



**CUENTA PÚBLICA
HOSPITAL DEL SALVADOR
GESTION 2006**

DIRECTOR DR. FRANCISCO PERAGALLO CARRASCO



**GOBIERNO DE CHILE
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
HOSPITAL DEL SALVADOR**

INDICE

	PÁGINA
1. INTRODUCCION	3
2. ANTECEDENTES HISTORICOS	5
3. ANTECEDENTES GENERALES	7
3.1 Área geográfica y demográfica	7
3.2 Misión, Visión	7
3.3 Infraestructura y Servicios Clínicos	8
3.4 Recursos Humanos	8
3.4.1 Dirección	8
3.4.2 Subdirección Administrativa	9
4. ANALISIS Y EVALUACION DE LAS METAS Y OBJETIVOS FORMULADOS PARA EL AÑO 2006	10
5. CALIDAD ATENCION	12
5.1 Gestión Usuaría	12
5.1.1. Reconocimiento especial en la Gestión de Satisfacción Usuaría	16
5.1.2. Gestión de satisfacción usuaria externa v/s satisfacción usuaria interna	16
5.2 Gestión AUGÉ	17
5.3 Gestión Alimentación	19
5.4 Gestión Urgencia	20
5.5 Infecciones Intrahospitalarias (IIH)	20
5.6 Comité Ética Clínica	21
6. GESTION RECURSOS HUMANOS	23
6.1 Capacitación	24
6.2 Ausentismo	26
7. INVERSIONES	27
8. PRODUCCION	29
8.1 Atención Cerrada	29
8.2 Intervenciones Quirúrgicas	31
8.3 Consultas Médicas	31
9. ANALISIS FINANCIERO	32
10. COAMISAL	34
11. DESAFIOS 2007	35

ANEXOS

Anexo 1: Testimonio	37
Anexo 2: Presentación felicitaciones	38
Anexo 3: Presentación reclamos	39

TABLAS

Tabla 1 : Misión, Visión	7
Tabla 2 : Equipos Directivo	9
Tabla 3 : Patologías GES	17
Tabla 4 : Cumplimiento GES	18
Tabla 5 : Dotación ley médica	23
Tabla 6 : Dotación estatuto administrativo	23
Tabla 7 : Indicadores de metas de cumplimiento, ley 18.834	25
Tabla 8 : Indicadores de metas de cumplimiento, ley 19.664	25
Tabla 9 : Ausentismo	26
Tabla 10: Inversiones	27
Tabla 11: Producción atención cerrada	29
Tabla 12: Egresos por niveles de complejidad	29
Tabla 13: Porcentaje de egresos y gastos por rango de edades	30
Tabla 14: Intervenciones Quirúrgicas	31
Tabla 15: Consultas Médicas	31
Tabla 16: Gastos	32
Tabla 17: Ingresos	32
Tabla 18: Coamisal	34

GRAFICOS

Gráfico 1: Reclamos	15
Gráfico 2: Felicitaciones	15
Gráfico 3: Porcentaje de egresos y gastos por rango de edades	30

1. INTRODUCCION



En el marco de la prioridad otorgada a la modernización y democratización de la gestión pública y, en concordancia con el Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana firmado por S.E., el Presidente de la República, don Ricardo Lagos Escobar, en Diciembre 2000, el Hospital del Salvador (HDS) ha adquirido el compromiso de transparentar la gestión a través de la rendición de cuentas y por quinto año da a conocer la Cuenta Pública Anual correspondiente al período 2006.

El Hospital del Salvador, a través de su historia institucional, ha tenido el privilegio de anidar en su seno, una pléyade de talentosos equipos médicos, que han situado al Hospital en un liderazgo nacional en la resolución de patologías de alta complejidad; el trasplante hepático y el renal, la alta especialización en trauma ocular, la cirugía vascular, por nombrar algunas, dan cuenta de una impronta técnica y científica del más alto nivel.

Cuando la mirada del Hospital se centra en el paciente, como eje rector del quehacer clínico, la experiencia y la calidad de sus médicos y profesionales, aseguran un paciente al alero de la mejor práctica clínica.

El Hospital, no es sin embargo, un mecanismo infalible a todo evento y tampoco un generador inagotable de recursos. Debemos todos entender, que ante las limitaciones, deberíamos mancomunar esfuerzos para que ambas partes, comunidad y hospital, hagamos nuestros mejores intentos para hacer más eficiente nuestros recursos y resolver en mayor cuantía y con mejor oportunidad, la siempre sobrepasada demanda respecto de la capacidad del Hospital.

La Dirección, que tengo el honor de ejercer, ha puesto su mirada estratégica en el fortalecimiento continuo en la atención del paciente y en una tendencia a lograr el uso más adecuado de los recursos, sin que los imperativos económicos sean el único sello de la Gestión Hospitalaria.

Cuando los hospitales de Chile tienen deuda, es porque a veces no escatimamos recursos para el bien sanitario de la comunidad y muchas veces también, soportamos los calificativos de la ineficiencia, por aumentar los gastos. No dudamos que tenemos ineficiencias internas de gestión, pero tampoco dudamos de los esfuerzos que se están realizando por mejorarlas.

Los costos de la salud crecen por sobre otros indicadores económicos y los ingresos que percibimos, no siempre crecen a igual, ritmo generando brechas de difícil sustentación. La tecnología, las enfermedades crónicas, los indicadores de vejez, el reemplazo de órganos, las prótesis, etc., son algunos de los tantos factores del encarecimiento de la salud.

Invito tanto a la comunidad hospitalaria como a la comunidad usuaria, para que de alguna forma comprendamos que el hospital no es un sistema cerrado, por el contrario, interactúa con la sociedad, con el gobierno, con los aspectos jurídicos y legales, con los sistemas financiadores, con otros hospitales, con la atención primaria, etc., es decir, no depende solo de la voluntad y trabajo interno, depende de la interacción de muchos actores; sin embargo, la comunidad puede estar segura que en lo que a nosotros respecta, los esfuerzos se harán sin desmayo.

Aprovecho para dar las gracias a todo el personal del Hospital del Salvador, por su compromiso con la organización; a todo el voluntariado por su dedicación por mejorar las condiciones de los pacientes y a todos los que cooperan en mejorar nuestro Hospital.

DR. FRANCISCO PERAGALLO CARRASCO
DIRECTOR
HOSPITAL DEL SALVADOR

2. ANTECEDENTES HISTORICOS

El Hospital del Salvador, fue fundado por Decreto Supremo, el día 7 de diciembre del año 1871, siendo Presidente de la República de Chile, don Federico Errázuriz Zañartu y Ministro del Interior el Sr. Eulojio Altamirano.

El Artículo 1º.- del Decreto dice lo que sigue “Procédase a erigir hacia el oriente de la ciudad y en el fundo que designe la Comisión nombrada por Decreto de 25 de noviembre último, un nuevo hospital de hombres que se denominará **Hospital del Salvador**. Este hospital deberá construirse de modo que cómodamente contenga 500 camas como minimum”

La idea de construir este recinto, nació como consecuencia de la preocupación del estado por la excesiva mortalidad, especialmente la infantil que llegaba al 62% de los nacidos vivos y por las epidemias de Viruela que afectaban periódicamente al país, produciendo rechazo y congestión en los centros asistenciales. El Presidente de la República nombró una comisión compuesta de respetables y prestigiosos vecinos de Santiago, con el objeto de que recogiesen donaciones, siguiendo el ejemplo del señor Francisco Javier Casanova, quien puso a disposición del Ministerio la suma de cuarenta mil pesos en monedas de oro, recogidas de la caridad de la ciudadanía. Además, el presupuesto fiscal no presentaba los márgenes para realizar una obra de esta magnitud. La asombrosa actividad de los secretarios de esta Comisión, señores Benjamín Vicuña Mackenna, y don Ramón Barros Luco dio espléndidos resultados, consiguiendo reunir una importante suma de dinero, que al término de sus funciones era cercana a los \$350.000 pesos oro.

El 18 de diciembre de 1871, la Comisión compró un vasto solar, la “chacra Barainca” de ocho y media cuadradas que los padres de la Merced poseían en el barrio de la Providencia y que costó \$ 20.000.-. Con parte del dinero colectado se compró también un terreno en el barrio de la Cañadilla (Independencia), para la construcción del hospital de mujeres San Vicente de Paul, con capacidad para 400 camas, pero, como las erogaciones recogidas en el vecindario, unidas a los recursos con que contribuyó el Estado, sólo alcanzaron para terminar este último y el hospital del Salvador quedó sólo en cimientos.

Esta situación, sumada a la crisis económica que afectó al país desde el año 1875 a 1879, impidió que el Fisco pudiese distraer fondos para su terminación. Sobre los cimientos construidos en 1872, se edificaron grandes barracas de madera para la asistencia de los Variolosos, llamados lazaretos.

Sólo en 1888 se obtuvieron fondos para construir el hospital, conforme a un nuevo proyecto del arquitecto señor Carlos Barroilhet Budce y según especificaciones aprobadas por la Junta de Beneficencia. Las cinco primeras salas fueron construidas entre 1889 y 1890 bajo la vigilancia del primer administrador del hospital, don Miguel Felipe del Fierro. Las cinco siguientes, que cierran el primer

patio por el oriente y parte de la administración, se edificaron desde 1891 en adelante.

Para construir las otras diez salas del sector sur, el pabellón de la maternidad, las salas para operaciones quirúrgicas y terminar los departamentos de la administración, fue necesario la actividad y la aventajada posición social de sus posteriores administradores, señores, don Eugenio Guzmán Irarrázabal y don Daniel Bernales, para terminarlas. Por fin, en 1905 el Hospital quedó concluido y con todas sus salas habilitadas. A partir de esta fecha, el hospital fue incorporando nuevas edificaciones para atender las crecientes demandas de la comunidad.

La fachada principal del hospital y especialmente el núcleo central que comprende el primer patio de la capilla, la capilla y su cúpula, el segundo patio de la comunidad con los edificios circundantes, conforman el núcleo histórico que ha sido declarado **Monumento Nacional**, con fecha 06 de mayo de 1985.

3. ANTECEDENTES GENERALES

3.1 Área geográfica y demográfica



El Hospital del Salvador perteneciente a la región Metropolitana, como parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, debe atender a pacientes provenientes de las comunas de: La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, Peñalolén, Providencia y Vitacura.

El Hospital del Salvador es un hospital de adultos y la mayor concentración de demanda se encuentra entre los 46 y 85 años de edad, representando el 65,21%; los paciente menores de 45 años representan el 29,01% y ala agrupación mayores de 86 años representa el 5,78% de los egresos.

Los datos no hacen sino refrendar una apreciación empírica, de un hospital de adultos, con alto indicador de vejez y con una prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a los grupos de edad del adulto y del adulto mayor.

3.2 Misión, Visión

MISION	VISION
Proporcionar acciones de salud a la población en forma oportuna, resolutiva y eficiente, con perfeccionamiento continuo orientado a la atención de patologías de alta complejidad.	<ul style="list-style-type: none">- Convertirse en referente nacional en patologías específicas constituyendo polos de desarrollo (centro de trasplantes, linfoma, hemofilia, cirugía vascular) y liderando el mercado.- Ser modelo de gestión sanitaria.- Que los usuarios tengan garantía de un tratamiento integral con tecnología de punta.- Campo clínico de formación técnica y profesional de pre y postgrado.- Lograr un usuario altamente satisfecho de la atención recibida, siendo oportuna, resolutiva y de calidad. Todo ello, unido a una eficiencia operacional y financiera, que minimice tiempos y listas de espera y propenda a un uso eficiente de los recursos.

Tabla 1: Misión, Visión

3.3 Infraestructura y Servicios Clínicos

El Hospital del Salvador cuenta con una infraestructura de 60.000 m², en el que se distribuyen 392 camas, correspondiendo el 8.7% a camas de intermedio o intensivo. Con 111 box para consultas y 34 box para procedimientos. El Hospital cuenta con 11 Pabellones Centrales y 5 pabellones oftalmológicos y 1 para UTO.

Cuenta con Servicios Clínicos de atención directa al paciente (Cirugía, Urología, Traumatología, Otorrinolaringología, Medicina, Neurología, UCI, UTI, Oftalmología-UTO, Psiquiatría, Dermatología, Medicina Física, Urgencia) y Servicios de Apoyo (Pabellones Centrales, Pabellones Oftalmología, Imagenología, Laboratorios, Banco de Sangre, Anatomía Patológica, Farmacia).

3.4 Recursos Humanos

El Hospital del Salvador es uno de los hospitales de adultos más importantes del país y es parte de la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Cuenta con una dotación de 1.553 funcionarios(as), que se distribuyen en: 81% ley 18.834 y el 19% Ley médica.

3.4.1 Dirección

Durante el año 2006 el Hospital del Salvador contó con dos Directores:



El Dr. Carlos Altamirano Cabello, quien asumió el cargo de Director a partir del 13 de Septiembre 2001 hasta el 02 de Noviembre 2006, estando en Comisión de Servicio por 3 meses (Agosto-Octubre 2006) en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Se agradece al Dr. Altamirano, quien en su período de gestión por casi 5 años, modeló un sistema de gestión hospitalaria, ampliamente reconocido por el Fonasa y el Minsal. Esto unido a su capacidad de liderazgo, de dedicación y cercanía con los funcionarios lo perfiló como un gestor de alta calidad en el quehacer hospitalario.



Asume como Director(S), a partir del 01 de Agosto a la fecha, el Dr. Francisco Peragallo Carrasco.

El Dr. Peragallo cuenta con una reconocida carrera en la Gestión Pública, habiendo sido director de este Hospital en el período 01.01.1994 al 10.04.1998.

El equipo directivo del Hospital es:

DIRECTIVO	NOMBRE
Director	Dr. Francisco Peragallo C.
Subdirector Médico	Dr. Felipe Catán G.
Subdirectora Administrativa	Ing. Com. Angélica Díaz T.
Subdirector Operaciones	A.P. Mauricio Bustamante O.
Subdirector Enfermería	E.U. Miguel Guajardo D.

Tabla 2: Equipo directivo

3.4.2 Subdirección Administrativa



Como un hito en la Red Salud Oriente de la modernización del Estado calificó el Director del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la firma de convenio de desempeño de parte de tres directivos de establecimientos, dentro del cual esta la actual Subdirectora Administrativa, Sra. Angélica Díaz Torres, elegida por el Sistema de Alta Dirección Pública. La Sra. Angélica Díaz, Ingeniero Comercial, comenzó sus funciones a contar del 19 de Junio 2006 a la fecha.



Anteriormente a ella se contaba con el apoyo de la Sra. Verónica Ibacache, Ingeniero Comercial, quien estuvo en el cargo a contar del 01 de Enero 2005 al 18 de Junio 2006, a quien se le formulan expresos agradecimientos por su dedicación y profesionalismo con que se dedicó al cargo.

4. ANALISIS Y EVALUACION DE LAS METAS Y OBJETIVOS FORMULADOS PARA EL AÑO 2006

1. Crear y gestionar requerimientos para postular a Hospital Auto Gestionado

El Hospital conciente de las necesidades que implica la autogestión, participó en todas las actividades de capacitación Ministerial y fue generando instrumentos internos con el objetivo de cumplir con las exigencias que impone dicho organismo.

2. Cumplimiento de metas sanitarias y presupuestarias del SSMO

El Hospital de acuerdo a los compromisos de gestión contraídos con el SSMO tuvo un cumplimiento del 93%. Los indicadores económicos muestran ingresos superiores a los gastos generando un nivel de financiamiento del 102,1%.

3. Seguir participando en la gestión y desarrollo del Complejo Salvador Infante

Los cambios en las estrategias ministeriales, congelaron el desarrollo del Complejo Salvador Infante, sin embargo, bajo instrucciones del mismo Ministerio se focalizó un desarrollo de normalización solo para el Hospital del Salvador y Geriátrico.

4. En Gestión Clínica:

- Optimización de gestión de camas y cirugía ambulatoria
- Creación de la sala de prealta, atención de familiares y sala de espera Pabellón Quirúrgico

Producto de la gestión central de camas y del trabajo desarrollado por los especialistas, las estancias medias de hospitalización bajaron de 6,5 a 6,3 días y la tasa de reingreso bajó de 1,41 a 1,29. Significa entonces que la bajada promedio de días de estada se hizo con alta calidad.

En Cirugía Ambulatoria solo se alcanzó a efectuar una etapa de diseño de los procesos, los cuales lograrán su implementación durante el año 2007.

En relación a la creación de las salas de: Preatla, Atención de familiares y de espera Pabellón, este desafío se cumplió en un 100%. Para mayor información ver página 25.

5. Centralizar unidades de endoscopia, unidad de trasplante e incorporar trasplante de medula ósea

Se inicio el proceso de planificación para la centralización de las unidades de endoscopia, a partir del segundo semestre con todos los involucrados. Se definieron las bases administrativas correspondientes para el llamado a licitación para la implementación física.

La centralización de la unidad de trasplante y la incorporación de trasplante de médula ósea no fueron desarrollados, en espera de la decisión que tome el Ministerio.

6. Desarrollar cuenta corriente paciente valor real

Se dieron todos los pasos conceptuales para dicho desarrollo. Sin embargo, esto se logrará cuando se digite el 100% de las prestaciones en el sistema (actualmente la digitación alcanza a un 70%).

7. Planificación estratégica 2006-2009. Cuadro de Mando Integral (Balance Scorecard)

Se desarrolló la Planificación Estratégica 2006-2009 Hospital del Salvador, con participación de todas las jefaturas del Hospital apoyado por una empresa externa, la cual se licitó a través de Chilecompra.

8. Desarrollo proyecto OIRS

En relación a proyecto OIRS, se desarrollo como proyecto el SAP (Servicio de Atención a las Personas).

9. Mejorar el porcentaje de respuesta a reclamos y el trato en el plazo de 20 días

Aumentó el porcentaje de respuesta a los reclamos ante de 20 días, el que fue de un 75,5%, incrementándose en un 9,5% respecto al año 2005.

5. CALIDAD ATENCION

5.1. Gestión Usuaría

Dada a que la misión hospitalaria y la visión institucional están orientadas a alcanzar una calidad en los servicios de salud ofrecidos a la población, en el contexto de entender el axioma de que somos personas, trabajando para personas, donde el ciudadano es el centro de nuestro quehacer, es por eso que deseamos lograr ciudadanos satisfechos por haber recibido; atenciones oportunas, resolutivas y de calidad. Al respecto la prevalencia en la gestión administrativa y que ha impregnado al HDS ha sido progresivamente ir logrando mayor satisfacción de nuestros usuarios, no sólo por la calidad de la atención clínica entregada, sino también por la calidad en el trato con que los servicios de salud son percibidos por los usuarios. Es así como la tendencia estadística que revela el grado de satisfacción de nuestros usuarios en un estudio comparativo del año 2000 al 2005, posiciona al Hospital del Salvador en un 67,2% de ciudadanos conformes con los servicios obtenidos, en el año 2000, y un 83,8% en el año 2005.

Durante el año 2006, en la línea de satisfacer las expectativas de nuestros usuarios, se desarrollaron las siguientes acciones no médicas y que apuntaron a generar servicios de salud más integrales desde el punto de vista biosicosocial de los ciudadanos, organizadas e implementadas por la Unidad de Atención al Usuario del HDS:

1. Se diseñó y aplicó en el mes de Febrero y Marzo de 2006 una Encuesta a los usuarios internos y otra a los usuarios externos del HDS, sobre los contenidos que desearían se incluyeran en la Cuenta Pública 2006 y posterior a ella, se les solicitó una evaluación de tal evento. Los aportes resultantes de estas encuestas se traducen en la presentación de la actual Cuenta Pública, lo cual nos indica que la participación de todas las personas involucradas en la gestión de salud, tanto los que ofrecen servicios , como los que lo reciben estas prestaciones, son importantes a la hora de planificar las acciones institucionales.
2. A partir de Abril de 2006 se implementó una campaña de difusión informativa del Programa Auge, para que todos los usuarios, tanto ambulatorios, como hospitalizados pudieran acceder a estos servicios, ello implicó la confección de paneles educativos, diseño de trípticos detallando los requisitos para ser beneficiarios del Programa Auge, se entregaron además instructivos sobre los distintos tipos de patologías que cubre el Plan Auge. Además se difundieron estos contenidos, con la comunidad organizada, tanto a Voluntariados, como Agrupaciones de Autoayuda y Consejo Consultivo de Usuarios, quienes colaboraron con la réplica informativa a los usuarios hospitalizados. Esta campaña continuó durante todo el año, hasta Noviembre de 2006, con una excelente acogida por parte de la ciudadanía.

3. También en Abril de 2006, se difundieron a todos los usuarios ambulatorios, los “Deberes” y “Derechos” en salud, creándose paneles informativos en los Policlínicos de Oftalmología, Unidad de Trauma Ocular, Policlínico de Medicina, Servicio de Urgencia y Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. Además se confeccionaron trípticos que se entregaron no solamente a los usuarios externos del HDS, sino también a los usuarios internos, esto es a los funcionarios, a través de las jefaturas de cada servicio y unidades de apoyo.
4. En el mes de Mayo de 2006, se realizó junto a los integrantes del Consejo Consultivo, un Programa de Trabajo, donde se delinearon los proyectos de satisfacción usuaria que ellos mismos implementarían, además de un cronograma anual de actividades. Desde el SSMO, se becó a un dirigente vecinal integrante del Consejo para capacitarse en liderazgo efectivo, recayendo el beneficio en un representante de la comuna de La Reina. La Unidad de Atención al Usuario los respaldó durante todo el año, no obstante los proyectos no llegaron a cumplir su ejecución en un 100%. Por lo cual el año 2007, se dará un impulso especial a este trabajo comunitario.
5. En Junio de 2006 se desarrolló “Campaña de Donación de Órganos”, la cual se dio a conocer a toda la comunidad de funcionarios, a través de la colilla de pago y se difundió a la comunidad de ciudadanos, a través de paneles y trípticos informativos. La Campaña fue organizada por la Unidad de Trasplante Renal y se realizó con el apoyo ejecutivo de la Unidad de Atención al Usuario.
6. Además en Junio de 2006, se celebraron los Compromisos de Acción de las 13 organizaciones sociales que colaboran con los enfermos del hospital, entre ellos Voluntariados y Agrupaciones de Autoayuda. Estas organizaciones a través de un evento público y masivo, organizado por la Unidad de Atención al Usuario, se comprometieron a desarrollar sus programas de trabajo anual, con la firma de 23 objetivos y 67 compromisos de trabajo colaborativo.
7. En Agosto de 2006, se desarrolló hacia la comunidad usuaria, la “Campaña del Buen Trato”, patrocinada por el Ministerio de Salud, que consistió en la difusión informativa de paneles que orientaban el buen trato mutuo que debe haber entre funcionarios y usuarios, con el slogan: *“hagamos un trato, tratémonos bien”*.
8. En el mismo mes de Agosto, los integrantes de los Voluntariados y Agrupaciones de Autoayuda asistieron a un curso de formación espiritual, denominado: *“Relaciones Humanas en Armonía”* dictado por la Brama Kumaris y organizado por la Unidad de Atención al Usuario.
9. En el mes de Septiembre de 2006, se desarrolló por primera vez la iniciativa de celebrar el “Día del Enfermo”, repartiéndose a cada usuario hospitalizado y ambulatorio una flor con un mensaje humanitario, además de la promoción de afiches informativos. Para ello, se contó con la valiosa colaboración de los 13 Voluntariados y Agrupaciones de Autoayuda que trabajan en el hospital, quienes

diseñaron los motivos a obsequiar y repartieron por cada sala los mensajes de aliento y esperanza. Finalizó ese día con una celebración eucarística.

10. En el mes de Diciembre de 2006, la Unidad de Atención al Usuario como en otros años organizó con la colaboración de los 13 Voluntariados y Agrupaciones de Autoayuda del hospital, una Celebración de Navidad dirigida al enfermo hospitalizado y a los usuarios ambulatorios, ubicados en todas las salas de espera del HDS. Para ello, se contactó al Grupo Folklórico de la Oficina del Adulto Mayor de Nuñoa, llamado "Paisaje" y al cuarteto de voces perteneciente a la Iglesia Evangélica Pentecostal, quienes desplegaron un acto artístico en cada sala de nuestro hospital, acompañado con las voces y coros de Voluntariados y Agrupaciones de Autoayuda. Se realizó en el mismo momento la entrega de regalos y mensajes cristianos para todos los ciudadanos. Esta actividad se vio complementada con una oración colectiva y ecuménica abierta a ala comunidad, teniendo la dirección de ella el padre Patrick Hamilton.

Por otro lado en pos de mejorar el vínculo y la relación de nuestros usuarios con su núcleo familiar y facilitar la adaptación a su condición de salud se comenzó a implementar en el mes de Diciembre de 2006, el PLAN HOSPITAL AMIGO, que entre otras directrices y objetivos se plantea un sistema de visitas ampliadas, para familiares del paciente. En el Hospital del Salvador, comenzándose a realizar un Plan Piloto de estas Visitas, a partir del mes de Diciembre en adelante.

Visita diaria de 6 horas (11-17 hrs.) desde el 18 de Diciembre de 2006. Mayor información, solicitar tríptico en Satisfacción Usuaría. Ver testimonio de familiar de una paciente en Anexo 1.

Por último, el HDS en su misión de lograr mayor satisfacción de sus usuarios, por los servicio de salud prestados, también ha monitoreado las reclamaciones realizadas por los ciudadanos, las felicitaciones hechas a nuestros equipos de salud y las sugerencias que han presentado.

Durante el año 2006 se atendieron por Informaciones a 82.939 usuarios. Se recibieron 713 reclamos, de ellos 539 fueron contestados, lo que corresponde al 75,5% resolutivez (respecto al año anterior hay un aumento del 9,5% en la resolutivez). Se registraron 228 Felicitaciones y 43 Sugerencias.

Ver Anexo 2 presentación de felicitaciones y Anexo 3 prestación de reclamos.

713 RECLAMOS 2006

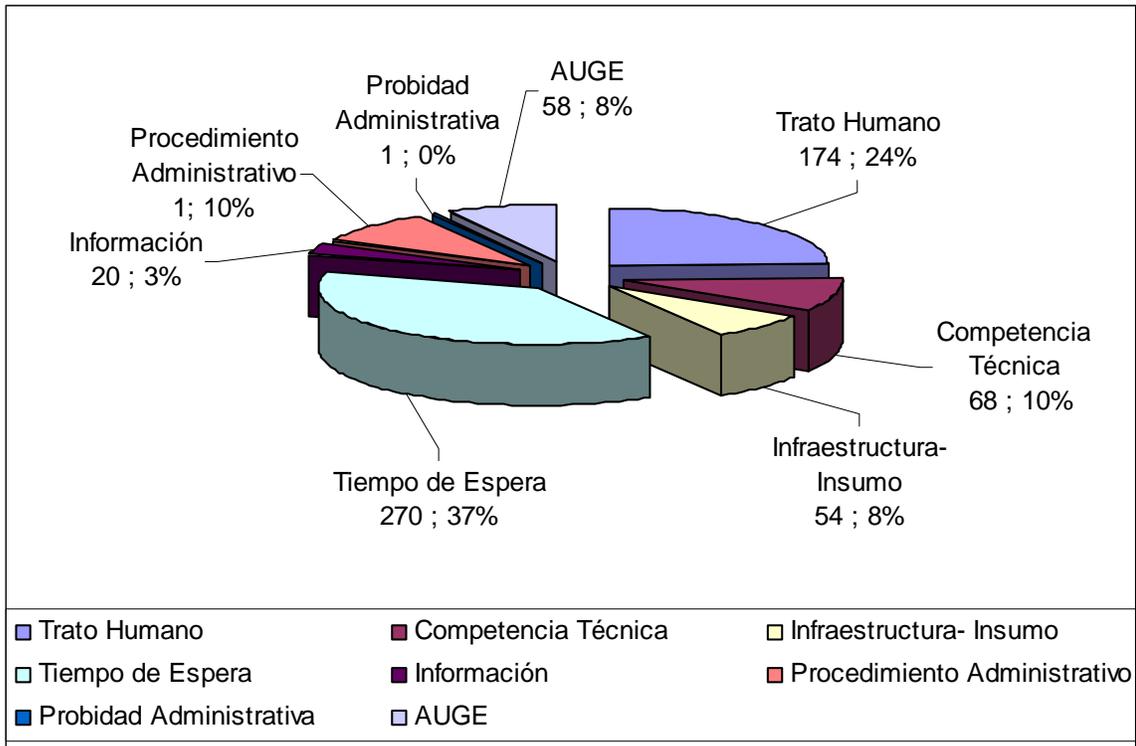


Gráfico 1: Reclamos 2006

228 FELICITACIONES 2006

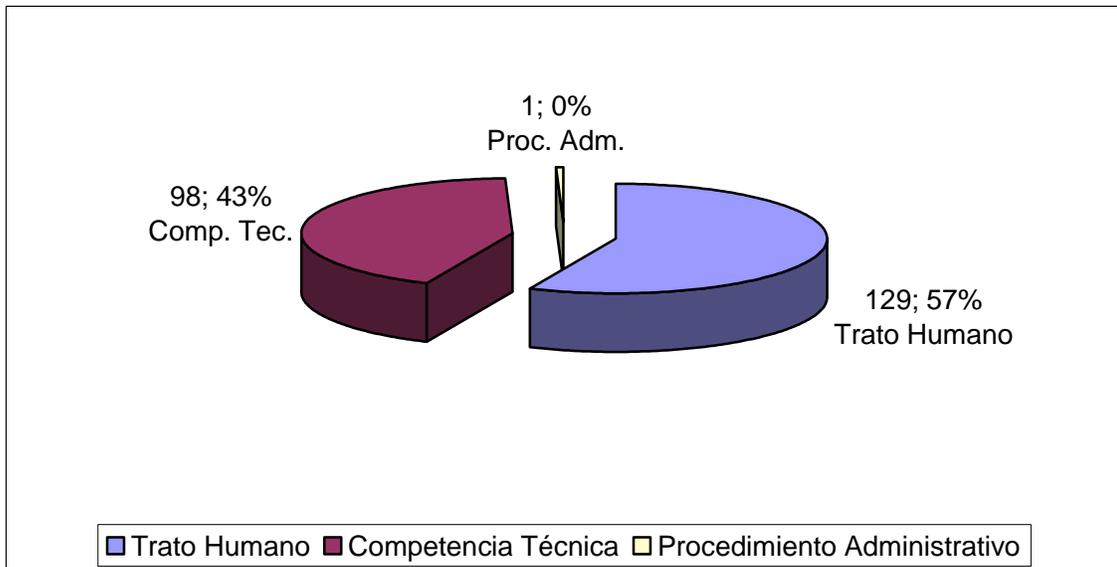


Gráfico 2: Felicitaciones 2006

5.1.1. Reconocimiento especial en la Gestión de Satisfacción Usuaría:

Los servicios que merecen una especial mención, por proyectar una buena gestión en la satisfacción de sus usuarios, partiendo de la base de analizar sus reclamaciones y ya porque disminuyeron su número de reclamos, ya porque no tuvieron un número de reclamos significativos y/o además aumentaron sus felicitaciones o se mantuvieron con relación al año pasado, están:

- **UROLOGÍA:** Servicio que no presenta reclamos por trato humano, lo que denota un alto esfuerzo por parte del equipo de salud en informar adecuadamente y despejar las dudas de los usuarios en todo momento. Esta acción sumada a su alta competencia técnica genera un servicio de calidad y de satisfacción a la ciudadanía. Sólo presenta reclamos por tiempos de espera quirúrgico, variable que no depende absolutamente del equipo de urología.
- **BANCO DE SANGRE:** Unidad de Apoyo que disminuyó sus reclamos con relación al año 2005 y que con mérito aumentó su número de felicitaciones. Notable, si se tiene en cuenta que los hechos externos acaecidos durante el año 2006, podrían haber afectado los aspectos psicológicos que rodean el proceso de atención, por el contrario fuera de superarse, aumentaron los elogios a su atención.
- **UNIDAD DE TRAUMA OCULAR:** Unidad de Apoyo que pese a su compleja atención, por tener referencia nacional, el alto número de consultantes y el carácter de urgencia, sólo presenta dos reclamos en todo el año. Esta situación denota un alto grado de competencia técnica, pero también una buena comunicación y trabajo en equipo desplegado en beneficio de sus usuarios, así como una excelente entrega informativa a los ciudadanos afectados y consultantes.

5.1.2. Gestión de satisfacción usuaria externa v/s satisfacción usuaria interna:

Para poder apoyar la gestión de satisfacción a los usuarios externos, la Unidad de Capacitación logró incorporar en su programa de trabajo cursos que privilegiaron la formación del recurso humano en el paradigma de satisfacción usuaria y cultura de servicio. Estos cursos fueron: Imagen Corporativa, Comunicación Efectiva y Liderazgo organizacional efectivo. De tal modo, que al ser programas continuos en el tiempo se podía favorecer el apoyo al recurso humano con herramientas de gestión que coadyuvan a un buen trato humano.

5.2. Gestión AUGE

En el segundo año de vigencia de la ley N° 19.966 de Garantías explícitas en salud, parte importante de la Reforma de Salud, el Hospital del Salvador debió implementar la atención de otras 11 patologías correspondientes al Decreto N° 170 del año 2006, con lo que se completa la atención directa de 22 de las 40 las patologías garantizadas por Ley ,sin considerar la participación en el tratamiento quimioterápico del Cáncer de mama y el Cáncer Cervicouterino, para las pacientes derivadas del Hospital Luís Tisné y el CRS Cordillera.

Dado el aumento de patologías y de la población que tiene acceso a esta Ley en el Área Oriente, el establecimiento debió invertir recursos financieros y humanos en la reformulación de la Plataforma de Atención de pacientes GES. Esta medida ha permitido mantener un registro más confiable de la información relacionada con los casos GES y además brindar una atención personalizada a nuestros usuarios, reforzando la ya existente Oficina de Coordinación GES.

PATOLOGIAS GES	2004	2005	2006
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	160	219	282
Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos	260	407	396
Infarto Agudo del Miocardio	35	132	245
Diabetes Mellitus Tipo 1	65	78	92
Diabetes Mellitus Tipo 2			865
Tratamiento Quirúrgico de Cataratas	950	2.467	1.421
Endoprotesis Total de Cadera en personas de 65 años y más con Artrosis de	86	101	72
Esquizofrenia	27	87	42
Cáncer de Testículo en personas de 15 años y más	27	72	40
Linfomas en personas de 15 años y más	52	136	107
Trastornos de Generación del Impulso y Conducción en personas de 15 años y		67	125
Colecistectomía Preventiva del Cáncer de Vesícula en personas de 35 a 49			220
Cáncer Gástrico			38
Cáncer de Próstata en personas de 15 años y más			189
Retinopatía Diabética			381
Desprendimiento de Retina Regmatógeno no traumático			46
Vicios de refracción en personas de 65 años y más			2.223
Hemofilia (tratamiento realizados)			491
Depresión en personas de 15 años y más			818
Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de la Próstata en personas			111
Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más			153
Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 Años y más			311
VIH/SIDA		117	160
TOTAL	1.662	3.883	8.828

Tabla 3: Patología GES

Del total de patologías AUGE vistas en el período 2006 hubo un cumplimiento del 93%. Pese al alto nivel de cumplimiento el Hospital se ha formulado como meta permanente lograr la resolutivez del 100% de los casos.

PROBLEMAS DE SALUD	GARANTÍA OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO	RESULTADO
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL – PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	INICIO DE HEMODIALISIS: DENTRO DE 7 DIAS	100%
ALIVIO DEL DOLOR POR CÁNCER AVANZADO Y CUIDADOS PALIATIVOS	INICIO DE TRATAMIENTO DE ALIVIO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 5 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	100%
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, CON SUPRADESNIVEL ST	CON SUPRADESNIVEL ST CON INICIO DE TRATAMIENTO DE TROMBOLISIS EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 MINUTOS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA CON ELECTROCARDIOGRAMA	23%
DIABETES MELLITUS TIPO 1	PRIMER CONTROL PREVENCIÓN SECUNDARIA DENTRO DE 30 DIAS DESDE ALTA HOSPITALARIA POR: TRATAMIENTO IAM, BY-PASS CORONARIO O ANGIOPLASTIA.	81%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	INICIO DE TRATAMIENTO DENTRO DE 24 HORAS, DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CATARATAS	ATENCIÓN POR ESPECIALISTA DENTRO DE 90 DÍAS DESDE LA DERIVACIÓN SEGÚN INDICACIÓN MEDICA.	100%
ENDOPRÓTESIS TOTAL DE CADERA EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS CON ARTROSIS DE CADERA CON LIMITACIÓN FUNCIONAL SEVERA	INICIO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DENTRO DE 180 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	86%
ESQUIZOFRENIA	INICIO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA INCORPORAR LA ENDOPRÓTESIS DE CADERA EN UN PLAZO MÁXIMO DE 240 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	83%
CÁNCER DE TESTÍCULO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	CONTROL POR ESPECIALISTA DENTRO DE LOS 40 DÍAS DESPUÉS DE LA CIRUGÍA	90%
LINFOMAS EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	ATENCIÓN KINESIOLÓGICA INTEGRAL DESDE EL PRIMER DÍA DESPUÉS DEL ALTA QUIRÚRGICA	60%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA O ESENCIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.	INICIAN EL TRATAMIENTO DESDE LA PRIMERA CONSULTA CON EL ESPECIALISTA	100%
COLECISTECTOMIA PREVENTIVA DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN ADULTOS DE 35 A 49 AÑOS, SINTOMÁTICOS	INICIO DE TRATAMIENTO DENTRO DE 15 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA	100%
CÁNCER GÁSTRICO EN ADULTOS DE 40 AÑOS Y MÁS	INICIO DE TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA DENTRO DE 10 DIAS DESDE LA CON CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
CÁNCER DE PRÓSTATA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	INICIO DE TRATAMIENTO DE RADIOTERAPIA DENTRO DE 25 DÍAS DESDE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
VICIOS DE REFRACCIÓN EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS	ATENCIÓN CON ESPECIALISTA: DENTRO DE LOS 90 DÍAS DESDE LA DERIVACIÓN SEGÚN INDICACIÓN MEDICA	100%
RETINOPATÍA DIABÉTICA	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LOS 90 DÍAS DESDE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DENTRO DE LOS 30 DIAS DESDE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
HEMOFILIA	INICIO DE TRATAMIENTO DENTRO DE LOS 180 DÍAS DESDE LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
DEPRESIÓN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	MIOPIA, ASTIGMATISMO O HIPERMETROPIA ENTREGA DE LENTES EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 DÍAS DESDE INDICACIÓN MEDICA	100%
HIPERPLASIA BENIGNA DE LA PRÓSTATA	INICIO DE TRATAMIENTO FOTOCOAGULACION O VITRECTOMÍA SEGÚN CORRESPONDA EN UN PLAZO MÁXIMO DE 60 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
ORTESIS Y AYUDAS TÉCNICAS PARA EL BENEFICIARIO DE 65 AÑOS Y MÁS.	INICIO DE TRATAMIENTO DE VITRECTOMÍA O CIRUGÍA SEGÚN CORRESPONDA EN UN PLAZO MÁXIMO DE 7 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA.	100%
ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ISQUÉMICO	INICIO DE TRATAMIENTO DESDE LA PRIMERA CONSULTA.	100%
	INICIO DE TRATAMIENTO DESDE LA PRIMERA CONSULTA.	100%
	INICIO DE TRATAMIENTO DENTRO 180 DÍAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA	100%
	ENTREGA DE ORTESIS: BASTÓN, CONCHON ANTIESCARAS.COJIN ANTIESCARAS DENTRO DE 20 DÍAS DESDE INDICACIÓN MEDICA.	100%
	ENTREGA DE ORTESIS: SILLA DE RUEDAS, ANDADOR, ANDADOR DE PASEO DENTRO DE 90 DÍAS DESDE INDICACIÓN MEDICA.	100%
	HOSPITALIZACIÓN EN PRESTADOR CON CAPACIDAD RESOLUTIVA DENTRO DE 24 HORAS DESDE CONFIRMACIÓN DIAGNOSTICA.	100%
	ATENCIÓN CON ESPECIALISTA DENTRO DE 10 DIAS DESDE ALTA HOSPITALARIA.	70%
	PROMEDIO	93%

Tabla 4: Cumplimiento GES

En la actualidad el hospital cuenta con 1 funcionaria administrativa y 10 digitadoras externas destinadas a brindar dicha atención y distribuidas en los policlínicos de Medicina, Especialidades quirúrgicas, Unidad del dolor, Psiquiatría, Servicio de Urgencias, Oftalmología, Farmacia, y Unidad de Trasplante renal. Además se sumó una Enfermera de apoyo a la gestión de coordinación, difusión, cumplimiento y evaluación de los procesos del sistema de garantías explícitas a la ya existente.

También durante el año 2006 se llevó a cabo la capacitación formal de más del 60 % del personal del establecimiento en la Ley de garantías explícitas.

Para el año 2007 se están realizando actividades para sumar a esta gestión la atención de otras 7 patologías GES para completar a 29 la participación de la Institución en el cumplimiento de esta Ley:

1. Tratamiento médico en personas de 65 años y más con Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
2. Leucemia en mayores de 15 años
3. Politraumatizado grave
4. Traumatismo encefalocraneano moderado o grave
5. Trauma ocular grave
6. Artritis reumatoidea
7. Hipoacusia bilateral en mayores de 65 años que requieren audífono

5.3. Gestión Alimentación

El 16 de octubre está institucionalizado por la FAO, como el Día Mundial de la Alimentación. El Equipo de Nutricionistas de la Sección realizó una serie de actividades de Promoción de Salud entre las que se destacaron:

- ✓ Evaluación Nutricional a 142 personas de los cuales 71 eran funcionarios del Establecimiento, proporcionándoles un informe escrito individual de su evaluación.
- ✓ Se realizó Test de colesterol, Hemoglucotest, y Toma de presión para las personas evaluadas con riesgo.
- ✓ Educación alimentaria individual, con entrega de material educativo
- ✓ Entrega de agua mineral envasada
- ✓ Una Exposición en el Hall de Farmacia , sobre : “ 5 AL DÍA, TU VIDA CON ENERGÍA “, relacionado con el consumo de tres porciones de verduras y dos de frutas
- ✓ Distribución de 400 trípticos sobre Alimentación saludable
- ✓ Se entregó un almuerzo saludable para el Personal del Hospital.
- ✓ Caminata saludable realizada por los niños del Jardín Infantil y Centro Escolar, con carteles alusivos al tema, confeccionado por ellos. Se les entregó una colación saludable.

Durante el año 2006 la producción y distribución de raciones fue de 248.196, de las cuales 111.829 correspondió para los pacientes y 136.367 para el personal.

5.4. Gestión Urgencia

El Servicio de Urgencia preocupado siempre en mejorar la calidad de atención para los usuarios, realizó una serie de actividades durante el año 2006 que dan cuenta de ello:

- a. Proyecto Mejoramiento de la calidad de la atención en la unidad de emergencia:
 - ✓ Reparación de los baños de la sala de espera.
 - ✓ Contratación de una Relacionadora Pública en el Servicio, para informar a los familiares y pacientes.
 - ✓ Garantizar la oportunidad de la atención de las patologías GES que consultan en la unidad.
 - ✓ Mejorar el tiempo de atención de pacientes de alta complejidad (C2).
 - ✓ Mejorar la identificación de los funcionarios y profesionales de la unidad.
- b. Mejorar la integración el resto de la RED de urgencia del Área Oriente. Reuniones de trabajo y técnicas mensuales.
- c. Realización de video explicativo funcionamiento de la red.
- d. Mejorar la integración con los servicios del Hospital. Rotación de los profesionales de la sala de agudos.

5.5. Infecciones Intra Hospitalarias (IIH)

Durante el año 2006 el establecimiento se destacó por mantener un Programa de Infecciones Intrahospitalarias (IIH) funcionando en forma regular, permitiendo que exista un diagnóstico de situación apropiado, detectando los principales problemas de IIH y documentando impacto en prevenir y controlar las Infecciones. Se destaca la disminución de la tasa de neumonías nosocomiales de un 28,8 por 1000 días ventilación mecánica el año 2005 a un 19,1 el año 2006, tasa incluso más baja que el indicador endémico, para esta localización a nivel nacional que es de un 29,1 por días ventilación mecánica.

Otro de los Programa a cargo de IIH es el de Salud del Personal en relación a prevención y control de riesgos Biológicos, se destaca la cobertura alcanzada de la inmunización antiinfluenza que fue de un 90,2% cifra sobre el estándar esperado a nivel nacional que es de un 85%.

Hasta la fecha se ha logrado inmunizar el 95% del personal clínico contra la hepatitis B, protegiéndolo de esta manera de una enfermedad que puede transmitir a través de los accidentes cortopunzante con sangre contaminada con este virus en alrededor del 30% de las veces.

En cuanto a capacitación en Prevención de Control de IIH el establecimiento se destaca a nivel nacional por el curso de SUPERVISIÓN EN IIH, donde se entregan las herramientas y conocimientos que permitan contribuir al proceso de la mejoría continúa de la calidad de la atención hospitalaria, a través de desarrollos de programas de supervisión efectivos relacionados con prácticas de atención correctas en Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (IIH).

Este curso de carácter nacional se viene impartiendo desde hace 17 años, logrando hasta la fecha capacitar en el hospital al 100% de los profesionales enfermeras que tienen personal a su cargo, como también otros profesionales no médicos que cumplen esta misma función. A nivel nacional han participado de esta actividad alrededor de 500 profesionales.

5.6. Comité Ética Clínica

Durante el año 2006 el Comité de Ética realizó 16 sesiones ordinarias, analizando en profundidad 15 casos clínicos, con un aumento del 200% respecto al año anterior.

Los temas que el Comité analizó en profundidad fueron:

- ✓ Respeto a la autonomía.
Este respeto tanto del paciente como del subrogado guió en gran medida las decisiones que el Comité adoptó en los diferentes casos sometidos a análisis.
- ✓ Respeto a la no maleficencia
El Comité llegó a proponer en muchos casos la limitación del Esfuerzo Terapéutico, para que los pacientes no fueran sometidos a “ensañamiento terapéutico”.
- ✓ Comienzo de la vida humana
Se hizo especial análisis de este concepto sobre todo en lo que atañe a la fertilización asistida, fertilización invitro y a la conservación y congelación de embriones.

- ✓ Conducta de los médicos ante pacientes que rechazan reiteradamente las indicaciones médicas de necesidad absoluta.
El problema fundamental es compatibilizar la autonomía del paciente con el deber de beneficencia del médico y con la justicia.

- ✓ Proposición de la Unidad de Bioética del Ministerio sobre nuevo reglamento que entrará en vigencia para el nuevo funcionamiento de los Comités de Ética Clínica de los hospitales.

- ✓ Reforma de la salud, “Deberes y Derechos de los Pacientes”
Especial énfasis se dio al tema sobre el consentimiento informado.

6. GESTION RECURSOS HUMANOS

La dotación del Hospital se encuentra dividida entre dos leyes, la ley médica y el estatuto administrativo:

Ley Médica	Nº de cargos
Médicos	265
Odontólogos	18
Farmacéuticos	10
Bioquímicos	2
Total	295

Tabla 5: Ley médica

Ley 18834 (Estatuto Administrativo)	Nº funcionarios
Directivos	13
Profesionales	251
Técnicos	520
Administrativos	194
Auxiliares de Servicio	280
Total	1.258

Tabla 6: Estatuto Administrativo

Las principales actividades realizadas por RRHH son:

- ✓ En el segundo semestre del 2006 se incorpora la Unidad de Capacitación y se crea la unidad de Prevención de Riesgo. En esta Unidad se incorpora un funcionario especialista en el tema, el que entre otras cosas debe entregar lineamientos en materia de protección de la salud y generar acciones que permitan al trabajador lugares de trabajo seguros.
- ✓ Para apoyar la resolución de las patologías GES, se incorporó: 5 enfermeras, 4 técnicos paramédicos, 5 cargos de 22 horas ley médica.
- ✓ A fines de 2006, se realiza un taller sobre Desarrollo de RRHH en el Sector Público para fijar las políticas de RRHH del Hospital del Salvador.
- ✓ Se autoriza dotación oficial de cargos y horas de personal del Hospital del Salvador.

6.1. CAPACITACION

Actividades destacadas que realizó Capacitación durante el año 2006:

- ✓ Cumplimiento Meta Sanitaria N° 8 (GES): A través del diseño en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de un Manual de Autoinstrucción sobre “Régimen de Garantías Explícitas en Salud”, se capacitan 859 funcionarios correspondiente a la Ley 18.834 y 49 funcionarios pertenecientes a la Ley 19.664, dando cumplimiento a la Meta Sanitaria N° 8.
- ✓ Difusión personalizada de actividades de capacitación 2006: Diseño de folleto con calendario de actividades de capacitación 2006, distribuido individualmente a cada funcionario del establecimiento.
- ✓ Perfeccionamiento de Base de Datos de Capacitación: Creación e implementación de Base de Datos de Capacitación con el propósito de mantener información actualizada y disponible sobre las actividades de capacitación realizadas por el personal del establecimiento partir del año 2004 a la fecha.
- ✓ Perfeccionamiento en el Procedimiento de Compras Pública: Actualización de Términos Referencia, Bases de Licitación de Servicios de Capacitación y Pautas de Evaluación de Oferentes
- ✓ I Diplomado en Asistencia Ejecutiva: Entre los meses de Agosto y Noviembre del año 2006, se desarrolló el I Diplomado en Asistencia Ejecutiva, destinado a 21 secretarías de nuestro establecimiento, impartido por la Consultora PROEDUCA y con la Certificación de la USACH. Curso de 80 hrs. cronológicas orientado a la entrega de herramientas actualizadas para potenciar el desarrollo de competencias técnicas que faciliten la gestión secretarial ejecutiva, respondiendo efectivamente a los nuevos desafíos de la institución.
- ✓ I Curso Farmacia Clínica: En Octubre del año 2006, se realiza el I Curso de Farmacia Clínica (36 hrs. cronológicas), destinado a Químicos Farmacéuticos de la Red Asistencial del país, experiencia pionera en nuestro país, cuyo principal propósito fue iniciar la formación de éstos profesionales en el área asistencial, entregando conocimientos teóricos-prácticos que permitiera asesorar en forma más eficiente en el tratamiento farmacológico de nuestros usuarios hospitalizados en temas como: Gestión Farmacéutica Hospitalaria, Farmacocinética Práctica, Farmacia Clínica de diversas patologías, Nutrición Parenteral, Quimioterapia Oncológica, Atención Farmacéutica y Farmacovigilancia. Está actividad fue patrocinada por importantes Universidades del país, Sociedades Médicas y la participación de destacados docentes del ámbito académico nacional. A ella asistieron 64 Químicos Farmacéuticos.
- ✓ III Jornadas de Técnicos Paramédicos. En Noviembre se realizan las III Jornadas de Técnicos Paramédicos con asistencia de funcionarios de la red

asistencial oriente, en la cual se intercambian experiencias de la especialidad, con una asistencia de 53 Técnicos Paramédicos.

- ✓ Video Conferencia sobre Educación Permanente en Salud (EPS). En el Mes de Agosto se realiza Video Conferencia desde el MINSAL con diferentes Servicios de Salud del país, sobre experiencias de Educación Permanente en Salud (EPS) desarrolladas en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, donde el Hospital del Salvador presenta la Primera Experiencia en Red realizada con el Centro de Salud Hernán Alessandri.

Indicadores de metas de cumplimiento en el 2006, Ley 18.834:

Indicador	Metas	Resultados
1. % de Cumplimiento de Actividades	80%	88%
2. % de Funcionarios Capacitados	70% (n =870)	92% (n = 1148)
a) % Directivos Capacitados	60% (n = 3)	100% (n = 5)
b) % Profesionales Capacitados	60% (n = 154)	95% (n = 242)
c) % Técnicos paramédicos Capacitados	60% (n = 305)	97% (n = 493)
d) % Administrativos Capacitados	60% (n = 112)	97% (n = 180)
e) % Auxiliares Capacitados	60% (n = 170)	80% (n = 228)
3. Promedio Horas de Capacitación por Funcionario	20	25.3
4. % Ejecución Presupuestaria	100%	104%

* Total de hrs. de capacitación/Nº actividades de capacitación

Tabla 7: Indicadores de metas de cumplimiento, ley 18.834

Indicadores de metas de cumplimiento en al 2006, Ley 19.664:

Indicador	Metas	Resultados
1. % de Cumplimiento de Actividades	70%	64%
2. % de Profesionales Capacitados	50% (n =157)	25% (n =77)
a) % Médicos Capacitados	50% (n =141)	16% (n =45)
b) % Odontólogos Capacitados	50% (n =10)	100% (n =19)
c) % Químicos Farmacéuticos Capacitados	50% (n =6)	100% (n =11)
d) % Bioquímicos Capacitados.	50% (n =1)	100% (n =2)
3. Promedio Horas de Capacitación por Profesional	20	20.21
4. % Ejecución Presupuestaria	100%	101%

Tabla 8: Indicadores de metas de cumplimiento, ley 19.664

6.2 AUSENTISMO (Ley 18.834)

Durante el año 2006 la tasa de ausentismo por licencias médicas promedio fue de 12.1% correspondiendo a los meses de mayo y julio los que presentaron el ausentismo mas alto, con un 13.0% y un 13.9%.

La tasa promedio de ausentismo por licencias maternales y por enfermedad de hijo menor de 1 año fue de 2.2%.

Al efectuar la diferencia entre ambas se obtiene una tasa real de 9.9% del ausentismo de los funcionarios (1223) de la Ley 18.834.

Los días de ausentismo por licencias tipo 1 (enfermedad común) fueron de 23.981 durante el año, siendo el estamento de Técnicos Paramédicos quienes se ausentan prioritariamente con 12.616 días (52.6%).

Variables	2005	2006
Tasa anual por licencia medicas ley 18.834	11.7%	12.1%
Tasa anual por licencias maternales	3.2%	2.2%
Tasa real de ausentismo	8.5%	9.9%
Días ausentismo Enfermedad común	22.433	23.981
Ausentismo / días estamento técnico paramédico	11.100 (49.5%)	12.616 (52.6%)

Tabla 9: Ausentismo

7. INVERSIONES Y REPARACIONES

El sector salud conciente de la necesidad de mejorar estructuras y equipamientos ha hecho importantes esfuerzos para destinar recursos a estos propósitos:

Inversiones con recursos propios \$128.320.107
Inversiones con recursos ministeriales y del SSMO \$373.214.801

Dentro de las inversiones con recursos propios sobre un 61% se efectuó en equipamiento médico y de los montos que provienen del Ministerio y del Servicio de Salud Metropolitano Oriente el 100% fue para equipamiento médico.

Las inversiones que merecen ser destacadas se encuentran:

Inversiones	Cantidad
✓ Camillas para traslados de pacientes	64
✓ Catres clínicos	24
✓ Ventilador mecánico	1
✓ Microscopio binocular	1
✓ Electrobisturi para pabellones	4
✓ Máquinas de anestesia	5
✓ Angiografo retinal	1
✓ Mesas quirúrgicas	3
✓ Ecocardiografo	1
✓ Esterilizador	2
✓ Lámparas quirúrgicas	3
✓ Endolaser diodo	1
✓ Etc.	

Tabla 10: Inversiones



En obra de infraestructura, reparación y habilitación se destaca:

- ✓ Habilidadación de sala para Hospital de día y Sala de Espera de Pabellón
- ✓ Mejoramiento sala de lavados de Hemodiálisis
- ✓ Habilidadación de sala para instalación de mamógrafo
- ✓ Mejoramiento sala de Cirugía
- ✓ Mejoramiento SOME (policlínicos), etc.

Antes:



Después:



- ✓ La habilitación de la sala de Prealta, optimizó el uso de las camas de las salas, desocupando las mismas en las primeras horas de la mañana al trasladar a la mencionada sala los pacientes de alta en espera de sus familiares de los pacientes y/o ambulancia.
- ✓ Sala de atención de familiares; lugar donde los médicos pueden entrevistarse con los familiares de los pacientes en forma tranquila.
- ✓ Sala de Espera: esta parte de la sala ha tenido un gran movimiento, ya que toda la gente que espera en los pasillos frente a Pabellón Central de operaciones, actualmente están cómodamente sentados esperando que por intercomunicador interno sean llamados. Cuenta con televisor y con un guardia quien controla el lugar.



8. PRODUCCION

8.1 ATENCIÓN CERRADA

El Hospital del Salvador produjo el año 2006 18.859 egresos hospitalarios, con una complejidad media (GRD) de 1.54, lo que indica una complejidad alta respecto de otros hospitales nacionales, ello producto de un hospital de adultos, con alto indicador de vejez asociado a patologías crónicas y a trasplantes como renal y hepáticos.

En la tabla siguiente se muestran las principales producciones del Hospital. Cabe señalar que en los últimos cuatro años el hospital ha mantenido una producción relativamente estable motivada fundamentalmente por el crecimiento vegetativo de la población y por la disponibilidad de la oferta hospitalaria.

Atención Cerrada	2005	2006
Egresos	18.831	18.859
Egresos sin Pensionado	17.496	17.507
Complejidad	1,59	1,54
Complejidad sin Pensionado	1,61	1,55
Estancia Media	6,23	6,05
Estancia Media sin Pensionado	6,50	6,29
Tasa reingreso	1,41	1,29

Tabla 11: Producción atención cerrada

Egresos por nivel de complejidad (con Pensionado):

	Baja	Mediana	Alta	Intensiva	Total
2005	9.744	6.826	2.033	228	18.831
2006	9.991	6.776	1.896	196	18.859

Tabla 12: Egresos por nivel de complejidad

De la información presentada se puede inferir una cierta estabilización en la producción de egresos, sin embargo, los niveles de complejidad han tendido a aumentar en la baja complejidad y a disminuir en la mediana, alta e intensiva complejidad, lo cual queda representado en que el indicador de complejidad baja algunas centésimas respecto del año 2005.

Es importante destacar que los niveles de complejidad entre otros factores se da por la característica la composición de los grupos de edades. Para dicho efecto el Hospital clasificó los egresos hospitalarios por grupo de edades y niveles de complejidad, lográndose una relación porcentual entre el número de egresos y los gastos de cada grupo de edad, lo cual queda demostrado en la tabla siguiente:

Rango Edades	% Egresos	% Gastos
15 años y menos	2,32	1,36
16 y 25 años	7,88	6,31
26 y 35 años	7,83	6,51
36 y 45 años	10,98	9,89
46 y 55 años	12,22	12,42
56 y 65 años	15,62	17,07
66 y 75 años	19,47	20,48
76 y 85 años	17,90	18,87
86 y 95 años	5,44	6,57
96 años y mas	0,34	0,50
Total	100%	100%

Tabla 13: Porcentaje de egresos y gastos por rango de edades

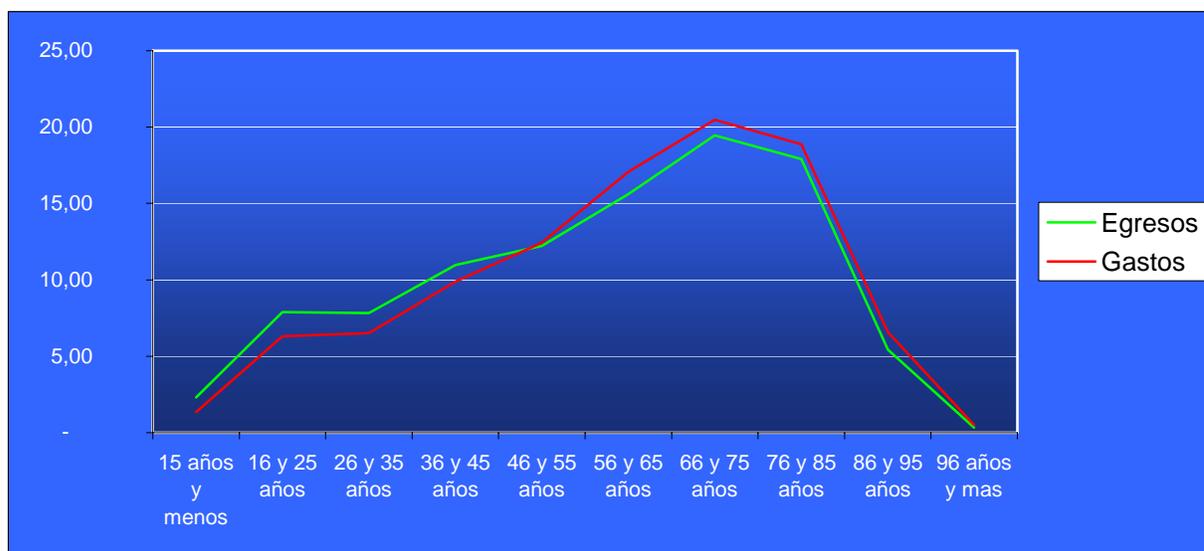


Gráfico 3: Porcentaje de egresos y gastos por rango de edades

En la clasificación de grupos de edades y sus costos asociados, podemos apreciar que la gran concentración de la demanda esta entre los 46 y los 85 años, los que representan el 65.21 %, y a su vez consumen el 68.84 % del presupuesto.

La primera gran agrupación de edades, 1 a 45 años, representa el 29.01 % de los egresos y consumen el 24.07 % del presupuesto.

La agrupación entre los 86 años y más, representa el 5.78 de los egresos y consume el 7.07 del presupuesto.

Los datos no hacen sino refrendar una apreciación empírica, de un hospital de adultos, con alto indicador de vejez y con una prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a los grupos de edades de adulto y adulto mayor.

Los pesos técnicos de los GRD, demuestran una alta complejidad y por ende una asociación simétrica de los costos.

8.2 INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAYORES

Intervenciones Quirúrgicas	2005	2006
Mayores	11.729	12.246

Tabla 14: Intervenciones quirúrgicas

Las Intervenciones quirúrgicas mayores respecto el año 2005, tuvieron un crecimiento de un 4,4%. Pese al no crecimiento de los egresos hospitalarios, la actividad quirúrgica si lo hizo, por la tendencia a la ambulatorización de ellas.

8.3 CONSULTAS MEDICAS

Consultas Médicas	2005	2006
Electivas	226.455	230.664
Urgencias	87.552	86.666

Tabla 15: Consultas Médicas

En términos generales, tanto las consultas de Urgencia como electivas no han tenido mayores variaciones, ya que las primeras bajaron en un 1,01% y las segundas subieron en un 1,8%.

9. ANALISIS FINANCIERO

El gasto anual del Hospital durante el período 2006, ascendió a la suma de \$ 20.398 millones y los ingresos ascendieron a \$20.393 millones, generándose un perfecto equilibrio financiero.

La composición de los gastos e ingresos queda reflejada en los siguientes cuadros:

Gastos en millones de \$	
Remuneraciones	\$ 11.571,8
Bienes y Servicios Consumo	\$ 8.336,9
Inversión Real	\$ 128,3
Otros	\$ 391,4
Total	20.428,4

Tabla 16: Gastos

Ingresos en millones de \$	
Propios	\$ 1.473,4
Transferencias	\$ 18.558,2
Otros	\$ 837,7
Total	20.869,3

Tabla 17: Ingresos

Se debe tener presente que remuneraciones representa el 56.6 % del gasto operacional y que el ítem farmacia asciende al 25.5 % del gasto; es decir, la suma de los conceptos remuneraciones y farmacia tienen el 82.2 % del gasto.

La tendencia histórica de los gastos hospitalarios, crece generalmente, por sobre la tendencia de los ingresos; debido a que los costos de la salud crecen por sobre otros indicadores económicos como I.P.C. o U.F.. La estabilidad del dólar ha colaborado a que esta brecha no sea aun mayor.

Si se comparan los gastos del año 2005 (\$ 18.622 millones, inflactados por IPC) con los gastos 2006 (\$ 20.428,4 millones), el incremento es de un 9.7 %. Sin embargo, los ingresos del 2005 (\$18.330 millones) subieron el 2006 a \$ 20.869,3 millones, con un crecimiento del 13,85 %.

Por lo expresado, los gastos subieron en menor proporción que los ingresos.

La producción hospitalaria ha tenido una cierta estabilización los últimos años, y la complejidad tampoco se ha incrementado, ¿por qué entonces el aumento de los gastos?. El desarrollo tecnológico, el continuo incremento de los gastos de farmacia (drogas, prótesis y otros), el efecto de las garantías explícitas y los legales reajuste de remuneraciones (a menudo por sobre IPC.), son algunas de los factores que sustentan el crecimiento de los gastos.

10. COAMISAL

El Coamisal (Corporación Amigos Hospital del Salvador) es una corporación sin fines de lucro cuyo objetivo ha sido canalizar aportes y recursos para destinarlos a algunas deficiencias propias del Hospital.

Los egresos del Coamisal por donaciones recibidas durante el año 2006, asciende a la suma de \$36.200.337, las que se distribuyeron como queda reflejado en la tabla siguiente:

Servicio	Monto
Comité Ética	\$ 13.878.526
Alimentación	\$ 629.411
Capacitación	\$ 8.662.723
Farmacia	\$ 3.760.414
Laboratorio Microbiología	\$ 584.049
Odontología	\$ 700.983
Psiquiatría	\$ 7.984.231
Total	\$ 36.200.337

Tabla 18: Coamisal

11. DESAFIOS

1. Desarrollar proyecto SAP(Servicios de Atención a las Personas)
2. Proyecto hospitalización domiciliaria
3. Desarrollo de nuevas formas de gestión clínica
4. Implantación programa de Tratamiento Obesidad Mórbida
5. Sistema mejoramiento atención de Urgencia
6. Ampliación Inmuno Suprimido para manejo de Linfoma y/o Trasplante de Médula
7. Mejoramiento salas del Hospital
8. Implementación Hospital Amigo
9. Implementación Cirugía Vasculat con láser
10. Programa de inyección de botox para tratamiento de distonias musculares
11. Implementación y centralización de Endoscopía
12. Creación e Implementación de Gestión de Pacientes
13. Unificación gestión de la información
14. Centralización del proceso de compras

ANEXOS

ANEXO 1: TESTIMONIO HOSPITAL AMIGO



“El nuevo horario de visita se compatibiliza con mis horarios de trabajo”

Cuando la señora María ingresó al hospital no existían las visitas extendidas por lo mismo, su hija Erica, sólo podía verla una vez a la semana por causas laborales. Durante ese tiempo, la señora María se deprimió y su recuperación no progresó. Ahora ambas comparten todas las tardes una rica once. Erica considera que ahora su madre sana rápidamente.

ANEXO 2: PRESENTACION FELICITACIONES

1) A : Servicio de Urología, Banco de Sangre, Hematología y SUS. A través de WEB MASTER.

“ Quisiéramos expresar nuestros agradecimientos por la atención que recibió nuestro padre y esposo en el HDS, (siendo una persona sin recursos) . Desde que se le descubrió su mieloma múltiple fue operado de próstata y tratado muy bien en el servicio de Urología, al igual que en el Banco de Sangre. Fue atendido en el Policlínico por la Dra. Cabrera (hematóloga) y también en el Servicio su Urgencia. Fueron 5 años y algo más, de los que estamos agradecidos, el nombre de nuestro padre era José Fernández Valenzuela, falleció el 24 de Septiembre de 2006 .MUCHAS GRACIAS a todo el personal, tanto doctores, como auxiliares, que DIOS LOS BENDIGA AHORA Y SIEMPRE.

Familia FERNÁNDEZ PINCHEIRA .

No siempre se dice lo bueno y por lo agradecidos que nos encontramos que nos dirigimos a ustedes.”

2) A : Dirección de HDS, servicio de Cirugía. A través de carta al Director.

“Por intermedio de la presente quisiera saludar, felicitar y agradecer al hospital y especialmente al equipo médico encabezado por el Dr. Juan Eduardo Contreras, quienes el pasado Martes 18 de Enero de 2005, me realizaron un bypass gástrico con total éxito. Mis agradecimientos van al hospital, pues su personal me atendió respetando siempre mi dignidad de ser humano; al equipo médico que al operarme, me ha regalado una vida nueva, pues al mejorar la calidad de la misma, me permiten enfrentar con total optimismo y renovados bríos esta nueva etapa que se inicia.

Felicito la loable labor que usted realiza a favor de quienes lo necesitan y a la vez los incito a no desmayar y seguir entregando su quehacer en pos de los demás. Reiterando una vez más mis agradecimientos, se despide: María Teresa Farriol Hermosilla.”

ANEXO 3: PRESENTACION RECLAMOS

1) Para: Admisión de Otorrino.

RECLAMO TEXTUAL:

“ Mi ficha clínica se encuentra extraviada en Servicio de Otorrino. Estuve para tomar un examen, la hora fue solicitada más de tres meses, tiempo suficiente para que mi ficha clínica estuviera en el servicio. Estoy citada nuevamente en el Servicio de Otorrino, para el 8 de Mayo de 2006 con la Dra. Vinagre, espero que para mi control se encuentre la ficha.”

RESPUESTA DE JEFE DE ADMISIÓN:

“ En respuesta a reclamo de Sra. X, informo a usted que la historia clínica de la paciente no está extraviada, no se envió a Otorrino , ya que no necesariamente se pide para exámenes o procedimientos. Se conversó con Tecnólogo de Otorrino y se estableció como norma que se enviaran todas las historias clínicas de pacientes citados para exámenes de esa especialidad.”

RESPUESTA DE DIRECTOR A CIUDADANA :



GOBIERNO DE CHILE
HOSPITAL DEL SALVADOR
UNIDAD DE ATENCION AL USUARIO

Carta N°: 127

Santiago, 4 de Mayo de 2006.

Sra. Rosa Valverde Puga.

Presente.

Junto con saludarle, tengo a bien dirigirme a usted, para señalarle que la Dirección de este establecimiento, tomó amplio conocimiento sobre su reclamo, solicitándole a la Sra. Ruth Caces Clavijo, Jefe de Admisión, el desarrollo de una investigación interna, en lo expuesto por usted, llegando a las siguientes conclusiones:

1.- Efectivamente como lo planteara, el Tecnólogo Médico que la atendió en el Servicio de Otorrino no tenía su ficha clínica al momento de su atención. Pero en ningún caso está extraviada.

2.- Lo que sucede, es que normalmente no se envía desde Admisión la ficha para exámenes y procedimientos. No obstante a partir de su inquietud y en conversación sostenida por la Jefe de Admisión con el Tecnólogo Médico de Otorrino, se estableció como "norma" que se enviarán todas las historias clínicas de los usuarios citados para exámenes de esta especialidad.

3.- Como este acuerdo formal se produjo antes de su citación del 8 de Mayo, esperamos como usted ese día no tenga mayores inconvenientes. De lo contrario, le invitamos a la Unidad de Atención al Usuario a registrar formalmente la posible irregularidad, para desde la Dirección de este establecimiento corregir el proceso administrativo.

Agradeciendo de antemano su especial contribución para mejorar nuestra atención, le saluda cordialmente a usted :

Dr. Carlos Altamirano Cabello.

Director del Hospital del Salvador.

c.c:- Archivo.

2) Para: Traumatología .

RECLAMO TEXTUAL (extracto) :

“ Estimado Dr. García, Ministro de Salud : primero agradecer a usted el aporte que la Unidad de Auxilio Extraordinario del Ministerio me otorgó para la compra de la endoprótesis que necesito. Lamentablemente aún esa operación no se ha podido realizar, por diversas razones, entre las más importantes estarían que : ...que el FONADIS después de hacerme llegar 3 fechas de operación bajo la firma del Dr. Torrejón del Hosp.. Salvador, no me ha concedido el aporte de

\$ 1.000.000 para la compra de la prótesis. Desgraciadamente el Fonadis dice que si no tengo fecha de operación, no me otorga el aporte. ...Perdí la posibilidad de operarme este año porque el Dr. Torrejón, no me concedió otra fecha de operación, de manera que no figuro en la posible nómina de operados. Mi enfermedad avanza, pasando la mayor parte del tiempo acostada, mi madre de 90 años está bajo mi tutela y tengo que atenderla como pueda.

Tengo como antecedentes adicionales, by pass coronario, hipertensión arterial y glaucoma.”

RESPUESTA DE TRAUMATOLOGÍA:

“ Se adjunta informe de médico tratante. El problema actual es que no figura en lista Fonadis con prótesis de cadera financiada. El servicio de Traumatología tiene un programa de cirugía Fonadis que funciona satisfactoriamente. Desde el próximo mes de Marzo de 2006, se retomará la programación de pacientes Fonadis. La Sra. X deberá reactualizar estudio clínico por ser portadora de otras patologías de riesgo.”

RESPUESTA DE DIRECCIÓN :



GOBIERNO DE CHILE
HOSPITAL DEL SALVADOR
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

Carta N°: 50

Santiago 28 de Febrero de

2006.

Sra. Ana María Rivera Ortega.

Presente.

Junto con saludarle, tengo a bien dirigirme a usted, para señalarle que la Dirección de este establecimiento, tomó amplio conocimiento sobre su reclamo presentado, solicitándole al Dr. Ramiro Canedo, Jefe del Servicio de Traumatología, el desarrollo de una investigación en lo expuesto por usted, llegando a las siguientes conclusiones :

- 1.- El Dr. Torrejón así como usted indica es su médico tratante, quien informa que le diagnosticó Artrosis de Cadera Derecha, con patología agregada como: by pass coronario, Hipertensión Arterial y Glaucoma en fecha 13 de Abril de 2005.
- 2.- Por estos antecedentes el facultativo inició trámite para la compra de su prótesis a través de Fonadis., pero la razón porque no se programó la cirugía, fue debido a que en la lista de Fonadis no figura prótesis de cadera financiada.
- 3.- Es dable considerar que el Servicio de Traumatología tiene un programa de cirugía Fonadis que funciona satisfactoriamente.
- 4.- No obstante a lo anterior, deseamos comunicarle que a partir del próximo mes de Marzo, se retomara la programación de usuarios FONADIS.
- 5.- Su caso en lo específico, en vistas a una solución está siendo abordado por el Departamento de Servicio Social, por la A.S. Srta. Vanesa Valenzuela, # 3404395, quien se pondrá en contacto con usted.

Se tiene en consideración su necesidad expresa y estamos tratando de resolver su problema. Atentamente le saluda a usted:

Dr. Carlos Altamirano Cabello.
Director del Hospital del Salvador.

c.c = Archivo .

Gabinete del MINSAL