

MINISTERIO DE SALUD

I. CUENTA DE LA LABOR EFECTUADA

NIVEL CENTRAL

El año 1993 dio inicio a la etapa de concreción de los proyectos del Programa Nacional de Inversiones, comenzado en 1990.

Culminó el proceso de estudios y se dio fin a las primeras obras de envergadura destinadas a la recuperación y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos, en el mayor esfuerzo de inversión realizado en la historia de la salud pública chilena.

Fueron entregados hospitales como el de San Felipe, la primera etapa de los establecimientos de Iquique y de Chillán, y 50 proyectos de rehabilitación hospitalaria; otros 68 se encuentran en plena ejecución, 25 de los cuales favorecen y mejoran la atención de los Servicios de Urgencia.

En esta etapa se ha llevado adelante la construcción y normalización de consultorios y postas, y la incorporación de laboratorios y otros servicios de diagnóstico.

En relación al recurso humano, se continuó la política de mejoramiento, con aumento y normalización de las plantas de personal e incentivos especiales para quienes trabajan en Servicios de Urgencia y Maternidades, junto con amplios programas de capacitación.

Otro aspecto destacable es el énfasis dado a los Programas de Salud, en concordancia con el cambio de perfil epidemiológico. El control del cólera y la casi desaparición del sarampión, el programa de prevención del cáncer cérvico-uterino, la extensión de acciones innovadoras en salud mental, la reducción de listas de espera y la ejecución de programas rurales con gran participación comunitaria, son ejemplos de logros del gobierno en este campo.

A. PROGRAMA DE INVERSIONES Y DESARROLLO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

1. Programa Minsal-Banco Mundial

A la fecha, el Programa de Rehabilitación Hospitalaria ha aprobado 151 proyectos, de los cuales 38 están terminados y 81 en plena ejecución. De estos últimos, 25 proyectos pertenecen a una etapa extraordinaria que favorece o mejora la atención de los Servicios de Urgencia.

En marzo de este año comenzó la construcción del Centro de Referencia de Salud, CRS, de Pudahuel. Las obras del Centro de Diagnóstico Terapéutico, CDT, del Hospital Sótero del Río y los CRS Peñalolén y El Pino están en proceso de licitación.

En la X Región, las obras del proyecto de normalización de la central térmica del Hospital de Puerto Montt finalizarán el mes de enero de 1995. La construcción del block quirúrgico del Hospital de Puerto Montt se iniciará este mes. La normalización del Hospital de Castro se encuentra en proceso de adjudicación.

2. Programa Minsal-Bid

El nuevo Hospital de San Felipe fue inaugurado en noviembre de 1993; se encuentra actualmente en operación con 254 camas, el Consultorio de Especialidades, Servicio de Urgencia para Adultos y Niños, junto con las áreas de Diagnóstico y Tratamiento, todos dotados con equipo de alta tecnología.

Esta unidad hospitalaria, financiada en su obra física y equipamiento en el marco de los Proyectos Minsal-BID, viene a sustituir al antiguo hospital base del Servicio de Salud Los Andes-San Felipe, que sufrió daños de consideración en el sismo de 1971.

En noviembre de 1993, se concretó la primera etapa del Hospital de Iquique, con una inversión de \$1.948 millones.

3. Proyectos bilaterales

Están en curso los proyectos de rehabilitación hospitalaria con financiamiento del crédito alemán, en ocho Servicios de Salud del país: Coquimbo, Valparaíso-San Antonio, Libertador Bernardo O'Higgins, Maule, Concepción-Arauco, Araucanía, Osorno y Metropolitano Sur-Oriente. La inversión en estos proyectos es de \$4.691 millones para el presente año.

Está en construcción el CRS de La Florida, con financiamiento de una donación del gobierno italiano con una inversión de \$1.583 millones.

4. Proyectos sectoriales

a. Fondos sectoriales

Con cargo a estos recursos de aporte fiscal directo se ejecutó, durante 1993, un total de 34 proyectos por un monto de \$6.387 millones. Estas inversiones, de distinta naturaleza, complejidad y tamaño, beneficiaron a 25 establecimientos del sistema de salud del país.

Dentro de los proyectos más significativos e importantes realizados durante el último año, cabe destacar: la primera etapa de la normalización del Hospital de Chillán; la construcción de los servicios de urgencia de los hospitales de La Serena y Talcahuano; la reposición del edificio de terapia ocupacional Sanatorio El Peral; la habilitación del Centro de Salud Mental de Osorno; y la construcción del CDT del Hospital de Temuco.

b. Inversión Sectorial de Asignación Regional, ISAR

Los fondos ISAR 1993-94 están orientados a financiar el Programa de Construcción de Consultorios Generales Urbanos en la Región Metropolitana, cuyo objetivo principal apunta a suplir parcialmente el déficit en infraestructura existente, en el nivel de atención primaria de la región.

El programa apunta a la construcción de seis establecimientos, con un presupuesto total de \$3.615 millones, de los cuales a la fecha, cinco se encuentran en ejecución y uno en etapa de estudio de preinversión.

De acuerdo a los cronogramas preestablecidos, el último de estos consultorios concluirá en junio del próximo año.

B. PROGRAMA REDUCCION LISTAS DE ESPERA

Este programa, iniciado en 1991, ha continuado la estrategia tendiente a mejorar la atención médica a través de hacer más eficientes los recursos disponibles y las acciones de salud. Para ello, focaliza recursos adicionales concursables en la solución de problemas puntuales (cuellos de botella), que producen largas listas de espera de los usuarios, con la correspondiente mala imagen del sistema. El programa ha sido altamente exitoso en áreas tales como cirugía infantil, cirugía adultos, cirugía oftalmológica y en consultas de otorrino.

C. DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD

1. Salud materno-perinatal

Mejoramiento de la calidad de atención a la madre y su hijo en las maternidades públicas, en el marco de la iniciativa Hospital Amigo de las Madres y de los Niños, y la consolidación del Sistema Informático Perinatal, como herramienta de apoyo a una gestión técnica descentralizada.

2. Salud del niño y adolescente

- Programa Nacional de Reforzamiento de la Atención Neonatal. Los logros más importantes de este programa, iniciado en 1993, han sido dotar de equipamiento básico a todos los establecimientos que atienden a recién nacidos de alto riesgo, establecer una red de trabajo a nivel nacional y contribuir al mejoramiento de la gestión técnico-administrativa.
- Programa de Detección Precoz de Fenilcetonuria e Hipotiroidismo Congénito. Este programa alcanzó en la Región Metropolitana, durante el año 1993, coberturas cercanas al 100 por ciento. Su consolidación constituye para el país, y para el sistema público de salud en particular, un logro muy importante, ya que Chile se convierte en pionero, dentro de Latinoamérica, en esta materia.
- Lactancia materna. Durante el año 1993, se acreditaron según normas internacionales los primeros tres hospitales declarados como "Amigos de la Madre y de los Niños".
- Durante 1993, se llevó a cabo el cambio de patrón de evaluación antropométrica de los niños menores de seis años, para disponer de un instrumento más sensible en la pesquiza del riesgo de malnutrición y lograr una mejor focalización de los recursos disponibles.

3. Salud del adulto y senescente

- Programa de Autocontrol para Diabéticos Insulinodependientes. Durante 1993, se inició la práctica del autocontrol en diabéticos insulinodependientes en los establecimientos del SNS, lográndose una cobertura de aproximadamente 20 por ciento del total de enfermos.
- Reglamento para la atención del adulto mayor institucionalizado. Se elaboró un proyecto de Reglamento de Funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, que modifica el Decreto N° 334/83 sobre Hogares de Ancianos, Casas de Reposo, Asilos, Hospicios y otros establecimientos similares.
- Proyecto de Control de la Hipertensión Arterial. Concluyó una experiencia piloto en seis Servicios de Salud, denominada Detección de Hipertensos en los Lugares de Trabajo. Ella permitió demostrar la factibilidad de pesquisar enfermos no controlados fuera del establecimiento de salud, con personal auxiliar de enfermería entrenado. Se logró aumentar en forma selectiva la cobertura de los Programas de Hipertensión, incorporando a una mayor proporción de adultos jóvenes y varones.

4. Salud mental

- Consolidación de una nueva política de abordaje de la salud mental, que incluye promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Lo anterior se expresa en la creación de equipos técnicos a cargo de la gestión de programas de salud mental en los Servicios de Salud y además en el aumento y diversificación de las actividades de salud mental en los tres niveles de atención.
- Extensión de acciones innovadoras en la mayoría de los Servicios de Salud, con aumento significativo del número de beneficiarios. Destacan los siguientes programas: Salud y Violencia, PRAIS, con alrededor de 45 mil atenciones a víctimas de violaciones de los derechos humanos; "Quiero Mi Vida... Sin Drogas", con talleres educativos de prevención del abuso de alcohol y drogas, para cerca de 100 mil niños; Prevención y Tratamiento Integral del Maltrato Infantil, con mejoramiento de la calidad de atención e incremento de la coordinación intersectorial. Rehabilitación y Reinserción de Discapacitados de Causa Psíquica, con apoyo técnico y financiero a organizaciones de familiares y grupos solidarios.
- Reforzamiento de la salud mental en la atención primaria, a través de la expansión de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, y del programa de reforzamiento psicosocial, junto con la incorporación de actividades de salud mental en los programas maternal, del niño y del adulto. Esto ha significado alrededor de 500 mil atenciones durante el año 1993.
- Habilitación, reparación y equipamiento de diez Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en hospitales generales del país, así como un segundo Servicio de Urgencia Psiquiátrica en la Región Metropolitana.

5. Salud del ambiente

- Formulación y actualización de la normativa referente a salud ambiental, con el fin de operacionalizar la aplicación de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario; norma de Emisión de Material Particulado de Fuentes Estacionarias Puntuales, DS N° 1.583 del 6 de abril de 1993; norma de Emisión de Material Particulado para Calderas de Calefacción Grupales.

- Reglamento de Laboratorios de Medición y Análisis de Emisiones Atmosféricas Provenientes de Fuentes Estacionarias; norma de Calidad del Aire en relación con el elemento arsénico.
- Incremento del 4 por ciento de población urbana que cuenta con sistemas de disposición final de basuras mediante el uso de rellenos sanitarios. Se ha alcanzado así un 85 por ciento de la población urbana total del país con este tipo de facilidades.
- Disminución, en un 9 por ciento, del porcentaje de viviendas infectadas por el vector de la enfermedad de Chagas. De esta manera, en las zonas chagásicas del país se detecta *Triatoma infestans* en sólo 3 por ciento del total de viviendas.
- Reducción del contenido de ácido erúxico en los aceites comestibles comercializados en el país a menos de un 10 por ciento, limitándose así los riesgos de daños a la musculatura lisa asociados al consumo de este compuesto.
- Desde 1972 se mantiene la ausencia de casos de rabia humana, y de rabia canina en los últimos años, gracias a la mantención de coberturas adecuadas de población canina vacunada y a la aplicación sistemática de los programas de vigilancia y control de esta enfermedad.
- Suministro de agua potable de buena calidad microbiológica a más del 90 por ciento de la población abastecida del país, mediante la aplicación de programas de vigilancia y control de los abastos en todo el territorio nacional.
- Puesta en vigencia del Plan de Descontaminación en relación anhídrido sulfuroso y material particulado para el Complejo Industrial Ventanas, DS N° 252, del 3 de marzo de 1993.

6. Vigilancia y control ambiental del cólera y entéricas

Vigilancia y control en todos los Servicios de Salud del país. Se actúa fundamentalmente sobre aquellos componentes ambientales que mayormente inciden en el ciclo de transmisión de esta enfermedad, a saber, suministros de agua potable; elaboración, transporte, comercialización de alimentos; aguas de riego y aguas de recreación, y sistemas de evacuación y disposición de excretas. Durante 1993 se notificaron 32 casos de cólera, 44 por ciento menos que en 1992. La vigilancia epidemiológica activa, la campaña de comunicación social, la cobertura de agua potable segura y la intervención a nivel del ambiente, especialmente en la Región Metropolitana, han permitido mantener las tasas de ataque de la enfermedad bajo 0,5 por ciento por 100 mil habitantes. Desde mayo de 1993 a la fecha, sólo se han presentado dos casos de cólera, ambos relacionados con un caso importado.

7. Salud buco-dental

- Realización de la tercera campaña de Promoción y Prevención en Salud Buco-Dental.
- Desarrollo del Proyecto de Fluoruración del Agua Potable en la Región Metropolitana, iniciado en noviembre de 1993.
- Continuación del Programa Nacional de Enjuagatorios Semanales de Flúor; en el año recién pasado, 855.700 escolares se beneficiaron con este programa.
- Implementación de 30 clínicas dentales innovadas en el país, como parte del nuevo sistema de atención odontológica actualmente en desarrollo.

8. Prevención del cáncer cérvico-uterino

- Durante 1993, en la Región Metropolitana este programa ha alcanzado una cobertura de 40 por ciento, a través de una campaña sanitaria de siete meses de duración. Se ha privilegiado la detección en mujeres de mayor riesgo (mayores de 35 años y que nunca antes se habían realizado un examen Papanicolau).
- En diciembre de 1993 se firmó un convenio entre Minsal, ISP y Universidad de Chile, para el funcionamiento de un Laboratorio de Referencia Nacional de Citopatología, con el objeto de mantener un control de calidad externo de los laboratorios del SNSS, y eventualmente de los del sector privado.

9. Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI

- En cobertura de vacunas, la meta para 1993 era superar el 95 por ciento de cobertura de todas las vacunas del PAI, especialmente en lo que se refiere a poliomielitis, para certificar su erradicación, y del sarampión, en vistas a su eliminación. Los resultados del año indican que se han producido progresos en 1993 y se han obtenido porcentajes de 96,7 por ciento en la vacunación contra la tuberculosis (BCG) a recién nacidos; 93,7 por ciento con tres dosis de Vacuna DPT y Polio, además de un 94 por ciento con la vacuna contra el sarampión.
- En vigilancia epidemiológica, de acuerdo con las metas comprometidas a nivel internacional por el Presidente Aylwin en la Cumbre Mundial de la Infancia en septiembre de 1990 (lo que se ha ratificado, además, en los compromisos internacionales con la OMS/OPS), Chile sería uno de los primeros países en certificar la erradicación de la poliomielitis en el continente americano, ya que desde 1975 no se observan casos de esta enfermedad en el país. Además, el sistema de vigilancia ha entregado evidencias de que el virus salvaje no circula en Chile.
- Desde 1992, se ha desarrollado un plan específico para eliminar el sarampión del país en el más breve plazo. Dicho plan se inició con una campaña masiva de vacunación, que permitió llegar a más de 4 millones de niños menores de quince años. En el concierto mundial, Chile es uno de los pioneros en la eliminación de esta enfermedad; se ha logrado reducir el número de casos de 396 a mediados de abril de 1992, a cero casos en 1993. No se registran casos de sarampión desde 1992 hasta la fecha.
- Programa Enfermedad Meningocócica. Chile, al igual que otros países de la región, enfrenta un aumento sostenido del número de casos de enfermedad meningocócica. Ello ha hecho necesario reforzar el sistema de vigilancia epidemiológica activa, mejorar el diagnóstico clínico y obtener la mayor confirmación bacteriológica de los casos. A la vez, ha sido necesario desarrollar campañas educativas de comunicación social para informar a la población sobre la enfermedad, con el fin de aumentar la percepción de síntomas y signos; mejorar la oportunidad del diagnóstico, la hospitalización y el tratamiento oportuno de los casos y de sus contactos.
- Programa de Tuberculosis. En 1993 se mantuvo la tendencia declinante de la tuberculosis, que se ha hecho más evidente a partir de 1987, tanto en lo referente a morbilidad como mortalidad. Para 1993, la tasa de tuberculosis fue inferior a 39 por 100 mil habitantes, en tanto que la tuberculosis pulmonar bacilífera alcanzó a 18 por 100 mil habitantes. Se espera una tasa de infección anual inferior a 0,39 por ciento. La tuberculosis infantil declina más rápidamente. La mortalidad por meningitis tbc. se redujo a 01. por 100 mil habitantes en 1992.

10. Desarrollo y uso de medicamentos

- Promulgación y difusión de una política nacional de medicamentos.
- Modificación de las disposiciones del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos (DS Nº 435/81).
- Desarrollo del Proyecto de Actualización del Formulario Nacional de Medicamentos.
- Incremento del acceso con drogas antineoplásicas, PINDA, a los niños, a través del tratamiento quimioterápico gratuito en el SNSS.

11. Reforzamiento de atención primaria

- Creación de quince nuevos Servicios de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, en 48 consultorios del país, con una productividad de 1.203.349 consultas/año, con un costo de operación de US\$4 por atención médica, incluyendo actividades complementarias. Además, se crearon catorce nuevos terceros turnos, alcanzando a 91 consultorios urbanos, con una productividad de 408.931 consultas al año; así como quince nuevos equipos psicosociales, en 79 consultorios urbanos con equipos multiprofesionales, que desarrollan actividades de coordinación, capacitación y trabajo comunitario.
- Consolidación de laboratorios básicos, alcanzando un total de 1.273.453 exámenes/año.
- Se crearon 62 nuevas salas de hospitalización abreviada, alcanzando un total en el país de 194 salas, con una productividad de 2.199.834 prestaciones kinésicas, 605.344 atenciones kinésicas y 6.433 hospitalizaciones abreviadas.
- En el área rural, se consolidó el programa en sus componentes de modelo de gestión, orientaciones técnico-programáticas y elaboración de material educativo de apoyo para la gestión local. Se realizaron, además, actividades de capacitación para auxiliares de postas rurales, en convenio con el Instituto de Educación Rural.
- Se concluyó la ejecución de 530 proyectos de desarrollo local orientados a incentivar el trabajo comunitario del personal de salud. También finalizó un total de 90 proyectos de las ONG, que beneficiaron a 289.517 personas y capacitaron a 8.419 monitores.
- Se llevaron a cabo 30 proyectos de desarrollo local a nivel urbano, con cobertura de 16.803 personas y capacitación de 597 monitores de salud.

D. EXPANSION DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DEL SIDA

Durante el período, se intensificó el trabajo intersectorial e interministerial en el enfrentamiento del Sida. Se realizó la segunda campaña nacional de comunicación social, en relación a la promoción y prevención de esta enfermedad. Se desarrollaron modelos de intervención denominados "Cara a Cara", en prevención del Vih/Sida, en grupos con conductas de alto riesgo.

Como parte de este programa también se produjo material educativo, consistente en manuales y guías para los programas de capacitación, orientado a los agentes multiplicadores y medios de comunicación social.

Se dio cobertura terapéutica en relación a fármacos de alto costo, al 86 por ciento de los adultos enfermos, y al 100 por ciento de los casos pediátricos. Durante el año, se dispuso de la capacidad

y disponibilidad de diagnóstico certero de infección por Vih, en la Región Metropolitana y a nivel nacional. En los bancos de sangre se realizaron controles para la protección de los receptores de transfusiones.

E. DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SNSS

La expansión de la dotación de personal para los establecimientos públicos, en el año 1993, fue de 2.167 cargos, destinándose 300 de ellos al Ciclo de Destinación para dotar de médicos y odontólogos a las zonas alejadas de las grandes ciudades. Este incremento también permitió poner en marcha proyectos de infraestructura y normalizar servicios.

Durante el año 1993 se promulgó la Ley N° 19.230, de los profesionales regidos por la Ley N° 15.076, en cargos de 28 horas semanales, de servicios de urgencia: Unidades de Emergencia, UCI y maternidades del SNSS; y la Ley N° 19.264, que señala los beneficios al personal no médico de los Servicios de Urgencia.

Las medidas tomadas durante el año en relación a carrera funcionaria correspondieron a la normalización de la estructura de dotación del sistema: aprobación de las nuevas plantas de personal, definición de especificaciones y requisitos de los cargos, y encasillamiento de la dotación con criterio de antigüedad. Otro aspecto en este mismo campo, ha sido la dictación de la Ley N° 19.198 y su Reglamento, que regula los concursos para los profesionales funcionarios afectos a la Ley N° 15.076. Además, en el período fue aprobada la Ley N° 19.235, sobre plantas del personal de salud.

En el área de la capacitación del recurso humano, y a través del Programa de Apoyo a la Gestión, PAG, en 1993 se invirtieron 553 millones de pesos, lo que representa un incremento del 924 por ciento real de lo gastado en 1989, con un total de 378 proyectos desarrollados, con la participación de 28.591 funcionarios del sistema.

ENTIDADES DEPENDIENTES O RELACIONADAS

1. Fondo Nacional de Salud, Fonasa

- Proyecto Habilitación de Pensionados en Hospitales Públicos. Durante 1993 se puso en marcha este proyecto, consistente fundamentalmente en un crédito a los Servicios de Salud destinado a mejorar la calidad de los pensionados y otorgar una atención preferencial a los beneficiarios de Fonasa que optan por esta alternativa. El proyecto asignó alrededor de 900 millones de pesos a diversos hospitales, los cuales presentaron previamente los proyectos respectivos para la habilitación y mejoramiento de los pensionados. Los hospitales beneficiados con esta medida son catorce en total: de Antofagasta, Coquimbo, La Serena, Gustavo Fricke de Viña del Mar, Herminda Martín de Chillán, Los Angeles, Las Higueras de Talcahuano, Punta Arenas; y de la Región Metropolitana, El Salvador, San Borja Arriarán, Posta Central, Barros Luco-Trudeau y Sótero del Río. Se debe destacar que hubo más de cincuenta solicitudes para participar de este proyecto, y el criterio de selección fue con base en los anteproyectos y el tamaño del hospital, privilegiándose los hospitales base de cada región.
- Equipamiento computacional. El Fondo Nacional de Salud ha renovado totalmente su equipamiento computacional, aumentando el número de equipos y su nivel tecnológico en todo el país.

Este proyecto se ha realizado con recursos humanos y presupuestarios propios; representa una inversión aproximada de 2 millones de dólares, y es el primero de esta envergadura en el Sector Salud.

2. Instituto de Salud Pública, ISP

Durante este período, el Instituto de Salud Pública de Chile continuó desarrollando sus funciones de apoyo y asistencia técnica al Ministerio de Salud y demás organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en sus roles normativos, de supervisión, de referencia y de laboratorio nacional. Podemos agrupar las actividades en las siguientes áreas:

- Mejoramiento de la capacidad de gestión del Instituto de Salud Pública. Cabe señalar que en el último año se comenzó una etapa de modernización en la gestión del Instituto. En este marco, se adquirieron sistemas y equipos computacionales.

Este proceso de modernización permitirá disminuir los tiempos de espera de los usuarios, aumentar la confiabilidad de los sistemas técnicos-administrativos y generar una cultura institucional que contribuya a aumentar la eficiencia.

- Control nacional. En el plano del control de calidad de medicamentos, cosméticos, alimentos y otras sustancias, el Instituto ha ejecutado las acciones relativas al registro, fiscalización de establecimientos de producción, auditorías de procesos y otras modalidades de ese control, conducentes a asegurar la distribución de productos seguros y eficaces para el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades.
- Laboratorios de salud. El Instituto ha actuado como centro nacional de referencia de los laboratorios de los Servicios de Salud, en materia de bromatología y en el apoyo directo en esta especialidad al Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana, en el control sanitario de estas sustancias.
- Participación en programas ministeriales de vigilancia epidemiológica de meningitis meningocócica, difteria, tos ferina, cólera, enfermedades de transmisión sexual, control del Sida, poliomielitis, rabia, sarampión, e influenza.
- Salud ocupacional y contaminación ambiental. En las actividades correspondientes a salud ocupacional y contaminación ambiental, el ISP continuó operando como centro nacional de referencia en ambas materias respecto de los Servicios de Salud, y ha desarrollado acciones de investigación aplicada y docencia en estos asuntos, y de asesoría específica en virtud de diversos convenios con entidades nacionales y extranjeras.
- Producción. En este campo, el Instituto continuó con la producción de vacunas, sueros y antígenos para abastecer las necesidades de inmunización de la población del país, de acuerdo con los planes y programas fijados por el Ministerio de Salud.

3. Central de Abastecimiento del SNSS

Se efectuó los análisis requeridos para aplicar medidas tendientes a la reorganización de la actividad al interior del sistema de abastecimiento del sector salud, aplicándose aquéllas de corto plazo, orientadas a sentar las bases adecuadas para iniciar la implementación de las transformaciones tendientes a la optimización global del referido sistema.

- Se inició el estudio del arsenal farmacológico, en la perspectiva de satisfacer los requerimientos de los usuarios del sistema.

- En materia de administración de stock y programación de adquisiciones, se avanzó en el estudio de la incorporación de elementos electrónicos destinados a incrementar la eficiencia en la operación del sistema.

4. Superintendencia de Isapre

La Superintendencia de Isapre, como instancia arbitral, durante el último año tuvo una disminución de un 1,75 por ciento de reclamos respecto al año anterior, y logró un significativo avance en la resolución de estos reclamos. El número de controversias resueltas se elevó a 588, lo que equivale a un 20,7 por ciento más que durante 1992. Las consultas de beneficiarios se incrementaron en 14,54 por ciento respecto al año 1992.

Una de las principales prioridades en este período fue mejorar la transparencia de este mercado. Para ello se realizó una sistemática campaña de comunicaciones, dirigida a promover la lectura del contrato de salud y el conocimiento de los conceptos básicos incorporados en un plan de salud. El objetivo es que los cotizantes puedan comparar y decidir mejor sobre las alternativas más convenientes para asegurar su salud y la de su grupo familiar. Esta campaña de comunicaciones incorporó información relativa a licencias médicas, vencimiento de contrato, topes de gasto, co-pagos y aranceles. Para evaluar la efectividad de esta campaña, se realizó en octubre de 1993 un estudio de opinión a los afiliados del sistema, el cual permitió percibir los positivos resultados de la campaña, verificándose aumentos significativos en el porcentaje de afiliados que conocen la existencia de la Superintendencia de Isapre y sus funciones, desde 71 por ciento en octubre de 1992 a 84 por ciento en 1993.

El proyecto que reforma la ley de Isapre, en trámite legislativo, busca contribuir al desarrollo del sistema Isapre en una perspectiva de más largo plazo mediante la incorporación de modificaciones tales como: listado de prestaciones mínimas a ofrecer por las Isapre, eliminación de gran parte de las carencias y exclusiones y la precisión de los conceptos de preexistencia, mayor equidad en la relación contractual.

II. CONDICION ACTUAL DEL MINISTERIO

Nuestro país pudo configurar en estos últimos años una situación de salud privilegiada, donde los indicadores clásicos rápidamente se independizaron del nivel socio-económico, dando cuenta de un perfil de morbi-mortalidad similar a los países con más del doble de ingreso que el nuestro. El envejecimiento poblacional unido a las patologías emergentes, de enfermedades crónicas, el embarazo de adolescentes, la drogadicción y los accidentes mortales o invalidantes en gente joven, ubica a nuestro país en una situación de transición demográfica y epidemiológica.

A partir de esta realidad, es necesario explicitar las inequidades e ineficiencias que, desde el punto de vista epidemiológico, caracterizan a nuestro país, las que son agravadas por la falta de participación social y a su vez explican la insatisfacción de los usuarios del sistema. Se hace necesario salir del análisis de indicadores tradicionales, para acercarse a la evaluación de los años de vida saludable perdidos por la morbi-mortalidad y al mismo tiempo enfrentar racionalmente el análisis de la calidad de atención. En esta línea se advierte el imperativo de políticas, normas y programas orientados a enfrentar la transición epidemiológica, que amerita una fuerte acción normativa, preventiva y supervisora, pero corregida por las particularidades de cada región, provincia o comuna donde puedan expresarse claramente las diferencias epidemiológicas en la perspectiva de la equidad y la eficiencia.

A lo anterior se hace necesario agregar que el modelo de atención no satisface las demandas reales de la población y menos aún las demandas potenciales identificadas por los profesionales de la salud, dado que se necesita una capacidad resolutoria cada vez más compleja, de tal manera que la definición de este nuevo modelo es tarea prioritaria. Finalmente, es necesario resaltar que al interior de los indicadores tradicionales se encuentran inequidades e ineficiencias, como las descritas, donde es necesario persistir en las intervenciones vinculadas a la atención primaria, unido al doble esfuerzo de mejorar la capacidad resolutoria de la atención secundaria, junto con iniciar los programas preventivos de largo plazo además de abrir los canales para la participación comunitaria al interior del propio sector salud.

A. NUEVA ORGANIZACION FUNCIONAL DEL MINISTERIO

Para enfrentar estas tareas, el equipo se ha organizado en torno al gabinete y sus respectivos Departamentos funcionales. Desde allí se relaciona con las Divisiones del Ministerio, las Secretarías Regionales Ministeriales, el Sistema Nacional de Servicios de Salud y las cuatro instituciones autónomas.

Tres Divisiones conforman el Ministerio: de Apoyo a la Gestión, Planificación Estratégica y Programas de Salud, las que dependen del gabinete ministerial y reportan al Ministro y Subsecretario el cumplimiento de las tareas encomendadas.

1. División de Planificación Estratégica

Misión:

- Elaborar y promover la realización de planes, estudios y proyectos para el desarrollo de mediano y largo plazo y fortalecimiento del sector salud en materia de recursos humanos, físicos y financieros, tras el logro de objetivos de equidad y focalización de recursos hacia las personas más pobres y vulnerables, recursos que deben ser asignados con eficiencia y eficacia.
- Conocer y mantener información actualizada de los recursos humanos y físicos del sector salud, así como de los principales problemas de salud pública del país, con el propósito de conocer las necesidades y adecuar a ellas el desarrollo de las soluciones, de modo tal que éstas puedan ser adecuadamente priorizadas.
- Monitorear, controlar y evaluar la ejecución y el desarrollo de los grandes proyectos de inversión del sector, con el objeto de optimizar el uso de los recursos disponibles para ese propósito y desarrollar una estrategia de progresiva descentralización de las decisiones de inversión.

Tareas:

- Elaborar un plan de desarrollo de Recursos Humanos en el marco de las siguientes líneas estratégicas:
 - Un ambiente descentralizado para la gestión de dichos recursos.
 - Una orientación de la atención hacia las personas.
 - Un enfoque de calidad total.

- Elaborar un plan de inversiones trienal que considere:
 - Un ambiente de progresiva descentralización de las decisiones de inversión y su ejecución.
 - La expansión y diversificación de la modalidad de fondos concursables para la priorización y ejecución de inversiones.
 - La construcción de estándares-objetivo para el desarrollo de normas que orienten la identificación, formulación y priorización de los proyectos de inversión en los Servicios de Salud.
 - La actualización de los datos básicos y catastros disponibles en materia de necesidades de inversión.
 - La coherencia con los proyectos actualmente en ejecución.
 - La consistencia con el marco presupuestario proyectado y la disponibilidad de recursos humanos y financieros para la puesta en marcha de los proyectos y su operación.
 - El diseño de líneas programáticas que orienten el desarrollo de programas de mantención de los recursos físicos del sector.
- Apoyar el proceso de modernización de la gestión del sector, que incorpore la realización de estudios y proyectos para desarrollar, entre otros el proceso de descentralización, mecanismos para la asignación eficiente de los recursos financieros, los compromisos de gestión, el diseño de mecanismos para la recuperación de costos y eliminación de subsidios cruzados y la automatización de funciones y desarrollo de sistemas de información para la gestión.

2. División de Apoyo a la Gestión

Está orientada a colaborar en el ámbito de la gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud, en la perspectiva de satisfacer las necesidades de salud de las personas, en un ambiente de equidad y de focalización de recursos hacia los más pobres y vulnerables, buscando la mejor calidad, cobertura y acceso posibles, mediante la asignación de recursos en forma eficiente.

Misión:

- Colaborar al desarrollo del proceso de descentralización.
- Colaborar al desarrollo armónico de los Servicios de Salud.
- Colaborar a las Direcciones de Servicios de Salud para enfrentar sus problemas de gestión.
- Se delega a la División de Apoyo a la Gestión colaborar con los Servicios de Salud en el diagnóstico de sus problemas, identificando las alternativas de solución y estableciendo de común acuerdo con la Dirección de cada Servicio el conjunto de medidas correctoras. Asimismo, deberá monitorear su evolución, evaluando interactivamente tanto el cumplimiento del programa de trabajo, como la pertinencia, coherencia y oportunidad de los contenidos del propio programa.

Tareas:

- Elaborar un programa de trabajo para apoyar la gestión de los Servicios de Salud. Para ello deberá realizar un diagnóstico de la situación organizacional y de gestión de los Servicios de Salud, priorizará y propondrá un Programa de Trabajo que considere los siguientes aspectos:

- Programas. Tanto a nivel de la atención primaria como secundaria y terciaria, en colaboración con la División de Programas.
- Inversiones. Considerando los fondos sectoriales de asignación central y regional, los proyectos con fuentes de financiamiento bilaterales y multilaterales, en conjunto con el Fondo de Desarrollo Regional. Trabajo a realizar en estrecha colaboración con la División de Planificación Estratégica.
- Presupuesto y asignación de recursos. Tanto de los hospitales como de la atención primaria, coordinado con la División de Planificación Estratégica en cuanto se refiere a los proyectos de desarrollo institucional, y con Fonasa en cuanto a los mecanismos de asignación y de transferencias de recursos financieros.
- Calidad de atención. Desde la perspectiva del fortalecimiento de la capacidad resolutive de la atención ambulatoria, pasando por la acreditación de establecimientos, para llegar a la focalización en la población más pobre y más vulnerable. Especial énfasis en la satisfacción del usuario como herramienta de gestión y de evaluación. Deberá trabajar en estrecho contacto con la División de Programas de Salud.
- Proponer un programa de descentralización del Ministerio de Salud. Para esta tarea es necesario dar los siguientes pasos:
 - Identificar aquellas funciones que ahora realiza el Ministerio de Salud y que pueden ser descentralizadas en los Servicios de Salud y/o en las instituciones autónomas.
 - Identificar las demandas de descentralización por parte de los Servicios de Salud y las instituciones autónomas
 - El programa de descentralización tendrá como insumo los productos anteriores y deberá contemplar la transferencia de atribuciones y recursos asociados en forma gradual, en un plazo inferior a un año.
- Colaborar con las Direcciones de Servicios de Salud para perfeccionar los sistemas de monitoreo. Para esta tarea desarrollará un trabajo conjunto con los Servicios de Salud para lograr un sistema de monitoreo, al interior de ellos, que permita conocer en forma oportuna el estado de avance de los programas, las inversiones, la ejecución presupuestaria y la calidad de la atención brindada tanto a nivel primario como secundario y terciario.

3. División de Programas, Diprog

A la Diprog le corresponde definir los programas destinados a satisfacer las necesidades de salud de la población, conocer su grado de cumplimiento y las razones que explican el comportamiento tanto de las entidades ejecutoras como de las personas.

La función normativa deberá ser adaptada localmente para responder a las necesidades particulares de cada situación.

Misión:

- Elaborar y proponer a las autoridades superiores del Ministerio de Salud las políticas y normas técnicas nacionales y generales, aplicables tanto al sector público como al sector privado.
- Elaborar y proponer los planes y programas por los cuales deberá regirse la ejecución de las acciones de salud, relativas a las personas y al ambiente en el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

- Colaborar para la ejecución descentralizada de los programas de acuerdo a la realidad local de cada Servicio de Salud.

Tareas:

- Adecuar la organización de la División para un enfoque de salud integrada que complemente la coherencia y fluidez en los programas y normas aplicables a los niveles de atención.
- Integrar el modelo de atención en las distintas propuestas programáticas.
- Readecuar la programación según prioridades que contemple:
 - Focalizar las acciones de salud hacia los más vulnerables desde el punto de vista biológico, económico y social.
 - Fomento, prevención y protección de las personas y el ambiente.
 - Énfasis en programas del adulto y senescente: enfermedades crónicas como por ejemplo, cardiovasculares, cáncer y metabólica.
 - Prevención de accidentes.
 - Atención de urgencia.
- Evaluar los procesos, impacto y opinión provenientes del nivel local, con el fin de analizar el cumplimiento de los programas y las necesidades de readecuación de ellos.
- Colaborar en el mejoramiento de los sistemas de información orientados a vigilancia epidemiológica, indicadores intermedios y finales de programas, etc.
- Impulsar la autonomía en la gestión de los programas por parte de los Servicios de Salud, incluida en la estrategia de compromisos de gestión.
- Desarrollar Estrategias que privilegien la obtención de calidad en la atención al usuario.
- Elaborar normas técnicas diagnóstico-terapéuticas para los diversos niveles de atención, considerando el conocimiento científico vigente.
- Participar de la coordinación entre la programación presupuestaria-financiera y los programas de la salud.

B. FUNCIONES DE ENTIDADES DEPENDIENTES O RELACIONADAS

1. Fondo Nacional de Salud

Misión:

- Transformar Fonasa en el organismo estatal encargado de administrar el Seguro Público de Salud solidario que se ofrece a los chilenos beneficiarios del sistema público.
- Convertir Fonasa en un organismo comprador de acciones de salud de carácter integral para todos los beneficiarios, sean éstos cotizantes o indigentes, con el objeto de facilitar el acceso de éstos a las mejores opciones de atención de salud disponibles en los sistemas público y privado.
- Administrar con completa autonomía el Seguro Público de Salud, identificando correctamente a sus beneficiarios, recaudando directamente las cotizaciones y aportes fiscales para salud y desarrollando en propiedad las nuevas modalidades de compra de servicios de salud.

Tareas:

- Lograr mayor equidad en el financiamiento de las atenciones de salud, eliminando los subsidios cruzados que existen desde el sistema público al sistema privado, así como aquellos que es posible reconocer entre cotizantes e indigentes beneficiarios de Fonasa.
- Mejorar el sistema de recaudación de ingresos de Fonasa, con el propósito de generar nuevas fuentes de recursos por la vía de controlar la evasión y el atraso en las cotizaciones. De manera complementaria, será necesario separar el aporte fiscal de las cotizaciones.
- Mejorar la eficiencia en la asignación de recursos del sector salud y en la gestión de compra, mediante una adecuada definición de los mecanismos de asignación de recursos y sistemas de pago. Para ello, se privilegiará la asignación per cápita en la atención ambulatoria y pago asociado a diagnóstico para la atención secundaria y terciaria, por el significativo impacto que tendrán estas medidas en la contención y recuperación de costos en el sector.
- Mejorar las modalidades de atención de salud para sus beneficiarios, de manera particular en materia de libre elección a costos razonables. Ello implicará, entre otras medidas, perfeccionar y ampliar las modalidades de atención en los pensionados del sistema público.
- Mejorar la eficiencia en el sistema de control de pago a proveedores, para lo cual se desarrollarán sistemas de información para el monitoreo adecuado de las liquidaciones y pagos que la institución realiza a los proveedores con quienes tiene convenio.

Todo lo anterior se realizará en el marco de las siguientes precisiones, que requerirán una efectiva coordinación sectorial:

- Claridad en las nuevas políticas rectoras del sistema,
- Manejo propio de los presupuestos por parte de las instituciones autónomas,
- Manejo del ítem de remuneraciones bajo responsabilidad directa del Minsal y los Servicios de Salud,
- Implementación de compromisos de gestión,
- Implementación de los nuevos sistemas de pago o asignación de recursos a los servicios.

2. Instituto de Salud Pública, ISP

El Instituto de Salud Pública de Chile es un servicio público funcionalmente descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud, que cumple los siguientes roles:

- Normalizador. El ISP establece los procedimientos, normas, uso de técnicas, controles, estándares de medición y diversos requisitos que deben ser aplicados en funciones de control sanitario.
- Supervisor. Es el organismo que supervigila el funcionamiento de los laboratorios de salud pública y otras unidades pertenecientes al sistema de salud que cumplan funciones de control sanitario, y además, sugiere quién aplica el control de calidad.
- Referencia. Es el organismo a quien son enviados los análisis de alta complejidad que no pueden ser diagnosticados en los servicios u otros del Sistema de Salud. Además, es quien confirma los resultados de ciertas funciones de control sanitario del país.
- Laboratorio nacional. Como Laboratorio Oficial del Estado, es el centro evaluador en materias específicas de control sanitario.

Misión:

- Servir de laboratorio nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública que determine el Ministerio de Salud, en las materias de: microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, laboratorio clínico, contaminación ambiental y salud ocupacional.
- Ejercer las actividades relativas al control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario, las que comprende las siguientes funciones:
 - Autorizar la instalación de laboratorios de producción química farmacéutica e Inspeccionar su funcionamiento.
 - Autorizar y registrar medicamentos y demás productos sujetos a estas modalidades de control, de acuerdo con las normas que determine el Ministerio de Salud.
 - Controlar las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio y uso a cualquier título, como asimismo, de la propaganda y promoción de los mismos productos, en conformidad con el reglamento respectivo.
 - Controlar los estupefacientes y productos farmacéuticos que causen dependencia y demás sustancias psicotrópicas susceptibles de surtir análogo efecto, respecto de su importación y de su uso lícito en la elaboración de productos farmacéuticos.

Tareas:

- Fortalecer la capacidad de gestión del ISP, en sus tareas normativas, evaluadoras y de control. En relación a una serie de actividades de control que el ISP no realiza o realiza insuficientemente, ha definido precisar políticas de compra de servicios a universidades, instituciones privadas, etc que garanticen su realización. La propuesta inicial estará en junio del presente año.
- Se ha decidido poner fin a las funciones de producción que actualmente se realizan en el ISP. Para ello se elaboró un cronograma que especifica las etapas de este proceso. La totalidad del proceso culminará en octubre del próximo año.
En la eventualidad de que este proceso requiera redestinar personal a otras funciones y/o instituciones del sector, se realizará un programa de capacitación que garantice la reinserción del personal en mejores condiciones laborales.
- Elaborar un plan estratégico que permita actualizar la misión del Instituto de Salud Pública. Este plan deberá estar terminado en diciembre de este año; los resultados esperados son los siguientes:
 - Definir las funciones que debería desarrollar el ISP para lograr su objetivo.
 - Establecer la estructura organizacional que le permita alcanzar los objetivos institucionales.
 - Establecer líneas de acción que permitan al ISP desarrollar las funciones y las actividades determinadas por los objetivos.
 - Determinar el rol definitivo de la salud ocupacional al interior del Instituto de Salud Pública de Chile.

3. Central Nacional de Abastecimiento, Cenabas

Los Servicios de Salud requieren de insumos para llevar a cabo su labor productiva. Ello los lleva a efectuar variados procesos de compra y abastecimiento.

Misión:

La misión de la Cenabas será la de apoyar el fortalecimiento de los procesos de compra y abastecimiento que deban realizar los Servicios de Salud, a través de desarrollar una función de intermediación a la cual voluntariamente puedan concurrir dichos Servicios.

Tareas:

- Desarrollar y poner en marcha un sistema de adquisiciones en el cual la nueva Central actúe como un intermediario mandatado por los Servicios de Salud. De este modo se podrá aprovechar las economías de las compras por volumen, obteniéndose el máximo rendimiento de los recursos con que cuenta el sector. La tarea debe ser completada al 31 de diciembre de 1994.
- Desarrollar un plan de fortalecimiento de los sistemas de adquisiciones y abastecimiento de los Servicios de Salud, que contemple la redistribución del personal de la actual Central de Abastecimientos. Ello implica actualizar las competencias del personal de la Central mediante un programa de capacitación que le permita a dicho personal su reubicación en otras reparticiones del sector en mejores condiciones laborales. La tarea debe ser completada al 31 de diciembre de ese año.
- Desarrollar una propuesta para la operación del stock estratégico. La tarea debe ser completada al 30 de agosto del año en curso.
- Presentar un programa de reducción de bodegas y stock evaluable cada tres meses, que represente una reducción significativa en un plazo no superior a un año. La tarea debe ser completada este mes.

4. Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional

Misión:

- Fiscalizar y controlar a las Isapre —para lo cual cuenta con las facultades que le otorga la Ley N° 18.933— y liderar el desarrollo del sistema privado de salud en Chile, de manera de conducirlo a su institucionalización social y previsional sin desincentivar por ello el éxito empresarial del mismo.
- Convertirse en la instancia que, recogiendo y velando por los intereses de los usuarios —los que deben encontrar en este ente una garantía para la protección de sus derechos—, sea una interfase válida también para las Isapre, por su seriedad, solvencia e idoneidad técnica para detectar y resolver conflictos.
- Educar al usuario, con el objetivo de lograr un compromiso destinado al uso consciente y responsable de los beneficios y a involucrarlo en el desarrollo del mejoramiento del Sistema,

de modo de garantizar su estabilidad en el largo plazo, a fin de asegurar la permanencia de sus beneficiarios a través del tiempo, con grados crecientes de equidad.

Tareas:

- Aprobación del envío del proyecto modificatorio de la actual Ley N° 18.933, actualmente en trámite. El proyecto de ley da una respuesta concreta a ciertos temas extremadamente sensibles, como son el tratamiento que se da a los excedentes, las regulaciones en lo relativo a las exclusiones y carencias, la mayor flexibilidad en las relaciones contractuales, las regulaciones en lo relativo a los denominados convenios colectivos, compensados o matrimoniales, los aumentos del capital y garantía que las Isapre deben mantener, las regulaciones de los efectos de la cancelación del Registro de las Isapre, etc.
- Estudio e implantación de los siguientes aspectos del sistema:
 - Arancel: Dado que una de las falencias del sistema es la falta de transparencia al momento de decidir la Isapre a la que se ingresará, sin duda la existencia de un catálogo único de referencia permitirá que el usuario pueda decidir en forma más acertada, dentro de las distintas alternativas que se le presenten.
 - Tercera edad: El problema del tratamiento de la tercera edad en el sistema privado de salud sólo constituye una parte de la necesaria labor que el gobierno debe efectuar en mejorar integralmente la calidad de vida de este importante sector del país.
 - Enfermedades catastróficas: Desde un punto de vista financiero, las enfermedades catastróficas son aquellas que generan un desembolso de recursos en el corto plazo que implique un problema de insolvencia financiera desde la perspectiva del presupuesto familiar destinado a salud.
 - Artículo 38: La Superintendencia se encuentra analizando los resultados de un estudio interno sobre la facultad de las Isapre de revisar anualmente las condiciones contractuales.
- Implantación de una campaña de comunicación, información y educación al usuario. Se hace imprescindible informar debidamente a los afiliados acerca de los derechos y obligaciones que detenta por el hecho de ingresar al sistema de Isapre.
- Integración de los sistemas público y privado. La experiencia adquirida por esta Superintendencia demuestra la necesidad de abarcar la gestión del sistema de salud en su conjunto, creando las instancias de coordinación conducentes a la eficiencia del sistema público de salud, a quien tocan los efectos del sistema privado. De esta manera colaborará a que este último no se convierta en un compartimento estanco sin soluciones a las distorsiones generadas por él.
- Modificaciones al Consejo de Salud Privada. Este necesita detentar capacidad de resolución y coordinación con este Ministerio en relación a los problemas ventilados en su interior, para que se adopten las políticas necesarias a su solución.

C. CONDICION ACTUAL DEL MINISTERIO

1. Situación presupuestaria (en miles de pesos)

| | 1991 | 1992 | 1993 |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Gastos en Personal | 90.029.029 | 122.134.180 | 171.471.371 |
| Bienes y Servicios de Consumo | 75.519.358 | 95.479.743 | 113.623.063 |
| Prestaciones Previsionales | 44.149.766 | 56.478.999 | 69.568.538 |
| Transferencias Corrientes | 32.622.164 | 41.642.177 | 49.065.899 |
| Inversión Real | 6.560.147 | 32.276.720 | 34.212.036 |
| Inversión Financiera | 1.386.935 | 2.103.597 | 2.879.673 |
| Otros Gastos | 12.539.967 | 12.342.272 | 16.779.476 |
| TOTAL GASTOS | 262.807.366 | 362.457.688 | 457.600.056 |

Nota: Gasto devengado al 31 de diciembre de cada año.

a. *Mejoramiento del habitat y la calidad de vida en los asentamientos humanos, principalmente a nivel vecinal y de barrio, en los sectores más pobres y con mayores carencias.*

En 1993 se programó la construcción de obras de equipamiento por un monto asignado de M\$2.478.857, con los cuales se contó la ejecución de 173 proyectos. Estas acciones urbanas consistieron especialmente en centros comunitarios, centros abiertos, centros recreativos y multicanchas, talleres y plazas con juegos infantiles. Ellos se distribuyeron por región de acuerdo al cuadro siguiente:

| Región | Proyectos | Monto Inversión Contratación m\$ |
|--------------|------------|-------------------------------------|
| I | 6 | 142.500 |
| II | 7 | 117.302 |
| III | 6 | 105.282 |
| IV | 12 | 157.981 |
| V | 14 | 151.802 |
| VI | 24 | 239.540 |
| VII | 13 | 175.477 |
| VIII | 20 | 288.404 |
| IX | 28 | 201.166 |
| X | 17 | 146.486 |
| XI | 8 | 182.747 |
| XII | 4 | 221.579 |
| RM | 14 | 195.411 |
| TOTAL | 173 | 2.327.186 |