

PERIODO  
PRESIDENCIAL  
002268  
ARCHIVO

2.- PLAN DE TRABAJO 1993

## PLAN DE TRABAJO 1993

### I.-INTRODUCCION.

El plan de trabajo para 1993, se inserta en el diagnóstico y evaluación del sector, considerando tanto lo ya realizado como la insatisfactoria percepción de la opinión pública, social y política.

Lo anterior significa que las actividades deben ser coherentes, al menos técnicamente, con los logros ya alcanzados. Ello sin provocar quiebres o alteraciones dramáticas con un alto costo futuro o bien inhibir, en el presente, estrategias, programas o actividades que tienen una solidez real como política de salud de largo alcance.

No obstante, es lícito plantear como líneas y metas de trabajo para 1993 -con probabilidad de extenderse hasta marzo de 1994-, algunas tareas relevantes que modifiquen en un plazo breve la insatisfactoria opinión sobre el sector salud. Esta acción es importante ya que esta percepción subsiste a pesar de los importantes procesos impulsados por el Gobierno en los dos últimos años para la recuperación del sector, proceso que ha significado sustanciales aumentos de recursos junto al más vasto e importante Plan de Inversiones del Sistema Público de Salud.

Esta aparente contradicción revela la existencia de elementos funcionales y estructurales que hace que los usuarios no perciban una mejoría evidente, de forma que sientan que reciben lo que entienden por una "buena atención en salud".

Por lo tanto, es necesario e impostergable modificar esta contradicción y convertirla en una oportunidad estratégica, abordándola durante 1993 y 1994, desde una perspectiva que denominamos "la personalización de los beneficios en salud".

En otras palabras, durante los próximos meses debe realizarse una intensa y constante labor en áreas que signifiquen para la gente un mejoramiento sustancial de la atención y un reforzamiento de las acciones preventivas y promocionales. Pero, por sobre todo que signifiquen un mejoramiento cualitativo en las situaciones donde el contacto entre la persona y el sistema tiene el menor tiempo de latencia para probar la eficacia, eficiencia y dignidad del encuentro. Esto es, la demanda de atención cuando se está enfermo, cualquiera sea el nivel de atención o gravedad de la misma.

## II. VARIABLES PRINCIPALES A CONSIDERAR EN EL PLAN DE TRABAJO.

Es indudable que la complejidad del sector y sus serias deficiencias en materia de gestión, descentralización, autonomía, asignación de recursos, baja productividad de los recursos humanos por carencia de incentivos , y otros fenómenos, muestran lo imperativo de abordar cambios institucionales. Ellos deben permitir el sano desarrollo del sector público de salud y aportar las condiciones básicas para tareas de mejoramiento del año 1993, y su percepción directa en términos de lo que hemos denominado como "personalización de los beneficios".

Otras variables relevantes a considerar en la estructuración del Plan de Trabajo 1993-1994 son los niveles de satisfacción del personal de la salud tanto en términos económicos, de capacitación, de entorno laboral e incentivos no económicos. Así como la rapidez, simplicidad y costo de las medidas concretas a realizar y la capacidad de comunicación y marketing de lo realizado.

En resumen, las variables que enmarcan la propuesta de Plan de Trabajo 1993-1994 del Ministerio de Salud son:

- Satisfacción de los beneficiarios.
- Satisfacción del personal de salud del S.N.S.S. y municipalizados.
- Rapidez y costo de las medidas.
- Comunicación Social.

Cabe agregar que el escenario político en el que se desarrollará el plan se caracterizará por las elecciones generales.

En concordancia con lo anterior, surgen las siguientes áreas específicas de trabajo:

- A. MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD
- B. MEJORAMIENTO DEL SECTOR SALUD
- C. PLAN DE INFORMACION AL BENEFICIARIO
- D. COMUNICACIONES EN SALUD
- F. INVERSIONES EN SALUD

## II. PLAN DE TRABAJO POR AREAS ESPECIFICAS

### A. MEJORAMIENTO DE LA ATENCION EN SALUD

#### 1. Mejoramiento de la Calidad y Acceso a la Atención

##### 1.1. Eliminación de espera y colas para la atención en Consultorios y Hospitales.

Ello especialmente de las Regiones V, VIII y Metropolitana, además de las ciudades como Antofagasta, Temuco y Puerto Montt.

Este objetivo se logra principalmente a través de:

- Sistemas de tamizaje según gravedad o urgencia.
- Reforzamiento del personal médico para morbilidad en consultorios con una mala proporción hora médico/ número de beneficiarios en sectores poblacionales de mayor pobreza.

##### 1.2 Interacción con el sector privado.

Ello a través de convenios o contratación de servicios, en acciones del nivel primario focalizadas en el marco de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

En otros niveles, están en desarrollo el Convenio de Cirugía Cardíaca con el sector privado en Antofagasta, el estudio para la implementación de un laboratorio de histocompatibilidad en Concepción y el perfeccionamiento de la compra de servicios de diálisis.

También se contempla la contratación de servicios de especialistas para los servicios de urgencia, con aranceles prefijados, en las especialidades en falencia.

##### 1.3. Reducción de Listas de Espera.

Consiste en la priorización proyectos de mayor impacto en las Regiones V, VIII y Metropolitana.

##### 1.4. Hermoseamiento, alhajamiento y mejoramiento sustancial de la mantención y aseo en:

-Consultorios

-SAPUS

Esto fundamentalmente en pintura, jardines, rejas, letreros internos y externos de información, así como la renovación de los muebles de las salas de espera.

-Salas de hospitales

Consiste en la renovación de catres y ropa de cama.

##### 1.5. Mejoramiento de SOMES en los consultorios y hospitales.

Contempla la rotación de personal cada 2 ó 4 horas y el reforzamiento en capacitación de relaciones humanas y en el conocimiento de la importancia de su rol.

1.6. Flexibilización de horarios de visitas a enfermos a partir de experiencias locales.

Se propiciará una mayor flexibilidad de las visitas a los enfermos mediante los sistemas de:

- "Madre acompañante" en los servicios de pediatría.

- "Familiar acompañante para los enfermos terminales" en los servicios hospitalarios.

1.7. Avance en la solución de los problemas de contaminación ambiental, tanto en el nivel macro -contaminación atmosférica- como micro -acumulación de basuras, plagas de animales vagos-. Para ello se incentivarán los convenios con municipalidades, tales como la de Antofagasta, Valparaíso, Concepción y de la Región Metropolitana.

### 1.8 Atención de Urgencia

1.8.1. Plan operativo para la readecuación del Sistema de Atención de Urgencia, así como la elaboración de normas técnicas y administrativas, según los diferentes niveles de complejidad.

1.8.2. Ejecución antes de mayo de los proyectos del Fondo Especial por M\$ 1.500.000 para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y del entorno laboral. Asimismo, en marzo se inicia la ejecución de los nuevos proyectos del Fondo Especial para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y del entorno laboral, por un total de M\$4.000.000.

1.8.3. Desarrollo y fortalecimiento de la atención de urgencia en accidentes del tránsito en las carreteras que unen la Región Metropolitana con las regiones IV, V, VI, VII y VIII.

1.9. Mejoramiento del acceso a la Atención Cerrada, Modalidad Libre Elección, a través de un Plan de Habilitación de Pensionados.

## 2. Mejoramiento de los Recursos Humanos del S.N.S.S.

### 2.1. Aumento del Personal.

Creación de 1.700 nuevos cargos, de los cuales 700 son para los servicios de urgencia. De ellos, 400 son para la Región Metropolitana, incluyendo 44 Médicos Generales de Zona de Urgencia y 50 cargos para otros profesionales, técnicos y personal administrativo. Los otros 300 cargos son para los servicios de urgencia de otras regiones del país.

## 2.2. Mejoramiento del Grado de Satisfacción del Personal

### 2.2.1. Programa de Apoyo a la Gestión.

Este programa, que durará 5 años, busca contribuir al desarrollo y eficiencia de los funcionarios del S.N.S.S., mediante la capacitación.

Consiste en un fondo anual concursable, financiado por el BIRF y el Gobierno de Chile, con un fondo para 1993 de M\$ 520.000. De éste el 90 % es para proyectos descentralizados y el resto para proyectos de carácter nacional.

Del total de proyectos ya aprobados, 134 corresponden al nivel técnico/asistencial, 92 a gestión intermedia y 97 a gestión superior.

### 2.2.2. Programa de capacitación del personal de los de los servicios de urgencia.

### 2.2.3. Programa conjunto con las universidades para la formación de especialistas en atención de urgencia.

### 2.2.4. Asistencia jurídica y protección legal de los Servicios de Salud para los profesionales de urgencia en casos de demandas infundadas.

## 2.3. Remuneraciones del Personal

Durante 1993, se estudiará y finalizará la modificación al sistema de remuneraciones para todo el personal. Este involucrará aumentos en las remuneraciones, dentro de un marco que permita introducir incentivos a la productividad. El plazo para finalizar este trabajo es el mes de junio para el personal médico, según el compromiso adquirido con el Colegio de la orden.

A partir del 1º de Abril, se pone en marcha el sistema de remuneraciones de los profesionales funcionarios, según la ley Nº15.076, de los Servicios de Urgencia, y la normativa ministerial de remuneraciones equivalentes para profesionales que realicen reemplazos en servicios de urgencia.

## 2.4. Negociaciones Gremiales

Un grupo especial, constituido por representantes del Ministro, del Subsecretario y de la Oficina de Relaciones Laborales, presentará una calendarización de las negociaciones con los diferentes grupos gremiales, de acuerdo a compromisos legales o como previsión a posibles conflictos futuros. Este grupo funcionará bajo la dirección del Subsecretario.

+ Hay representación en Fuentis. respecto asignación de funciones.  
Se debe en la medida de la medida de unificación  
una bonificación del 50% sobre el sueldo base.

El problema es que está la existencia al resto de las funciones -  
una de unificación, pero el punto es que el sueldo base  
de la medicina es muy inferior a los otros.

++ respecto a los otros el 93 de base sea  
un año de dicho.

sueldo de un médico \$ 70.000 bruto. (270)  
paralelo a los \$ 80.000 " (+) (240)

+++ de médicos o un representante de mayor  
preferencia el. o a sí mismo

### 3. Iniciativas legales relacionadas con el mejoramiento de la calidad y acceso de la atención

- 3.1. Ley N° 19.200 sobre jubilaciones del personal de la administración pública.

+ Esta beneficia a funcionarios de salud con el régimen previsional antiguo, mejorando el cálculo de las pensiones y fue promulgada en enero de 1993.

Las consecuencias posibles para el año, son la renovación de 2.400 funcionarios de los servicios de salud, que poseen los requisitos para acceder a este beneficio, lo que corresponde al 3,79 % de la dotación.

HAY UN PROBLEMA RESPECTO AL 2 Y 1. (SI REESTRUCTURA EL 50%).

- 3.2. Ley sobre Estatuto de Atención Primaria Municipalizada.

Se espera su aprobación por la Cámara de Diputados en el mes de enero.

- 3.3. Ley N° 19.189 sobre concursos para cargos de profesionales funcionarios de la ley 15.076.

Fue aprobada y promulgada en el mes de enero. Se espera que el reglamento esté terminado a fines del mes de febrero.

- 3.4. Ley de reforma a la normativa sobre Instituciones de Salud Previsional.

Ya fue aprobada en la Cámara de Diputados, esperándose lo mismo por parte del Senado para el mes de abril.

- 3.5. Anteproyecto de ley que otorga un descanso compensatorio especial al personal que trabaja permanentemente en sistema de turnos.

Fue enviado el 8 de enero pasado a la Secretaría General de la Presidencia.

- 3.6. Proyecto de ley que traspasa el personal contratado a la planta.

Ya está en redacción para mensaje del Ejecutivo.

### 4. Mejoramiento de la Gestión en el S.N.S.S.y Desarrollo Institucional

- 4.1. Fortalecimiento del Proceso de Descentralización Administrativa del S.N.S.S.

Incluye acciones tendientes a profundizar este proceso, y modernizar el sistema público de salud, teniendo como eje central la descentralización gradual de la gestión financiera, ya iniciada.

- Plan Piloto Financiero

Se basa sobre los siguientes criterios:

- Descentralización de la gestión financiera
- Pago por resultados (PAD)
- Arancel basado en costos
- Recuperación de costos
- Inversiones asignadas desde el nivel central

- Proceso de Negociación Presupuestaria

A realizarse entre el nivel central y los Servicios de Salud, aplicando un marco de negociación predefinido, con el compromiso de los Servicios de Salud.

Los criterios del proceso de presupuestación son:

- ser herramienta efectiva
- tener un flujo de ingresos propios
- definir un modelo financiero
- tener un compromiso de resultados de los Servicios de Salud
- tener compromisos de gestión de los Servicios de Salud

#### 4.2. Autonomía de Gestión de los Hospitales

4.2.1. Inicio de experiencias focalizadas en 1993.

4.2.2. Comienzo del funcionamiento de la Asistencia Pública como Instituto dependiente del Servicio de Salud Central. Ello será a partir del mes de marzo, en tanto se estudia la factibilidad de su autonomía completa.

4.2.3. Puesta en marcha del Servicio de Atención de Urgencia Pre-Hospitalario (S.U.P.), en el mes de julio. Es un nuevo organismo con carácter de establecimiento autónomo, del Servicio de Salud Metropolitano Central. Coordinará todo el transporte y atención pre-hospitalaria y de rescate en la Región Metropolitana, incluida la coordinación con los subsistemas privados de atención, tales como Carabineros, Bomberos, Defensa Civil y otros organismos pertinentes, su derivación a los servicios públicos y privados, para la atención hospitalaria respectiva.

## B. MEJORAMIENTO DEL SECTOR SALUD

### 1. Desarrollo Organizacional del Nivel Central

Readecuación organizacional del Ministerio, para ajustarlo a los nuevos desafíos. Las primeras alternativas de solución están previstas para el mes de mayo.

### 2. Reestructuración del Instituto de Salud Pública (ISP)

Inicio de su reestructuración orgánica con autonomía en algunas áreas que tienen que ver con funciones de producción, las que deben separarse de las funciones de supervisión, control y fiscalización.

### 3. Reestructuración de la Central de Abastecimiento (CENABAS)

Inicio de la total reestructuración orgánica de la institución, para lo cual ya se toman las medidas tendientes al mejoramiento de la gestión.

*Esto está en estudio, se espera presentarlo al mes de julio.*

## C. PLAN DE INFORMACION AL BENEFICIARIO

### 1. Plan de Información al Beneficiario

#### 1.1. Medios y estrategias

- Utilización de los medios de comunicación de masas, donde se reconoce a la televisión como el de mayor cobertura e impacto.

- Plan a desarrollar para iniciar su entrega entre Mayo y Junio del presente año.

### 2. Temas de Información.

- Quién es el beneficiario del Sistema Público.

- Beneficios a los que se tiene acceso - todos los programas de salud existentes - y el impacto logrado.

- Lugares donde se entrega la atención de salud en los distintos niveles.

- Orientación sobre las atenciones entregadas en el nivel primario, evitando la consulta innecesaria a los centros de mayor complejidad.

Campaña ciudad solidaria a su fin  
en el cual participaron once ministros y  
hoy un plan conjunto.

Valdivia ha sido elegida como primera  
experiencia.

También un año de la red. 2.ª ed. x  
accidente del tránsito. y en algunas  
lecciones.

OTO. con esto: 7 de abril se inicia  
en Valdivia. Comienza en día inter-  
nacional de la salud.

- Información completa sobre los nuevos servicios existentes, tales como:

- Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)
- Extensión horaria o terceros turnos en consultorios.
- Salas de Hospitalización Abreviada en consultorios.

### 3. Campaña Educativa para el uso adecuado de los Servicios de Urgencia.

Ello contempla los casos que deben acudir a lugares determinados y la difusión del número telefónico de acceso al de Sistema de Rescate interconectado de ambulancias, el que debe terminar su organización en el primer semestre.

## D. COMUNICACIONES EN SALUD

Este aspecto es una debilidad notoria durante los dos años y medio de gestión. No se ha aprovechado con un sentido de marketing y fuerza suficiente para mostrar logros o realizaciones concretas, con la excepción de algunas situaciones puntuales.

Desde un punto de vista técnico sanitario, el período 1993-1994 debe ser la oportunidad para que el Ministerio de Salud muestre su liderazgo en los aspectos más exitosos de su actividad, como es la prevención de la enfermedad y la promoción de hábitos de vida sanos.

Para ello se propone que las campañas a realizar, a través del Fondo de Promoción y Prevención, tengan una máxima cobertura y permanencia. Asimismo, en lo posible, deben incluir la participación conjunta con otros sectores, especialmente el privado.

Por lo tanto, se visualizan las siguientes acciones comunicacionales:

### 1. Campañas

- Campaña de Prevención de Accidentes del Tránsito.
- Campaña de Prevención y Educación de SIDA
- Campaña de Prevención del Uso del Alcohol, Tabaco y Drogas
- Campaña de Prevención del Cólera
- Campaña de Prevención y Promoción en Salud Bucal
- Campaña de Control de Hipertensión y Papanicolau, para aumentar su cobertura.

### 2. Lanzamiento de Políticas

Junto a lo anterior, y en estricta concordancia con la misión ministerial, se establecerá un calendario de lanzamientos públicos de políticas específicas de temas relacionados con salud.

Se prevén las siguientes, dado el interés público y su nivel de atracción para grupos de opinión:

- Política de Ciudades Saludables
- Política de Salud Ambiental
- Política Nacional de Medicamentos
- Política de Salud Ocupacional

### 3. Inauguraciones

También dentro del campo comunicacional, se contempla un calendario de inauguraciones de obras civiles y puesta en marcha de tecnología en los establecimientos del país. Dentro de ellas, se privilegiará aquéllas de las regiones más densamente pobladas.

En el Anexo Nº 1 se adjunta un listado de proyectos que se prevé terminar e inaugurar durante 1993.

### 4. Modelos de Trabajo Comunitario

El Ministerio de Salud ha desarrollado un extenso plan de proyectos innovadores y participativos con las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

Entre ellos hay algunos en sectores populares, sobre temas de gran interés público, para cuya difusión se desarrollará un calendario de visitas del Ministro y de los Directores de Servicio para la entrega de resultados o conclusiones.

A manera de ejemplo se señalan los siguientes:

- "Prevención, Atención y Rehabilitación de Drogadictos".  
Población "La Legua". Comuna San Joaquín.  
O.N.G. La Caleta.  
700 monitores en Salud Mental.
- "Prevención de Accidentes en menores de 15 años".  
Población Lo Hermida. 4 Unidades Vecinales.  
O.N.G. Vicaría Oriente.  
Monitoras y Red de Responsables.  
Población beneficiaria indirecta: 50.000 personas.

### 5. Modelos de mejoría de la calidad y aumento de accesibilidad

Existen 21 proyectos de Reducción de Listas de Espera, en las regiones V, VIII y Metropolitana.

## E. INVERSIONES EN SALUD

Concluida la etapa de preparación, durante 1993 se espera que varias obras de importancia se entreguen para su uso y que un número significativo de proyectos de inversión entre en la fase de ejecución de obras civiles.

El marco presupuestario para inversiones definido en la Ley de Presupuesto alcanza a M\$41.758.311, donde se destacan los siguientes proyectos específicos:

- a) Con financiamiento del BIRF se ejecutarán más de 100 proyectos TARHP en hospitales tipo 1 y 2 de la Región Metropolitana y se comenzará la construcción de al menos dos Centros de Referencia de Salud (CRS).
- b) Dentro del proyecto MINSAL-BID, se continuará con la ejecución de proyectos en los Servicios de Salud de Iquique, San Felipe-Los Andes y Valdivia. Así, durante 1993, se inaugurará el Hospital de San Felipe y algunas dependencias de los Hospitales de Valdivia e Iquique.
- c) Con financiamiento sectorial continuarán los proyectos de normalización del Hospital de Chillán para su inauguración en agosto de 1993.

Se contempla también la construcción del Consultorio de Especialidades del Hospital de Temuco y la reparación de las calderas de los hospitales de la Región Metropolitana.

d) Fin de la I Etapa del proyecto de rehabilitación hospitalaria, con fondos del gobierno alemán, en los Servicios de Salud de Valparaíso-San Antonio, Concepción-Arauco, Araucanía y Metropolitano Sur-Oriente.

Además, se iniciará la II Etapa del mismo proyecto, en los Servicios de Salud de Coquimbo, L. Bernardo O'Higgins, Maule y Osorno.

e) Con financiamiento del Nivel Central se iniciará la construcción de al menos 4 consultorios de atención primaria en la Región Metropolitana.

LL

## PROPUESTA DE OPERACIONALIZACIÓN PLAN 1993

Se propicia como estrategia global la interacción con el sector privado para la ejecución de las tareas del Plan de Trabajo 1993, a través de la contratación de servicios, en las diferentes áreas que se quieran abordar, y que requieran de este tipo de servicios:

### A. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y ACCESO

En este campo se pueden distinguir dos tipos de servicios:

1. Servicios para el mejoramiento de las plantas físicas de los distintos establecimientos y niveles de complejidad del sistema, en lo relativo a alhajamiento, heroseamiento y mejoramiento sustancial del aseo.
2. Servicios para el mejoramiento de la atención de salud, en puntos críticos de los distintos niveles de complejidad, según las características propias de cada Servicio de Salud.

#### ➤ Nivel Primario

La compra de servicios para mejoramiento y alhajamiento en este nivel, se puede realizar a través de los convenios ya existentes entre los Servicios de Salud y las Corporaciones de Salud Municipal, para el Reforzamiento de la Atención del nivel primario. También es posible por medio de nuevos convenios que permitan la entrega de recursos y su destino, así como la supervisión de su cumplimiento por parte del Servicio correspondiente.

Una de las tareas críticas en estas experiencias ya realizadas es la demora en la ejecución de los convenios en algunos Servicios de Salud.

La compra de servicios de atenciones de salud en forma focalizada, son experiencias nuevas para el sector. Su canal operativo serían también convenios con los organismos de salud municipal, los que requerirían por parte de los Servicios una definición muy precisa del diagnóstico de los recursos locales del extra sistema.

También es posible aumentar la producción de servicios en los lugares donde fuere necesario, a través del reforzamiento de los actuales Consultorios.

#### - Niveles Secundario y Terciario

La atención en estos niveles se da en establecimientos de los Servicios de Salud, lo que haría operativamente más sencillo el trapaso de recursos para ejecutar la compra de servicios.

El proceso de ejecución, tanto para los niveles de administración municipal como de los establecimientos dependientes de los Servicios, requeriría de:

Por parte de los Servicios de Salud:

- a) Compromiso de resultados, en el marco del Plan de 1993.
- b) Designación de responsables de estas tareas.

Por parte del Nivel Central:

- a) Definición de un marco orientador para el desarrollo del Plan de 1993.
- b) Definición de los montos de asignación de recursos para cada Servicios de Salud.
- c) Definición de un responsable de las tareas en su función directiva y supervisora.

## **B. MEJORAMIENTO DEL SECTOR SALUD**

En este aspecto también surge la necesidad de interactuar con el sector privado en términos de las propuestas básicas necesarias, tanto para reestructuraciones, readecuaciones y modelos de funcionamiento de los organismos a mejorar.

Los técnicos del nivel central son fundamentales en esta interacción para definir los términos de referencia, como contraparte del desarrollo de las propuestas y modelos, así como en la recepción de los resultados para su implementación. Aparecen aquí algunos modelos mixtos interesantes de explorar para algunas de las áreas a reestructurar.

## **C. PLAN DE INFORMACION AL BENEFICIARIO Y**

## **D. COMUNICACIONES EN SALUD**

Estos aspectos comunicacionales son de gran importancia y requieren, en interacción con el sector privado, ser abordados con la asesoría de expertos profesionales del área del marketing y comunicaciones, en un trabajo conjunto con los técnicos de salud.

### **C. Plan de Información al Beneficiario**

En relación a esta importante tarea es necesario tener en cuenta algunos aspectos de trascendencia.

Este Plan necesita de un desarrollo simultáneo con las tareas de mejoramiento de la Calidad y Acceso, para ser entregado a la comunidad a través de los medios de comunicación, una vez realizadas la mayor parte de

las tareas de mejoramiento.

La oportunidad de su entrega se decidirá según los niveles de avance en las otras áreas, teniendo en cuenta que el plan de comunicaciones manifiesta sus efectos en la población, aproximadamente un mes después de su inicio.

Es importante considerar que un Plan de Información puede traer como efecto un aumento de la demanda. De esta forma, se requiere que el sistema esté preparado para ello, en el contexto de los lineamientos del Plan, y con los cambios visibles para la población, ya que ése es uno de los objetivos buscados.

También es necesario destacar la importancia de que la información a los beneficiarios del S.N.S.S., tenga también impacto dentro del personal de la salud. Aquí es necesario destacar el espíritu de servicio que históricamente lo ha caracterizado.

#### D. Comunicaciones en salud

Este aspecto también debe trabajarse en forma multidisciplinaria, en interacción con el sector privado, donde los técnicos de DIPROG tienen un rol importante en términos de su aporte específico para definir las conductas buscadas de las personas y la comunidad, en las áreas abordadas en las campañas.

ANEXO N° 1

PROYECTOS QUE SE ESPERA TERMINAR E INAUGURAR DURANTE 1993

Entre ellos cabe destacar los siguientes:

**Hospital de Chillán:**

Ampliación de 11.000 m<sup>2</sup> que incluyen el Servicio de Urgencia, Pabellones Quirúrgicos, Unidad de Diálisis, Unidad de Cuidado Intensivo, Sala de Hospitalización de Traumatología, Sala Hospitalización de Oftalmología y Servicios Generales.

Fecha probable de término: junio de 1993.

**Hospital de San Felipe:**

Término de obra gruesa y ampliaciones. Incluye, entre otros, un área de hospitalización, pabellones, atención de recién nacido y pediatría, banco de sangre, laboratorio, central de esterilización y servicios generales, con una superficie de 15.055 m<sup>2</sup>.

Además se habilitará un nuevo Consultorio Externo de 3.000 m<sup>2</sup>.

Fecha probable de término: Hospital, agosto de 1993.

Consultorio, octubre de 1993.

**Hospital de Valdivia:**

Incluye remodelación y ampliaciones.

Durante 1993 se finalizará la ejecución de una parte importante de las obras civiles, destacando las siguientes áreas: Laboratorio, Casino y Auditorio (julio); Partos y Neonatología (septiembre); Rayos (octubre); Psiquiatría (noviembre); Oncología (noviembre).

**Hospital de Iquique:**

Durante 1993 se podrá inaugurar algunas de las áreas del proyecto, tales como las Salas de Hospitalización y Pensionado, Psiquiatría, Lavandería, Cocina y Bodega.

Fecha probable de término: septiembre de 1993.

**TARHP:**

Durante este año se concluirán más de 100 proyectos de rehabilitación hospitalaria en la Región Metropolitana (ver Anexo).

Entre ellos cabe destacar:

- Normalización de la Maternidad, Hospital San Juan de Dios.
- Ampliación del CAE, Hospital Sótero Del Río.
- Mejoramiento de la Unidad de Emergencia, Hospital Barros Luco.
- Reparación del Servicio de Urgencia, del Hospital del Salvador.
- Reposición Parcial del CAE, Hospital San José.
- Normalización de la Unidad de Emergencia, Hospital Roberto Del Río
- Equipamiento Médico, Hospital Barros Luco.
- Habilitación de la Unidad de Pacientes Críticos, Hospital San José.
- Equipamiento Médico, Asistencia Pública.

**Centrales Térmicas Región Metropolitana:**

En junio de este año, se espera terminar la primera etapa del proyecto de reposición y mejoramiento de las centrales térmicas de la Región Metropolitana, lo que permitirá disminuir las emisiones contaminantes a niveles bajo la norma.

**Consultorios Generales Urbanos Región Metropolitana:**

Se iniciará la construcción de al menos 4 Consultorios Generales Urbanos, los que se terminarán entre diciembre de 1993 y marzo de 1994.