

EL DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Dr. JUAN GIACONI GANDOLFO
Ministro de Salud

A. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La situación de la salud chilena muestra la coexistencia de problemas tradicionalmente ligados a una estructura demográfica joven y a un nivel de vida de país en desarrollo, los que se reflejan en la demanda y tipo de consultas y en parte en los egresos (materno-infantiles, infecciosos) junto con problemas observados en las estructuras demográficas en envejecimiento y niveles de vida desarrollados, reflejados claramente en la mortalidad por enfermedades degenerativas (cardiovasculares, cáncer).

Esta situación de transición representa un enorme desafío para la definición de políticas de salud. Por una parte se debe mantener y mejorar lo alcanzado en el área materno-infantil e infecciosas, que se benefician de acciones de alta cobertura y baja complejidad, realizadas mayoritariamente en los niveles primarios y secundarios por médicos y otros profesionales del equipo de salud que cumplen sus tareas con relativa autonomía. Por otra parte, deben enfrentarse con urgencia los problemas crónicos y degenerativos que para su diagnóstico y tratamiento requieren de niveles más complejos, mayoritariamente secundarios y terciarios del sistema de atención, y de recursos humanos de más capacitación (médicos y médicos especialistas). Ello, reconociendo la importancia de la participación del equipo de salud y de la población misma en todo el proceso, con énfasis en la prevención primaria.

Este desafío se ha visto reflejado en los últimos años en acaloradas polémicas en torno al deterioro de la atención hospitalaria, adjudicado por algunos, al hecho de haber "privilegiado" la atención en el nivel primario. La estructura de los problemas de salud no apoya "privilegios", sino que fundamenta la necesidad de un desarrollo equilibrado de todos los niveles del sistema de atención de salud para permitir la atención oportuna y adecuada en los niveles secundarios y

terciarios de los pacientes que, incorporados al sistema por su lógica puerta de entrada, el nivel primario, así lo requieran.

B. EL DERECHO DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE 1980

Dentro de las grandes obras históricas del actual Gobierno, la Constitución Política del año 1980 es una de las de mayor trascendencia. En ella, se define el marco político en el que se sustenta el régimen mixto de prestaciones de salud.

Cabe recordar que la Constitución Política de 1925 (artículo 10) sólo establecía: “es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país”.

La actual Constitución de 1980, fue más lejos al establecer y definir el derecho a la protección de la salud como uno de los derechos de las personas agregando como derechos que el Estado garantiza:

- el libre e igualitario acceso a las prestaciones de salud;
- la libertad para elegir dónde y con quién atenderse, incluyéndose la opción de elegir entre entes prestadores estatales y privados;
- el derecho a establecer cotizaciones obligatorias (Seguro Social) para contribuir al financiamiento de las prestaciones de salud y a las prestaciones pecuniarias derivadas de las incapacidades temporales;
- el rol subsidiario del Estado.

A lo anterior se suma —a nivel laboral y también en materias de salud— el eliminar las diferencias entre obreros y empleados (D.L. N° 3.500).

C. SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL MODELO PRESTADOR DE SALUD

Uno de los aspectos más destacables relacionados con el Sector Salud durante este Gobierno, ha sido el definir y desarrollar un nuevo modelo prestador de salud —a las personas y el ambiente— a través de la definición y estructuración de un “Sistema Nacional de Servicios de Salud”.

Una vez más, Chile se anticipó así en materias de seguridad social relacionadas con la salud, al concebir y llevar a la práctica un esquema basado en Servicios Locales de Salud, con territorio jurisdiccional propio, recursos, atribuciones y efectiva descentralización técnico-administrativa y asistencial, modelo que hoy

los organismos internacionales regionales definen como el más adecuado para la Región de Iberoamérica y el Caribe.

La redefinición de roles contenidas en el Decreto Ley N° 2.763, del año 1979, le dio al Ministerio de Salud una función normativa, planificadora y contralora y a los 27 Servicios de Salud que integran el Sistema, las acciones operativas, con una descentralización efectiva, acorde con el proceso de regionalización asumido por el Supremo Gobierno.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) —en funciones desde el 1° de agosto de 1980— junto a los demás organismos integrantes del Sector, vino a materializar las políticas que sobre la materia había diseñado el Ministerio de Salud en 1977; es la respuesta modernizadora de Chile a la impostergable necesidad de desconcentrar y descentralizar la gestión operativa del hasta entonces Servicio Nacional de Salud que se orientó a cubrir esencialmente a los “obreros” y sus cargas familiares y el Servicio Médico Nacional de Empleados, creado en 1942, para cubrir las acciones de salud preventivas de los “empleados” y las acciones de medicina curativa y dental de los “empleados” y sus cargas, modelos de atención que mantuvieron, en el hecho, un doble régimen: uno para obreros y otro para empleados.

Es también durante este Gobierno que a través del Decreto Ley N° 2.575, del año 1979, se subsana esta discriminación al incorporarse a los “obreros” a los beneficios de la Ley N° 16.781 de medicina curativa.

D. LA LEY N° 18.469 DEL AÑO 1985

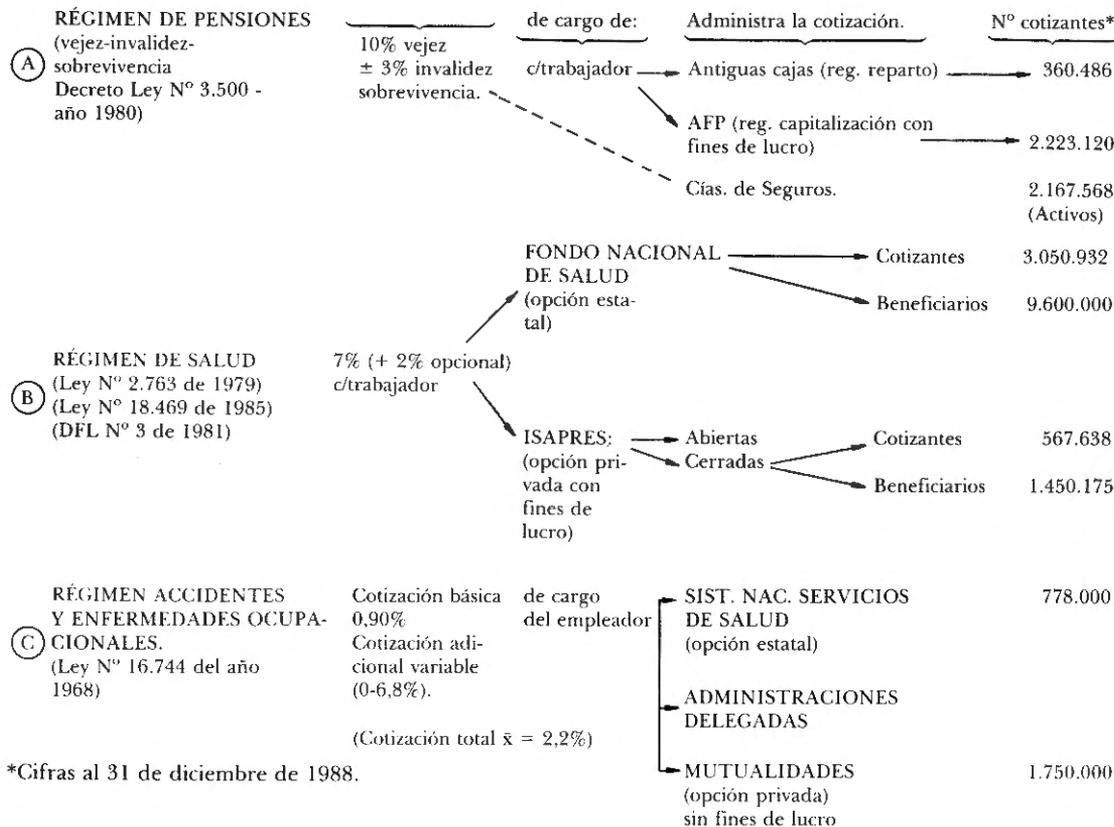
Este régimen y la Ley N° 18.469, del año 1985, que lo reglamentó, garantiza el acceso a las acciones de salud de todos los habitantes —no sólo los cotizantes— y hace efectiva la extensión de las coberturas a las cargas y familiares. Define, además, y garantiza la atención gratuita de toda mujer embarazada y de todo niño menor de seis años como parte de las acciones de fomento y protección del binomio madre-niño.

Respetando el derecho a elegir de las personas y las capacidades de otorgar las prestaciones de salud, se definen las modalidades de atención institucional —a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud— y una modalidad de Libre Elección. En la primera —institucional— y por un principio de justicia en materia de seguridad social, se define un sistema de subsidio o contribución estatal inversamente proporcional a los ingresos del trabajador cotizante.

SISTEMA PREVISIONAL REPÚBLICA DE CHILE

84

COTIZACIONES OBLIGATORIAS (trabajadores dependientes)
COTIZACIONES VOLUNTARIAS (trabajadores independientes)

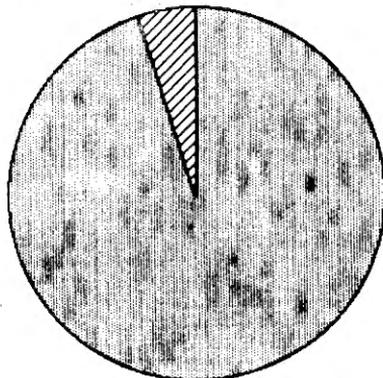


*Cifras al 31 de diciembre de 1988.

Esto último, en la práctica ha significado que el 96% de las prestaciones de salud se otorgan EN FORMA GRATUITA —sin ningún pago adicional a la cotización del 7%— en los establecimientos de los Servicios de Salud y en los consultorios traspasados a la administración municipal.

DISTRIBUCIÓN DE PRESTACIONES EN EL SNSS

GRATUIDAD PARCIAL (4%)



GRATUIDAD TOTAL (96%)

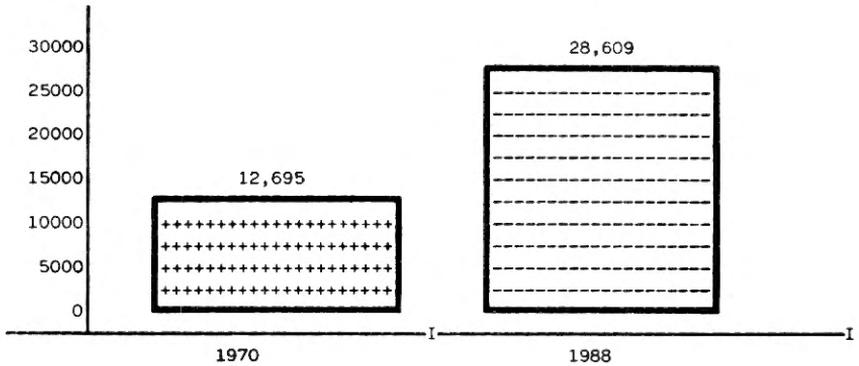
Fuente: FONASA

Para tener una aproximación a lo que ello representa y sólo a título ilustrativo se han dado en el año 1988 las siguientes prestaciones gratuitas:

| | |
|------------------------------------|------------|
| Consultas médicas | 19.549.635 |
| Hospitalizaciones | 1.027.155 |
| Intervenciones quirúrgicas mayores | 310.728 |

A ello, se agregan 28.609.287 kgs de alimentos, que como parte del Programa Nacional de Alimentación Complementaria, se han distribuido GRATUITAMENTE en el mismo año.

LECHE Y MEZCLAS PROTEICAS DISTRIBUIDAS POR EL SNSS



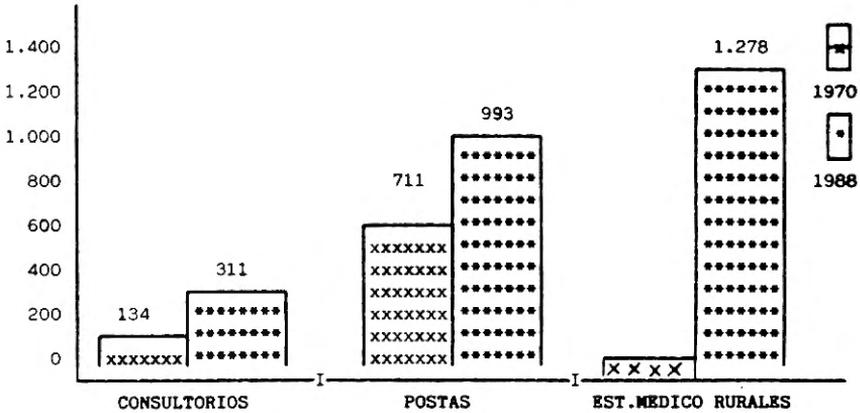
Incluye todos los productos distribuidos a través del snss

E. RESUMEN DE ALGUNAS VENTAJAS DEL MARCO LEGAL, POLÍTICO Y DOCTRINARIO DE SALUD ACTUAL:

- Desaparición de las diferencias entre obreros y empleados;
- Acceso libre e igualitario a todas las acciones de salud en reemplazo de un acceso desigual determinado por calidades previsionales diferentes y obligadas;
- Respeto a la libre elección de todos los trabajadores para optar por los profesionales y/o los centros de atención que desee y a las modalidades de libre elección o de tipo institucional a través de la opción que el Estado garantiza por medio de la infraestructura asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud. (181 hospitales, 311 consultorios, 933 postas rurales y 32.594 camas hospitalarias).

A continuación se muestran los establecimientos de atención primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL SNSS



* Incluye Puestos de Socorro, Unidades Móviles y Estaciones Médico Rurales Dependientes.

- Cotización de salud proporcionalmente igual para todos (7%) y no aportes fijos que siempre afectan más al de menores recursos;
- Un Estado subsidiario respaldado por una legislación que define el rol del sector privado en materias de prestaciones de salud (D.F.L. N° 3, de 1981, que creó las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRE y la voluntad política de mantener inalterable la Ley de Accidentes del Trabajo y el rol del Sector Privado a través de las Mutualidades de Empleadores) reflejado en el crecimiento en el número de ISAPRES —que hoy llegan a 32, con un número de beneficiarios que hoy sobrepasan el 1.500.000 y con más de 1.800.000 trabajadores cubiertos por las mutualidades de empleadores.

La subsidiariedad en materias de Salud y el rol creciente del sector privado se han traducido en la creación de nuevos establecimientos asistenciales privados y en el número de camas generadas durante estos años por el extra sistema que de 3.855 en el año 1981, se han elevado llegando a más de 10.000 al finalizar el año 1988.

CAMAS HOSPITALARIAS

| Años | SNSS | Extrasistema | Total | Total de camas por 1.000 habitantes |
|------|--------|--------------|--------|--|
| 1980 | 33.879 | 4.088 | 37.967 | 3,4 |
| 1981 | 33.692 | 3.855 | 37.547 | 3,3 |
| 1982 | 33.904 | 4.350 | 38.254 | 3,3 |
| 1983 | 33.794 | 4.989 | 38.783 | 3,3 |
| 1984 | 33.642 | 7.458 | 41.100 | 3,5 |
| 1985 | 33.435 | 8.789 | 42.224 | 3,5 |
| 1986 | 33.101 | 9.185 | 42.286 | 3,4 |
| 1987 | 32.594 | 9.233 | 41.287 | 3,3 |
| 1988 | 32.850 | 10.199 | 43.049 | 3,4 |

F. INDICADORES DE IMPACTO

El nuevo modelo prestador de salud de Chile, aparte de sus evidentes ventajas organizacionales y operativas, ha dado muestras, a través del avance en los indicadores de impacto, de sus efectos en materias de salud de las personas y del ambiente, a nivel nacional como un todo, pero también en cada nivel regional.

Algunos indicadores de aceptación universal ilustran lo anterior:

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

| 1970-1975 | 1980-1985 | 1985-1990 |
|-----------|-----------|-----------|
| 64,2 años | 67 años | 71,5 años |

INDICADORES BIOMÉDICOS

| | 1973 | 1980 | 1988 |
|---|------------|------------|------------|
| Tasa de mortalidad general (por 1.000 habitantes) | 8,4 | 6,6 | 5,8 |
| Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos). | 65,2 | 31,8 | 18,7 |
| Nº de niños menores de 1 año (fallecidos) | 18.029 | 8.072 | 5.568 |
| Atención profesional del parto % | 85,1 | 91,4 | 98,4 |
| Mortalidad materna (por 1.000 nacidos vivos) | 1,32 | 0,73 | 0,41 |
| Nº de madres fallecidas | 365 | 185 | 122 |
| Tasa de desnutrición grave | Ver nota* | 0,2% | 0,1% |
| Población total | 10.019.525 | 11.144.769 | 12.748.207 |

*Información comenzó a llevarse el año 1975.

Para ese año el de desnutrición avanzada (grave) fue de 0,7%.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR ALGUNAS ENFERMEDADES
DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

| Enfermedades | 1970 | | | | 1988* | | | |
|----------------------------|--------|--------|---------|------|--------|--------|---------|------|
| | Casos | | Muertes | | Casos | | Muertes | |
| | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa | Nº | Tasa |
| Sarampión | 22.127 | 232,81 | 599 | 6,30 | 45.972 | 360,62 | 68 | 0,53 |
| Difteria | 331 | 3,48 | 52 | 0,55 | 132 | 1,04 | 2 | 0,02 |
| Tétanos | 25 | 0,26 | 25 | 0,26 | 17 | 0,13 | 7 | 0,05 |
| Poliomielitis | 205 | 2,16 | 35 | 0,37 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| Tos ferina y Tifoidea y | 2.392 | 25,17 | 109 | 1,15 | 224 | 1,76 | 9 | 0,07 |
| Paratífus | 5.344 | 56,23 | 71 | 0,75 | 5.232 | 41,04 | 35 | 0,27 |

*Provisorias.

Tasas: Por 100.000 habitantes.

DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE

| Grupos de causas de muerte (C.I.E.) | 1970 | | 1988* | |
|--|--------|-------|--------|-------|
| | Nº | % | Nº | % |
| Total | 83.240 | 100,0 | 74.594 | 100,0 |
| Enf. del aparato circulatorio 390-459 | 18.211 | 21,9 | 20.847 | 27,9 |
| Tumores malignos 140-208 | 10.000 | 12,0 | 13.456 | 18,0 |
| Traumatismos y envenenamientos 800-999 | 9.020 | 10,8 | 9.070 | 12,2 |
| Enfermedades aparato respirat. 460-519 | 14.286 | 17,2 | 8.967 | 12,0 |
| Signos, sint. y est. morbosos mal definidos 780-799 | 4.453 | 5,3 | 5.285 | 7,1 |
| Enf. del aparato digestivo 520-579 | 6.097 | 7,3 | 4.818 | 6,5 |
| Enf. infecciosas y parasitarias 001-139 | 8.539 | 10,3 | 2.597 | 3,5 |
| Perinatales 760-779 | 4.534 | 5,4 | 1.869 | 2,5 |
| Enf. del aparato genitourinario 580-629 | 1.355 | 1,6 | 1.782 | 2,4 |
| Enf. de glándulas endoc. de la Nutr. del metab. y trast. de la inmunidad 240-279 | 2.370 | 2,8 | 1.622 | 2,2 |
| Resto | 4.375 | 5,3 | 4.281 | 5,6 |

*Provisorias

**ALGUNAS ACCIONES DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Y DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**

| | 1973 | 1980 | 1988 |
|---|------------|------------|------------|
| Número de consultas médicas ¹ | 11.679.564 | 15.977.159 | 20.364.204 |
| Número de consultas médicas por 1.000 Habitantes | 1,18 | 1,43 | 1,59 |
| Número de egresos hospitalarios | 849.556 | 993.090 | 1.069.954* |
| Promedio de días estada | 11,2 | 9,7 | 8,3 |
| Cobertura: B.C.G. | | 93,4% | 97,2% |
| 3ª dosis polio | | 82,4% | 94,3% |
| 3ª dosis triple | | 90,9% | 94,9% |

¹Incluye consultas de urgencia.

Fuente: MINSAL Resumen Mensual de Camas (R.M.C. N° 10).

**DOTACIÓN DE ALGUNOS RECURSOS HUMANOS DEL
SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD**

| | 1973 | 1980 | 1988* |
|------------|--------|--------|--------|
| Médicos | 4.302 | 4.128 | 5.348 |
| Enfermeras | 1.816 | 2.509 | 2.816 |
| Auxiliares | 19.498 | 23.136 | 20.418 |

*Se excluyen los profesionales que en 1988 se desempeñaban en los Establecimientos Primarios traspasados a la administración municipal.

**G. ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DE ATENCIÓN PRIMARIAS.**

Acorde con el principio de descentralización operativa al interior de los propios Servicio de Salud, al 31 de diciembre de 1987 se completó el proceso de traspaso de establecimientos de atención primaria a la administración de las municipalidades. Este proceso se había iniciado a fines de 1981.

El traspaso de las postas rurales y consultorios generales urbanos y rurales a dicha administración municipal ha involucrado a las autoridades locales y a los grupos organizados de la comunidad en los aspectos relacionados con las acciones y la gestión de dar salud, y ha relacionado, positivamente al Sector Salud con otras instancias sectoriales en dichos niveles locales.

Para justificar el proceso de transferencia de la atención primaria y municipalizar su administración, se tuvieron en cuenta entre otras razones las siguientes:

- a) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal;
- b) Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los Servicios del SNSS.
- c) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- d) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura;
- e) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social;
- f) Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.

El traspaso de establecimientos de atención primaria se inició por virtud del DFL N° 1-3.063 de 1980, emitido por el Ministerio del Interior, el cual dispuso que Consultorios y Postas del Ministerio de Salud fuesen administradas por las Municipalidades.

Este DFL contiene normas generales sobre el funcionamiento posterior al traspaso, particularmente referidas a la inversión de los recursos del Fondo Común Municipal.

ESTABLECIMIENTOS MINISTERIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL. ABRIL 1988

| Consultorios Generales Urbanos | Cons. generales Rurales | Postas Rurales | Estaciones Med. Rurales | Clínicas Dentales Escolares |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 178 | 117 | 993 | 491 | 95 |

PERSONAL DE SALUD TRASPASADOS A
LAS MUNICIPALIDADES. ABRIL 1988

| Médicos | Dentistas | Enferm. | Matronas | Otros Profes. | Auxiliares Paramédicos | Administ. | Total |
|---------|-----------|---------|----------|------------------|---------------------------|-----------|-------|
| 715 | 621 | 363 | 268 | 345 | 3.102 | 465 | 6.586 |

H. GASTOS EN SALUD

En materia de gastos en Salud cabe recordar que mayor gasto, “per se”, no es sinónimo de mejor salud.

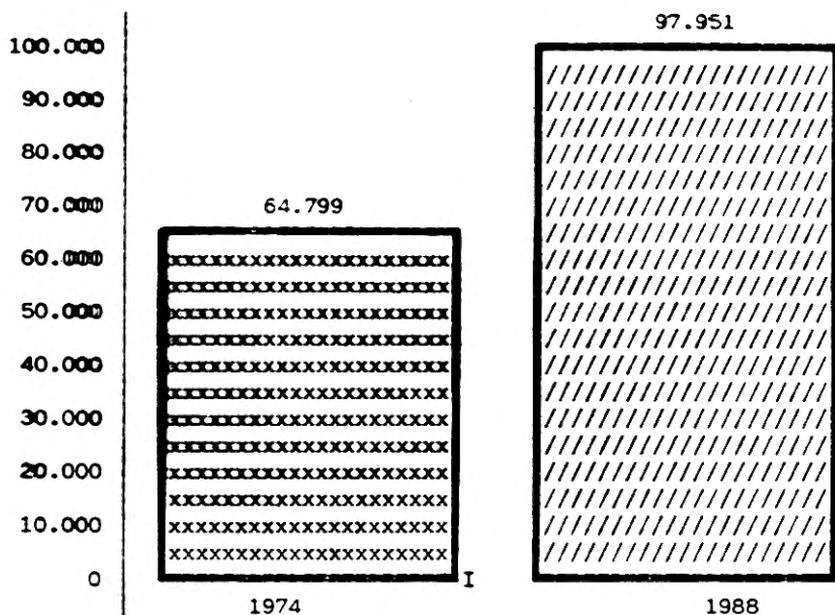
El presupuesto de gastos en el Sector Salud Público, en moneda de igual valor, ha recuperado sus niveles, año a año desde 1985, reduciéndose la brecha comparativa con los ejercicios presupuestarios anteriores a la crisis derivada de la última resección económica mundial y estando cerca en 1988, de alcanzar los mayores niveles históricos de este Gobierno.

En cuanto al gasto en salud durante este Gobierno, cualquier análisis objetivo y serio obliga a diferenciar lo que es el gasto propiamente tal, de lo que en este sentido y durante este Gobierno se ha producido, esto es, esencialmente un cambio en la composición de su estructura, aumentando —como lo vienen haciendo muchos países altamente desarrollados— la participación relativa de la recaudación directa por concepto de cotizaciones y disminuyendo la proporcionalidad del ingreso proveniente de impuestos generales.

Se ha propendido además a focalizar el aporte fiscal hacia los sectores más desposeídos, consecuente con lo cual, el aporte es hoy inversamente proporcional a los ingresos del cotizante. Con ello se ha promovido una mayor contribución personal y directa de los de mayores recursos.

Dentro del gasto en salud, las políticas del Sector se orientaron hasta 1985, prioritariamente, a las acciones de fomento y prevención en los niveles primarios. Durante los últimos cuatro años se han reorientado significativos recursos hacia los niveles de mayor complejidad asistencial, programas de equipamiento que han permitido acceder —aun con limitaciones— al acelerado avance tecnológico médico actual.

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD
(Millones de pesos de 1986)



Incluye remuneraciones, bienes y servicios de consumo, prestaciones previsionales, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

I. SOBRE LOS LOGROS EN INFRAESTRUCTURA

El Supremo Gobierno, a través del Ministerio de Salud, ha tenido una constante preocupación por mantener y mejorar la infraestructura de salud tanto de planta física, como de equipos y maquinarias.

Se han cumplido tres objetivos fundamentales en esta área:

1. Ampliación de la infraestructura de atención de salud en las zonas rurales, con énfasis en la atención primaria, concordante con las políticas definidas al respecto.

Se han construido un total de 339 postas rurales, 108 consultorios y 14 hospitales tipo 3 ó 4, con una inversión de aproximadamente M\$ 26.000.000, (moneda 1989).

2. Mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura existente en los establecimientos hospitalarios, mediante la ejecución de obras de reparación, remodelación, ampliación o reposición de hospitales existentes, o construcción de nuevos establecimientos, dentro del marco de atención de salud por niveles de complejidad-cobertura.

Para cumplir con este segundo objetivo, el Ministerio de Salud ha construido, ampliado, normalizado, o mejorado 76 hospitales de diversa complejidad, con una inversión cercana a los M\$ 50.170.000 (moneda 1989).

En el Anexo N° 1 se resumen las obras realizadas, desglosadas por regiones.

3. Mantenimiento y normalización del equipamiento médico existente en los establecimientos de atención en salud e incorporación de nuevas tecnologías a fin de dar un adecuado respaldo a los crecientes requerimientos tecnológicos.

El tercer objetivo planteado se ha cumplido al destinar una parte importante del presupuesto de inversiones hacia programas de renovación, recuperación e incorporación de nuevos equipos y tecnología, a fin de otorgar un soporte adecuado a los programas de salud.

Concordante con lo propuesto en dichos programas, la inversión en equipos y tecnología se focalizó hacia el apoyo a las acciones dirigidas a la población de alto riesgo o a la solución de daños específicos de salud.

El Anexo N° 2 resume las inversiones más indicativas efectuadas y que ascienden a M\$ 8.320.000 (moneda 1989).

J. SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Como relevante se puede señalar la incorporación de los conceptos de programación en relación con "población expuesta a riesgos" y de "riesgo específico", junto con el factor de regionalización y descentralización de la atención de salud. Así a los programas básicos orientados a las personas: infantil, materno-perinatal, adulto y senescente y de salud oral, se han formulado aperturas programáticas hacia el control de enfermedades crónicas tales como: cáncer, cardiovasculares, SIDA, y nefrológicas, por señalar algunas.

K. COROLARIO

En 1982 el Gobierno de Chile definió, públicamente, lo que denominó "Objetivo Nacional y Políticas Generales del Estado de Chile" para el período 1983-1990.

Su análisis hoy, a 8 años de su formulación, demuestra que todos los objetivos de Salud allí señalados se han cumplido.

ANEXO I
HOSPITALES CONSTRUIDOS - AMPLIADOS Y REMODELADOS EN EL PERÍODO COMPRENDIDO
ENTRE EL AÑO 1974 Y 1989 FINANCIADOS CON FONDOS SECTORIALES - FNDR/BID FNDR
Y RECURSOS PROPIOS (HOSPITALES TIPO 1, 2, 3 Y 4)
MONEDA DE JUNIO DE 1989 EN MILES DE \$

| Región | Número de hospitales | | Superficie | | Inversiones M\$ | | Totales | |
|--------|----------------------|----|---------------------------|--|-----------------------|-------------------------|------------------------|-------------|
| | N | A | M ² nuevos (a) | M ² ampliados y remodelados (b) | Hospitales nuevos M\$ | Hosp. ampliados M\$ (d) | M ² (a + b) | M\$ (c + d) |
| I | — | 2 | — | 14.158 | — | 1.913.024 | 14.158 | 1.913.024 |
| II | — | 1 | — | *** 300 | — | 39.000 | 300 | 39.000 |
| III | 1 | 1 | 16.500 | 2.655 | 2.260.500 | 345.150 | 19.155 | 2.605.650 |
| IV | 4 | 2 | 31.680 | 3.025 | 3.821.041 | 393.250 | 34.705 | 4.214.291 |
| V | 5 | 7 | 31.205 | ** 33.024 | 4.275.085 | 4.293.120 | 64.229 | 8.568.205 |
| VI | 3 | 4 | 13.641 | 13.136 | 1.868.817 | 1.707.680 | 26.777 | 3.576.497 |
| VII | 2 | 4 | 6.742 | * 4.208 | 923.654 | 547.040 | 10.950 | 1.470.694 |
| VIII | 5 | 4 | 16.789 | 25.352 | 2.300.093 | 3.360.200 | 42.141 | 5.660.293 |
| IX | 3 | 2 | 6.363 | 6.280 | 871.731 | 816.400 | 12.643 | 1.688.131 |
| X | 4 | 4 | 23.604 | 13.622 | 3.233.748 | 1.770.860 | 37.226 | 5.004.608 |
| XI | 2 | 1 | 1.915 | 3.400 | 262.355 | 253.524 | 5.315 | 515.879 |
| XII | — | 2 | — | 10.939 | — | 1.422.070 | 10.939 | 1.422.070 |
| R.M. | 3 | 10 | 42.084 | 59.403 | 5.765.508 | 7.722.390 | 101.487 | 13.487.898 |
| TOTAL | 32 | 44 | 190.523 | 189.502 | 25.582.532 | 24.583.708 | 380.025 | 50.166.240 |

N = Nuevos.

A = Ampliados o Remodelados.

* = 6.500 m² de Hospital de Talca en ejecución con presupuesto de M\$ 1.117.000 no considerados.

** = 5.247 m² de Hospital Dr. Gustavo Frické en ejecución con presupuesto de M\$ 700.000 no considerados.

*** = 2.205 m² de Hospital Calama en ejecución con presupuesto de M\$ 303.859 no considerados.

ANEXO 2
 INVERSIONES EN EQUIPAMIENTO MÉDICO, FINANCIADAS CON
 FONDOS SECTORIALES
 PERÍODO 1974-1989
 (En miles de \$ de junio de 1989)

| Concepto | Inversiones en M\$ | Período de ejecución | Observaciones |
|--|-----------------------|-------------------------|--|
| <i>A. Programas centralizados.</i> | | | |
| 1. Prevención daño neurológico y mortalidad perinatal | 1.430.000 | 1978-1982 | — Creación unidades de cuidado intensivo neonatal. |
| 2. Materno Perinatal | 380.000 | 1987-1988 | — Equipamiento para control de embaraza- das y recién nacidos de alto riesgo. — Reacondicionamien- to parque de incuba- doras. |
| 3. Normalización parque de Endoscopios | 186.000 | 1986-1987 | — Equipamiento para gastroenterología y neumotisiología. |
| 4. Radioterapia | 737.000 | 1984-1989 | — 2 aceleradores li- neales. — 1 unidad de telecobal- totterapia. — 4 fuentes de cobalto. — dispositivos de curie- terapia y dosímetros. |
| 5. Tomografía axial computarizada | 135.000 | 1982 | — 1 ^{er} equipo scanner para el svss, Instituto de Neurocirugía. |
| 6. Ecotomografía | 265.000 | 1987-1988 | — 18 ecotomógrafos. |
| 7. Hemodiálisis | 50.000 | 1988 | — 26 monitores de diá- lisis. |