

PERIODO
PRESIDENCIAL
002267
ARCHIVO

1. - EVALUACION GESTION 1992

MINISTERIO DE SALUD

INFORME DE EVALUACION 1992

1. ANTECEDENTES GENERALES

La estrategia aplicada por el Ministerio de Salud a partir de 1990 responde a la necesidad de conciliar la solución inmediata de problemas que alteraban gravemente el funcionamiento del sistema, con la aplicación de políticas de mayor alcance orientadas a la modernización del sector.

En términos de la asignación de recursos, se ha otorgado prioridad a los aspectos que presentaban mayor falencia producto del deterioro sostenido de los años anteriores: remuneraciones e inversión.

Los incrementos de remuneraciones, que han favorecido a médicos y no médicos, han permitido revertir el proceso de desestabilización que venía experimentado el sistema público de salud y que había alcanzado niveles inmanejables.

El programa de inversiones del sector también ha sido concebido en función de objetivos de corto y largo plazo. Por una parte, se han efectuado inversiones en reparaciones de equipamiento industrial e infraestructura en prácticamente todos los establecimientos hospitalarios de regiones, lo que se ha complementado con un programa especial de rehabilitación hospitalaria en la Región Metropolitana. Se han adquirido alrededor de 4.400 equipos e instrumentales, distribuidos en todo el país, y más de 500 ambulancias. Por otra parte, se han iniciado trabajos de normalización y ampliación en cuatro hospitales: Chillán, Iquique, San Felipe y Valdivia, en todos ellos se inagurarán obras de importancia durante 1993. Además ha quedado definido un plan de inversiones de 4 años, financiado parcialmente con prestamos del Banco Mundial, para los Servicios de Salud de las Regiones Metropolitana, Llanchipal y Antofagasta, que se iniciará en 1993 y permitirá modernizar y readecuar el sistema de atención de salud en esas áreas.

Paralelamente, ha sido necesario mantener un relativo equilibrio en otros rubros imprescindibles para el funcionamiento del sistema y la satisfacción de los usuarios. Ejemplos de esto último son los mayores recursos asignados a farmacia y alimentación en los hospitales y el reforzamiento de la atención primaria.

Finalmente, ha concluido el estudio de los principales aspectos que permitirán iniciar un proceso organizacional que lleve a una estructura orgánica y flexible en el mediano plazo.

El año 1992 marca el fin de una etapa difícil, en que ha sido necesario concentrar la mayor parte de los esfuerzos en rescatar un sistema público de salud prácticamente agónico, al mismo tiempo que se ha preparado el terreno para un proceso de carácter fundacional que deberá iniciarse gradualmente a partir del próximo año.

2. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD

Con el fin de dar una visión completa respecto al desempeño del sector durante el último año, se ha estimado pertinente en primer lugar precisar aquellos aspectos que implicaron debilidades u obstáculos para el logro de mejores resultados.

Las debilidades de origen interno tienen que ver principalmente con aspectos organizacionales del sector, de tipo estructural, y con la desmedrada situación de la infraestructura pública de salud.

Dentro del ámbito organizacional, una de las principales limitaciones se refiere al alto grado de centralización en las decisiones y responsabilidades, que aún persiste en el sistema público de salud. Para que los Servicios de Salud alcancen una real autonomía, se requiere modificar una serie de mecanismos administrativos y legales, fortalecer las herramientas de gestión local y adecuar la cultura organizacional a los nuevos desafíos. Si bien se ha avanzado en la implementación de estrategias que apuntan a ese objetivo, este proceso debe ser necesariamente gradual y se requerirán varios años para su consolidación.

A nivel central, esta situación se manifiesta en la imposibilidad de delegar una gran cantidad de funciones operativas, lo que tiene como contrapartida un insuficiente desarrollo de las funciones normativas, de evaluación y control. Esto se hace particularmente grave en períodos de crecimiento, ante la falta de equipos humanos e infraestructura para llevar adelante los nuevos planes.

La falta de flexibilidad que caracteriza al régimen personal del sistema público de salud, tanto en materia de contrataciones como de remuneraciones y compensaciones, constituye otro problema importante en el campo organizacional. El deterioro de las remuneraciones experimentado por el sistema público de salud durante el gobierno anterior, unido a la carencia de incentivos económicos y no económicos efectivos para mejorar la productividad y calidad del servicio, representan una limitación importante para alcanzar una mayor eficiencia en el sector. Las presiones emanadas de los gremios han obligado a postergar los necesarios procesos de cambio en este ámbito.

Por último, la existencia de limitaciones legales para acrecentar la competencia e intercambio entre el sector público y privado han tendido a agudizar las ineficiencias presentes en cada uno de ellos. Aunque se ha avanzado en la operacionalización de mecanismos

que permitan la compra y venta de servicios, en un marco de transparencia y fluidez, aún resta mucho por hacer.

En materia de infraestructura, el atraso tecnológico y los trastornos funcionales de la red asistencial, causados por un desarrollo insuficiente y desequilibrado de los recursos físicos durante el régimen anterior, generan ineficiencias en el proceso productivo de los establecimientos que requieren cuantiosas inversiones para ser superadas.

Los obstáculos de origen externo, se refieren principalmente a la falta de recursos financieros y humanos, frente a las necesidades que es necesario satisfacer, y a la imposibilidad de materializar en menor tiempo proyectos de inversión de envergadura.

Si bien ha habido un incremento significativo del gasto público en salud, cuya efectividad se verá reforzada por las reformas organizacionales que se pretende llevar a cabo, su nivel aún es insuficiente para alcanzar un sistema de salud como el que hoy día aspira la mayoría de los chilenos.

El rápido desarrollo tecnológico que caracteriza al sector salud, el envejecimiento de la población, el cambio en el patrón epidemiológico y las presiones inflacionarias que ejerce el sector privado, tenderán a agudizar este problema en los próximos años. La crisis experimentada recientemente por los servicios de urgencia, en parte refleja el efecto que tiene el sector privado sobre las aspiraciones de sueldo del personal del SNS.

Respecto a la concreción de un programa de inversiones de la magnitud que se ha definido para el sector, es posible afirmar que se ha avanzado en la forma más acelerada posible, dentro del marco de normativas y procedimientos que establecen tanto la institucionalidad chilena como los organismos internacionales. Tal vez en un primer momento se cometió el error de subdimensionar los plazos requeridos para estos efectos.

Por último, en un sistema democrático resulta fundamental concitar el consenso de una gran cantidad de actores para llevar a cabo con éxito reformas como las propuestas. Esto necesariamente implica gradualidad en su aplicación.

3.DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS ASIGNADOS AL SECTOR PUBLICO DE SALUD DURANTE 1992.

En 1992 el Gasto Público en Salud tuvo un crecimiento real de 17% con respecto a 1991, siendo este aumento el más importante del período comprendido entre 1990 - 1992.

Las partidas de gasto con mayor aumento real correspondieron a inversión con un crecimiento de 310% y remuneraciones con un incremento de 17% respecto al año anterior.

Por otra parte, los incrementos en los niveles de gasto en Bienes y Servicios de Consumo, como los relacionados con Transferencias Corrientes, muestran un crecimiento de 8.6% y 12% real, respectivamente. El primero se explica fundamentalmente por una expansión significativa de los rubros alimentación, farmacia y textiles, con un impacto directo en la calidad de la atención que se brinda a los beneficiarios del sistema público de salud.

Finalmente, la Atención Primaria también ocupó un lugar importante en la asignación de recursos, con un crecimiento real de 12.3% durante 1992.

Los mayores recursos asignados al sector han permitido aumentar el gasto por beneficiario, alcanzando a \$31.907 en 1992, lo que representa un 43% del gasto per cápita del sector privado. Si se considera que en 1989 esta relación era de sólo 30%, es posible afirmar que este resultado implica un avance significativo en términos de equidad.

3.PRINCIPALES REALIZACIONES

- Inversiones

Durante el periodo 1990-1992 el Ministerio de Salud ha llevado adelante un ambicioso plan de inversiones destinado a recuperar el nivel de la infraestructura, equipamiento médico y odontológico, equipamiento industrial y equipo de transporte del SNSS.

Con el apoyo de créditos externos provenientes tanto de fuentes bilaterales como de la Banca Multilateral, el gobierno chileno ha podido elaborar los proyectos pertinentes, en un plazo inusualmente breve para programas de esta magnitud.

Un 94% del gasto destinado al programa de inversiones durante el período 90-92 se refiere a proyectos terminados o en plena ejecución.

Al cabo de este período, podemos señalar como principales logros la renovación de parte importante del equipamiento médico y transporte del SNSS y la iniciación de trabajos en 4 hospitales: Chillán, San Felipe, Iquique y Valdivia.

Mediante el Programa Nacional de Equipamiento Médico se han adquirido hasta la fecha un número cercano a los 4.400 equipos e instrumentales. De estos, 2374 se encuentran ya en operación en los distintos hospitales del país. Destacan en este campo: 7 nuevos equipos de tomografía axial computarizada (Scanner); 15 equipos de cirugía laparoscópica, tecnologías no disponibles hasta

la fecha en los hospitales públicos, los que permitirán una importante reducción de los días de estada en los hospitales, y 390 equipos de neonatología, destinados a mejorar la atención de los recién nacidos de alto riesgo. Por otra parte, se ha iniciado la adquisición de 4726 unidades de equipamiento adicionales dentro del Programa de Rehabilitación Hospitalaria (Con financiamiento de los créditos Alemán I y II).

También se ha desarrollado un programa de reposición de equipamiento odontológico, encontrándose en operación 644 unidades de equipamiento menor, y terminándose la adquisición de 100 nuevos equipos odontológicos de tecnología innovada.

En lo que respecta al equipo de transporte, con la llegada de cerca de 347 ambulancias consideradas dentro del Programa Nacional de Transporte y alrededor de 200 adquiridas en forma descentralizada, se ha podido renovar más del 50% del parque de vehículos, el que se encontraba en una situación dramática.

Los trabajos desarrolladas en los Hospitales de Chillán, San Felipe, Iquique y Valdivia, permitirán inaugurar el segundo semestre de 1993 las nuevas dependencias de los dos primeros y parte importante de las obras contempladas para Iquique y Valdivia.

Por otra parte, se ha llevado adelante un programa de reparación de hospitales en todas las regiones del país. Un programa especial ha abordado el problema de la Región Metropolitana, zona donde se concentra la crisis de la infraestructura hospitalaria.

Finalmente, este Ministerio ha debido destinar una apreciable cantidad de recursos al mejoramiento del equipo industrial de apoyo a los hospitales.

-Expansión y Desarrollo de los Recursos Humanos

Durante 1992 se continuó con la aplicación de las leyes 19.112 y 19.086, que han permitido mejorar significativamente las remuneraciones del personal médico y no médico, respectivamente. El esfuerzo central en este período ha sido la operacionalización del Art. 4º de la ley 19.086, que culminará en 1993 con el reencasillamiento del personal del Sector. Durante el mes de diciembre concluyó la elaboración de los respectivos Decretos de nuevas plantas de los Servicios de Salud e instituciones autónomas.

Por otra parte, se distribuyeron 700 cargos adicionales a los Servicios de Salud, lo que junto con las expansiones efectuadas en los dos años anteriores ha significado reducir el déficit de personal acumulado a marzo de 1990 en un 31%.

Si bien están cubiertos en salud, en los hospitales y los municipios
huelo esta tienen la prohibición de médicos a una hora. No trabajan adscritos
a hospitales sino directamente en consultorio.

* Los aumentos de dotación han permitido ampliar significativamente las vacantes del Ciclo de Destinación, sistema que permite contar con médicos generales en zonas rurales poco atractivas para el desempeño profesional, asegurando al mismo tiempo la formación de especialistas para cubrir las necesidades del SNSS. Entre 1990 y 1992 se han agregado 582 vacantes a este programa (300 en 1992). *(médicos familiares) → Hospital.*

Por último, durante 1992 se ha dado un impulso especial a la capacitación del personal, con la creación de un fondo concursable de aproximadamente un millón de dólares anuales.

Se restringen los médicos familiares.

- Reforzamiento de la Atención Primaria

Con el objetivo de aumentar el acceso y la capacidad resolutoria del nivel primario de atención, en 1992 se continuaron reforzando los siguientes programas especiales:

a) Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

Entre 1990 y 1992 se han creado 38 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), mediante los cuales se ha brindado aproximadamente 1.590.000 atenciones médicas durante ese período. En 1992, se aumentó el número de personal y en 11 SAPUS se incorporó la atención odontológica.

b) Extensión horaria

En 1992 se introdujo la ampliación horaria en 30 consultorios urbanos, con lo cual 88 establecimientos cuentan con este tipo de servicio que favorece a la población trabajadora.

c) Programa de Salud Rural

El programa de salud rural cubre las 104 comunas más pobres del país a las cuales provee de capacitación y financiamiento de proyectos de desarrollo local. Anualmente se envían a estas comunas \$ 384 millones para reforzamiento de personal y adquisición de fármacos.

d) Laboratorios básicos

Su objetivo principal es aumentar la capacidad resolutoria del nivel primario en consultorios urbanos y rurales, descongestionando los laboratorios centrales de los hospitales del sistema.

En 1992 se pusieron en marcha 12 laboratorios básicos, lo que a la fecha da un total de 33 laboratorios en funcionamiento. Esto se ha traducido en una mayor rapidez en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, mejoramiento en el control de crónicos y aumento del número de exámenes parasitológicos.

de 60 se agregan un millón por los hace hace 1990
a 582.
1990 = 60
1992 = 582

d) Programa de Obstrucción Bronquial e IRA

132 consultorios cuentan con este programa, de ellos 72 se encuentran ubicados en la Región Metropolitana. En 1992 se inició la extensión de este programa a las regiones con excepción de la Primera.

Gracias a este programa, entre 1990 y 1992 se han evitado aproximadamente 3.268 hospitalizaciones tradicionales de niños, los cuales han sido atendidos mediante la modalidad de hospitalización abreviada en consultorio.

- Cólera

Entre 1991 y Julio de 1992 se notificaron 112 casos de cólera. En 1992, los programas de vigilancia y control ambiental se concentraron en los servicios de agua potable, los establecimientos de elaboración y expendio de alimentos y las áreas de cultivo de vegetales de riesgo y de extracción de mariscos contaminados. Entre las actividades desarrolladas se encuentran la inspección sanitaria en terreno, la toma y análisis de muestras, la educación sanitaria y la fiscalización de las normas vigentes.

El desarrollo de estas acciones se ha traducido en un mejoramiento significativo de la calidad bacteriológica del agua suministrada por los servicios públicos del país, llegándose a prácticamente el 100% de conformidad en relación a las normas de calidad vigentes. Asimismo ha habido una sustancial disminución del porcentaje de no conformidad en las muestras de alimentos analizados a lo largo del país. En la Región Metropolitana, se ha logrado desplazar casi un 90% de los cultivos de hortalizas de crecimiento a ras de suelo y consumo crudo desde zonas regadas con aguas servidas hacia áreas regadas con aguas de calidad adecuada, si bien en este último aspecto aún resta mucho por hacer en las regiones IV a VII.

La permanente aplicación de las medidas señaladas, en conjunto con el desarrollo de actividades educativas a la población, ha permitido controlar la propagación del cólera pese a que la bacteria ha continuado pesquizándose en el medio ambiente y que los países vecinos superan con creces cifras epidémicas.

Las medidas de control del cólera han permitido igualmente, reducir a un tercio el problema de la fiebre tifoidea y casi a la mitad las notificaciones de hepatitis infecciosa, en todo el país.

- Sarampión

Dado que estimaciones epidemiológicas señalaban la eminencia de una epidemia de aproximadamente 70 mil casos de sarampión, en 1992 se realizó una campaña nacional de vacunación dirigida a la población entre nueve meses y 15 años. La cobertura de vacunación fué de 99.6%, registrándose con posterioridad a dicha campaña solo un caso importado de sarampión en el país.

- Prevención y Control de SIDA

Nueve años después de la iniciación de la epidemia se han notificado 570 enfermos de SIDA, 893 portadores de HIV y se estima que hay alrededor de 8 mil infectados, con tasas crecientes del

orden del 30% anual para los casos y 46% para los portadores. La tasa de letalidad del SIDA es de 41.5%.

El programa durante 1992 consistió básicamente en el desarrollo de la Campaña Nacional de Comunicación Social la cual ha abarcado diferentes medios de comunicación y la distribución de 850 mil ejemplares del folleto "Conversemos de SIDA", con una cobertura estimada de 5 millones de personas. A lo anterior se añade el reforzamiento del Centro Nacional de Referencia de SIDA.

-Prevención de caries dentales en escolares de educación básica

Se benefició a 800.000 niños de enseñanza básica municipalizada y particular subvencionada, a través de la técnica de enjuagatorios semanales de fluor. Esta tiene por objeto reducir la incidencia de caries en la población.

*Salud Puede Financiar 146.000.000 de 350. el resto se fue de financiamiento
-Ambiente 48 años. (tiene balance +) **

En 1992 se dictó el Decreto Supremo N°4, que fijó la Norma de Emisión para las fuentes fijas en la región metropolitana, cuya aplicación se inició en enero de 1993, y permitirá controlar en forma permanente la emisión de 2.500 fuentes existentes en esta región. *(Los hospitales están en la lista)*

- Programa reducción listas de espera

Desde la iniciación del programa de listas de espera se han financiado 262 proyectos, por un total de \$1.450 millones en laboratorio, imagenología, cirugía y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En la actualidad se encuentran en desarrollo 165 proyectos, de los cuales 58 consideran procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y 17 cirugía infantil. Como resultado de estos proyectos se ha observado un aumento significativo en el promedio de intervenciones mensuales y una reducción de los tiempos de espera para acceder a la atención. *(El tiempo de espera para seguir hospital, especialidad, región -> hoy llega a 6 meses)*

- Modalidad Libre Elección de FONASA

Para mejorar el acceso a la atención de los cotizantes que hacen uso de esta modalidad y mantener un número adecuado de profesionales adscritos al sistema, se han desarrollado las siguientes actividades:

- a) Reajuste en el arancel de la consulta médica (21,8% de incremento)
- b) Reajuste de honorarios profesionales en cirugía, procedimientos y otras prestaciones.
- c) Aumento de bonificación en consultas de 48%
- d) Perfeccionamiento del arancel en el cual se han incluido nuevas prestaciones en diálisis y siquiatria, entre otros.
- e) Mejoramiento de lugares de atención a público y modernización de los sistemas computacionales.

** En su mayoría fue a la consulta por homicidio.*

Como consecuencia de la políticas aplicadas, se ha logrado revertir el retiro de médicos del sistema, lográndose un crecimiento constante de su participación. Así entre 1990 y 1992 se incorporaron 792 nuevos profesionales, tendencia que continúa en 1993.

Por otra parte se ha registrado un aumento en el número de prestaciones que se otorgan bajo la modalidad de libre elección, de aproximadamente 600 millones anuales.
400

- Desarrollo Institucional

La modernización y efectiva descentralización del aparato público de salud constituye uno de los mayores desafíos para esta administración y las que vendrán. Los logros alcanzados en este ámbito aún son moderados, sin embargo durante este período ha concluido el diseño de gran parte de las estrategias que se aplicarán a partir del próximo año y cuya implementación está considerada dentro de los programas de inversión financiados por fuentes multilaterales:

- a) Desarrollo e implementación piloto de un nuevo sistema de asignación de recursos a las unidades operativas, cuyos objetivos son corregir incentivos y lograr una mayor descentralización de la gestión financiera.
- b) Racionalización del sistema de venta de servicios a particulares y de los copagos que deben efectuar los beneficiarios según su clasificación previsional.
- c) Automatización de las principales funciones administrativas (fase de licitación)
- d) Capacitación de directivos en técnicas modernas de gestión

Por otra parte, está en estudio en el Parlamento el proyecto de de reforma de la ley de ISAPRE que, de aprobarse, aumentará la transparencia, dará estabilidad y permitirá un mejor funcionamiento del sector privado de salud. *(está en Comisión de Salud de la Cámara en el Senado)*

-Programa de Mejoramiento de Condiciones de Servicios de Urgencia

Derivado de los acuerdos con el Colegio Médico, el Ministerio de Salud introdujo ajustes y adelantó la puesta en marcha del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Urgencia, contemplado inicialmente para 1993.

Como medida inmediata para el cumplimiento de los acuerdos, se creó un fondo especial para acelerar la solución de los problemas más urgentes de recursos humanos, equipamiento e infraestructura, ascendente a MM\$1.500 para el período noviembre-diciembre de 1992. Este fondo, que beneficia a todos los Servicios de Salud del país fue comprometido en su totalidad durante los meses anteriormente señalados.

Del total de recursos disponibles, MM\$300 están destinados a obras civiles, MM\$1.164 a equipamiento, MM\$60 a contratos de nuevo personal (314, tanto profesionales como no profesionales) y MM\$12 para la adquisición de insumos.

A fines de 1992, un 80% del presupuesto de obras civiles se encuentra en ejecución, con distintos grados de avance, o terminado. El resto de las obras se están iniciando en los primeros días de Enero.

A partir de diciembre de 1992 se ha puesto en práctica un mecanismo de incentivo para los médicos que hacen turnos de reemplazo en los Servicios de Urgencia, garantizando remuneraciones equivalentes a las del funcionario reemplazado.

Por otra parte, se ha hecho la provisión de cargos para sustituir en 1993 a los profesionales que queden exentos de realizar turnos nocturnos y festivos, por tener más de veinte años de servicio. Asimismo, se prepara una iniciativa legal para disponer de un mecanismo automático de creación de cargos en estos casos.

Se ha elaborado un proyecto de ley, en etapa de revisión para su posterior envío al Ejecutivo, que persigue obtener un descanso de 10 días hábiles adicionales al feriado común, para todo el personal de turnos de los Servicios de Urgencia.

Se ha constituido una Comisión de Estudio Interministerial (Salud y Justicia), con participación del Colegio Médico, con el objetivo de revisar las normas técnicas de modo que no constituyan factores de riesgo de querellas judiciales infundadas para los funcionarios que hayan cumplido diligentemente sus labores. Asimismo, en los casos que corresponda, los Servicios de Salud, *a la vez* prestarán el apoyo jurídico necesario.

*de sus
asesoría jurídica,*

Se está elaborando un proyecto de ley para dar mayor grado de autonomía a la Asistencia Pública "Dr. Alejandro Del Rio", para lo cual se ha constituido una comisión especial.

Se ha avanzado, en conjunto con el Colegio Médico, en la precisión de los términos del acuerdo en materia de remuneraciones del personal de 28 hrs afecto a la ley 15.076 y se está elaborando el respectivo proyecto de ley.

Se constituyó una comisión ministerial para la racionalización de las remuneraciones de los profesionales de la ley 15.076 según la carta compromiso de septiembre de 1991. Los aspectos relativos a servicios de urgencia quedarán terminados el 31 de marzo de 1993.

También se ha iniciado el estudio de otros aspectos contenidos en el acuerdo, como la elaboración de un programa de educación continua para el personal de los Servicios de Urgencia y UCI, y

medidas tendientes a materializar la contratación de especialistas para interconsultas de los servicios de urgencia, con cargo a fondos especiales

En 1993 se agregarán MM\$4.000 al fondo de urgencia, con el fin de continuar los planes iniciados en 1992 y cumplir con otros puntos del acuerdo. Además se crearán 400 nuevos cargos para la Región Metropolitana y 300 para regiones, lo que permitirá, en primer lugar, absorber al personal que ha sido contratado a fines de 1992 y reemplazar a los profesionales que dejan de hacer turnos.

(esto en la ley de presupuesto)

-Programa de Control de Fuentes Contaminantes en Hospitales de la Región Metropolitana.

Durante 1992 ha concluido la elaboración de un programa de inversiones y reparaciones, destinado a disminuir las emisiones contaminantes producidas por las calderas de algunos hospitales de la Región Metropolitana que, por sus malas condiciones de funcionamiento, sobrepasan el máximo permitido.

Mediante pruebas isocinéticas y análisis de combustión se detectaron 45 calderas de 12 establecimientos del SNSS, cuya evacuación de material particulado de los gases supera el máximo de 112 mg/m³. permitido por el Ministerio de Salud, de acuerdo a Decreto Supremo N° 4 de 1992. Con el fin de determinar las causas de este fenómeno en cada caso particular, se efectuaron inspecciones técnicas en terreno en todos estos establecimientos.

Como resultado, se elaboró un primer anteproyecto de alternativas de solución para cada caso, que significará bajar los niveles de contaminación bajo el parámetro establecido.

Este anteproyecto considera dos etapas de ejecución con el mismo resultado. En la primera etapa se incluyen trabajos de corto plazo, como serán los cambios de combustibles, reemplazo de quemadores manuales, correcciones de aire de combustión, etc.

En una segunda etapa, se pretende abordar el problema de las Centrales Térmicas de forma integral, reemplazando aquellas que han sobrepasado los 30 años, y por lo tanto su vida útil; cambiando la ubicación de Salas de Calderas que contravienen el Reglamento de Calderas y Generadores de Vapor (Decreto Supremo N° 48/84); mejorando el adiestramiento y motivación de los operadores de calderas.

El costo estimado para este anteproyecto es de:

- Primera Etapa	:	M\$ 445.000
- Segunda Etapa	:	M\$ 972.000.-

Consecuente con lo anteriormente señalado, en el Presupuesto de Inversiones de la Subsecretaría de Salud, correspondiente al año 1993, se ha previsto la asignación de M\$ 340.070.- para abordar la primera etapa del proyecto que se encuentra actualmente en definición de detalles.

Con estos recursos se consultarán Proyectos de Inversión reales en el área de Centrales Térmicas, contemplándose además, en el Item 22 de Reparaciones Mayores, un programa significativo encaminado a resolver los programas del diagnóstico.

5. IMPACTO EN SALUD, EQUIDAD Y EFICIENCIA

El principal objetivo de un sistema de salud es elevar el nivel de bienestar físico y mental de su población. Esto se manifiesta, entre otros, en la reducción de las tasas de mortalidad, morbilidad y desnutrición.

Aunque no se dispone de datos de mortalidad para el año 1992, la tendencia desde 1990, tanto en las tasas generales como específicas, ha sido una significativa reducción. Así por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de 17 por mil nacidos vivos en 1989 a 14 por mil en 1991.

Las enfermedades transmisibles susceptibles de control a través de inmunizaciones, muestran una favorable evolución en los últimos tres años. Los resultados más notables están en el área de las enfermedades entéricas (tifoidea, hepatitis) y el sarampión.

Las coberturas de vacunaciones del país son las más altas de las Américas, obteniéndose como resultado que en 1992 se registrara en el país un sólo caso de difteria, y se avanza significativamente a lograr la certificación internacional de Chile como país libre de polio.

La desnutrición infantil ha disminuido su prevalencia en forma acelerada a partir de 1990. En junio de 1992 ésta alcanzó a un 6,3% de la población bajo control, comparado con un 7,1% en igual mes de 1991 y 7,7 en junio de 1990. (2x entre hasta lo 6 años). En No de Com 9004 en 400 cas.

Una mejor calidad de la atención contribuye a la obtención de los resultados anteriores. Los casi 900 médicos incorporados al SNSS, el aumento de capacidad resolutoria del nivel primario, la adquisición de equipamiento médico e instrumentales, la expansión del gasto en farmacia y la capacitación del personal, han sido factores importantes para elevar la calidad de la atención. Especial relevancia tiene la introducción de tecnologías no disponibles anteriormente en el SNSS, como eran la Tomografía Axial Computarizada (Scanner) y los equipos de Cirugía Laparoscópica.

Además de tener un positivo impacto en la calidad de la atención, los mayores recursos asignados al sector han permitido mejorar el acceso de la población a la atención de salud. La creación de 38 SAPU, la incorporación de atención odontológica de urgencia en 11 de estos establecimientos, la prolongación del horario de atención en 88 consultorios, entre otros, han abierto mayores posibilidades de recibir atención primaria oportuna para los beneficiarios.

A nivel hospitalario, se ha logrado aumentar significativamente el promedio de intervenciones quirúrgicas y procedimientos y disminuir los tiempos de espera, en los 62 establecimientos que han recibido apoyo del Programa de Reducción de Listas de Espera. Un ejemplo es el incremento de 54% anual en el número de intervenciones quirúrgicas infantiles. También han tenido impacto en el acceso a la atención de salud, las inversiones en equipamiento médico y transporte, así como la expansión en la dotación de personal. Destaca en este sentido la incorporación de 500 ambulancias y más de 4.000 unidades de equipamiento. La puesta en marcha de varias obras civiles de importancia durante 1993, como los hospitales de Chillán, San Felipe y Valdivia, y la continuación del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Urgencia, implicarán un avance significativo en esta dirección.

Aún cuando falta mucho por hacer, es posible afirmar que los avances logrados hasta ahora en materia de acceso y calidad de la atención, han permitido mejorar la situación de equidad del sistema de salud en su conjunto. Esto se refleja en un mayor gasto por beneficiario en el sector público de salud, el que medido como proporción del gasto per cápita en el sector privado ha aumentado de 30% en 1989 a 43% en 1992.

En términos de eficiencia productiva los logros todavía son incipientes. Los problemas organizacionales y los trastornos funcionales de la red asistencial, constituyen obstáculos cuya superación tomará varios años. No obstante, se ha avanzado significativamente en la definición de las estrategias que apuntan a este objetivo. Particularmente relevante es el diseño de un sistema de asignación de recursos a las unidades operativas que retribuye por resultados en lugar de acciones aisladas, incentivando de esta manera a una mayor eficiencia. El sistema se encuentra en etapa de prueba en algunos Servicios de Salud. Este mismo mecanismo servirá de base para incrementar la compra de servicios al sector privado en aquellas áreas que sea necesario.

14/1/93