, Psiquiatría principalmente, mejora la gestión del servicio.	Logros , mejorar relación con los estudiantes, hacerse cargo de la problemática de los estudiantes, disminución de los reclamos y conseguir Autorización Sanitaria. Nodos críticos , la Burocracia interna para mejorar los procesos, la falta de financiamiento y la falta de claridad de la Universidad para con la finalidad del servicio de salud. Falta de oferta de horas.	Logros , mantener a pesar de los cambios un centro de costos propios, que los resultados de las encuestas de satisfacción usuaria son buenos. Nodos críticos , bajos sueldos para profesionales de la Ley Médica.

*Fuente: Elaboración propia.

Se destaca que en el caso de la UMCE, este servicio realizó un proceso de reestructuración que permitió identificar y modificar en forma estratégica el modelo de atención, alejándose paulatinamente del modelo asistencial, estableciendo una política de calidad, lo que no ocurre con los servicio de salud de la USACH y UV.

En cuanto a los nodos críticos, existe coincidencia en que están dados por la falta de oferta de horas de atención, debido a los bajos sueldos ofertados a los profesionales.

Ítem N°5

Cuadro Nº 6: Antecedentes sobre el modelo de atención en los servicios de salud de la UV, UMCE y USACH.

CATEGORÍAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Definición de modelo de atención.	No han trabajado el modelo de atención de salud para el servicio, pero tienen claro que no asumen atención de urgencia.	Se definen como un modelo de atención primaria y ambulatoria, por definición según Política de Calidad del servicio, desde el año 2013.	No se ha desarrollado un plan que determine un modelo de atención, el modelo que existe es el que históricamente han tenido, ha existido un continuismo. Existe un divorcio entre lo que se entrega y lo que el estudiante necesita.
Misión y visión.	Está definida, es parte del decreto universitario del año 1992, Visión llegar a ser un servicio de excelencia, Misión otorgar atención a los estudiantes, de forma gratuita.	Construyen Misión y Visión desde año en que se realiza la reestructuración, año 2007. En conjunto con los funcionarios del servicio evalúan el "para que estamos".	Está definida la misión y visión de la unidad de salud. Misión , velar por la salud de la comunidad Universitaria, prestando atención de salud. Visión es uno de los servicios que presta mayor cantidad de atención y de bajo costo de las universidades estatales y privadas.
Pertinencia de servicios prestados.	Sí, sobretodo el trabajo que se realiza en gineco-obstetricia, falta mejorar líneas de intervención, mejorar fomento y promoción.	Intentan adecuar los servicios atendiendo a las necesidades de salud de los jóvenes sobre todo de aquellos que estudian pedagogía. Además evalúan los temas que trabaja el MINSAL para jóvenes (salud Mental, gineco-obstetricia, cardiovascular).	Todo está centrado en lo curativo y se ha dejado de lado la promoción, esto principalmente por falta de recursos económicos, es importante volver a poner el centro de gravedad en aspectos preventivos y educación en salud. No se puede distraer la labor clínica de nuestros profesionales para realizar la labor preventiva.
Aceptación.	La mayoría de los estudiantes que se atiende queda conforme, pero los que nunca se han atendido tienen una mala imagen del servicio.	Evalúan sistema de reclamos, encuestas de satisfacción, la última realizada el año 2011, con buena aceptación. Han incorporado algunas atenciones (acupuntura) con buena aceptación.	En el año 2011, la unidad de calidad de la Vicerrectoría realizó una encuesta de satisfacción sobre los servicios prestados por la Unidad de Salud, con muy buenos resultados. Durante el año 2015 nuevamente la unidad de calidad aplica encuesta de Satisfacción Usuaría y los resultados fueron muy parecidos y reflejan claramente cuáles son las deficiencias.
Accesibilidad al servicio, manejo barrera de acceso.	Buena ubicación, pero hay problemas de difusión del lugar donde se encuentra el servicio. Barrera, la desinformación sobre la oferta de horas existentes.	Principales barreras para el acceso eran la oportunidad, vicios del sistema, suspensión de horas para atención en forma arbitraria. Se mejoró con cambio cultural, generando protocolos de atención.	Están claramente definidos quienes pueden atenderse en la Unidad de Salud. Existen numerosas instancias donde participamos para informar a la comunidad de los servicios prestados por la unidad.

CATEGORÍAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Orientación del servicio, caracterización de población	En área de psicología se efectúan talleres grupales a alumnos que vienen de otra región por trastornos adaptativos frecuentes.	Desarrollan un sistema orientado a los alumnos de Pedagogía realizando atención exclusiva de fonoaudiología por problemas de salud asociados a impostación de la voz, apuestan al efecto multiplicador del sistema.	No han elaborado estrategias para caracterizar a la población, siempre se orientan a satisfacer la necesidad asistencial más bien curativa.
Integración pertenencia a red asistencial	Realizan derivaciones al SENDA por abuso de drogas, no tienen delimitado diagnóstico, no han tenido casos que requieran hospitalización.	No existe sistema de derivación a algún servicio público	No están integrados a una red de atención, además no cuentan con un campo clínico propio. Derivan principalmente a servicio de urgencia pública.
Nivel de complejidad de la atención	Atención de Nivel primario, de baja complejidad, ambulatorio.	Se caracterizan por realizar una atención de nivel primario, todo lo que no se resuelve se deriva dependiendo del sistema de salud del estudiante.	Nivel de complejidad primario y no pretenden cambiar o avanzar a otro nivel de atención ya que no se justifica.

*Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al modelo de atención, el único que lo tiene definido es el servicio de salud de la UMCE, debido a que tienen desarrollada la política de calidad de la institución y el año 2008 elaboraron un plan estratégico.

Los tres servicios tienen desarrollada la misión y la visión y hay coincidencia en querer entregar la mejor atención a los estudiantes de forma gratuita.

En cuanto a la pertinencia, hay coincidencia que no han podido trabajar con mayor estrategia lo relacionado con la prevención y promoción de la salud, pero coinciden que al menos los estudiantes pueden acceder a atenciones que son requeridas como Salud Mental y Gineco-obstetricia.

Existe coincidencia en que para obtener información de los usuarios, han realizado encuestas de satisfacción usuaria, con excepción de la UV que no ha aplicado dicho instrumento de evaluación. Además es importante señalar que la evaluación está medida por el uso del servicio. Los tres utilizan los medios de información como

páginas web para dar cuenta de los servicios prestados en cada centro. En el caso de la UV están en un lugar más alejado de los campus lo cual dificulta el acceso.

En el caso de la UV y la UMCE han desarrollado un sistema de atención orientado al tipo de población estudiantil, el caso de la UMCE relacionado con estudiantes de pedagogía para lo cual han focalizado su atención en especialidad de fonoaudiología y estudiantes de fuera de la región. En el caso de la UV, potencian atención psicológica para mejorar adaptación de estudiantes que provienen de otras regiones.

En los tres casos refieren no estar integrados a una red de atención y que solo derivan a sus alumnos dependiendo del sistema de salud de estos. Además existe coincidencia en que los tres servicios se declaran como nivel de atención primaria, excluyendo atención de urgencia.

Ítem Nº 6

Cuadro Nº7: Organización de los servicios de salud de la UV, UMCE, USACH.

CATEGORÍA	RESULTADOS.		
	UV	UMCE	USACH
Organigrama de la institución	Si cuentan con organigrama, definido por jefatura y aprobado por DBE de la Universidad, sin reparos.	El servicio de salud depende de la DBE, cuentan con Directora técnica, Coordinadora administrativa y por área. Además cuenta con comité de calidad, son 28 funcionarios.	Tiene definido un organigrama, que se compone de un Jefe de la Unidad de salud, jefe administrativo, además 2 jefaturas de sección (Medicina, Odontología).
Cartera de servicios	Medicina general, Ginecología, Psiquiatría, Psicología, Nutrición, Obstetricia, Odontología.	Medicina General Nutricionista Ginecología Kinesiología Psicología Enfermería Matrona Fonoaudiología Traumatología Odontología (atención primaria, el resto se deriva). Mayor demanda : Dental	Medicina General (funcionan con atención por demanda espontanea), Traumatología Psicología Ginecología Odontología Enfermería Matrona.
Sistema estadístico	4.000 atenciones al año en promedio en el área médica, 15 minutos por atención, Salud mental 45 minutos.	Cuentan con hoja para registrar atenciones, solo datos generales.	Se realiza una estadística semanal, luego se consolida semanalmente por cada sección. Realizamos cortes en forma semestral para tener la información general.

*Elaboración propia.

En cuanto a la cartera de servicios, los tres casos muestran un listado de especialidades muy parecidas entre las que son más solicitadas por la población joven, solo la UMCE innova incorporando la especialidad de fonoaudiología por el tipo de estudiante que accede al servicio (pedagogía).

En relación al sistema estadístico no han desarrollado un sistema muy elaborado, obtienen solo datos generales. Se destaca un mayor avance en el sistema utilizado por la USACH.

Ítem Nº 7.

Cuadro Nº8: Financiamiento de los servicios de salud de la UV, UMCE y USACH.

CATEGORIAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Financiamiento del servicio	Presupuesto institucional, alrededor de \$MM200 al año, para Recursos Humanos y funcionamiento.	Presupuesto institucional, se formula presupuesto, gasto aproximado de \$MM300, RRHH y funcionamiento.	Principalmente a través del presupuesto institucional, 3 partidas, RRHH, Funcionamiento, Inversión
Costo de las prestaciones.	Atenciones sin costo, solo en área dental se cobra la cirugía de extracción del tercer molar (\$15.000).	Se realiza cobro por inscripción en Área dental cada 2 meses (\$15.000) que cubre todos los procedimientos posibles de realizar en el servicio. Cobro por sesiones de acupuntura. Utilización del sistema de cobro por bono electrónico.	Todas las atenciones son gratuitas, con excepción de algunas atenciones odontológicas.

*Fuente: Elaboración propia.

Los tres servicios son financiados por presupuesto institucional, llámese este al entregado por la universidad, que es anual y varía de acuerdo al reajuste gubernamental y que los ingresos propios, aquellos que pueden obtener con el pago de algunas atenciones, es mínimo, además coinciden en que la mayoría de las atenciones son gratuitas y las que tienen un costo (odontológicas) son de bajo costo para el estudiante.

Ítem Nº 8.

Cuadro Nº9: Comentarios finales de los entrevistados de la UV, UMCE y USACH.

CATEGORÍAS	RESULTADOS		
	UV	UMCE	USACH
Desafíos de servicios	Lograr autofinanciamiento. Mejorar infraestructura.	Incorporar ficha clínica electrónica. Lograr autorización sanitaria de sala de RX dental. Lograr autorización Sanitaria de sala de procedimientos y primeros auxilios en campus Ed. Física. Cumplir con estándares de acreditación en calidad. Recuperar horas profesionales que se han perdido.	Incorporar ficha clínica electrónica. Mejorar remuneración de profesionales de la Ley Médica y mejorar la infraestructura y equipamiento.
Comentario final	Comentar que tenemos convenios con U. de Chile, y en San Felipe, se contratan horas profesionales para atender alumnos.	No agrega comentarios nuevos.	Mantiene una visión muy optimista sobre la mejora de las remuneraciones de los profesionales y la mejora de la infraestructura.

*Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los desafíos, hay coincidencia en pretender mejorar el sistema a través de la incorporación de la Ficha Clínica Electrónica, además de mejorar infraestructura y remuneración. Destaca que en el caso de la UMCE desean avanzar hacia la acreditación en calidad de la atención.

VII.C. Consenso entre actores claves sobre aspectos fundamentales para un modelo de atención en salud en el SEMDA.

Para dar cumplimiento a este objetivo, se efectuó una reunión en la que participaron representantes de la comunidad de la Universidad de Chile, un total de siete participantes y la tesista quien moderó la reunión.

1. Participantes en la reunión de consenso:

Nº1: Representante de los estudiantes, delegado de Bienestar estudiantil.

Nº2: Funcionaria (o) SEMDA, área administrativa.

Nº3: Funcionaria (o) SEMDA, servicios periféricos.

Nº4: Funcionaria (o) SEMDA, área clínica y coordinación.

Nº5: Representante de Programa de Desarrollo Comunitario de la VAEC.

Nº6: Representante Directivo de la VAEC

Nº7: Representante de Asociación de Funcionarios SEMDA.

2. Matriz de priorización.

Como resultado del consenso, se obtuvo la siguiente matriz de priorización:

Tabla Nº 10: Matriz de priorización de las características generales de los modelos de atención en salud de salud, según cada participante en la reunión de consenso.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS	PARTICIPANTE						
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7
PERTINENCIA	1º	1º	3º	1º	1º	1º	1º
ACCESIBILIDAD	3º	4º	4º	3º	5º	3º	3º
ACEPTABILIDAD	5º	3º	5º	2º	2º	4º	2º
ORIENTACIÓN	4º	5º	1º	4º	4º	5º	4º
INTEGRACIÓN	2º	2º	2º	5º	3º	2º	5º

*Fuente:Elaboración Propia, según datos actividad de Consenso.

Según la tabla anterior se asignaron puntajes (máximo puntaje, 5 puntos, a la 1º prioridad, descontando un punto por el descenso en la jerarquía) a la priorización realizada por cada integrante dando el siguiente resultado:

Tabla Nº11: Priorización y asignación de puntajes según cada participante en actividad de consenso.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS	INTEGRANTES							TOTAL
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	
PERTINENCIA	5	5	3	5	5	5	5	33
ACCESIBILIDAD	3	2	2	2	1	3	3	16
ACEPTABILIDAD	1	3	1	4	4	2	4	19
ORIENTACIÓN	2	1	5	2	2	1	2	15
INTEGRACIÓN	4	4	4	1	3	4	1	21

*Fuente:Elaboración propia, según datos actividad de Consenso.

Según estos resultados, los participantes en la actividad de consenso, priorizan tres características revisadas en el marco referencia de las cinco presentadas. En primer lugar, la Pertinencia, haciendo referencia a los servicios prestados por el SEMDA, en segundo lugar la Integración, esto quiere decir que tan involucrados están los estudiantes en su propia salud y como se inserta el SEMDA en el medio, ya sea en la comunidad estudiantil o la relación con otros centros de salud, y en tercer lugar la Aceptabilidad, que tiene relación con la satisfacción usuaria.

3. Sugerencias efectuadas por los participantes.

En la segunda parte de la actividad de consenso, los participantes desarrollaron una serie de sugerencias posibles de implementar en SEMDA para las características priorizadas. Para efectos del trabajo realizado se nombrarán algunas sugerencias de las tres características que obtuvieron mayor puntajes en la matriz de priorización y que se muestran a continuación:

Cuadro N°10: Sugerencias efectuadas por los participantes en actividad de consenso, según característica.

PARTICIPANTE	SUGERENCIAS REALIZADAS SEGÚN CARACTERÍSTICAS PRIORIZADAS		
	PERTINENCIA	INTEGRACIÓN	ACEPTABILIDAD
N°1	Realizar estudio de perfil epidemiológico y estudio de necesidades en salud de los estudiantes de la UCH.	Incorporar a la comunidad universitaria al proceso de planificación. Capacitación de Monitores incorporando a los Centros de Alumnos.	No realizó sugerencias para esta característica.
IN°2	Mantener información permanente sobre las necesidades de los estudiantes.	No hizo comentarios para esta característica.	Efectuar encuestas de satisfacción usuaria a los que usan el servicio y encuestas a los que no lo usan.
N°3	Realizar diagnósticos de salud participativos.	Realizar difusión del SEMDA por distintas redes de comunicación.	No hizo comentarios para esta característica.
N°4	Incorporar campañas ministeriales a las acciones realizadas en SEMDA. Determinar necesidades de los estudiantes a través de encuestas.	No hizo comentarios para esta característica.	Acercar el SEMDA a los estudiantes, realizando acciones en las facultades. Incorporar a los alumnos en la creación de proyectos para el SEMDA.
N°5	Aumentar profesionales que brinden apoyo a los estudiantes. Manejo y difusión de registro estadístico.	Formación de pares en Salud. Incorporar propuestas de los centros de alumnos en el SEMDA.	Aplicación de encuesta de satisfacción usuaria. Aplicación de cuestionario de relación terapéutica en Salud Mental.
N°6	Definir perfil epidemiológico. Monitoreo constante de la demanda.	Integración a la comunidad universidad buscando soluciones colectivas.	No hizo comentarios para esta característica.
N°7	Aumentar atención en especialidades más demandadas por los estudiantes.	No hizo comentarios para esta característica.	Mejorar condiciones físicas del SEMDA.

*Fuente, Elaboración propia.

VII.D. Propuesta de Modelo de Atención en salud para el SEMDA.

1. Presentación.

El Servicio Médico y dental de los Alumnos es la entidad encargada de entregar atención de salud a la comunidad estudiantil universitaria según decreto que data del año 1932, a continuación se entregan las directrices generales sobre un modelo de atención en salud para el SEMDA, atingente a las necesidades de los estudiantes, de calidad y con la mayor costo - efectividad, con el fin de satisfacer las necesidades de los usuarios. Cabe destacar que este modelo incorpora visiones de actores relevantes, experiencias de modelos de otras instituciones y se plantea considerando las características de la población estudiantil de la Universidad de Chile.

2. Definición del Modelo.

Se define como un modelo de atención en salud de nivel primario, esto quiere decir con un aporte tecnológico básico capaz de realizar acciones para atender las necesidades básicas y más frecuentes de la población estudiantil, con un nivel de complejidad de la atención primario, realizando un número de procedimientos básicos que permita la capacidad instalada del centro de salud(46). Comprende gran énfasis en la prevención primaria y secundaria de los problemas de salud propios de la población joven, esto es efectuar intervención en los factores de riesgo de la aparición de enfermedades y realizar diagnóstico y tratamiento precoz de problemas de salud recurrentes en la comunidad estudiantil. Este modelo da principal importancia a la promoción de la salud a través del autocuidado y atención de salud integral, caracterizándose por tener los siguientes principios:

- a) Con acceso Universal a la atención.
- b) Centrado en el estudiante.
- c) Participativo
- d) De calidad

- e) Alto grado de pertinencia
- f) Accesible
- g) Integrado.
- h) Sostenible

3. Objetivo del modelo

Establecer lineamientos generales que permitan llevar a cabo una atención de salud que sea capaz de satisfacer las necesidades más relevantes de la población estudiantil de la Universidad de Chile, optimizando los recursos existentes para dar lugar a la promoción, prevención y recuperación de la salud estudiantil.

4. Población objetivo y sus características.

La población objetivo es la que constituye la comunidad estudiantil de pre y post grado de la Universidad de Chile.

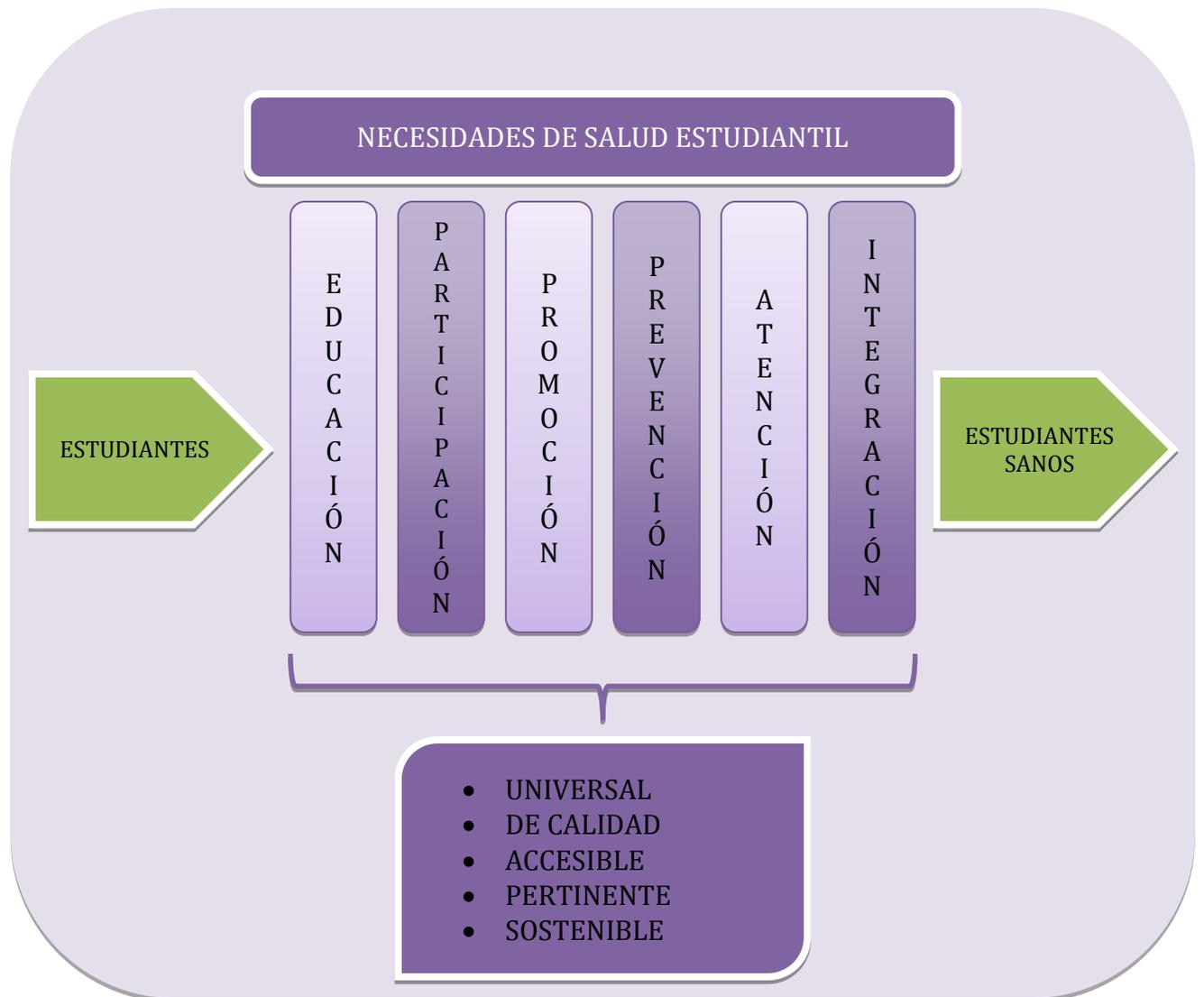
Se caracteriza por ser una población que se concentra entre los 17 y los 29 años, provenientes del estrato socioeconómico medio alto y un porcentaje no menor de estudiantes pertenecientes a estratos más bajos. La mayoría de ellos está adscrito a algún sistema de salud, preferentemente a FONASA e ISAPRES.

Un grupo de estudiantes menores de 19 años se auto-percibe con un nivel de bienestar físico y nivel emocional bastante bajo y con muy poco tiempo para realizar actividad física, existiendo diferencia entre hombres y mujeres. En cuanto a los principales problemas de salud, se encuentran aquellos relacionados con salud mental, salud sexual y reproductiva y salud dental.

5. Mapa conceptual del Modelo.

A continuación se muestra el mapa conceptual del modelo de atención en salud propuesto para SEMDA, incluye principios y líneas generales de acción.

Cuadro N°11: Modelo de atención en salud para el SEMDA.



*Elaboración propia.

6. Definición de los lineamientos estratégicos del modelo

a) Educación y formación en salud:

Una de las principales áreas propuestas para este modelo, permite establecer un continuo de formación en aspectos generales de la salud con enfoque en el autocuidado en todas las instancias posibles dentro de la comunidad estudiantil universitaria. Esta línea estratégica intenta, entre otras cosas, la formación de pares en salud transformándose en un efecto multiplicador del autocuidado entre los estudiantes. Para lo anterior será necesario establecer un trabajo conjunto con el programa de salud comunitaria ya existente en la VAEC.

b) Participación:

Se relaciona con la incorporación de los estudiantes en la toma de decisiones estratégicas en cuanto a la forma y el contenido en que se entrega la atención de salud en el SEMDA, establecer instancias de participación formal que incluya a las diferentes organizaciones estudiantiles de la universidad, logrando un control social en el mundo estudiantil desde los mismos alumnos en los aspectos relacionados con la salud, siendo un interlocutor capaz de intervenir en la primera línea de la promoción y prevención de la salud.

c) Promoción:

Estrategia que tiene por objetivo dar prioridad a los factores protectores que están presentes en la población estudiantil, dando lugar a la realización de un conjunto de actividades para socializar la información en la comunidad estudiantil.

d) Prevención:

Acciones específicas que se realizan con el fin de poder prevenir problemas de salud en los estudiantes, ejecutando programas que incluyan exámenes preventivos principalmente en aquellos estudiantes que ingresan por primera vez a la universidad, pudiendo realizar un diagnóstico precoz de aquellas enfermedades que pudieran afectar a la población estudiantil y pesquisar factores de riesgo recurrente en la población objetivo.

e) Atención de salud:

Se plantea establecer la realización de atenciones en las áreas más demandadas por los estudiantes, de acuerdo a la epidemiología de la población joven, que incorpore como nuevo desafío un alto grado de pertinencia y orientación hacia una comunidad estudiantil, de acceso universal y accesible, eliminando todo tipo de barreras que pudieran interferir en la atención de salud. Implementar de manera correcta programas de salud integral abordados por el equipo de salud de nivel primario, con el fin de poder satisfacer las necesidades de la comunidad estudiantil bajo la premisa de entregar atención de calidad basada en la seguridad de la atención de usuarios como un elemento nuevo en el SEMDA.

f) Integración:

En primer lugar corresponde a como la comunidad universitaria estudiantil es capaz de generar acciones que permitan hacerla responsable de su propia salud, estableciendo espacios para el autocuidado.

En segundo lugar corresponde a la capacidad que tendrá el SEMDA de poder integrarse a las diferentes redes, tanto internas como externas, que permitirán dar continuidad a la atención de los estudiantes si así lo requiere, además generar estrategias para que el SEMDA pueda incorporarse a la dinámica universitaria y a las demás direcciones de la Vicerrectoría de asuntos Estudiantiles y Comunitarios.

7. Principios del modelo y su definición.

De acuerdo a lo señalado en el mapa de concepto, definiremos los principios destacados que dan sustento al modelo de atención en salud propuesto para SEMDA.

a) Universalidad:

Todos los estudiantes de pre y post grado de la Universidad de Chile, tendrán derecho a la atención de salud en SEMDA, que incluye la eliminación todo tipo de los costos de bolsillo para los estudiantes.

b) Calidad de la atención:

Se garantiza una atención de calidad basada en la seguridad de la atención, incorporando normativas establecidas por el Ministerio de Salud de Chile.

c) Accesible:

Principio que garantizará un acceso expedito a la atención, eliminando aquellas barreras que impidan el acercamiento de los estudiantes al SEMDA.

d) Alto grado de Pertinencia:

Los programas de salud y las atenciones que se realicen en SEMDA serán atinentes a las necesidades de la comunidad estudiantil.

e) Alto grado de aceptabilidad:

Principio que se traduce la satisfacción usuaria, dada principalmente por atender las necesidades más sentidas de los estudiantes, para lo cual se efectuará en forma constante la medición de la satisfacción, lo cual es una retroalimentación necesaria para la mejora continua.

Es relevante la forma en cómo se logra obtener la información de la satisfacción, importante al momento de planificar la atención, entre ellas se propone encuestas de satisfacción usuaria, creación de consejo consultivo y equipo bipartito de evaluación de reclamos y sugerencias (formado por funcionarios y estudiantes).

f) Sostenible:

Principio que garantiza la sostenibilidad económica en el tiempo que permita el desarrollo del modelo en el SEMDA, manteniendo la atención en las condiciones establecidas.

8. Financiamiento.

Este será establecido a través de 3 modalidades:

- Presupuesto institucional.
- Ingresos propios.
- Proyectos concursables.

a) Presupuesto institucional:

Establecido anualmente de acuerdo al presupuesto aprobado por las instancias universitarias, esto de acuerdo a una programación anual del gasto en Recursos Humanos e insumos para el funcionamiento y desarrollo de todas las áreas establecidas por el modelo que de garantía de la satisfacción de las necesidades de los estudiantes. Para la ejecución del modelo no comprende un aumento del presupuesto más allá de lo acordado por la universidad.

b) Ingresos propios:

Estos corresponden a los aportes asociados a la devolución por parte de las ISAPRES y FONASA por cada prestación realizada a aquellos alumnos que estén adscritos a algún sistema, el costo de bolsillo para el estudiante seguirá siendo cero en todas las atenciones. Importante que de acuerdo a la complejidad del SEMDA es posible incorporar devolución de dineros por cuenta de atenciones de patología con garantías Explícitas en Salud (GES). Los ingresos propios aseguran presupuesto para realizar inversión anualmente.

c) Ingresos por concursos de proyectos Institucional:

Corresponden a proyectos concursables dentro de la misma institución universitaria, que permiten obtener recursos que no son recurrentes para realizar inversiones puntuales.

9. Gestión y desarrollo.

Principalmente está dado por la elaboración de un plan estratégico desarrollado por una comisión integrada por actores relevantes (estudiantes, funcionarios, directivos y representantes de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y comunitarios), el que será desarrollado de acuerdo a los lineamientos generales incorporando los principios fundamentales del modelo, en un tiempo acotado para dar cumplimiento a los objetivos planteados, un plazo no menor a 4 años.

10. Ejes fundamentales del funcionamiento.

El funcionamiento del SEMDA que dará sustento a este nuevo modelo está centrado en entregar atención de salud integral con énfasis en la promoción y prevención en salud, para lo cual se consideran los siguientes ejes fundamentales.

a) Atención de salud:

Será entregada principalmente por profesionales que realizan una atención integral, incorporando todos los aspectos relacionados con el estudiante y su entorno, tanto universitario como familiar. Se caracterizará por atender problemas de salud más frecuentes en la población joven y de mayor demanda que incluyen equipos de salud mental, equipos para tratar problemas de salud bucal, y equipo para atender problemas de salud asociado con la sexualidad y reproducción. Se incorpora también equipos del área de traumatología, específicamente kinesiólogos para la rehabilitación.

Tiene como aspecto fundamental poder garantizar la continuidad de los cuidados, para ello se efectúa referencia de los estudiantes que así lo requieran, generando colaboración estratégica con servicios de atención público como privado, dependiendo del sistema de salud al cual está adscrito el alumno.

b) Programas de promoción y prevención:

Esto se efectuará mediante la creación de programas que permitan establecer diagnóstico precoz, para ello incorporará la realización del nuevo Examen Preventivo del Estudiante, que ejecutará el equipo de Enfermería. En segundo lugar y en coordinación con los diferentes departamentos de bienestar estudiantil de cada facultad, se realizarán programas de promoción de la salud en los campus de la universidad con el fin de eliminar barreras de acceso, los equipos de salud, serán los que se acercan a los estudiantes para poder promover el autocuidado en el ambiente natural de los alumnos.

c) Desarrollo de la investigación y comunicación efectiva.

Este aspecto es abordado en el modelo a través de la realización de un trabajo estadístico exhaustivo, para lo cual es necesario profesionalizar el área de estadística en el SEMDA. Además se propone incorporar proyectos de investigación que permita

mantener vigentes los datos epidemiológicos y de calidad de vida de los estudiantes, con el fin de poder mantener una pertinencia constate en la atención de salud.

En relación a la comunicación se plantea la utilización de todos los medios existentes de uso frecuente por parte de los estudiantes , lo que permitirá transmitir la información en forma segura, además en coordinación con la Federación de Estudiantes a través de sus delegados, se proyecta mantener una colaboración contante para notificar sobre los procesos efectuados en el SEMDA.

d) Gestión administrativa.

Estará a cargo de un equipo que incorpora gestores de área clínica y administrativa, los cuales tienen dependencia en la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios, encargados de dar las directrices generales de la Universidad.

e) Gestión y desarrollo de recurso humano.

Principalmente concretar la ejecución de programa de formación permanente, que permita que el recurso humano esté en constate aprendizaje de los aspectos normativos en salud, a través de las directrices del Ministerio de Salud. Se utilizará además la plataforma de cursos gratuitos para funcionarios de la UCH, incentivando la participación constante de los funcionarios. Como segundo tema se incorporará el desarrollo de habilidades blandas que permita una relación adecuada entre los funcionarios y los estudiantes, partiendo de la base de que también son parte de la formación de los alumnos.

Mantener la dotación existente de funcionarios que en la actualidad están cumpliendo funciones en el SEMDA, reorganizando sus funciones y orientado el trabajo.

f) Entorno universitario.

Mantener e incorporar alianzas estratégicas de colaboración con facultades para funcionar como campo clínico de Facultades de Medicina, Odontología, Química y Farmacia de la Universidad de Chile. Diseñar estrategia que permita realizar referencia y contrareferencia de estudiantes dentro de la red de atención pública para aquellos que estén adscritos a ese sistema y con la red privada respectivamente.

11. Supuesto para aplicación del Modelo:

- a) Voluntad política de mantener el SEMDA por parte de la Universidad canalizada a través de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios.
- b) Aprobación del modelo por parte de la Vicerrectoría respectiva.
- c) Mantener financiamiento institucional, actualmente entregado para el año 2016.
- d) Relación colaborativa entre autoridad y federación de estudiantes.

VIII. Conclusiones finales.

La necesidad de mejorar la repuesta en salud que ofrece la Universidad de Chile para sus alumnos, esta íntimamente relacionada con una necesidad sentida de la población estudiantil. Concretar este propósito que tenía por objetivo entregar una propuesta de un modelo de atención de salud para el SEMDA, transitó por 3 objetivos previos que dan sustento a la propuesta finalmente entregada. Es por esta razón que se presentarán conclusiones haciendo alusión a cada objetivo, lo que se detalla a continuación:

A. Conclusiones sobre caracterización de la población estudiantil.

En cuanto a la perspectiva socioeconómica, se destaca que existe una diferencia en cuanto a los datos entregados por la Dirección de Bienestar Estudiantil (DBE) de la VAEC correspondiente al año 2015 y la encuesta realizada por el CEFECH el año 2011. En ambas base de datos se establece que la población estudiantil de la UCH pertenece principalmente a estratos medios y altos, pero la encuesta del CEFECH muestra una mayor población perteneciente a los estratos más altos. Cabe destacar que en este caso los datos son obtenidos a través de encuestas y los datos de la DBE corresponden a fichas de registros de estudiantes. En ambas referencias se refleja que los estudiantes de estratos más bajos se dan en menor cantidad en la UCH. Se demuestra que la población de la Universidad de Chile esta constituida por estudiantes de diversos estratos sociales por consiguiente con realidades distintas en cuanto a la oportunidad de acceso a la atención de salud.

Entre los estudiantes que informan sobre el sistema de salud, hay a 2 grandes grupos, FONASA e ISAPRE. A medida que va disminuyendo el NSE de los estudiantes aumentan los afiliados a FONASA. Esto da cuenta de que más de la mitad de los estudiantes tienen como resolver sus problemas de salud y que el SEMDA no es el único lugar donde podrían acceder para restablecer su estado de salud. Por otra parte los estudiantes que presentan problemas de salud más

complejos tienen la posibilidad de referidos a otros prestadores y de esta manera mantener la continuidad de la atención.

En cuanto a los diagnósticos, los estudiantes presentan principalmente enfermedades de las vías respiratorias, dolor de cabeza y afecciones oculares y se caracteriza por demandar atenciones relacionadas con Salud Mental, Salud Bucal, Salud sexual y reproductiva y Traumatología.

La población que se atiende en el SEMDA es mayormente de sexo femenino y se encuentran en el tramo etario de los 17 a 24 años de edad. Esto nos demuestra que la población universitaria esta expuesta a problemas de salud que reflejan la realidad nacional, permitiendo de esta manera orientar el modelo propuesto.

Los estudiantes de la UCH menores de 19 años se caracterizan por autoperibirse con una peor calidad de vida relacionada con salud comparado con la población nacional en lo que respecta al Bienestar Físico y Bienestar psicológico y emocional, con una clara tendencia a que las mujeres se autoperibran con peor calidad de vida, en estos aspectos, lo mismo ocurre con los estudiantes pertenecientes a los quintiles mas bajos.

En relación a las preferencias relacionadas con el SEMDA, según los datos se puede concluir que un alto porcentaje de alumnos utiliza el SEMDA como forma para solucionar sus problemas de salud. Estos estudiantes son principalmente del NSE más bajo. También existe una población que no utiliza el servicio, principalmente porque no lo ha necesitado o por que utilizan otra forma para solucionar su problema de salud, destacan que existe poca información sobre los servicios prestados y que es muy difícil conseguir horas de atención.

B. Conclusiones sobre las experiencias de servicios de salud de otras universidades.

En relación a esta experiencia es importante subrayar la buena acogida para la recepción de la entrevista, lo que permitió efectuar las preguntas necesarias para poder describir el desarrollo del trabajo que realizan en cada uno de ellos.

Una de las principales conclusiones, es que en los tres casos no existe un modelo de atención de salud explícito, que pueda describir en forma clara el contenido de lo que realmente entregan a sus usuarios. De todas maneras en los tres casos se definen como un nivel de atención primario y con muy pocos recursos para efectuar promoción y prevención de la salud, coincidiendo en que esto es una deficiencia urgente de abordar. La realidad de los tres servicios visitados no es muy distante de la realidad que hoy vive el SEMDA de la UCH que transita por un modelo más asistencialista con una fuerte intención biomédica.

De los tres servicios visitados, destaca que en la UMCE existe un grado de desarrollo mayor que en las otras dos universidades (UV, USACH) ya que en el servicio de salud se desarrollo un plan estratégico derivando en una política de calidad para poder satisfacer de mejor forma las necesidades de los estudiantes.

En cuanto a las características fundamentales de los modelos de atención en salud (pertinencia, accesibilidad, aceptabilidad, orientación e integración) en general no tienen un gran desarrollo. La mayoría de las características mencionadas son trabajadas parcialmente en cada uno de los centros visitados. Dentro de las que mas hacen eco en cada uno de los servicios, es la pertinencia, ya que se preocupan de mantener especialidades que sean de mayor demanda de los alumnos. De todas formas no avanzan en gran medida en lo que respecta a la promoción y prevención.

Otra de las características mas abordadas hace referencia a la aceptabilidad, ya que existe preocupación por efectuar encuestas de satisfacción usuaria. Una de las

características menos abordada es la integración, pues existe una baja posibilidad de poder integrarse a las diversas instancias universitarias y casi nula con el entorno extrauniversitario, lo que hace muy precaria la continuidad de los cuidados. Además no hay planes que incluyan el autocuidado como una temática importante. En cuanto a la accesibilidad, no existe un estudio acabado de las barreras que quedan existir para el acceso de los estudiantes al centro de salud, pero mantienen una preocupación constata para la mejora de la infraestructura.

En cuanto a la organización de los servicios se puede concluir que es bastante simple, con un aparato administrativo básico para sustentar el desarrollo de las actividades clínicas y una cartera de servicios que incorpora especialidades más demandadas por lo estudiantes.

Existe un financiamiento que en general no alcanzaría a cubrir el Recurso Humano, por lo que los tres servicios concluyen la existencia de una falta de profesionales debido a un nivel salarial bajo en comparación con el mercado. Esto provoca una oferta de atenciones menor a áreas más necesarias, pensando en que sus acciones están centradas en lo asistencial más que en la promoción y prevención.

Se observa un gran interés por el crecimiento de cada uno de los servicios y poder incorporar directrices del Ministerio de Salud, además del mejoramiento de los sistemas informáticos en salud.

C. Conclusiones sobre la actividad de consenso.

Esta actividad es una de las más relevantes, que permitió recoger las visiones de diversos actores. Existió un gran interés en la participación concluyendo de esta manera que existe voluntad por querer ser partícipes de las soluciones a las dificultades que pueden existir para el funcionamiento del SEMDA. Es importante destacar que la mayoría de los participantes presentaban un conocimiento bastante adecuado del tema tratado, lo que permitió que el resultado fuera mucho más satisfactorio.

Se concluye que las características de los modelos de atención en salud más relevantes para los participantes, hacen referencia a la pertinencia de los servicios prestados por el SEMDA, la integración, dando mucha importancia a la referencia de los estudiantes cuando sea necesario y a la accesibilidad, principalmente a la identificación barreras que pudieran impedir el acceso de los estudiantes a la atención de salud. Cabe resaltar que existe un gran interés tanto por participar en el desarrollo de un plan estratégico para llevar a cabo la misión del SEMDA, como por generar instancia de participación permanente con el fin de dar cumplimiento a lo desarrollado, manteniendo un feedback constante entre lo que los estudiantes necesitan y lo que el servicio entrega.

D. Conclusiones sobre la propuesta de un modelo de atención de salud para el SEMDA.

Es relevante enfatizar que generar una propuesta para un modelo de atención en salud, el tema pasa ineludiblemente por conocer a la población a intervenir y sus necesidades, conocer las visiones de quienes van a recibir la atención y de aquellos que van a desarrollar las acciones. Los modelos no pueden ser copiados y deben estar en conformidad a la realidad que vive cada población, las experiencias de otros servicios solo dan una visión general, tomada en cuenta solamente bajo un contexto de análisis de la realidades parecidas.

Para poder desarrollar la propuesta revisada en las líneas anteriores, fue de gran relevancia establecer un consenso necesario en cuanto al contenido, esto es lo que da sustento y legitimidad a la propuesta haciéndola viable para su desarrollo. Es relevante resaltar que este trabajo debe ser revisado por las autoridades universitarias pertinentes lo que le da el sustento político para su ejecución.

Con los datos anteriores se logra proponer un modelo que difiere al que hoy existe en el SEMDA, actualmente este es asistencialista y este nuevo modelo reorienta la labor avanzando hacia un predominio de la promoción y la prevención en salud por sobre lo

meramente asistencial. Se hace hincapié en la participación de los estudiantes, no solo como parte del problema, si no que incorporándolos en la solución, empoderándolos de su salud como los principales responsables de mantenerla, promoviendo la solidaridad y el derecho al acceso a la atención de salud. El nuevo modelo establece un nuevo proceso de integración que permite dar continuidad a los cuidados, haciendo más efectivo el restablecimiento de la salud y optimizando los recursos existentes en el SEMDA. Además de ello este nuevo modelo propuesto, cambia el paradigma existente sobre el contenido de la atención entregada en el SEMDA por más de 30 años, estableciendo un correlato entre las necesidades y los servicios prestados.

E. Desafíos y proyecciones

La propuesta de Modelo de Atención de Salud para el SEMDA, define principalmente las características que debe tener la atención que prestará el servicio. Posterior a la aprobación del modelo por las instancias universitarias correspondientes, queda como desafío importante considerar un modelo de gestión que permita llevar a cabo los contenidos abordados. Por esta razón se propone la elaboración de un plan estratégico trabajado en forma triestamental, con el fin de poder construir objetivos específicos con indicadores, que permita en un plazo acordado, cumplir con el propósito.

Esta iniciativa permitiría proyectar el SEMDA con un modelo nuevo de atención en salud y con un modelo de gestión a 5 años promedio, avanzado hacia un cambio cultural sobre la forma de ver la salud estudiantil en la Universidad de Chile.

IX. Referencias

1. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud Marco conceptual para el análisis. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2004;22:33–9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021904.pdf>
2. PHAO. Estrategia y Plan de Acción Regional sobre los Adolescentes y Jóvenes [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes. Consejo Directivo N°48. 60ª Sesión del Comité Regional. 2007;0–3.
4. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de Objetivos Sanitarios 2011-2020 [Internet]. Chile; 2011. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
5. Traducción: K. Duncany L.Aceiras. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev Salud Pública y Educ para la Salud , Univ Vigo, España [Internet]. 1987;61(2):129. Disponible en: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>
6. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2008;24(2):139–46. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n2/a09v24n2.pdf>
7. Castillo M, Leiva A, Muñoz M, Pérez A, Vidal C, Gonzalez C, et al. Guía para la Autoevaluación y Reconocimiento de Instituciones de Educación Superior Promotoras de la Salud. [Internet]. Chile; 2013. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/GUIA_SALUDABLE_IEMPS_2013_baja.pdf
8. Universidad de Chile. Anuario 2014 [Internet]. Santiago de Chile; 2014. Disponible en: <http://web.uchile.cl/archivos/anuario/2014/#1/z>
9. Sadler M, Obach A, Luengo MX, Biggs MA. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile 2011.
10. Universidad de Chile SEMDA. Construyendo una reseña del Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile. 2011; Disponible en: <http://semdauchile.blogspot.cl/2011/05/construyendo-una-resena-del-servicio.html>
11. Universidad de Chile. Decreto Universitario N° 1952, Reglamento que fija normas del Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile. 1985; Disponible en: <http://www.docoficial.uchile.cl/categoria.php?ID=474a000758c82a7ad8539e790f5df5a8&IdCat=2&IdSubCat=-1&sListar=OK>
12. Gupta M, Engelman R, Levy J, Luchsinger G, Merrick T, Rosen JE, et al. El poder de 1.800 millones, Los adolescentes, los jóvenes y la transformación de futuro [Internet]. 2014. Disponible en:

[http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014 Report Web Spanish.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SWOP2014_Report_Web_Spanish.pdf)

13. Organización Panamericana de la Salud. Situación de Salud de las Américas, 20 años, Indicadores Básicos. 2014; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=27300&Itemid=270&lang=es
14. CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe [Internet]. 2013. Available from: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35864/S2013688_mu.pdf?sequence=1
15. CEPAL. II. Dinámica de la población y juventud. 2000;
16. Instituto Nacional de Estadísticas. CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población . 1990-2020 País y Regiones. :89.
17. Saad P, Miller T, Martínez C, Holz M. Juventud y Bono Demográfico en Iberoamérica. 2008;65.
18. CEPAL. Bono Demográfico y Envejecimiento: Impacto sectorial de la dinámica demográfica. Curso Regional Intensivo de Análisis Demográfico, Módulo Población y desarrollo Clase Magistral [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/6/48766/clase_psaad.pdf
19. Burdiles P, Santander S. Situación Actual del Embarazo Adolescente [Internet]. Santiago de Chile; 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf>
20. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2011. Santiago de Chile; 2011.
21. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). 7ma Encuesta Nacional de Juventud 2012 [Internet]. Movilh.Org. 2013. Disponible en: <http://www.movilh.org/documentacion/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf>
22. Santander S, Narváez P, Burdiles P, Capriles M. Orientaciones Técnicas para el Control de Salud de Adolescentes. MINSAL; 2014.
23. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria. Rev Med Chil [Internet]. 2012;140(4):447–57. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n4/art05.pdf>
24. Burdiles P, Santander S. Situación actual del suicidio adolescente en Chile con perspectiva de género [Internet]. 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
25. Molina R, Sepúlveda R, Molina T, Martínez V, González E, Leal I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos, según autopercepción de discapacidad, enfermedad o problemas de salud crónicos. Rev Chil Salud Pública [Internet]. 2014;18(2):p. 149–60. Disponible en:

- <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/31976>
26. Atlas T. Cifras 2012. 2012; Disponible en: http://www.chilelibredetabaco.cl/wp-content/uploads/2010/10/Cifras_de_Chile_Atlas_de_Tabaco_2012.pdf
 27. ONU. Asamblea General, quincuagésimo periodo de sesiones, Tema 105 del programa. 1996.
 28. Morlchetti A. Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas población [Internet]. 2007;85:68–73. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/32261/lcg2346-P_4.pdf
 29. Organismo Regional Andino de Salud. Comité Subregional Andino para la Prevención de Embarazo Adolescente. 2008; Disponible en: http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagnostico_Final_-_Embarazo_en_adolescentes.pdf
 30. Gobierno de Chile. Ley del Tabaco N°19419. 13:1–11. Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/LEYDETABACOHILE19419MODIFICADAPORLEY20660.pdf>
 31. Lange. I, Vio. F. Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Salud. 2006; Disponible en: <http://www7.uc.cl/ucsaludable/img/guiaUSal.pdf>
 32. Cabrera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Fac Nac Salud Pública 2001; 19(1) 91-101 [Internet]. 2001;19(1):91–101. Disponible en: http://www.fundacionfes.org/attachments/185_Creencias_en_salud.pdf
 33. Tolsa JLS. Modelo de atención en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana. Republica Dominicana; 2013.
 34. Macinko J, Montenegro H, Adell CN, Primary R, Care H, Position AA. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas 1. 2007;21. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rps/v21n2-3/03.pdf>
 35. PHAO. SERIE: Metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud [Internet]. 2010. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERAL_2010SPA.pdf
 36. López-bárcena JJ, González MG, Ortiz DC. Modelo Universitario de Salud Integral , en la Universidad Nacional Autónoma de México. 2000;
 37. Sánchez B, Restrepo J. Resolución 004 2010, Por la cual se reglamentan los programas del Área de Salud del Sistema de Bienestar Universitario en la Universidad Nacional de Colombia" [Internet]. Colombia; 2010. Disponible en: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Norma1.jsp?i=39059>
 38. Alfaro V, Barros R, Castillo M, Macchiavello J, Lagos A, Ramirez M. Política Universidad Católica del Norte Saludable. 2011;
 39. Stuardo S. Evaluación y optimización de los procesos en el Servicio Médico y Dental de los Alumnos de la Universidad de Chile [Internet]. Universidad de Chile; 2008. Disponible en:

- http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2008/stuardo_sn/sources/stuardo_sn.pdf
40. VAEC. Presentación de Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios en Jornadas de Direcciones de Bienestar Estudiantil de las Facultades de la Universidad de Chile. Santiago de Chile; 2014.
 41. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Certificado de Autorización Sanitaria de Funcionamiento, SEMDA Universidad de Chile. Santiago de Chile; 2004.
 42. Araya J. Fortalecimiento, Funcionamiento y Recurso Humano 2015, Presentación en comisión mixta de presupuesto de la Universidad de Chile. Santiago de Chile; 2015.
 43. Servicio Médico y Dental de los Alumnos. Reporte Estadístico, Primer Trimestre año 2015.
 44. Centro de Estudios de la Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile. Encuesta de Caracterización de Estudiantes Universidad de Chile 2011. Santiago de Chile; 2012.
 45. Molina R, Sepúlveda R, Molina T, Martínez V, González E, Leal I, et al. Estudio nacional de calidad de vida relacionado con la salud en adolescentes chilenos. Lavín V, editor. Santiago de Chile; 2012.
 46. Álvarez DC, Agregada P. Levels of care , prevention and primary health care. 2011;(1):11–4. Disponible en:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

X. Anexos.

Anexo Nº 1

Formato entrevista semiestructurada de identificación del modelo de salud universitario.

Fecha :

Hora :

1. Antecedentes del Entrevistado

Nombre :

Título profesional :

Cargo en la institución :

Años en el cargo :

2. Antecedentes sobre el Servicio de Salud

Nombre del servicio :

Nombre de la casa de estudios :

Años de funcionamiento :

3. Antecedentes trayectoria laboral del entrevistado

1. ¿Podría comentar sobre su trayectoria en la institución?

2. ¿Cómo se proyecta en la Institución?

4. Antecedentes sobre la trayectoria de la institución

1. ¿Podría referirse a los aspectos históricos del servicio?
2. ¿Podría comentar cuales son los principales logros y los nodos críticos del servicio?

5. Antecedentes sobre el Modelo de atención de salud del servicio.

1. ¿El servicio de salud tiene definido un modelo de atención? Si es así, podría explicar cual es el modelo.
2. ¿Esta definida la misión y la visión del Servicio? Si es así ¿Podría comentar sobre ello?
3. En cuanto a la pertinencia de los servicios prestados. ¿Puede comentar sobre la estrategia que utilizan para definir las necesidades de los usuarios?
4. En cuanto a la accesibilidad ¿Cuáles son las estrategias que utilizan para mitigar las barreras de acceso de los usuarios al servicio?
5. En relación a la aceptabilidad ¿Tienen algún mecanismo que les permita conocer la satisfacción usuaria en cuanto al servicio prestado?
6. En cuanto a la orientación del servicio, ¿cual es la población que atiende el servicio? ¿Han realizado algún tipo de caracterización?

7. En relación a la integración, ¿Son parte de alguna red asistencial?, Si es así ¿puede explicarla?

8. Finalmente, ¿esta identificado el nivel de complejidad de la atención prestada por el servicio?

6. Antecedentes Generales sobre la organización del servicio.

1. ¿Podría comentar sobre el organigrama de la institución?

2. ¿Podría comentar sobre la cartera de servicios del establecimiento?

3. ¿Podría referirse al sistema estadístico del servicio?

7. Antecedentes generales sobre le financiamiento de la institución.

1. ¿Podría comentar sobre el financiamiento servicio?

2. ¿Las prestaciones tienen algún costo para los usuarios?, si es así ¿Podría referirse al tema?

8. Comentarios finales.

1. ¿Cuales son los desafíos del servicio?

2. ¿Quisiera agregar algún comentario final?

Formato de consentimiento informado de entrevista.

Yo, _____ CI, _____ ,
que ocupo el cargo de _____ en
el _____ de Universidad de _____ ,
Certifico que he sido informado (a) con claridad y veracidad del ejercicio académico
al cual he sido invitado por la Alumna del Magister en Salud Pública de la Universidad
de Chile **Clara Pinto Muñoz**. Doy Fe de que participo en forma voluntaria como
colaborador de la investigación asociada al tema **“Un Modelo de atención de salud
para los alumnos de la Universidad de Chile”** que permitirá aportar con una
propuesta para un nuevo modelo de atención en salud para los alumnos de la
Universidad de Chile. La información que se entrega en la entrevista realizada, solo
será utilizada con fines académicos y de ninguna manera podrá ser destinada para
otros fines .

Firma

Sr(a). _____

Director, Jefe o Encargado de _____

CI. _____

Firma

Clara Pinto Muñoz

Alumna Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile

CI. 13.893.719-4

Santiago, _____ de _____ de 2015

AnexoNº3

Actividad de consenso sobre características esenciales para un Modelo de Atención en Salud para el SEMDA

1. Identificación:

- Nombre:
- Estamento:

2. Características esenciales de los Modelos de Atención en Salud:

- **La pertinencia** de la oferta de los servicios prestados con respecto a las necesidades de los usuarios.
- **Accesibilidad**, la capacidad de los servicios para corregir las barreras existentes que impiden el acercamiento de los usuarios.
- **Aceptabilidad** es una característica que mide la satisfacción usuaria en cuanto a las condiciones físicas y comodidad del lugar que presta las atenciones.
- **La orientación** que tienen los servicios, los que pueden ser a las personas comunidad o familias.
- **La integración**, quiere decir que tan involucrada esta la comunidad en la solución de los problemas de salud (autocuidado)

3. Actividad:

1. Priorizar en orden de importancia según criterio de cada uno pensando en la realidad de SEMDA, dar una breve explicación.
2. Identificar las 3 características más importantes y nombrar 2 acciones para ser realizadas en SEMDA, para cada una de ellas.

Anexo N°4.

Otros antecedentes del nivel socioeconómico de los alumnos de la Universidad de Chile según Encuesta CEFECH 2011 y Encuesta de Calidad de Vida 2015.

Se analizaron los datos de la encuesta de caracterización Universitaria realizada el año 2011 por el CEFECH, que en uno de sus módulos hace referencia a la perspectiva económica de los estudiantes de la UCH, esta encuesta utilizó la clasificación del nivel socioeconómico ESOMAR, que considera el nivel educacional y el tipo de relación laboral del principal sostenedor de la familia, donde el nivel ABC1 corresponde a niveles altos, C1 y C2 a niveles medios, siendo D y E los niveles bajos, donde E correspondiente a nivel de pobreza.

a) Datos relevantes sobre distribución por Nivel Socioeconómico (NSE), según encuesta CEFECH 2011

El primer dato relevante de esta encuesta es que entre los niveles ABC1, C2 y C3 se encuentra clasificado la mayoría de los alumnos matriculados el 2011, esto quiere decir niveles altos y medios que en conjunto alcanzan el porcentaje de 90,8%, siendo mayoritario los alumnos que se clasifican en el NSE C2 con un 37.1%, de esta misma forma destacan que más de un tercio de los matriculados ese año se clasifican en el NSE ABC1 (36%) el restante para completar el 100% se distribuye en los niveles E y D.

En la misma lógica del principal sostenedor del hogar, según la misma encuesta, en los cinco niveles de la clasificación, el principal sostenedor es el padre, pero se produce una gran diferencia, mientras en el NSE ABC1 en el 75% de los casos el sostenedor es el padre y un 21% la madre, en el NSE C2, bajan considerablemente los casos donde el padre es el sostenedor (51%) y la madre sube al 48% de los casos. Después del Nivel C2 a medida que disminuye el NSE, disminuyen los casos en que la madre es la principal sostenedora.

También se considera al Abuelo/a o el mismo estudiante como principal sostenedor del hogar, en la mayoría de los niveles, los casos en los que el abuelo o el estudiante son sostenedores del hogar tienen bajo porcentaje, pero es relevante destacar que a

medida que disminuye el NSE aumentan los casos en que el o la abuela son los principales sostenedores del hogar, llegando a porcentajes elevados en el caso de NSE D (6,5%) y E que es el porcentaje mas alto con 23.8% comparándose con el porcentaje de la madre como principal sostenedora en el mismo nivel que alcanza un 21, 8%, incluso menor.

En cuanto al nivel educacional del principal sostener del hogar, el 93,9 % termino la enseñanza media, más de un tercio del total alcanza educación universitaria completa (38.4%), mientras que el 23,9% se encuentra en la categoría de Técnica Universitaria completa o Universitaria incompleta, en menor porcentaje pero relevante (20,4%) se encuentran los casos en que el principal sostenedor del hogar tienen la educación media completa o técnica incompleta, sólo un 1.9% no alcanzó a completar la enseñanza básica. Esto es muy diferente a lo que ocurre en el resto del país según la encuesta INJUV del 2011, en donde solo 62,6% del principal sostenedor del hogar logra completar la enseñanza media a diferencia del 93,3% que da como resultado en la UCH.

En cuanto a la categorización del tipo de trabajo del principal sostenedor del hogar, la encuesta da cuenta que del total mayoritariamente corresponden a trabajadores asalariados alcanzado un 58.7%, los que trabajan en institución privada son el 41% mientras que el 16% lo hace en una institución pública. Solo el 1.9% se declara desempleado o temporalmente sin trabajo. Es importante destacar que un 5,8% corresponden a situación de retirados o pensionados.

b) Datos relevantes sobre procedencia escolar de los estudiantes de la UCH según CEFECH 2011.

Dada la composición socioeconómica de los estudiantes de la UCH, según esta encuesta, es importante destacar la procedencia escolar de los alumnos, para poder caracterizar de mejor forma la situación social del estudiantado, lo que permite un mejor análisis. En esta perspectiva, la encuesta muestra que del total de los encuestados, el 37% proviene de colegios particulares pagados, en menor porcentaje,

pero no menos importantes proviene de particulares subvencionados, 32%. En menor medida, 28%, provienen del sistema educacional municipal, cabe destacar que de los estudiantes del sistema municipal el 21% provienen de los “liceos emblemáticos” (ubicados en la zona centro de Santiago y considerados una excepción dentro del sistema municipal) y solo un 7% del sistema municipal tradicional.

c) Datos sobre financiamiento de la educación de los estudiantes de la UCH según CEFECH 2011.

Según esta encuesta un 62,1% de los estudiantes declara que recibe algún tipo de ayuda económica, también es relevante destacar que un alto porcentaje (64,4%) recibe ayuda de sus padres para costear los estudios. No se puede dejar de mencionar que existe un 3,8% de estudiantes que financian sus estudios a través de autogestión debido a que perciben un trabajo remunerado.

De los que reciben ayuda económica encuestados el 2011, un 49,8% lo percibe a través del Fondo Solidario de Crédito Universitario, en menor porcentaje a través de Becas por Programa de Asignación Económica (PAE) los que alcanzan un 38,9% durante este mismo año. En menor porcentaje. Un menor porcentaje de los encuestados recibe ayuda a través de Beca Bicentenario (20,8%), Crédito con aval del Estado (20,2%), Becas Propias de la Universidad (19,3%). Existen otros porcentajes menores asociados a Becas CORFO, Becas excelencia académica, Becas hijo de Funcionarios, etc.

Un dato relevante que refleja esta encuesta es que existe un 26,6% de los estudiantes que pertenecen al NSE ABC1 que perciben algún tipo de ayuda económica y en el caso del NSE C2 considerado de nivel medio, el porcentaje se eleva al 75%. A medida que disminuye el NSE se incrementa el porcentaje de estudiantes que percibe algún tipo de ayuda para financiar sus estudios, es así como en el NSE más bajo E, el porcentaje de beneficiados alcanza un 100%.

La encuesta refleja que en los NSE C2, C3 y D, siempre queda un porcentaje de estudiantes que no percibe ayuda económica, esto oscila entre el 25% en el caso del NSE C2, 5.9% el C3 y 3,2% en el NSE D, lo que contrasta con el 25% de alumnos del NSE mas alto (ABC1) que si perciben ayuda económica.

Porcentaje de estudiantes beneficiados por tipo de ayuda económica según CEFECH 2011.

Tipo de ayuda económica a estudiantes de la UCH	Porcentaje de beneficiados.
Fondo Solidario de Crédito Universitario	49,8
Becas Programa de Asignación Económica (PAE)	38,9
Beca Bicentenario	20,8
Crédito con Aval del Estado	20,2
Becas internas de Facultad	19,3
Becas Excelencia Académica	12,3
Crédito CORFO	2,6
Beca Hijo de Funcionario	2,6
Otras Becas, Créditos o financiamiento no familiares.	18,1

*Fuente: Elaboración propia según datos encuesta CEFECH 2011

d) Datos sobre tipo de residencia de los estudiantes de la UCH según CEFECH 2011.

Como determinante social es importante relevar el tipo de vivienda donde residen los estudiantes de la UCH, según los encuestados el año 2011, un 49,4% de los estudiantes refiere vivir en una casa propia mientras que el 34,0% lo hace en una vivienda propia pero que esta siendo pagada alargo plazo. Solo un 11,3% de los encuestados refiere vivir en una casa arrendada, mientras que porcentajes mucho más bajos reside en viviendas cedidas (1,1%) o casas donde viven bajo la condición de gratuidad (4,29%).

Según el número de habitantes en cada vivienda, los encuestados el año 2011 refieren que en un 75% conviven con 3 o 5 personas, existiendo un promedio de 4,5 habitantes por cada vivienda.

e) Evaluación autopercepción de la calidad de vida asociada a la dimensión de los recursos económicos según encuesta de Calidad de Vida de la UCH 2015.

La encuesta evalúa como auto perciben los estudiantes menores de 19 años de la UCH durante el 2015, se analizaron los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida relacionada con salud, efectuada entre los meses de mayo y septiembre del 2015. Esta encuesta obtiene datos que son analizados de acuerdo a puntajes Rusch en donde 50 puntos corresponde al promedio mientras que puntajes menores a 42, corresponden a una peor calidad de vida percibida por los jóvenes en las distintas dimensiones.

Una de las dimensiones evaluada es la autopercepción de los recursos económicos, en ella se evalúa la percepción que tienen los estudiantes de edades entre 17 y 19 años sobre los recursos económicos con los que cuentan para poder vivir la vida de acuerdo a los otros jóvenes de la misma universidad.

El primer dato relevante, es que a pesar de que en la Universidad, según los datos evaluados anteriormente, en su mayoría son alumnos pertenecientes al nivel socioeconómico alto, los alumnos se auto perciben peor en cuanto a la disposición de los recursos económicos, que los resultados de la misma encuesta a nivel país , si bien los resultados no muestran valores menores a los 42 puntos considerados como peor calidad de vida, si se observa una diferencia de casi 2 punto Rasch, UCH con 46.5 y País 48.9.

En relación a la distribución por sexo, existe una diferencia en la percepción de la disponibilidad de los recursos económicos, también con una diferencia de alrededor de 2 punto Rusch, las mujeres se auto perciben con menor calidad de vida asociada a esta dimensión en relación a los hombres (mujeres 45.8, hombres 47.4) se debe considerar que de todas formas no se obtienen puntajes considerados críticos (menor a 42).

Como era de esperar, cuando se cruzan los datos del nivel socioeconómico de 5 quintiles y la percepción de la disponibilidad de recurso económico, se obtiene que aquellos estudiantes entre los Q1 Q2 se auto perciben con menor disponibilidad del recurso económico que aquellos que se encuentran en los Q4 y Q5. En este aspecto se destaca que los estudiantes del Q1y Q2 obtienen valores de autopercepción bajos al límite (40.3) considerado con una peor calidad de vida asociada a esta dimensión, el contraste son aquellos estudiantes que pertenecen al Q4 y Q5 los que alcanza un puntaje de 48. 2 acercándose al promedio, por lo que ellos obtienen una mejor auto percepción de la calidad de vida asociada a esta dimensión.

Finalmente un dato importante es que de las 17 facultades de la Universidad de Chile, existen 4 de ellas en donde los estudiantes menores de 18 años se auto perciben con peor calidad de vida asociada a los recursos económicos, entre ellas esta la Facultad de Artes ICEI, Facultad de Ciencias, Facultad de ciencias sociales, estas cuatro facultades obtuvieron puntajes Rasch menor o igual a 42 puntos. En el otro extremo están las facultades en donde los alumnos se auto perciben con mayores recursos económicos obteniendo sobre los 47 puntos acercándose al promedio que considera mejor calidad de vida asociada a esta dimensión, entre ellas las facultad de Bachillerato, Físicas y matemáticas, Economía y negocios y Facultad de Derecho, existiendo una diferencia marcada entre los que se perciben con mayor recurso económico y los que no se perciben de la misma manera, alcanzado incluso 13 puntos Rasch de diferencia, como es el caso entre de la Facultad de Artes (39.3 puntos) y la Facultad de Derecho (52.3 puntos).

Anexo N°5.

Tablas de interés sobre caracterización universitaria según datos de la Dirección de Bienestar Estudiantil de la Universidad de Chile y Encuesta CEFECH 2011

Distribución por quintiles de ingreso (creciente), alumnos primer año, 2015

Año 2015		
Quintil	Nº	%
Q1	517	11,0
Q2	1167	24,9
Q3	1094	23,3
Q4	960	20,5
Q5	952	20,3
TOTAL MATRICULADOS	4690	100

*Fuente: Elaboración propia, datos de la DBE de la UCH.

Condiciones sociales de alumnos de la UCH, 2014 y 2015

CONDICIONANTES SOCIALES	AÑOS				
	2014	%	2015	%	Promedio 2014- 2015
Estudiante que tenga hijos a su cargo.	287	1,0	328	1,1	1,0
Estudiante que incurre en gastos o tiempo extra de movilización.	1542	5,2	1817	6,2	5,7
Estudiante que vive solo.	350	1,2	385	1,3	1,2
Estudiante con endeudamiento grave	1308	4,4	1522	5,2	4,8
Estudiante con enfermedad crónica o permanente.	2991	10,0	3747	12,7	11,4
Estudiante perteneciente a grupo familiar numeroso	281	0,9	403	1,4	1,2
Estudiante perteneciente a grupo familiar pequeño	5737	19,2	7048	23,9	21,5
Estudiante perteneciente a familiauniparental.	6325	21,2	7752	26,3	23,7
Estudiante en situación de hacinamiento	52	0,2	90	0,3	0,2
Integrante del grupo familiar que estudia, excluido el alumno	7587	25,4	9403	31,9	28,6

CONDICIONANTES SOCIALES	AÑOS				
	2014	%	2015	%	Promedio 2014- 2015
Integrante del grupo familiar que estudia fuera del lugar de origen	3021	10,1	3689	12,5	11,3
Estudiante con problemas con drogas y alcohol	51	0,2	18	0,1	0,1
Estudiante con problemas judiciales	180	0,6	225	0,8	0,7
Estudiante en situación de violencia intrafamiliar	52	0,2	81	0,3	0,2
Total matrícula	29874		29.503		

*Fuente: Elaboración propia, datos de la DBE de la UCH.

Sistema previsional de alumnos de la UCH, 2015.

TIPO PREVISIÓN	Nº DE ESTUDIANTES	%
FONASA	9912	33,6
ISAPRE	6163	20,9
Sin Previsión	1425	4,8
DIPRECA	208	0,7
CAPREDENA	190	0,6
FF.AA	143	0,5
Seguro de Salud	25	0,1
S/INF	11437	38,8
Total	29503	100

*Fuente: Elaboración propia, datos de la DBE de la UCH.

Motivo por el cual utiliza el SEMDA, según encuesta CEFECH 2011.

MOTIVO PARA UTILIZAR SEMDA	%
Atención médica	49,6
Atención dental	23,3
Otra razón	7,4
Entrega de anticonceptivos	6
Entrega de farmacos	5
Primeros auxilios	4,8
Atención kinesiológica	3,3
Atención al embarazo	0,4
Atención nutricional	0,2
TOTAL	100

*Fuente: Elaboración propia según datos del CEFCH.

Anexo N°6

Tablas de interés relacionadas con la Encuesta de calidad de vida de la UCH 2015.

Comparación por sexo en las dimensiones abordadas, encuesta de calidad de vida alumnos UCH.

DIMENSIÓN	RESULTADO	
	HOMBRE	MUJER
AUTOPERCEPCIÓN	45,84	45
ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES	41,83	39
BIENESTAR PSICOLÓGICO	43,91	43,46
BIENESTAR FÍSICO	39,34	36,51

*Fuente:Elaboración propia según datos Encuesta calidad de vida UCH 2015.

Dimensiones abordadas en calidad de vida, comparando alumnos con discapacidad o enfermedad crónica con aquellos que no tienen esa condición.

DIEMESIÓN	RESULTADOS	
	SIN DISCAPACIDAD	CON DISCAPACIDAD
AUTOPERCEPCIÓN	47,03	44,63
ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES	40,59	38,4
BIENESTAR PSICOLÓGICO	39,94	41,97
BIENESTAR FÍSICO	37,95	36,84

*Fuente:Elaboración propia según datos Encuesta calidad de vida UCH 2015.

Dimisiones con puntajes más bajos por facultades, según encuesta de calidad de vida UCH 2015.

FACULTADES	DIMENSIÓN	
	BIENESTAR FÍSICO	ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES
FAU**	36	38,7
AGRONOMÍA	36	38
ARTES	36,1	38,2
MEDICINA	36,8	38,8
CIENCIAS	37,3	41,2
FÍSICA Y MATEMÁTICAS	37,4	41,3
CS.SOCIALES	37,5	39,8
ODONTOLOGÍA	37,7	38,6
ICEI***	37,8	39,1
VETERINARIA	38,1	43,9

FACULTADES	DIMENSIÓN	
	BIENESTAR FÍSICO	ESTADO DE ÁNIMO Y EMOCIONES
FEN****	38,1	39,6
FILOSOFÍA Y HUMANIDADES	38,5	38,4
BACHILLERATO	38,7	41,1
QUÍMICA Y FARMACIA	39	38,3
INAP*****	39,8	43,2
DERECHO	39,9	41,9
FORESTALES	42,3	44,7

*Fuente: Elaboración propia según datos encuesta calidad de vida UCH 2015

**FAU : Facultad de Arquitectura y Urbanismo.

***ICEI : Instituto de Comunicación e Imagen.

****FEN : Facultad de Economía y Negocios.

*****INAP: Instituto de Asuntos Públicos.

Tablas de interés según datos estadísticos del SEMDA primer semestre del 2015.

Distribución por sexo de estudiantes atendidos en SEMDA.

Mes	VARIABLE SEXO			
	Nº ATENCIONES	% MUJERES	% HOMBRES	S/INFORMACIÓN
ENERO	1954	53,1	30,7	16,2
MARZO	3487	64,1	33,4	2,5
ABRIL	2628	60,3	32,3	7,4
MAYO	2922	61,3	37	1,7
JUNIO	3208	62,4	35,9	1,7
TOTAL	14199	60,24	33,86	5,9

*Elaboración propia, datos obtenidos de registro estadístico SEMDA 2015

Distribución por tramo de edad, de los alumnos atendidos en SEMDA.

Mes/2015	Variable edad					
	Nº de ateciones	Hasta 20 años	21 a 24 años	25 a 28 años	29 años y mas	s/ informacion
Enero	1954	30,7	44,7	15,8	3,5	5,3
Marzo	3487	34	44,4	13,1	3,1	5,4
Abril	2628	33,6	40,9	13,1	3,3	9,1
Mayo	2922	30,2	45,8	16,6	3,6	3,8
Junio	3208	26,9	47,6	16,7	5,8	3
Total	14199	31,1	44,7	15,1	3,9	5,3

*Elaboración propia, datos obtenidos de registro estadístico SEMDA 2015.

Interconsultas realizadas por profesionales del SEMDA en primer semestre de 2015.

Especialidad	Interconsultas (Enero a Junio de 2015)	
	Total	%
Radiología (Dental)	1025	33,9
Medicina General	356	11,8
Dental (Cirugía)	295	9,8
Psiquiatría	229	7,6
Matrona	216	7,1
Enfermería	208	6,9
Dental (General)	125	4,1
Ginecología	101	3,3
Dental(Ortodoncia)	81	2,7
Dental (endodoncia)	78	2,6
Oftalmología	68	2,3

Especialidad	Interconsultas (Enero a Junio de 2015)	
	Total	%
Urgencia (HCUCH)	63	2,1
Otras **	177	5,9
Total	3022	100

*Fuente: Elaboración propia, datos estadísticos del SEMDA 2015.

**Otras: corresponde a Interconsultas de especialidades con % igual o menor a 2%