

CUENTA PUBLICA 2010

**SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR ORIENTE**



TABLA DE CONTENIDO

QUIENES SOMOS	3-7
CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION	8-14
RECURSOS HUMANOS	15-16
INDICADORES DE ATENCION	17-32
SERVICIOS Y PRESTACIONES GENERADOS	33-45
COMPROMISOS DE GESTION AÑO 2009	46-50
INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA AÑO 2009 (I.A.A.P.S.)	51-56
LISTA DE ESPERA 2009	57-61
GESTION ADMINISTRATIVA	62
RECURSOS FISICOS	63
PARTICIPACION SOCIAL	64-68
CONVENIOS DOCENTES ASISTENCIALES	69-70

QUIENES SOMOS

Antecedentes Generales:

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente es uno de los 29 Servicios de Salud del país y está dentro de los 5 más grandes, por la cobertura y complejidad de su red de establecimientos.

Es un organismo estatal funcionalmente descentralizado, dotado con personalidad jurídica y patrimonio propio. Está sometido a la supervigilancia del Ministerio de Salud para el cumplimiento de las políticas, normas y planes generales que éste determine.

Fue creado mediante el Decreto Ley N°2.763 del 3 de Agosto de 1979, que dio origen al Sistema Nacional de Servicios de Salud, en reemplazo del anterior Sistema Nacional de Salud, primer ordenamiento de las instituciones sanitarias del país que estaba vigente desde 1952.

La última modificación legal importante en su institucionalidad se hizo mediante la Ley 19.937, publicada el 24 de febrero de 2004. Este cuerpo legal es fundamental dentro de la Reforma de la Salud.

El Servicio de Salud Sur Oriente se inserta en el área Sur Oriente de Santiago, y comprende las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque; dos de estas comunas, Puente Alto y La Florida, cuentan con las poblaciones más numerosas del país.

Para efectos de racionalizar la entrega de los servicios de salud en la superficie territorial y poblacional sur oriente, la Red ha sido dividida en tres áreas funcionales o subredes, Cordillera, Santa Rosa y La Florida.

La Red de Salud Pública del S.S.M.S.O. está conformada por Centros de Salud de Atención Primaria de Salud urbanos y rurales, Centros de atención de especialidades y 5 Centros de Atención Hospitalaria: Hospital Padre

Hurtado, Complejo Asistencial Sótero del Río; Hospital Metropolitano; Hospital San José de Maipo y Centro Metropolitano de Sangre y Tejidos.

Visión

"Queremos que nuestra red dé respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de las personas que habitan nuestra área geográfica, para que ellas puedan tener una mejor calidad de vida".

Misión

"Somos una red de servicio de salud que gestiona, coordina e integra a los distintos establecimientos asistenciales, de complejidad creciente para que éstos resuelvan, preferentemente en forma ambulatoria y centrada en la atención primaria de salud, las necesidades de salud de las personas que habitan nuestra área geográfica privilegiando para ello una atención integral, resolutive, con equidad en el acceso, eficaz, eficiente, oportuna, con estándares de calidad y excelencia, priorizando acciones de promoción, prevención y autocuidado en un clima de participación y satisfacción usuaria."

Establecimientos Dependientes que conforman nuestro Servicio

Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río:

El Hospital Dr. Sótero del Río, dependiente del S.S.M.S.O., es un establecimiento de atención en salud de alta complejidad, destinado a la ejecución de prestaciones complejas en el área médico quirúrgica, materno infantil y neonatal, tanto en atención cerrada como abierta.

Además, cuenta con tres Servicios de Emergencia de niños, adultos y de maternidad; cada uno ubicados en edificaciones independientes.

Hospital Sanatorio San José de Maipo:

Es un hospital de baja complejidad. Está situado a 32 kilómetros al sur del Hospital Dr. Sótero del Río, en la comuna de San José de Maipo. Pertenece al tipo 3 de la Asistencia Pública. Está conformado por el Sanatorio: orientado al tratamiento de enfermos tuberculosos, enfermos crónicos de mediana y larga estadía y alcohólicos, dispone de 204 camas. El Hospital, a la vez, atiende patología general de niños y adultos contando con un Servicio de Urgencia las 24 horas del día. Cuenta además con camas socio sanitarias, ACE, que constituyen un componente importante de la RED en la atención de pacientes.

Hospital Metropolitano de Santiago:

El Hospital Metropolitano de Santiago, aunque está ubicado en la comuna de Providencia, depende del S.S.M.S.O. Es un establecimiento de atención cerrada en salud, donde se reciben pacientes del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital padre Hurtado y de otros servicios de salud, fundamentalmente en el área médica básica y crítica de adultos.

Centro Metropolitano de Sangre y Tejidos:

En octubre de 2009 comenzó a operar el Centro Metropolitano de Sangre y Tejidos (CMST), con su Casa del Donante, ubicados en Vitacura 0115, Providencia. Tiene como objetivo incrementar los donantes voluntarios altruistas y fidelizados, es decir repetidos en el tiempo, para lograr el abastecimiento exclusivo a través de estas donaciones. Para facilitar la donación realizan colectas móviles en lugares de trabajo o estudio, y reciben voluntarios en las modernas dependencias de la Casa del Donante, que además atiende a donantes de reposición del Hospital Metropolitano.

Centro de Referencia de Salud (CRS):

El CRS es un establecimiento de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico a pacientes derivados de los cinco consultorios de atención primaria de la comuna.

El CRS San Rafael de La Florida funciona desde mayo de 1995, ofrece atención en las especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, además de las siguientes especialidades de alta demanda ambulatoria: dermatología, oftalmología, fisiatría, otorrinolaringología, neurología y cirugía ambulatoria, tanto infantil como de adultos.

Atención Primaria de la RED Sur Oriente

Nuestra red primaria está conformada por 71 establecimientos distribuidos en 7 comunas; 5 urbanas y 2 rurales:

Tabla Nº 1 : Número de Establecimientos de salud SSMSO, según comuna y tipo. Diciembre 2009

Tipo Establecimiento de Salud								
COMUNA	CES.	CESFAM	CECOF	CGR	PSR	EMR	COSAM	SAPU
Puente Alto	1	9	0	0	0	0	1	6
La Florida	0	8	0	0	0	1	1	5
La Pintana	0	6	0	0	0	0	1	5
La Granja	0	3	2	0	0	0	1	2
San Ramón	1	2	1	0	0	0	2	2
Pirque	0	1	0	1	3	0	0	0
S.J.de M. Postas	0	0	0	0	3	0	0	0
S.J.de M.Hospital	1	0	0	0	0	0	0	0
Ancora	0	2	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	31	3	1	6	1	6	20

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

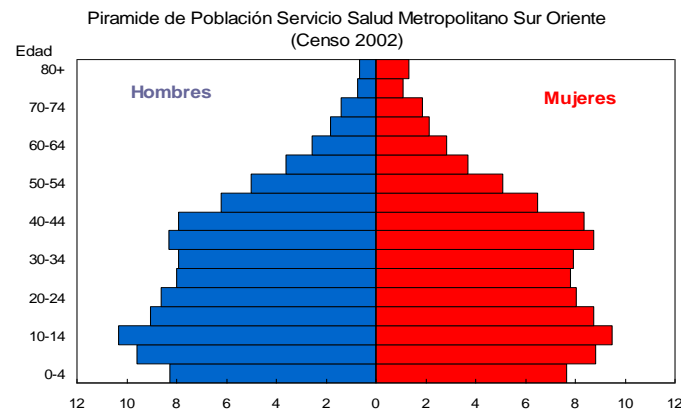
En Chile el fenómeno demográfico se ha caracterizado por una disminución de la fecundidad, descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, lo que ha contribuido a un cambio en la estructura poblacional.

La población de la Red de Salud Sur Oriente corresponde a una estructura de transición en proceso de envejecimiento. Este proceso se ve reflejado cuando se comparan los resultados del Censo 2002 con los del año 1990.

En este periodo la población de 0 a 14 años disminuyó proporcionalmente de 32,5% a 27,1% del total de población. Esto se contrasta con la duplicación que hubo de la población de 65 y más años, cuando en el año 1990 se registraron 36.361 personas en este grupo de edad (3,9 % de la población), en el censo 2002 fueron 71.986 mayores de 65 años (5,5% de la población).

El proceso de envejecimiento también se acompaña de la feminización de la población, que según los datos de ese último censo se inician en los grupos de 30 y más años, alcanzando su máxima representación en el grupo de 70 años y más donde el 61% de la población son mujeres.

Gráfico nº1



POBLACIÓN

Estructura Poblacional

La proyección de población total para el año 2009 basada en el último Censo INE año 2002 correspondiente a la Red Suroriente, asciende a 1.500.651 personas, la que representa el 22,6 % de la población total de la Región Metropolitana y el 9,1% de la población del país.

Tabla n°2: Población Estimada de habitantes SSMSO según Género y grupo etáreo 2009

Género	Total	Grupo de Edad					
		0 -14 años	%	15 - 64 años	%	65 años y más	%
Hombres	741.898	174.719	11,6	519.587	34,6	47.592	3,2
Mujeres	758.753	169.638	11,3	529.417	35,3	59.698	4,0
TOTAL	1.500.651	344.357	22,9	1.049.004	69,9	107.290	7,1

Tabla n°3: Población Estimada de habitantes del SSMSO, según Comunas y Grupos de Edad, año 2009

Comunas	Total	0 - 14 años	%	15 - 64 años	%	65 años y más	%
Puente Alto	690.391	168.230	24,4	489.071	70,8	33.090	4,8
La Florida	397.637	77.335	19,4	278.516	70,0	41.786	10,5
La Granja	87.301	19.262	22,1	60.734	69,6	7.305	8,4
San Ramón	86.575	19.868	22,9	57.046	65,9	9.661	11,2
La Pintana	202.084	51.312	25,4	138.241	68,4	12.531	6,2
Pirque	22.308	5.435	24,4	15.238	68,3	1.635	7,3
San Jose de Maipo	14.355	2.915	20,3	10.158	70,8	1.282	8,9
S.S.M.S.O	1.500.651	344.357	22,9	1.049.004	69,9	107.290	7,1

Al realizar la comparación entre comunas, existen realidades muy distintas, La Pintana, Puente Alto y Pirque son las comunas más jóvenes, presentando los mayores porcentajes en la población de 0 a 14 años. En tanto, San Ramón y La Florida son las comunas más envejecidas con porcentajes sobre el 10% de población adulta mayor, además La Florida es la que presenta una inferior proporción de menores de 15 años (19,4%).

Indice de Masculinidad

Tabla n°4: Indice de Masculinidad según comuna

Comunas	Indice Masculinidad
Puente Alto	96,14
La Florida	99,95
La Granja	94,49
San Ramón	95,81
La Pintana	100,34
Pirque	99,71
San José de Maipo	112,20
S.S.M.S.O	97,78

La composición por género se describe a través del Índice de Masculinidad (I.M.). En las comunas de la Red Suroriental no existen importantes variaciones, sólo las comunas La Pintana y San José de Maipo presentan

valores superiores a 100, lo que refleja mayor cantidad de hombres que mujeres en la población total de las mismas.

Índice de Vejez:

En cuanto al índice de vejez, que se explica como el número de personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años, en las comunas de la Red existen importantes variaciones que van de un 19,7% en la comuna de Puente Alto a un 54.0 % en La Florida.

Tabla nº5: Índice de Vejez según comuna

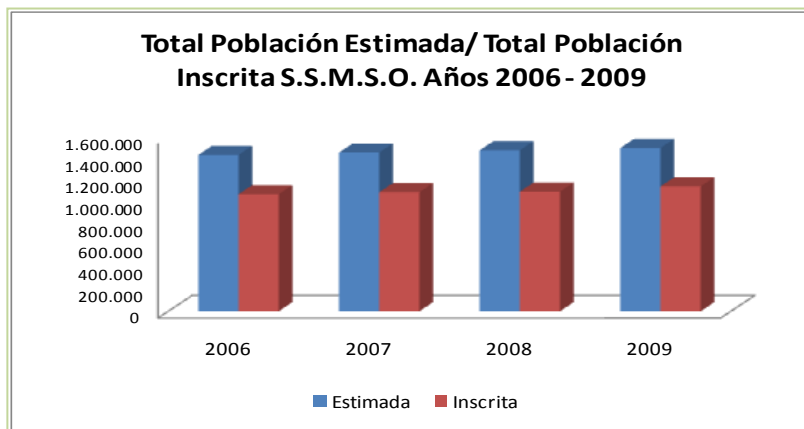
Comunas	Índice Masculinidad
Puente Alto	96,14
La Florida	99,95
La Granja	94,49
San Ramón	95,81
La Pintana	100,34
Pirque	99,71
San José de Maipo	112,20
S.S.M.S.O	97,78

Población Inscrita Beneficiaria de FONASA

Proyección de Población Total Vs. Población Inscrita Años 2006 – 2009, SSMSO

La relación porcentual entra la población inscrita y la población total entre los años 2006 y 2009, ha experimentado un aumento que va de un 74,9% a 76,5% respectivamente (Gráfico N°3).

Gráfico n°2:



En el último quinquenio la población inscrita en la Red Sur Oriente ha presentado la evolución esperada de acuerdo a la transición demográfica del país, presentando una curva ascendente, tanto en el grupo de edad de 15 a 64 años como en el de 65 años y más; y una curva en descenso en el grupo de 0 a 14 años.

Gráfico n°3:

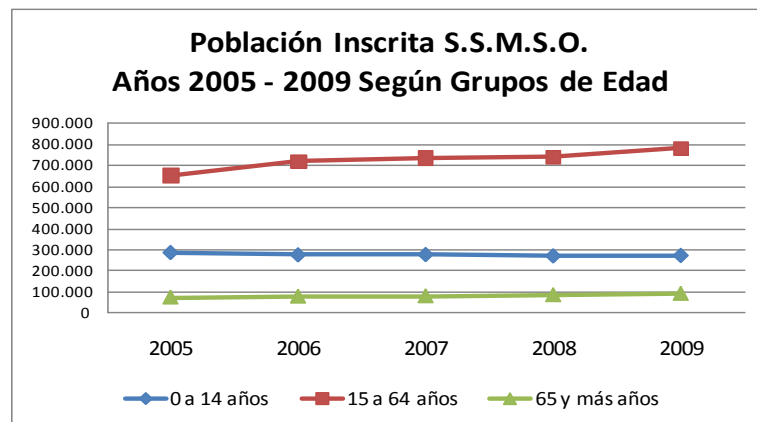
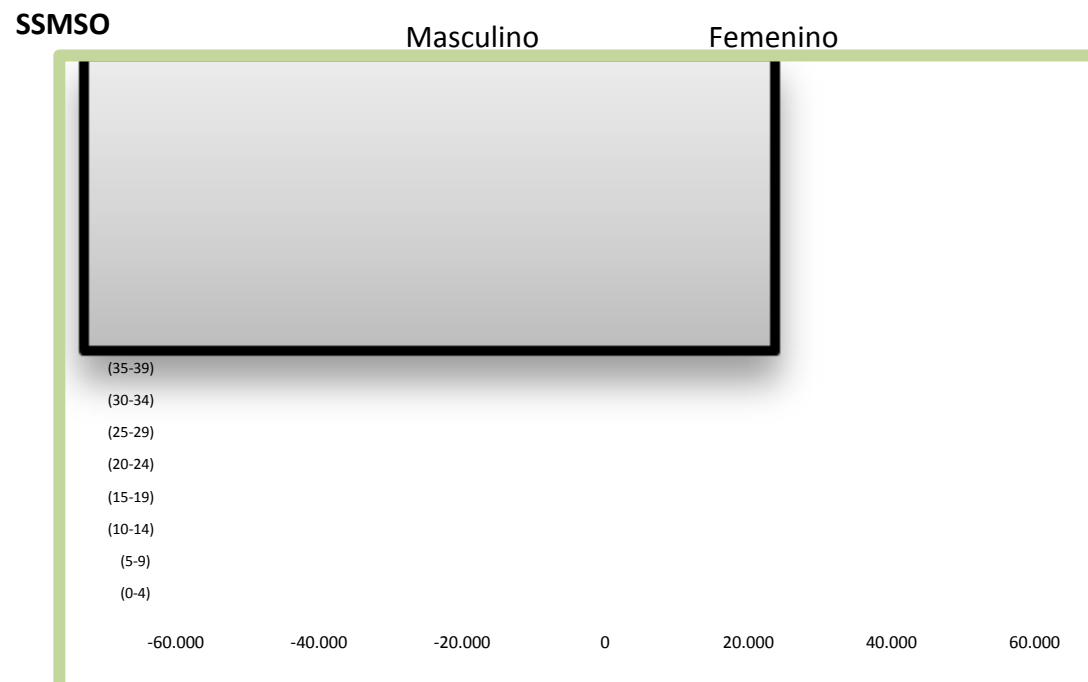


Gráfico nº4: Pirámide Población Inscrita año 2009, SSMSO.



POBREZA

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la encuesta CASEN 2006.

Tabla nº6: Índice de Pobreza, según tipo y comuna

Comuna	Indigente	Total pobres
Puente Alto	3,0	10,6
La Florida	1,6	9,6
La Granja	4,6	14,2
San Ramón	4,4	16,7
La Pintana	3,6	17,2
Pirque	2,3	9,1
San José de Maipo	3,6	11,1
RM	2,4	10,6
PAIS	3,2	13,7

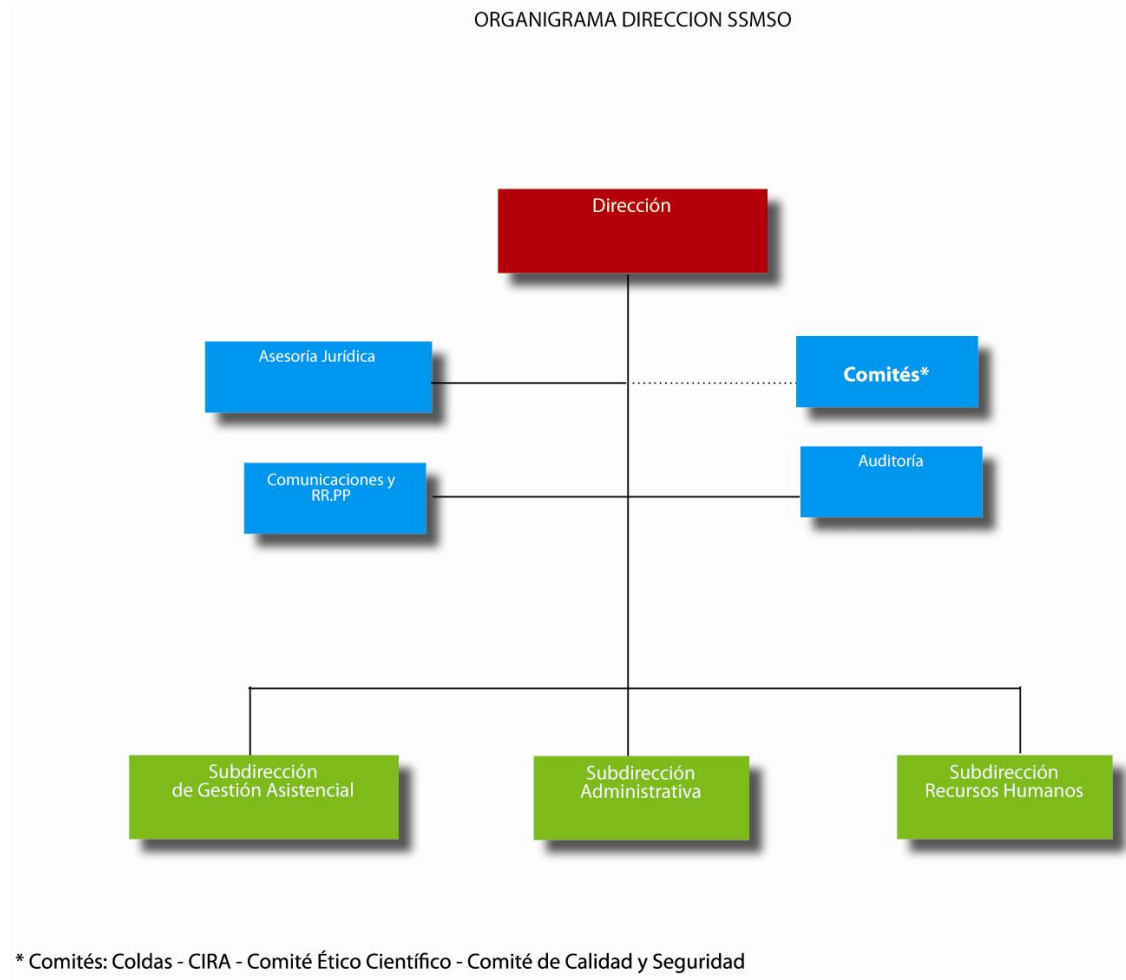
Dentro de las comunas de la Región Metropolitana, las comunas de La Granja y San Ramón ocupan el 3º y 4º lugares con 4,6 y 4,4 respectivamente en estado de indigencia, vale decir, hogares que aunque dediquen la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes, estos porcentajes superan los presentados por la Región y el País.

RECURSOS HUMANOS

Tabla nº 7: Dotación SSMSO:

	Titulares	Contratos	Becados	Reemplazos	Honorarios	Total
Ley 18834	1985	1189				3174
Ley médica	603	156	3			762
Reemplazos				135		135
Honorarios					781	781
						4.852.-

Organigrama



INDICADORES DE ATENCION

INDICADORES ATENCION AMBULATORIA

Gráfico nº 5: Consultas médicas Nivel Primario de Atención

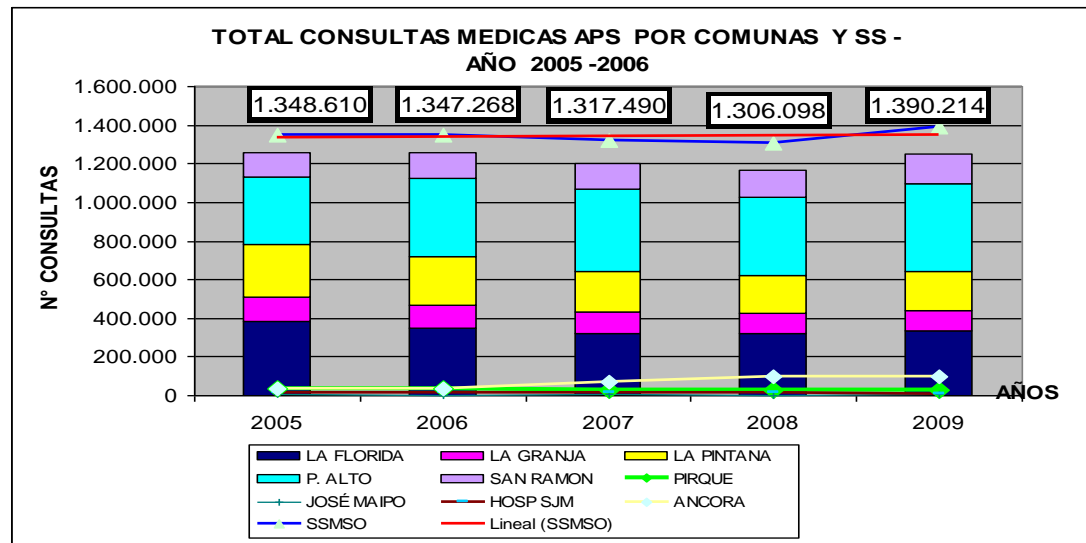


Tabla n°8: Número de consultas médicas SSMSO, según comuna y año

COMUNA	2005	2006	2007	2008	2009
LA FLORIDA	386.527	350.928	320.298	323.167	336.644
LA GRANJA	123.488	118.009	115.043	100.085	101.142
LA PINTANA	270.611	250.172	210.940	200.244	207.250
PIRQUE	34.469	37.403	26.254	28.876	29.421
P. ALTO	353.947	403.584	420.232	403.561	450.323
JOSÉ MAIPO	4.175	2.132	4.003	3.392	4.239
SAN RAMON	124.022	135.961	133.486	141.063	153.413
HOSP SJM	13.223	12.499	14.513	11.045	10.381
ANCORA	38.148	36.580	72.721	94.665	97.401
SSMSO	1.348.610	1.347.268	1.317.490	1.306.098	1.390.214

La tabla muestra el número de consultas médicas realizadas en los centros de salud de cada comuna del Servicio de Salud, entre los años 2005 y 2009.

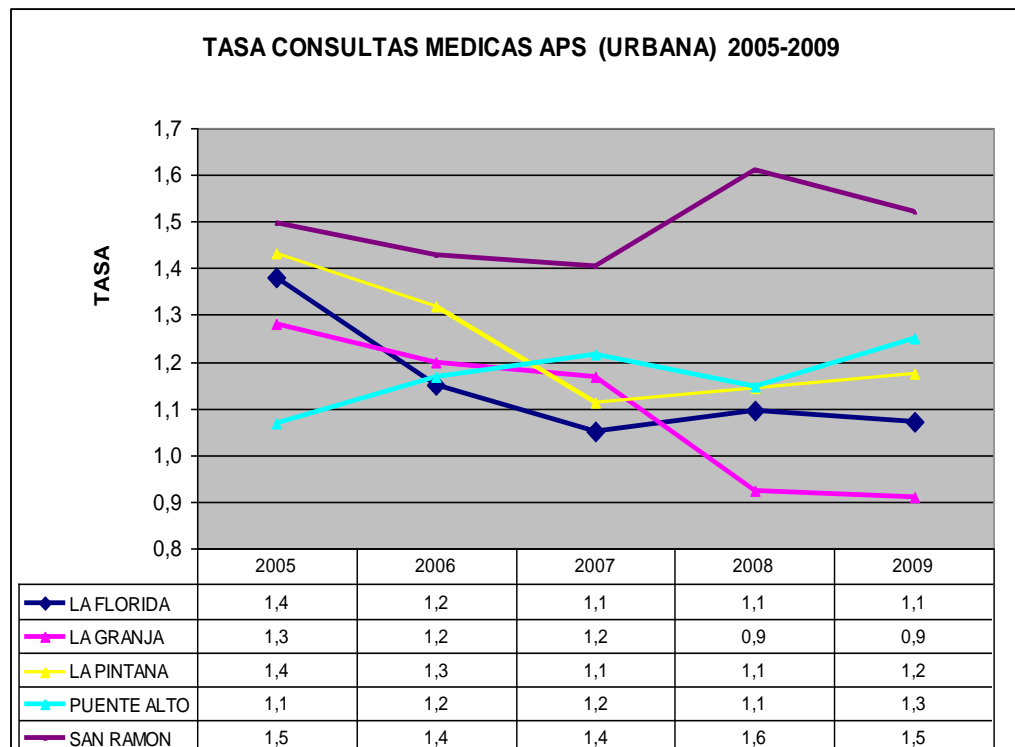
En la comuna de Puente Alto se observa un incremento sostenido de las consultas médicas, mientras que en La Florida, La Pintana, Pirque y Hospital de San José de Maipo disminuyen cada año el número de prestaciones. Los centros de salud pertenecientes a ANCORA han aumentado considerablemente el número de consultas.

Tasa consulta Comunas Urbanas y Rurales

Al analizar el número de consultas en relación al incremento que ha tenido la población inscrita se observa lo siguiente:

Comunas Urbanas: El aumento de la tasa de consulta se observa sólo en la comuna de Puente Alto. Las comunas de La Florida, La Pintana y especialmente La Granja, bajan el número de consultas que en promedio otorgan a la población inscrita. San Ramón tiene una mejor tasa y se ha mantenido en el tiempo.

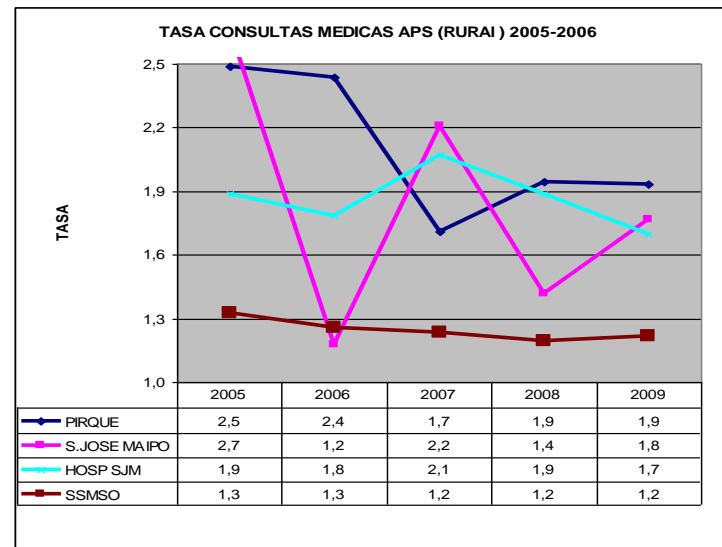
Gráfico nº6:



Comunas Rurales:

En las comunas rurales existe una tasa más alta, pero igualmente se observa una tendencia a la baja del número de consulta por habitante año.

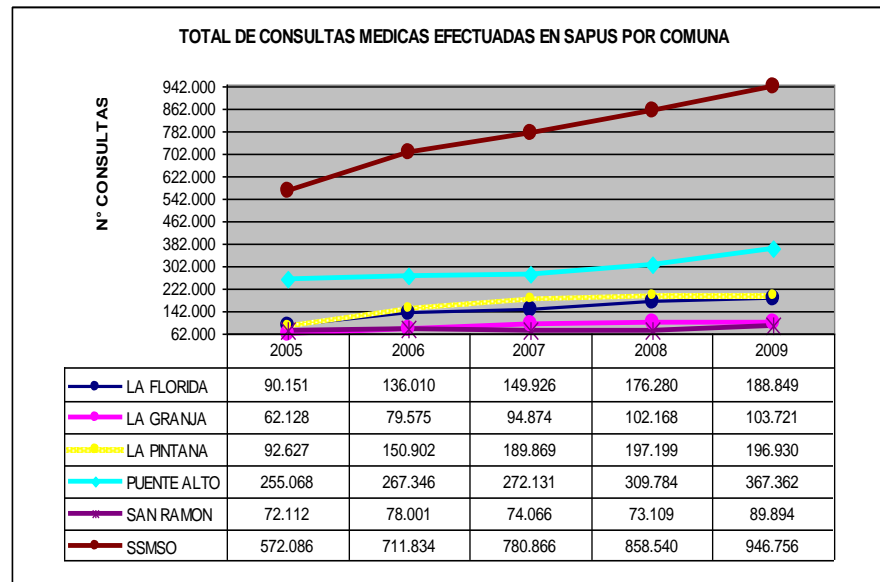
Gráfico nº 7:



Consulta de Urgencia SAPU

La tabla muestra el número de consultas realizadas en SAPU por comuna desde el año 2005 al 2009. El aumento de las consultas está asociado al incremento del número de SAPU, éstos se han duplicado, llegando a ser 20 establecimientos en la actualidad.

Gráfico n°8:



Rendimientos de SAPU por comuna

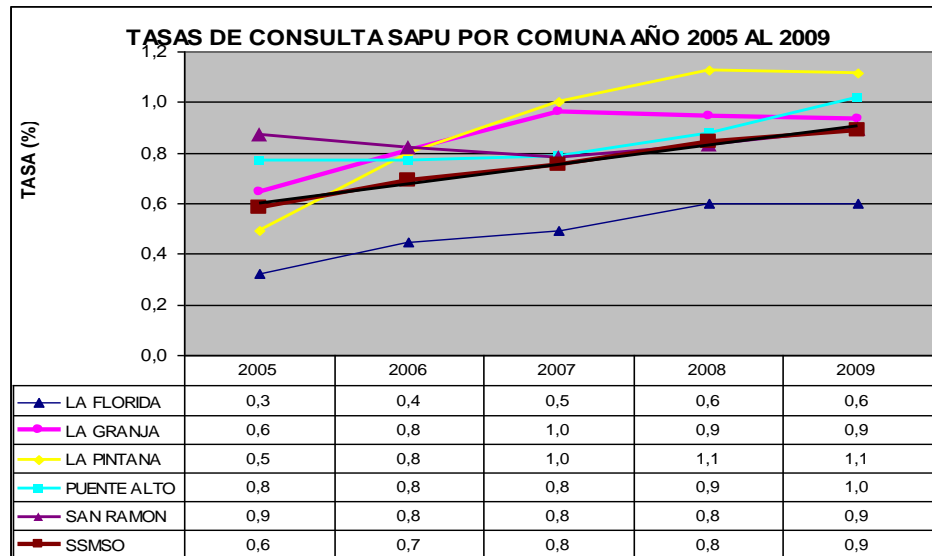
En la tabla siguiente se muestra el número de consultas realizadas durante el año 2009 y en rendimiento promedio por comuna.

Tabla nº 9:

COMUNA	TOTAL CONSULTAS AÑO 2009	PROMEDIO CONSULTAS POR SAPU	Nº SAPU POR COMUNA
LA FLORIDA	188.849	37.770	5
LA GRANJA	103.721	51.861	2
LA PINTANA	196.930	39.386	5
PUENTE ALTO	367.362	61.227	6
SAN RAMON	89.894	44.947	2
SSMSO	946.756	47.338	20

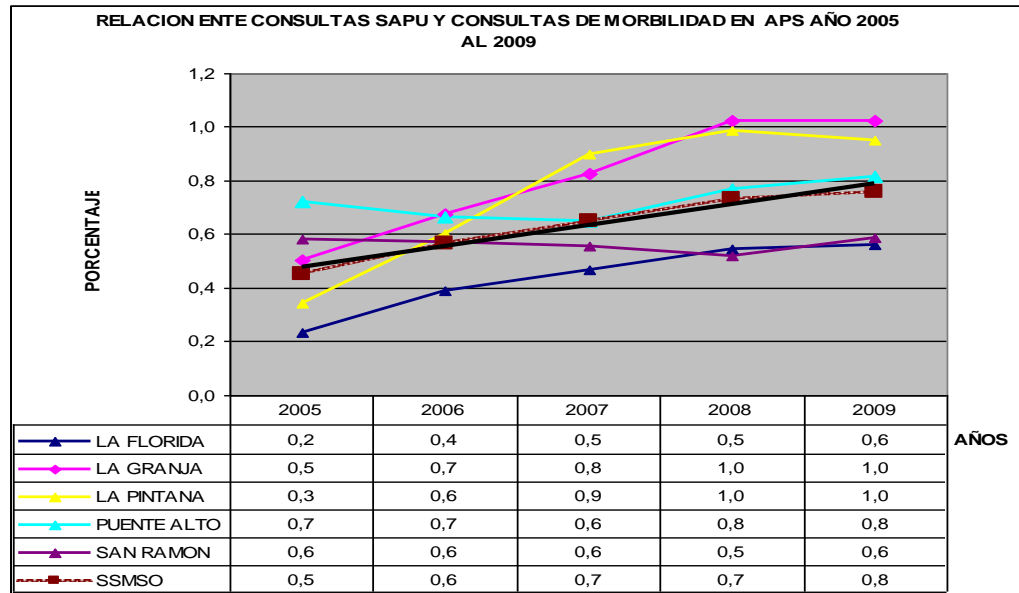
Puente Alto tiene un mejor rendimiento promedio por SAPU en el año 2009.

Gráfico nº 9:



En la mayoría de las comunas se observa un aumento de la tasa de consulta SAPU, destaca La Pintana que las duplicó, no así la comuna de San Ramón que ha permanecido estable los 5 últimos años.

Gráfico nº10:



En el año 2005 el número total de consultas de morbilidad que se realizaban en APS era de 1.258.591 y las consultas en SAPU fue de 572.086, es decir, existía una relación de 0.5. Durante el año 2009 esta relación subió a 0.8, llegando a 1 en La Granja y La Pintana.

En la mayoría de las comunas se observa una disminución de las consultas médicas otorgadas en atención habitual, éstas se han desplazado a la atención SAPU.

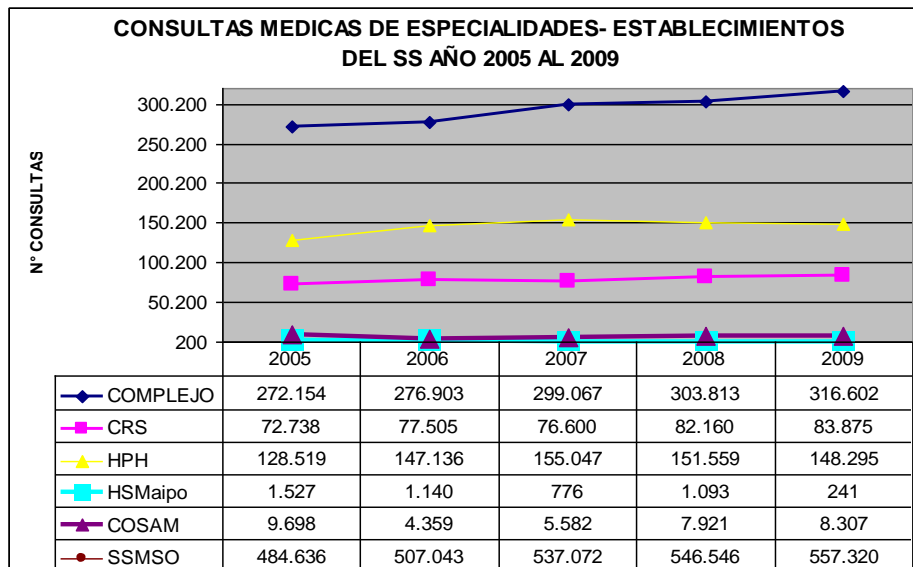
Las consultas realizadas en SAPU, tienen rendimiento más alto, y en general son de distinta calidad técnica.

Consultas Médicas de Especialidad

El siguiente gráfico muestra el total de consultas de especialidad, en los distintos establecimientos de la Red, durante los 5 últimos años. La variación positiva de un 15 % esta dada principalmente por el CASR.

El HPH tuvo un incremento importante en el número de consultas entre el año 2005 y el 2007, mientras que el CRS ha tenido un incremento sostenido.

Gráfico nº11:



Consultas nuevas de especialidad

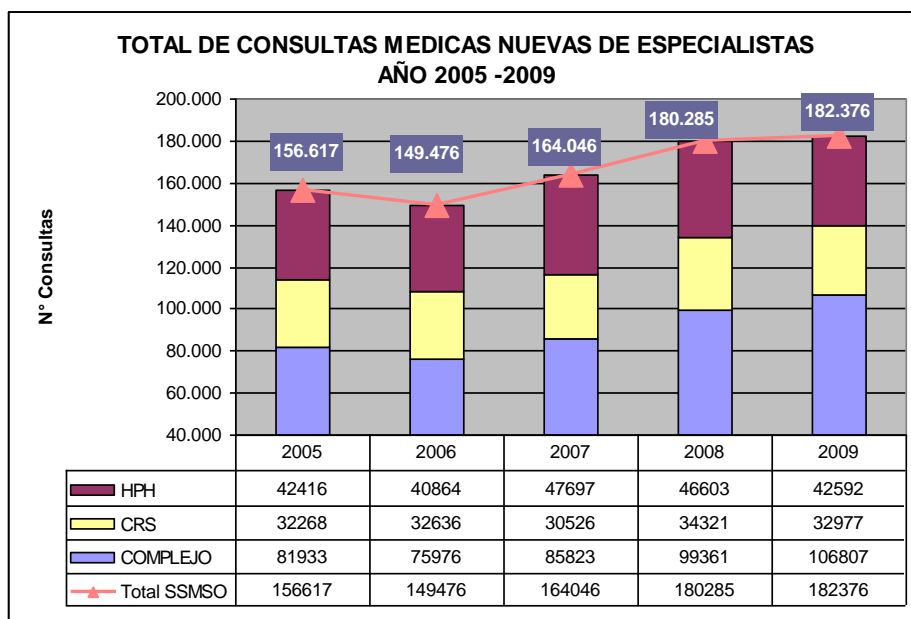
En promedio, en el Servicio de Salud, alrededor de un tercio de las consultas médicas de especialidad, son otorgadas a pacientes nuevos, el CRS está dentro de lo establecido, que es un 40 %. El HPH está muy por debajo con un 28,7 % en el último año.

Tabla nº10: Porcentaje de pacientes nuevos de consultas de especialidades

	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	30,1	27,4	28,7	32,7	33,7
CRS	44,4	42,1	39,9	41,8	39,3
HPH	33,0	27,8	30,8	30,7	28,7
TOTAL	32,3	29,5	30,5	33,0	32,7

El porcentaje de pacientes nuevos se mantiene estable en el quinquenio, a pesar de que se observa un alza del número de consultas totales de especialidad y también un incremento de las consultas nuevas.

Gráfico nº 12:



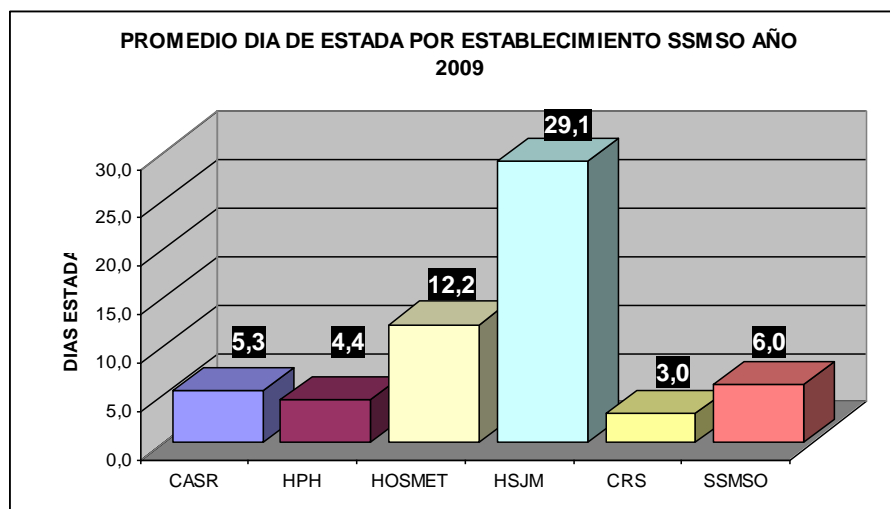
INDICADORES DE ATENCIÓN CERRADA

Tabla nº 11: Promedio días de Estada

	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	5,1	5,0	5,1	5,2	5,3
HPH	4,2	4,1	4,3	4,1	4,4
HOSMET					12,2
HSJM	26,1	19,3	19,0	29,5	29,1
CRS				2,9	3,0
CEDERI	107,3	73,9	56,7	128,3	109,0
SSMSO	5,6	5,3	5,5	5,8	6,0

La gráfica muestra la evolución que ha tenido el promedio de días de estada en los distintos establecimientos de la Red desde el año 2005 al 2009, en todos ellos se observa una tendencia al aumento. La variabilidad de los días de estada en cada centro se observa en el grafico siguiente que muestra el año 2009.

Gráfico nº13:



El HSJM y el HOSMET tiene días de estada muy superior al del los otros establecimientos.

Índice de Rotación

El número de personas que pasan por una cama durante un tiempo determinado ha disminuido. Los valores de HSJM, HOSMET y CEDERI están muy por debajo de lo esperado.

Tabla nº12: índice de rotación

	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	60,3	59,61	62,7	61,4	61,4
HPH	73,9	65,21	65,9	59,2	65,7
H METROP.					12,7
HSJM	9,60	11,5	12,7	9,5	8,2
CRS				82,9	73,5
Fundación JM	2,20	2,5	3,5	2,7	2
SSMSO	50,5	52	52,4	50,6	48,3

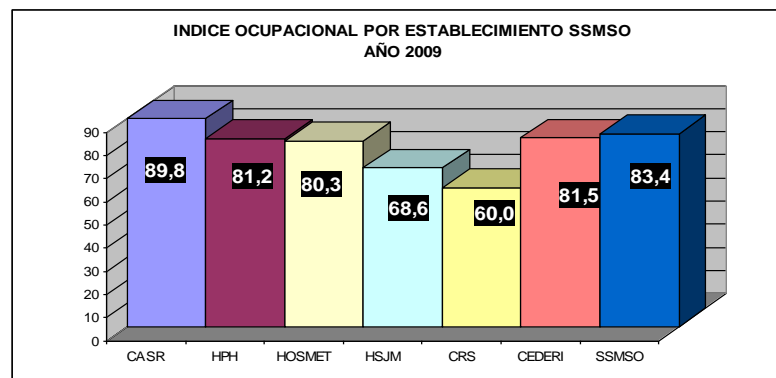
Indice Ocupacional

Este indicador que nos permite medir el porcentaje de camas ocupadas en relación a las camas disponibles, ha mejorado a lo largo del tiempo, atribuible principalmente al CASR Y HPH

Tabla nº 13: Indice ocupacional 2005-2009

	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	83,3	86,2	87,7	87	89,8
HPH	76,7	75,7	79,8	74,1	81,2
H METROP.					80,3
HSJM	69,10	65,8	70,2	69,7	68,6
CRS				65,2	60,0
CEDERI	57,60	56,2	74,4	76,3	81,5
SSMSO	79,1	79	82,5	80,6	83,4

Existen diferencias notorias entre los establecimientos como se demuestra con los datos del año 2009 en el siguiente gráfico:



Indice de Letalidad

Tabla nº 14: índice de letalidad

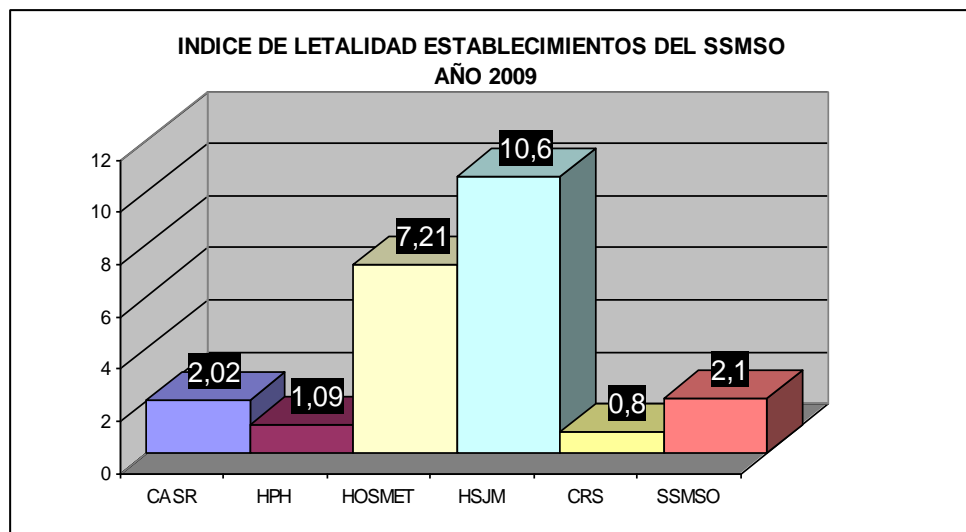
	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	2,63	2,64	2,75	2,14	2,02
HPH	0,90	1,02	1,14	0,95	1,09
H METROP.					7,21
HSJM	6,20	5,8	5,6	7,6	10,6
CRS				0,2	0,8
CEDERI	1,80	0,8	1,2	0,7	1
SSMSO	2,10	2,2	2,29	1,9	2,1

El número de pacientes que egresan fallecidos del total de los egresos en los hospitales de esta Red se ha mantenido estable, situación que no se repite cuando se observa el comportamiento de cada establecimiento.

En el CASR ha disminuido esta relación, mientras que el HSJM ha incrementado notoriamente el número de fallecidos. En el gráfico siguiente se muestra estas diferencias por establecimiento en el año 2009.

Letalidad por establecimientos año 2009:

Gráfico nº 15:



Egresos Hospitalarios

La tabla muestra el número de pacientes egresados de hospitales de la Red durante los años 2005 al 2009

Tabla nº 15:

	2005	2006	2007	2008	2009
CASR	41.140	43.399	46.217	44.893	44.870
HPH	22.883	22.371	22.627	22.570	25.026
H METROP.					2.830
HSJM	2000	2.342	2.645	1.979	1.775
CRS				582	880
CEDERI	112	127	173	137	101
SSMSO	66.135	68.239	71.662	70.161	75.482

Se observa un incremento constante del número de egresos en el Servicio, dado principalmente por el aumento del CASR y HPH. El HSJM muestra un peak de egresos en el año 2007, sin embargo en los dos últimos años han bajado considerablemente.

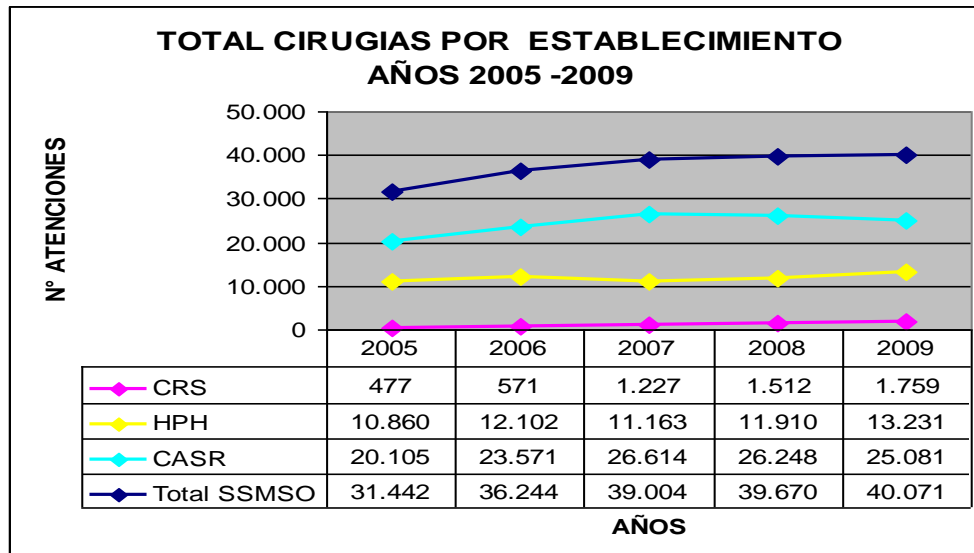
SERVICIOS Y PRESTACIONES GENERADOS

Intervenciones Quirúrgicas

Cirugías totales por establecimiento

El gráfico siguiente muestra el total de cirugías realizadas por establecimiento entre los años 2005 y 2009.

Gráfico nº16:

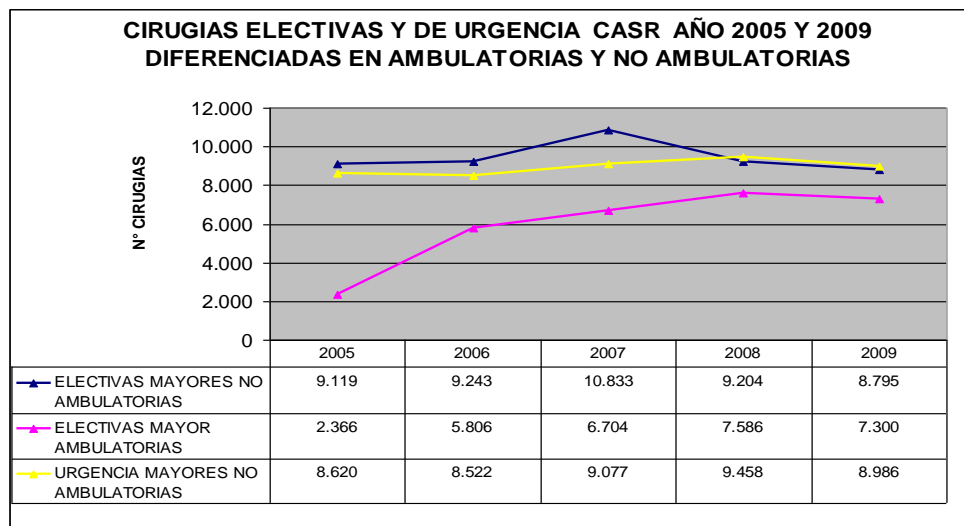


En el CRS y en el HPH se observa un alza sostenida del número de cirugías mayores realizadas en los tres últimos años, sin embargo en el CASR se observa una disminución.

Cirugías Mayores CASR

El siguiente gráfico muestra el total de cirugías electivas y de urgencias mayores y ambulatorias, realizadas en el CASR entre el año 2005 y 2009

Gráfico nº17:

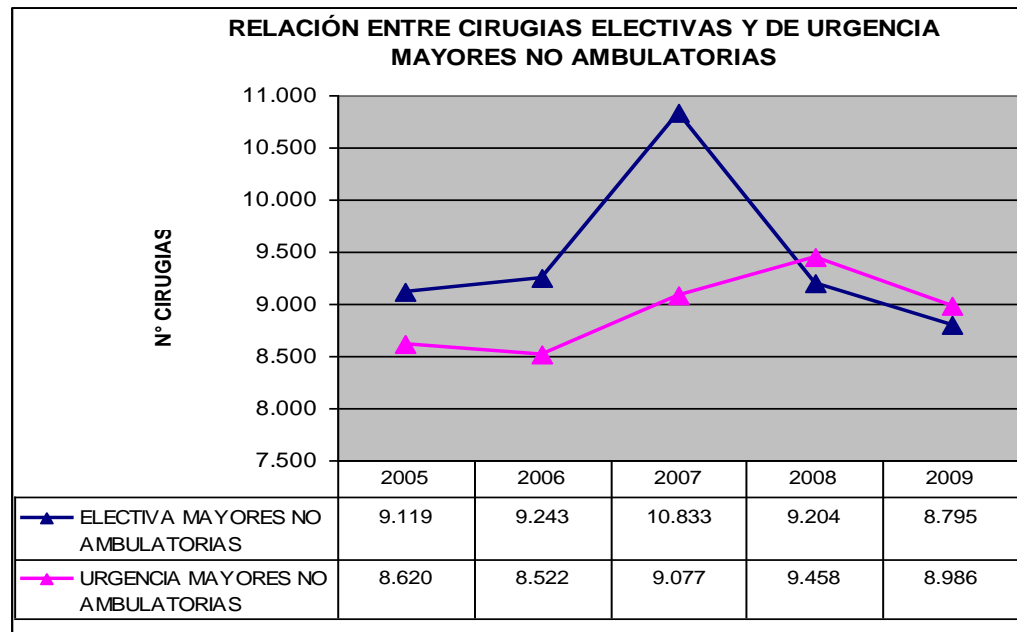


Las cirugías electivas no ambulatorias han disminuido en los dos últimos años, mientras que la cirugía electiva ambulatoria ha tenido un significativo incremento.

Relación entre cirugías electivas y de urgencia mayores no ambulatorias

Como se observa en el gráfico, la baja en el número de cirugías electivas no ambulatorias ha significado que en los dos últimos años se realicen más cirugías en urgencia. También esta situación está relacionada con el incremento de las cirugías ambulatorias.

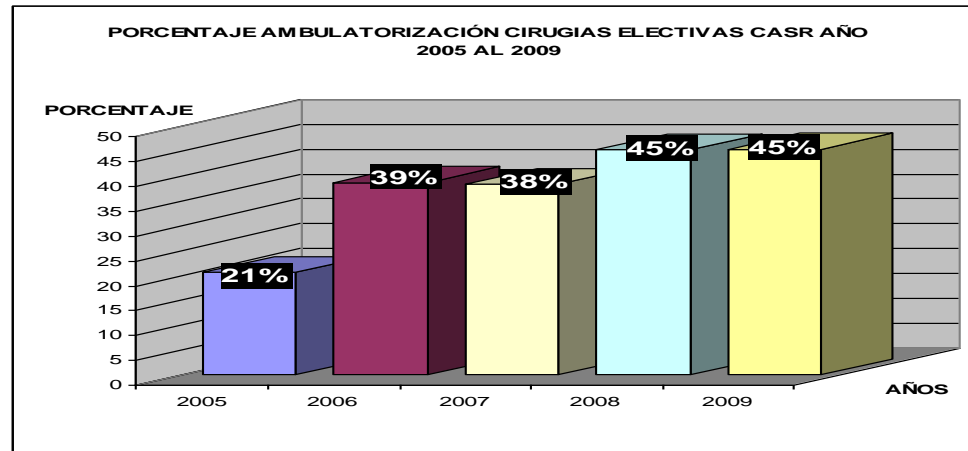
Gráfico nº18:



Ambulatorización del CASR

El gráfico siguiente, muestra la evolución que ha tenido el número de cirugías electivas mayores que se realizan en forma ambulatoria en relación a las no ambulatorias del CASR.

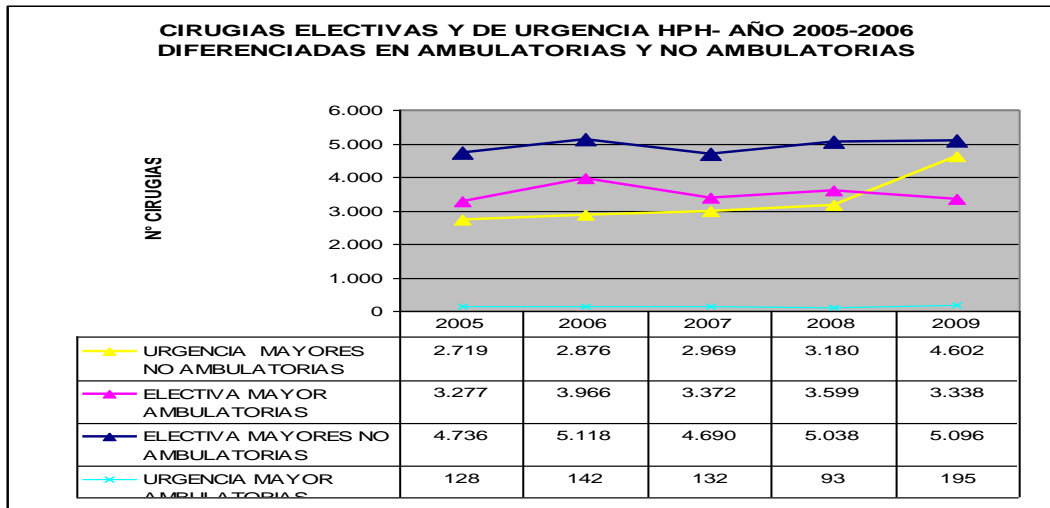
Gráfico nº19:



Cirugías Mayores HPH

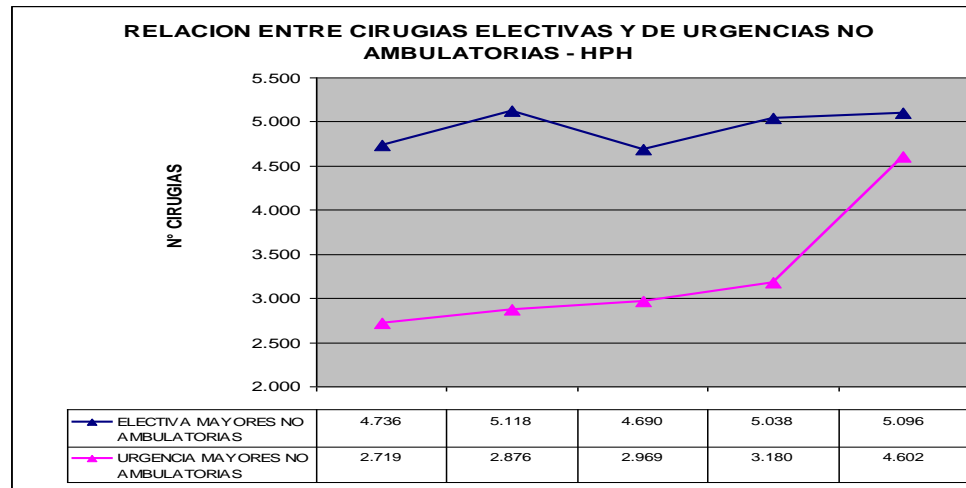
El siguiente gráfico muestra el total de cirugías electivas y de urgencia mayores y ambulatorias, realizadas en el HPH entre el año 2005 y 2009.

Gráfico nº 20:



El número de cirugías mayores ambulatorias tuvo un peak en el año 2006 con 3.966 éstas disminuyeron al año 2009 a 3.338. Las cirugías de urgencia no ambulatorias en el HPH tuvieron incrementos mayores en los dos últimos años, atribuibles a la apertura de urgencia adultos. La relación existente entre las cirugías electivas y de urgencia se puede apreciar en el siguiente gráfico:

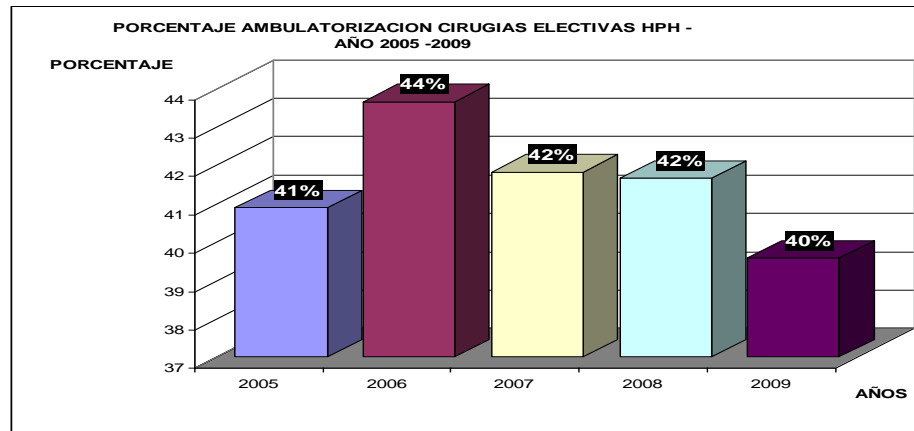
Gráfico nº 21:



Ambulatorización de las cirugías mayores electivas HPH

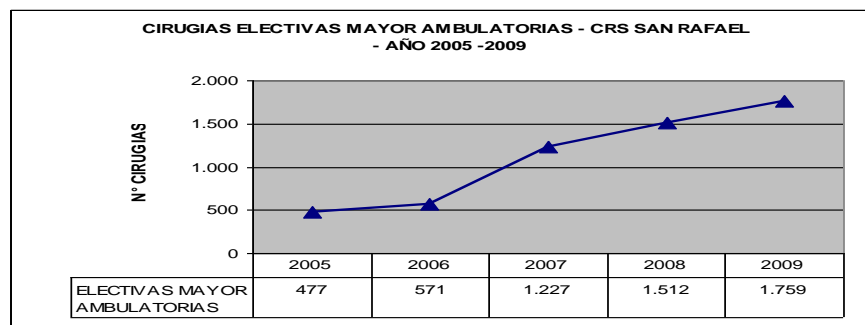
El gráfico siguiente muestra el porcentaje de cirugías ambulatorias realizadas el HPH relacionadas con el total de cirugías electivas entre el año 2005 y 2009.

Gráfico nº22:



Se observa un alto porcentaje de cirugías realizadas en forma ambulatorias en el año 2006. A partir de ese año comienza a descender el número de cirugías ambulatorias y aumentar levemente las no ambulatorias. En el CRS se realizan cirugías electivas mayores ambulatorias, las que tuvieron un importante incremento a partir del año 2008 debido a que uno de los pabellones fue destinado a la realización de intervenciones quirúrgicas gestionadas vía convenio.

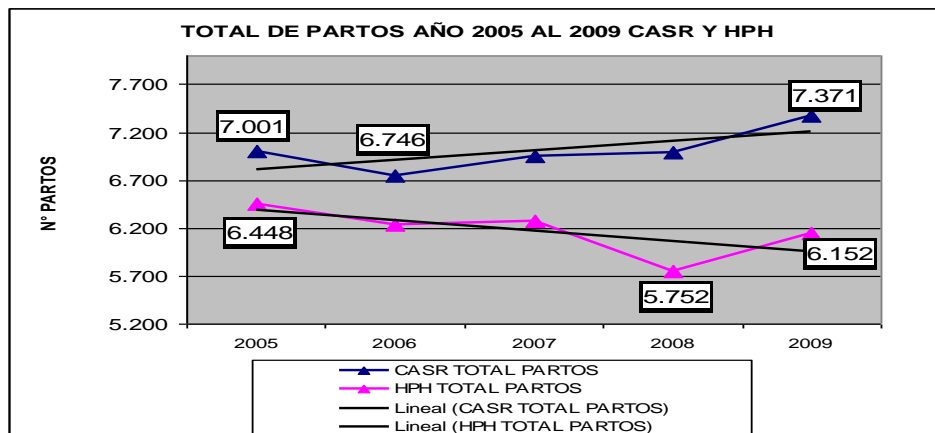
Gráfico nº 23:



Total de Partos en el Servicio

La siguiente gráfica muestra el número de partos realizados en el CASR y HPH entre los años 2005 y 2009. Se observa una tendencia al alza en el CASR, especialmente a partir del año 2007, mientras que a partir de mismo periodo se muestra un descenso en el HPH.

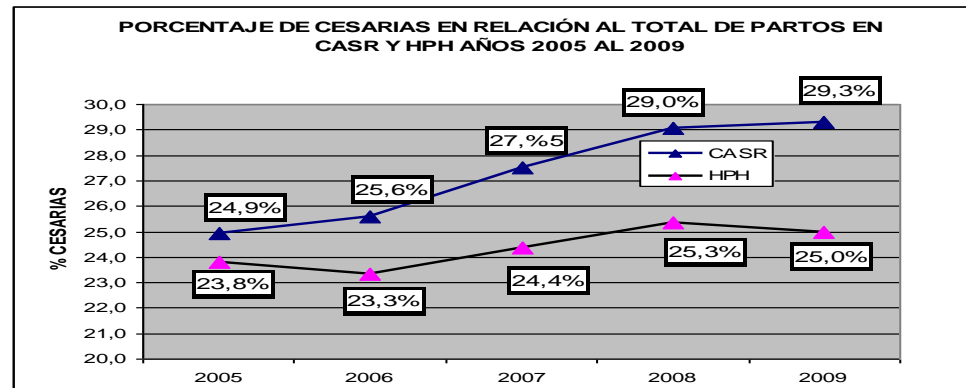
Gráfico nº 24:



Porcentaje de cesáreas

El gráfico muestra el porcentaje de cesáreas realizada en ambos establecimientos, entre el año 2005 y el 2009. En el HPH se observa un leve aumento de los partos realizados a través de cesáreas, este aumento se evidencia en mayor proporción en el CASR.

Gráfico nº25:

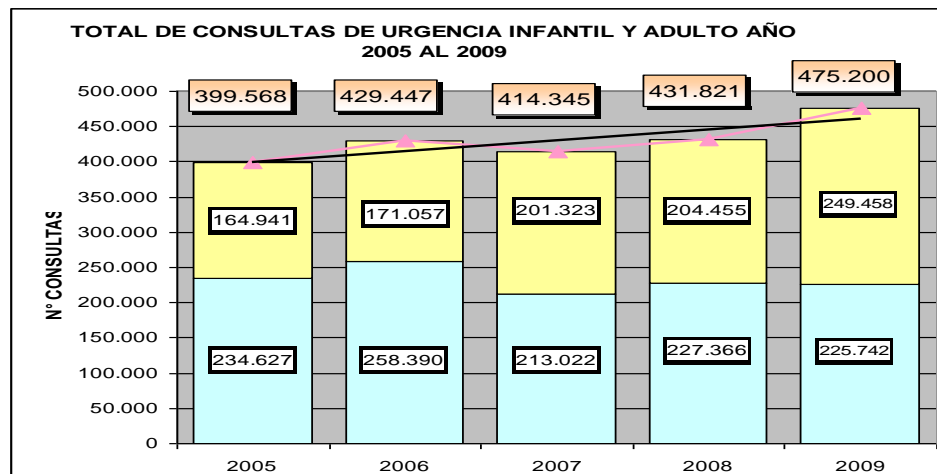


Consultas de Urgencia

Total de consultas de urgencia SSMSO

El gráfico muestra el número de consultas infantiles, de adulto y totales realizado en el SSMSO. Las consultas infantiles se han mantenido estables en los 5 últimos, con una leve tendencia a la baja. Situación inversa ocurre con las del adulto.

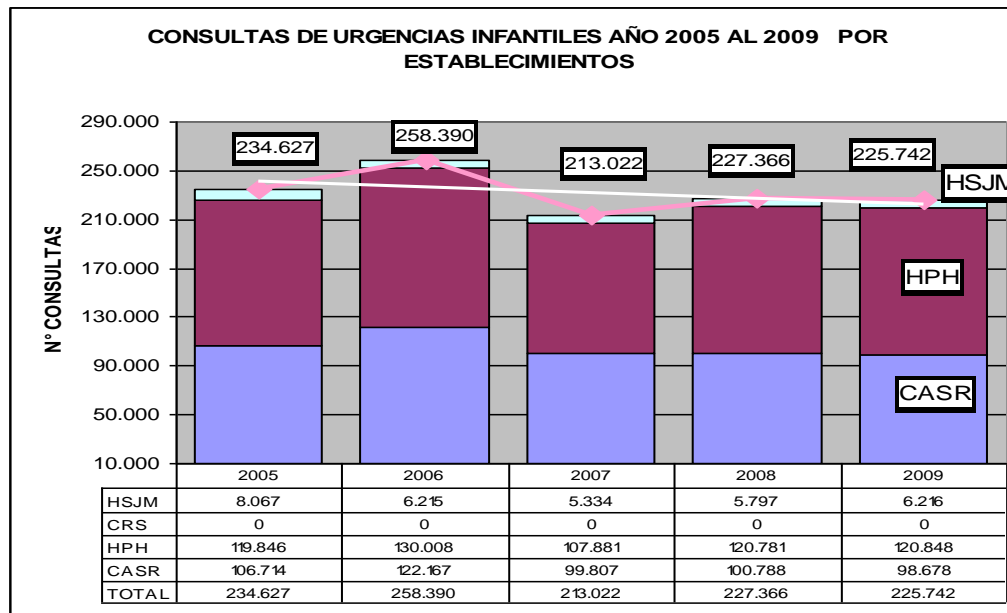
Gráfico nº26:



Consultas de urgencia infantiles, diferenciadas por establecimiento

El HPH tuvo un peak de 130.000 consultas el año 2006, mientras los años 2008 y 2009 han mantenido un número inferior y estable de 120.000 consultas infantiles. El CASR también en el mismo año realizó 122.000 consultas, estas han ido disminuyendo a 98.678 el año 2009.

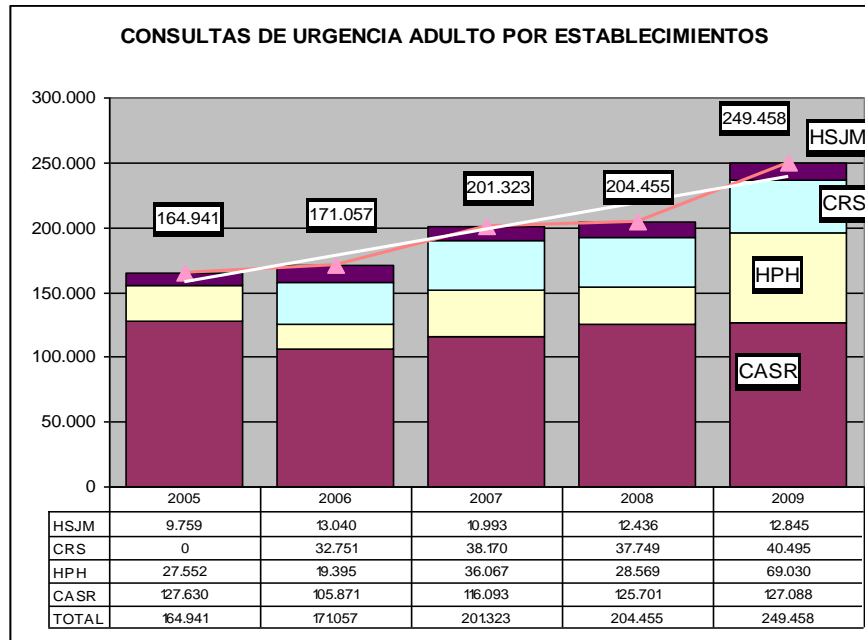
Gráfico nº26:



Consultas de urgencia adulto, diferenciadas por establecimiento (Incluyen las Médico- Obstétricas):

El número de consultas de adulto en el CASR ha sido oscilante al igual que el HSJM, mientras que el CRS y el HPH han tenido un aumento importante, especialmente este último, con la apertura de la atención de urgencia.

Gráfico nº27:



COMPROMISOS DE GESTION AÑO 2009

El Modelo de Compromisos de Gestión ha contribuido a implementar procesos relevantes en el contacto de la Reforma, constituyendo una herramienta para el logro de objetivos definidos como prioritarios.

En relación al cumplimiento de los indicadores se puede observar lo siguiente:

1.- CG N° 1. A: Transformación de la Gestión Hospitalaria. Hospital de Alta Complejidad.

El objetivo de este CG es aumentar la eficiencia en el uso del recurso cama, mediante la implementación de medidas de control y gestión para el cumplimiento de indicadores de resultado en el ámbito del índice ocupacional y promedio de días de estada de los pacientes hospitalizados. Compromete metas el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

Indicador N° 1 Eficiencia en el uso de recursos cama: relaciona Índice de Ocupación de camas con promedio días de estada. No se logra la meta en los Servicios de Cirugía Infantil y Ginecología. En UCI Indiferenciado y área médica se cumple la meta de IO, pero no la de días estada.

Indicador N° 2 Disminuir número de días pre quirúrgico de cirugías electivas: Traumatología, Neurología y Urología: durante el año, en Urología no se logra disminuir los días de estada pre QX,

Indicador N° 3 Disminuir el número de suspensiones de tabla quirúrgica de cirugía programadas (por cada especialidad) con horario institucional y pacientes institucionales y por especialidad: las especialidades con mayor índice de suspensión de tablas son urología y traumatología.

Indicador N° 4 Tasa de donantes efectivos por 1.000.000 habitantes: su objetivo es contribuir a aumentar la donación y trasplante de órganos y tejidos. La tasa de donante efectivo que se logra al mes de diciembre es de 9,3 x 1.000.000.

Indicadores de procesos:

Ambulatorización de la atención: a diciembre se logra la meta comprometida de un 40 % de cirugías mayores electivas efectuadas en forma ambulatoria, del total de cirugías mayores electivas realizadas en el establecimiento.

Categorización en Urgencia: se logra cumplir a diciembre el 65 % de la meta.

Categorización riesgo dependencia: actividad afianzada en el establecimiento, a diciembre se categoriza el 91,7 % de las camas comprometidas

CG N° 1. B Transformación de la Gestión Hospitalaria. Establecimiento de baja complejidad.

Compromete metas el Hospital San José de Maipo

Indicador N° 1: Cartera de servicios de los Hospitales Comunitarios definida en función del Modelo de Salud Familiar validados por el CIRA. En el curso del año se da cumplimiento a lo comprometido y a diciembre se presenta y aprueba la cartera de servicios en el CIRA.

CG N° 1.2 Transformación de la Gestión Hospitalaria. Hospital Amigo, cuyo objetivo es mantener la estrategia Hospital Amigo en el 100% de los Hospitales Públicos del país mediante el incremento del acompañamiento de niños y adultos mayores hospitalizados.

Indicador N° 1 Porcentaje de días camas ocupadas con niños hospitalizados con acompañamiento efectivo las 12 horas por un familiar significativo: la meta comprometida es el 50 % de los niños

hospitalizados con acompañamiento por 12 o más horas por un familiar significativo, se logra a diciembre el 71,7 %.

Indicador N° 2: Porcentaje de días camas ocupadas de adultos mayores con acompañamiento efectivo las 12 horas: se cumple la meta de 10 % de los adultos mayores hospitalizados con acompañantes por 12 horas.

CG N° 2: Gestión de las Redes Asistenciales: el objetivo de este CG es fortalecer el trabajo conjunto de la atención ambulatoria primaria y secundaria, mejorando la resolutivez del nivel de especialidades, gestionando la disminución del número de personas en listas de espera.

Indicador N° 1 Porcentaje de disminución de personas en espera de atención mayor a 120 días en consultas de especialidad: en consultas de especialidad se cumple con la meta comprometida.

Indicador N° 2: Porcentaje de disminución de personas en espera de atención mayor a 1 año en intervenciones quirúrgicas: en este indicador no se cumple con lo comprometido, alcanzando un 47,8 % de la meta a diciembre.

CG N° 3: Modelo de Salud Familiar con Enfoque Comunitario :

Indicador N° 1: Cartera de servicio preventivo promocional de los CECOSF, cuyo objetivo es determinar la cartera de servicio preventivo promocional que rea, definen su cartera según orientaciones.

Indicador N° 2: Normas de referencia y contra referencia actualizadas, visadas y aprobadas por el CIRA con resolución de Director de Servicio, cuyo fin es contribuir a aumentar la resolutivez en APS. Se cumple con al meta comprometida respecto a la elaboración de protocolos de referencia y contra referencia.

Indicador de proceso: Aplicación de Encuesta de satisfacción usuarios para medir diferencias en la atención desde la perspectiva de un CESFAM y un CES. Se aplica dicha encuesta en los centros seleccionados.

CG N° 4: Recursos Humanos y Participación Ciudadana

Indicador N° 1 Número de participantes capacitados en los que se evalúa la aplicabilidad de lo aprendido, en dos actividades por cada uno de los 4 ámbitos.

Este indicador tiene como objetivo medir el número de participantes capacitados y aprobados que han sido seleccionados para evaluar la aplicabilidad de lo aprendido en al menos dos actividades por cada uno de los cuatro ámbitos: 1. Nuevo Modelo de Atención; 2. Gestión en Red; 3. Sistema de Garantías en Salud; 4. Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

Se cumple con la meta y el objetivo del indicador.

Indicador N° 2: Porcentaje de variación del índice de ausentismo por licencias médicas curativas. El objetivo de este indicador es la disminución del índice de ausentismo por licencias médicas curativas. La meta comprometida a diciembre es disminuir en 2% el índice, se supera esta meta.

Indicador N° 3: Variación de la tasa de accidentabilidad total 2009 sobre base 2008, Este indicador mide la tasa de accidentabilidad por accidentes de trabajo en los Servicios de Salud. Se alcanza la meta comprometida

Indicador N° 4: Implementación de presupuestos participativos según fase de desarrollo, con el fin de aportar al desarrollo del Modelo de Gestión Participativa en los Servicios de Salud. Se cumple con el cronograma definido para el año en la red asistencial.

Indicador de proceso:

Plan de mejora diseñado, ejecutado y evaluado al 31 de diciembre de 2009.

El Plan se elabora e implementa en forma descentralizada en función de áreas críticas y problemas identificados localmente. Los establecimientos de la Red Asistencial de las comunas La Florida, La Granja, San Ramón, La Pintana, Puente Alto y los Hospitales Dr. Sótero del Río, San José de Maipo; Padre Hurtado y

el CRS San Rafael, desarrollan estrategias como conformación de equipos de trabajo en satisfacción usuaria, difusión de cartas de derechos, aplicación de encuestas de medición de la satisfacción usuaria; mejoramiento de infraestructura; mejoramiento de las competencias de los funcionarios para la atención de usuarios o primera línea de acogida. Los establecimientos en conjunto cumplen en un 100% lo programado.

CG N° 5: Eficiencia en el Uso de los Recursos Financieros

Indicador N° 1: Porcentaje de variación entre el marco de gasto presupuestario para subtítulo 21, 22 y 29 y el gasto real devengado para cada subtítulo. El objetivo es optimizar y controlar el gasto en persona, bienes, y servicios de consumo y adquisición de activos no financieros. A diciembre se alcanza el 42 % de cumplimiento de esta ésta.

Indicador N° 2: Porcentaje de concentración de la deuda del subtítulo 22 entre 0 y 45 días, cuyo objetivo es controlar la antigüedad de la deuda del subtítulo 22 de los servicios de salud. Se alcanza un cumplimiento de 68 % de la meta.

Indicador N° 3: Porcentaje de ejecución de proyectos de inversión. Se alcanza un cumplimiento de 73 % de la meta.

El resultado promedio de los CG 2009 en cada uno de los cortes de evaluación son:

Tabla n°16: notas promedios cg según corte 2009.

SSMSO	I CORTE	II CORTE	III CORTE	NOTA MÁXIMA
	4.27	4.76	4.45	5

INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA AÑO 2009 (I.A.A.P.S.)

El IAAPS es un conjunto de indicadores de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a los usuarios beneficiarios, en el contexto del modelo de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario.

Este Índice de Actividad de Atención Primaria tiene dos componentes:

1) Actividad General y

2) Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES).

En este Informe se presenta la parte A correspondiente al componente "Actividad General", que abarca prestaciones y programas de salud que se desarrollan en el ciclo vital y evalúa los siguientes ámbitos:

- Cumplimiento Plan de Salud Comunal
- Cobertura de Acciones Preventivas
- Oportunidad, Accesibilidad y Equidad
- Resultados en Proceso de Intervención Preventiva con Enfoque de Riesgo y Enfoque multidisciplinarios familiar.

A continuación se muestra los resultados del índice de Actividad por componente y por comuna, año 2009

N°	Componentes	LA FLORIDA	LA GRANJA	LA PINTANA	PIRQUE	PUENTE ALTO	SAN RAMON	SJM CORP	SJM HOSP	ANCORA	SSMSO	ESPERADO PAIS
1	Plan de salud comunal (Cartera de Servicios+ capacitación)	98	81	99	99	103	100	100	100	100	99	90
2	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), hombres de 20 a 44 años	4,8	7,1	8,1	14,3	6,9	5,3	10,4	2,4	9,0	6,6	25,0
3	Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), mujeres de 45 a 64 años	12,2	17,8	21,3	25,8	12,3	19,1	29,2	6,0	28,6	15,4	25,0
4	Cobertura de EFAM de 65 años y más	31,7	41,8	38,9	23,8	43,7	31,0	21,8	49,2	35,5	36,8	75,0
5	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	86,7	82,3	82,0	88,1	77,6	76,6	75,7	89,1	85,6	81,6	85,0
6	Alta Odontológica en menores de 20 años	17,0	21,1	21,1	31,5	21,8	21,9	22,3	46,4	15,8	20,3	19,0
7	Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	100	85,4	95,6	104	90,7	106	113,2	141,1	96,8	95,8	85,0
8	Cobertura Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	68,2	57,1	60,9	87,4	66,6	58,1	95,7	84,9	71,4	65,2	65,0
9	Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses recuperados	96,2	89,3	53,8	25,0	106,6	100,0			150,0	89,8	60,0
10	Brindar Acceso a la atención de salud hasta las 20 horas de Lunes a Viernes	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
11	Tasa de Visita Integral	0,12	0,12	0,12	0,32	0,09	0,15	0,06	0,17	0,19	0,12	0,10
12	Tasa de Visita a Paciente Postrado	14,35	9,99	14,85	11,87	23,70	13,35	4,95	3,42	5,76	15,31	6,50
IAAPS		97	96	97	91	95	96	90	83	95		

Comentarios:

- Se observa que las metas de cobertura , a nivel de Red, en Examen de Medicina Preventiva, N°s 2, 3 y 4 son más bajas que el nivel nacional y de ellas, la 3 "EMP Mujeres 45 a 64 años" y 4 "EFAM Adulto de 65 años y más" no fueron alcanzadas por la Red Sur Oriente.
- Sólo dos metas fueron cumplidas por la totalidad de las comunas, la 7 "Cobertura Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 y más años" y la 10 "Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20 horas de lunes a viernes".
- El mayor incumplimiento fue en la meta 4 "Cobertura Evaluación Funcional del Adulto Mayor de 65 años y más", en que sólo el HSJM cumplió.
- La meta 5 "Ingreso a control de embarazo antes de 14 semanas" sólo fue cumplida por la comuna de La Florida, HSJM y ANCORA.
- La meta 2 "Cobertura de Examen Medicina Preventiva Hombres de 20 a 44 años", sólo dos comunas la cumplieron: La Florida y Pirque.
- La meta 3 "Cobertura Examen Medicina Preventiva Mujeres de 45 a 64 años", sólo dos comunas la cumplieron: Pirque y San José de Maipo y ANCORA.
- Llama la atención que algunas metas fueron ampliamente sobrepasadas, lo que podría estar indicando una subestimación de la capacidad resolutive o algún problema de registro, por ejemplos:
 - La Florida metas 9 y 12; meta 9 "% niños y niñas 12 a 23 meses recuperados riesgo o retraso DSM" pactó 70% y cumplió 96.2%; meta 12 "Tasa de visita a paciente postrado" pactó 7 y cumplió 14,35.
 - Puente Alto meta 9, pactó 63% y registra 106,6%; meta 12 pactó 7 y registra 23,70.

La tabla siguiente muestra la evolución que ha tenido este índice en cada una de las comunas desde el año 2006 al 2009.

Tabla nº 18:

CUMPLIMIENTO DE IAAPS - POR COMUNA - AÑO 2006-2009

AÑOS	LA FLORIDA	LA GRANJA	LA PINTANA	PIRQUE	PUENTE ALTO	SAN RAMON	SJM CORP
2006	94,6	98,4	98,4	97,6	96,8	98,5	96,0
2007	91,8	93,6	97,2	87,2	96,6	98,7	87,8
2008	96,9	95,8	99,1	97,2	94,2	95,1	95,8
2009	98,9	99,6	91,3	91,3	96,3	92,5	90,6

Se puede observar que las comunas de La Granja y La Florida, el año 2009 obtienen mejores resultados, y repuntan por segundo año consecutivo.

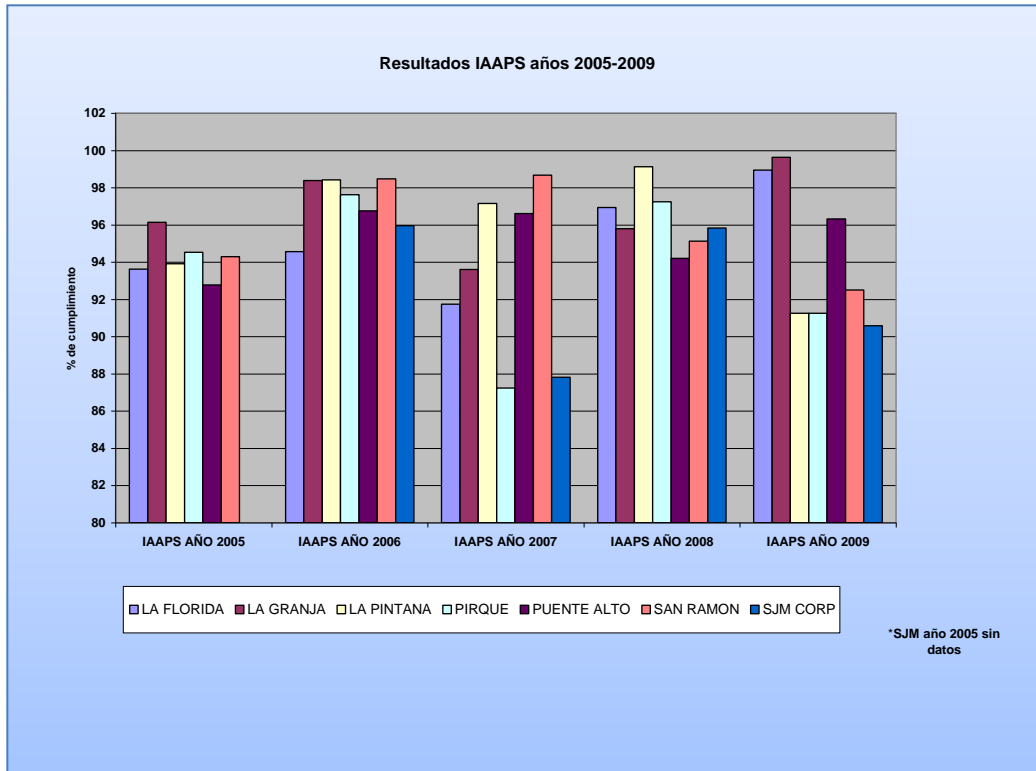
En tanto, las comunas de La Pintana, San Ramón, Pirque y San José de Maipo, disminuyeron su cumplimiento en relación con el año anterior.

Pirque y San José de Maipo muestran una curva con altos y bajos, con un decrecimiento importante el año 2007 donde no alcanzan al 90%.

Llama la atención San Ramón que ha disminuido los dos últimos años.

El siguiente gráfico muestra la comparación del cumplimiento entre las comunas por cada año.

Gráfico nº28:



Al observar los resultados del quinquenio 2005-2009, se aprecia, en general un cumplimiento moderado de las metas comprometidas; el año 2007 presenta una disminución, significativa de la comuna de Pirque. Cabe hacer presente que los resultados de las comunas de La Pintana, Pirque, San José de Maipo y San Ramón, disminuyeron el año 2009, debido a que , por una parte hubo menor cumplimiento de metas en temas como Cobertura Examen Medicina Preventiva en Hombres y Mujeres, Cobertura Evaluación Funcional del Adulto, Ingreso a Control de Embarazo antes de las 14 semanas y Porcentaje de Niños y Niñas de 12 a 23 meses con riesgo y retraso del Desarrollo Psico Motor, y por otra parte, el incumplimiento con las metas de Capacitación, aunque en general el cumplimiento de las metas está dentro del rango del 90%.

LISTA DE ESPERA

La tabla muestra la evolución que ha tenido la lista de espera de consulta de especialidades del adulto e infantil entre el año 2006 y 2009.

Tabla nº 19: lista de espera de consulta de especialidades.

Consulta	DIC 06	DIC 07	DIC 08	DIC 09
Subtotal adulto	22.961	22.260	23.998	28.934
Subtotal infantil	1.405	1.469	2.387	3.072
Total SSMSO	24.366	23.729	26.385	29.942

El comportamiento de las listas de espera a través de los años ha sido oscilante, se han realizado estrategias para disminuirlas, pero por otra parte se han mejorado los registros.

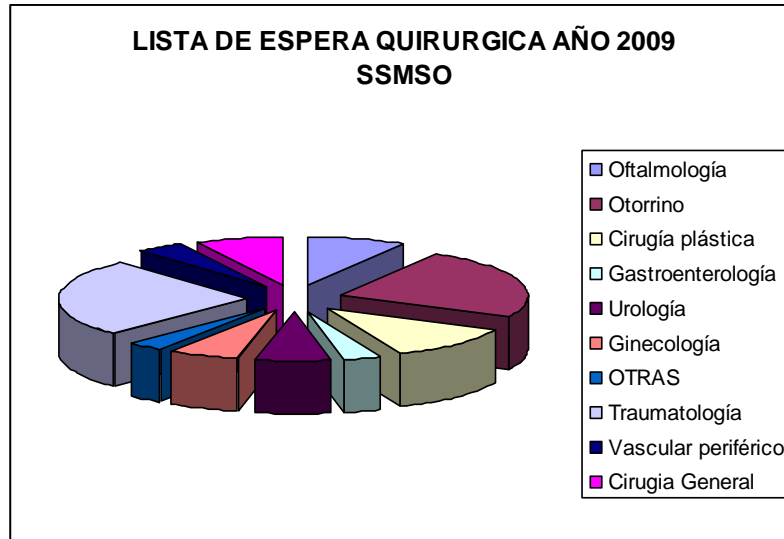
En el siguiente cuadro se muestra el número de intervenciones quirúrgicas en lista de espera por especialidad en el Servicio de Salud.

Tabla nº 20:

LISTA DE ESPERA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS SSMSO			
	AÑO 2007	AÑO 2008	AÑO 2009
Neurocirugía	168	159	101
Oftalmología	266	142	651
Otorrinolaringología	1.235	1.825	1.757
Cirugía plástica y reparad	86	231	0
Dermatología	112	177	116
Gastroenterología	257	573	247
Urología	210	499	480
Ginecología y Obstetricia	454	767	444
Traumatología	1.816	2.352	1.916
Cabeza y cuello	86	182	17
Vascular periférico	245	120	309
Colelitiasis	464	1.013	537
Hernia	478	1.045	1.092
TOTAL	5.877	9.085	7.667

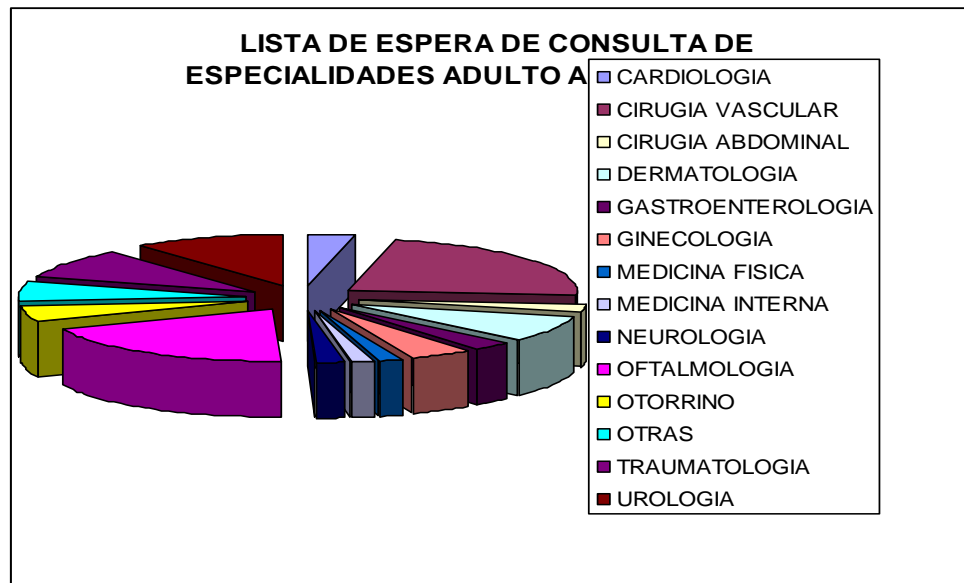
El gráfico siguiente muestra que las listas de espera para intervenciones quirúrgicas de adulto están concentradas en las especialidades de traumatología, otorrinolaringología, cirugía plástica, urología.

Gráfico nº29:



Para consulta médica, las especialidades de Traumatología, vascular, oftalmología, dermatología son las que tienen una lista de espera de mayor magnitud y antigüedad.

Gráfico nº30:



Durante el año 2009 se priorizó aquellos pacientes que tenían una espera superior a un año, para ello se desarrolló el "Plan Lista de Espera"

De los 21.539 pacientes en lista de espera de consulta de especialidades, un 41 % fue atendido durante el año, un 39 % se encuentra aún pendiente, mientras que un 20 % egresó de la lista de espera por otras causales. (Inasistencias, fallecimiento, no se ha podido contactar o realiza atención en extra sistema).

En intervenciones quirúrgicas, un tercio de las personas fueron atendidas, el 33% egresó por otras causales y queda un 33 % pendiente de intervenir.

El cuadro siguiente muestra las atenciones realizadas en cada establecimiento de la Red durante el año 2009 a los usuarios en lista de espera prolongada.

Tabla nº21: lista de espera prolongada por establecimiento año 2009

	Establecimiento	Lista de espera	Atendidos año 2009	Otras causales de salida	Pendientes
Consultas	CASR	12.770	4.355	2.248	6.167
	HPH	8.246	4.076	1.937	2.233
	CRS	523	391	132	
	TOTAL	21.539	8.822	4.317	8.400
intervenciones quirúrgicas	CASR	2.785	722	1.095	968
	HPH	355	146	39	170
	CRS	281	281	0	0
	OTROS	16	16	0	0
	TOTAL	3.437	1.165	1.134	1.138

GESTION ADMINISTRATIVA

Descripción de recursos en infraestructura, tecnológicos y presupuestarios

Tabla nº 22:

CUADRO GENERAL DE INGRESOS Y GASTOS POR SUBTITULO AÑO 2009		
INGRESOS	DEVENGADO	POR PERCIBIR
SUBT. 05 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	142.822.694.988	0
SUBT. 06 RENTAS DE LA PROPIEDAD	78.497.523	15.212.830
SUBT. 07 INGRESOS DE OPERACIÓN	2.302.041.792	261.497.210
SUBT. 08 OTROS INGRESOS CORRIENTES	2.575.510.502	0
SUBT. 12 RECUPERACION DE PRESTAMOS	424.912.874	321.942.205
SUBT. 13 TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL	1.494.942.382	0
TOTAL INGRESOS	149.698.600.061	598.652.245

GASTOS	DEVENGADO	DEUDA FLOTANTE
SUBT. 21 GASTOS EN PERSONAL	50.867.998.149	0
SUBT. 22 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	45.252.687.952	7.572.106.450
SUBT. 23 PRESTACIONES PREVISIONALES	5.950.395.318	0
SUBT. 24 TRANSFERENCIAS CORRIENTES	45.251.892.334	0
SUBT. 29 ADQ. ACTIVOS NO FINANCIEROS	3.816.440.285	514.342.879
SUBT. 31 INICIATIVAS DE INVERSION	1.053.338.510	0
SUBT. 34 SERVICIO DE LA DEUDA	5.171.272.997	0
TOTAL GASTOS	157.364.025.545	8.086.449.329

RECURSOS FISICOS

PROYECTO HOSPITAL LA FLORIDA

Tabla nº 23:

ETAPA	PLAZO DÍAS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINO
Construcción CRS Transitorio.	150	03 Febrero 2010	03 Julio 2010
Desarrollo del Proyecto definitivo	300	05 Nov. 2009	01 Sep. 2010
Fase de Construcción HLF.	795	Octubre 2010	Nov. 2012
Explotación desde Puesta en Servicio Definitivo.	15 años	Dic. 2012	Enero. 2028

Para la construcción del CRS transitorio la Florida, la Subsecretaria de Salud firmó el Acta Entrega de Terreno al MOP el 3 de febrero del 2010. Con esa misma fecha el MOP hizo entrega de terreno a la Sociedad Concesionaria San José – Tecno control S.A.

Durante el 2010 se completará el diseño del Hospital de La Florida y se iniciarán las obras, que deben finalizar en el segundo semestre del 2012.

Por otra parte, el concesionario tiene un plazo de 150 días desde la entrega de terreno para la construcción del CRS Transitorio y obtener la aprobación del proyecto de parte del mandante.

PARTICIPACION SOCIAL

PLAN DE CAPACITACIÓN CONSEJOS DE DESARROLLO LOCAL 2009

Durante el año 2009 se ejecutó el Plan de Capacitación dirigido a los Consejos de Desarrollo Local (CDL) de la Red Sur Oriente, dando cuenta de las necesidades detectadas el año 2008 a través de la encuesta a los CDL y de lo expresado en la Jornada de Evaluación realizada en enero de ese mismo año.

La capacitación tuvo por objetivo, transferir conocimientos en las áreas temáticas básicas que permitiera a los usuarios, a cargo de los CDL, un mejor manejo potenciando su participación en esta instancia.

Esta se desarrolló a través de estrategias y técnicas participativas que combinaron el conocimiento de los participantes con las exposiciones teóricas, para concluir en un aprendizaje de tipo significativo de los participantes. Las actividades se realizaron en modalidad de taller de 4 horas de duración, con un total de 11 sesiones con 58,6 horas pedagógicas.

El plan estuvo dirigido a las directivas de los CDL especialmente usuarios, en espacios definidos por los propios consejos agrupados en las tres subredes.

El programa se desarrolló entre abril y octubre del 2009, participaron cerca de 60 dirigentes de toda la red en sus distintos momentos, cumpliendo 19 de ellos con los requisitos para ser certificados.

AREAS TEMATICAS	
Organización y Estructura	Temas de Salud Pública
Trabajo en equipo y liderazgo	AUGE
Rol del dirigente y Trabajo Comunitario	Primeros Auxilios
Derechos y deberes en la Red Pública de Salud	Reforma Provisional
Cuenta Pública participativa	Salud Familiar
Presupuestos Participativos	Hospital Amigo
	Medición de la Satisfacción Usuaría

Presupuestos Participativos en Salud: Mi Opinión Cuenta

Los Presupuestos Participativos (PP) son procesos deliberativos en los que la ciudadanía decide sobre el uso de una parte de los dineros públicos, desarrollando un control del proceso tanto en su planeación como en su ejecución.

Para el servicio de Salud, el PP fue parte de los Compromisos de Gestión acordados con el Ministerio de Salud.

El proceso tuvo una fase preparatoria que consistió en una pasantía de dirigentes de los CDL y del equipo de Participación Social en el Servicio de Salud Talcahuano, lugar donde los representantes participaron de la asamblea final de priorización de los proyectos presentados por la comunidad. También visitaron algunos centros de salud y consejos de desarrollo, se tomó conocimiento de la organización que este servicio dio para la realización de el cuarto proceso de este mecanismo de participación.

El Servicio de Salud Talcahuano ha sido destacado por ser pionero en ejecutar PP en salud, razón que nos motivo a conocer su experiencia.

La segunda fase de planeación, que concluyó con la priorización de los proyectos, se inició en la sesión del CIRA del 13 de agosto de 2009. Se realizaron reuniones con los Presidentes de los Consejos de Desarrollo y Encargados/as de Participación de la Red Sur Oriente, creando el Reglamento de los PP 2009-2010 y conformando los Comité de gestión Local-CGL- en las tres Subredes.

La Misión de los CGL, fue definida como: *"Principal órgano de los PP pues interviene en todos los aspectos fundamentales del proceso. Tiene como misión recibir las ideas acopiadas en los establecimientos, crear las fichas técnicas o pre proyectos y participar en la generación de los proyectos"*.

También se constituyó el Equipo de Gestión Central en el mes de septiembre de 2009, conformado por representantes de los CDL, por el Director del Servicio y por la jefa de Participación Social.

Luego vino la etapa de recolección de ideas por establecimiento, se recibieron 750 en Santa Rosa, 800 en La Florida y 340 en Cordillera, haciendo un total de 1890, las cuales sirvieron de base para la elaboración de 17 fichas técnicas (pre proyectos).

Posteriormente, se realizaron las Asambleas Territoriales, donde se presentaron los preproyectos y se priorizaron los que irían a la asamblea final de la red. En la subred Santa Rosa la asamblea se realizó el 7 de noviembre de 2009. Contó con 79 asistentes; la subred Cordillera desarrolló su asamblea el 12 de noviembre de 2009 también con 79 asistentes, y la subred La Florida, hizo su asamblea el 20 de noviembre de 2009 con 50 asistentes. Dado que la asistencia a las asambleas daba origen a la cantidad de delegados establecido en el reglamento como 2 por cada 10 asistentes y 1 por cada centro de salud que participaba en la recolección de ideas, los delegados totales fueron 71, distribuidos por sub red de la siguiente forma: 20 delegados de la subred La Florida, 23 delegados de la subred Cordillera y 28 delegados de la subred Santa Rosa.

La asamblea de la Red Sur Oriente se llevó a cabo el 28 de noviembre de 2009 con la asistencia de cerca de 200 delegados e invitados; votaron y fueron seleccionados los siguientes proyectos que serían ejecutados durante el año 2010.

PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS 2009-2010

Consolidado de Proyectos Ganadores de la Red Sur Oriente

Nº	Título	Eje Temático	Actividades	Monto \$
PROYECTOS SUBRED CORDILLERA				
1	Pacto por el buen trato	Satisfacción Usuaría	Talleres con funcionarios y usuarios en tema de Trato. Jornadas con equipos de salud y CDL para abordar el tiempo de espera en la atención.	\$ 5.650.000
2	Tómate la leche	Satisfacción Usuaría	Entrega de porción de leche 200 c.c. a los usuarios que se han tomado exámenes que requiere ayuno.	\$ 11.720.000
3	Habilitación de espacios	Satisfacción Usuaría	Complementar la implementación de espacios de espera de atención médica y farmacia.	\$ 6.560.910
PROYECTOS SUBRED LA FLORIDA				
2	Mejorando nuestra red	Satisfacción Usuaría	8 jornadas comunitarias de información, difusión de programas y oferta de salud y sociales. Toma de exámenes preventivos.	\$ 8.640.000

N°	Título	Eje Temático	Actividades	Monto \$
PROYECTOS SUBRED SANTA ROSA				
1	Fortalecimiento consejos de desarrollo local de la mini red Santa Rosa	Participación Social	Jornada Intercomunal de CDL, capacitación en liderazgo, rol del dirigente, formación de nuevos líderes, campaña del Buen trato, implementación con stand para los CDL y vitrinas.	\$ 12.500.000

Convenios Asistenciales Docentes Vigentes

CF	CFPT	Carreras	Ámbito
PUC	CADSR	MEDICINA	PREGRADO
	TODOS	ENFERMERIA	POSGRADO
AUTONOMA	HSJM	ENFERMERIA	PREGRADO (TO SALUD MENTAL)
		KINESIOLOGIA	
		FONOAUDIOLOGIA	
		TERAPIA OCUPACIONAL	
		NUTRICION	
USACH	HOSMET	MEDICINA	PREGRADO
		ENFERMERIA	
ICEL	HOSMET	TENS	TECNICO
CEPSA	HSR	TPM	
	CADSR		
	CRS SN RAFAEL		
UCHILE	CADSR	KINESIOLOGIA	PREGRADO
		FONOAUDIOLOGIA	
		TERAPIA OCUPACIONAL	
		TEC. MEDICA	
		ODONTOLOGIA	PREGRADO
			POSGRADO
			POSTITULO
UCM	CADSR	KINESIOLOGIA	PREGRADO
UMAYOR		FONOAUDIOLOGIA	PREGRADO
		KINESIOLOGIA	POSGRADO
		TERAPIA OCUPACIONAL	SALUD MENTAL
UFINISTERRA	CADSR (UPCPED)	KINESIOLOGIA	PREGRADO
UDP	HOSMET	ENFERMERIA	PREGRADO
		MEDICINA	
		PSICOLOGIA	
		TECNOLOGIA MEDICA	

Los convenios con la UDP e ICEL fueron adjudicados durante 2009 quedando firmados los convenios durante 2010.

Más de 3000 estudiantes de distintas carreras de la Salud realizan sus prácticas asistenciales en centros a de nuestra Red en el transcurso del año.

Los convenios han permitido adquirir equipamiento, financiar brechas de recursos humanos, y becas de formación de postítulo y especialistas.

Se inicio proceso de renegociación del Convenio con la PUC.

Fuentes Utilizadas:

Departamento de Gestión

Unidad de Estadísticas

Departamento de Participación y Gestión Integral del Usuario