

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN CHILE

Dres. Ramón Valdivieso D.¹ y Bogoslav Juricic T.²

La creciente demanda de más y mejor atención en los servicios de salud frente a recursos humanos y materiales limitados, exige una coordinación efectiva de los organismos responsables. En este trabajo se analizan las disposiciones tomadas por el Gobierno de Chile con el objeto de lograr la integración de las acciones y la coordinación de todos los servicios del sector público de salud.

Todos reconocen en Chile el progreso que el país hizo en materia de salud al crearse la Caja de Seguro Obligatorio (hoy Servicio de Seguro Social) en 1924, que puso a disposición del sector obrero de la población un sistema de medicina organizada.

Una mirada retrospectiva (1) a la evolución de los índices de mortalidad general y mortalidad infantil entre 1924 y 1968, muestra cuánto se ha avanzado en estos 45 años de la historia de la seguridad social en Chile. En 1924 la mortalidad general en el país fue de 28.4 por mil habitantes y la infantil, de 242.2 por mil nacidos vivos. Durante los 15 primeros años los progresos fueron muy escasos, manteniéndose hasta 1939 la mortalidad general en índices que fluctuaban alrededor de 23 y la infantil en 210. A continuación se inicia otro período hacia 1939 en que se produce un descenso espectacular y sostenido de ambas tasas, llegando en 1953 la de mortalidad general a 12.0 y la de mortalidad infantil a 99.5. Es el período del impacto de las sulfadrogas y los antibióticos; pero es también entre nosotros el de una importante extensión en la atención maternoinfantil de parte de los Servicios Médicos de la Caja de Seguro Obrero. En el decenio siguiente se estabiliza la mortalidad general alrededor de una tasa de 12,

mientras la mortalidad infantil tiende al ascenso discreto; pero a partir de 1964 comienza una nueva tendencia descendente, alcanzando en 1969 la mortalidad general a 8.9 y la infantil a 79.0.

La evolución de la seguridad social tuvo características muy particulares en Chile. Después de la creación de la Caja de Seguro Obrero se incorporaron paulatinamente a regímenes de previsión nuevos grupos de la comunidad, extendiéndose la cobertura legal hasta alcanzar en la actualidad al 92% de la población. Así, los beneficios de la medicina se pusieron a disposición de prácticamente toda la población, pero con la multiplicidad de organismos de previsión creados, aparecieron complejos factores de administración e incoordinación. La Caja de Seguro Obrero, que organizó su propio servicio médico tuvo, sin embargo, el buen sentido de no embarcarse en una política de construcciones hospitalarias propias, y prefirió entrar en convenios con el Servicio de Beneficencia, del cual dependía la gran mayoría de los hospitales del país. Este hecho es importante señalarlo porque estableció un precedente para los otros organismos de previsión creados posteriormente y porque facilitó la integración de recursos que llevaron a la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952.

El SNS resultó de la fusión de la Sanidad, la Beneficencia con sus hospitales, el servicio

¹ Ministro de Salud Pública de Chile.

² Secretario del Consejo Nacional Consultivo de Salud, Ministerio de Salud Pública, Chile.

médico del Seguro Obrero, la Dirección General de Protección a la Infancia, los servicios médicos de las municipalidades, la sección de accidentes del trabajo dependiente del ministerio del ramo y el Instituto Bacteriológico. Quedaba así incorporada en un solo organismo la responsabilidad de las acciones de protección de la salud (medicina preventiva) para toda la población del país, y de las acciones de fomento de la salud y de atención médica para los obreros, campesinos, pequeños artesanos y, en general, para todos los trabajadores manuales, sus esposas e hijos hasta la edad de 15 años, que en conjunto representan el 70% de la población. El SNS es responsable, además, del cuidado de la salud del indigente y su familia. La importancia del SNS puede comprenderse fácilmente si se considera que administra el 86.8% del total de camas hospitalarias del país y proporciona el 87.1% de las atenciones en consultorio externo (1967), correspondiendo las restantes a las Fuerzas Armadas, carabineros, universidades, clínicas privadas, etc.

Las cajas de previsión de los empleados públicos y de los empleados particulares crearon en conjunto un servicio médico común llamado Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) organizado inicialmente alrededor de las disposiciones de la Ley de Medicina Preventiva que otorgaba atención a sus imponentes afectos de tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer, afecciones cardiovasculares y se ocupaba además de la higiene maternoinfantil. Recientemente la atención se ha extendido al cuidado total de la salud de los empleados activos y jubilados y sus familias por un sistema de libre elección profesional y de hospitalización, financiado en parte por la seguridad social y en parte por el propio beneficiario.

El 10 de diciembre de 1948, Chile concurrió con su voto en la Asamblea General de las Naciones Unidas a la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En dicha Carta, a los derechos

civiles y políticos se agregan los derechos sociales. El Artículo 25 establece: "1) *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad.* 2) *La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.* Todos los niños tienen derecho a igual protección social".

Este es nuestro compromiso. Sin embargo, sectores importantes de la población todavía no tienen cobertura para hacer efectivos estos derechos por diversas razones, entre las cuales se deben mencionar la limitación o inadecuada distribución de recursos; la inaccesibilidad de grupos de población; la falta de coordinación entre los diversos organismos de salud; el desconocimiento del derecho a los beneficios de previsión por algunos sectores.

Tal situación está siendo corregida a ritmo acelerado como lo prueba el aumento del número de consultas a los servicios médicos, incremento muy superior al crecimiento vegetativo de la población.⁸ La apertura de nuevas vías de comunicación (2,156 km de nuevos caminos entre 1965 y 1967), la creciente urbanización, la difusión de la educación y la toma de conciencia respecto a la importancia de la salud son factores que están determinando una presión cada vez mayor sobre los servicios de salud, que se encuentran enfrentados en definitiva a un agudo aumento de la demanda, al mismo tiempo que deben extender su acción a los sectores no cubiertos de la población. El Gobierno de Chile en el pasado, y particularmente en los últimos años, ha hecho los

⁸ Incremento de la población 1963-1967 = 10.7%; incremento de atenciones 1963-1967 = 24.6 por ciento.

CUADRO 1—Gastos en servicios de salud como porcentaje del producto nacional bruto (PNB) y del gasto nacional, 1961.

País	% PNB	% gasto nacional
Canadá	6.0	7.9
Estados Unidos	5.8	7.1
Chile	5.6	6.9
Australia	5.0	6.2
Finlandia	4.8	6.0
Yugoslavia	5.0	5.9
Reino Unido	4.2	5.2
Polonia	3.7	4.3
Checoslovaquia	3.6	4.3

Fuente: (2).

mayores esfuerzos por mejorar el financiamiento del sector salud, sin perder de vista que debe guardarse equilibrio con los otros factores que influyen en los niveles de vida que en definitiva también influyen sobre la salud, como son la educación, la vivienda, el trabajo bien remunerado, etc.

La magnitud de este esfuerzo puede apreciarse en el cuadro 1, que señala los gastos corrientes y de capital en servicios de salud de varios países para 1961, como proporción del producto nacional bruto y del gasto nacional total.

El cuadro 2 muestra la tendencia del gasto público en tres rubros del sector social (salud, vivienda y educación) para 1964, 1965, 1966 y 1967, como porcentaje del gasto total.

El cuadro 3 muestra el índice real de crecimiento de gastos totales del sector público y de los subsectores salud, vivienda y educación en el mismo período, de 1964 a 1967.

Como nunca se dispondrá de los medios

CUADRO 2—Gastos consolidados^a del sector público en salud, vivienda y educación como porcentaje del gasto total, Chile, 1964-1967.

Sector público	1964	1965	1966	1967
Salud ^b	7.3	8.4	7.3	7.2
Vivienda ^c	6.3	7.3	7.6	6.5
Educación	9.3	9.5	10.0	10.4

^a Eliminadas las transferencias.

^b No incluye gastos de asistencia social.

^c No incluye gastos de urbanización.

CUADRO 3—Índice real de crecimiento total de gastos del sector público y subsectores de salud, vivienda y educación, en moneda constante de 1967, Chile, 1964-1967.^a

Sector público	1964	1965	1966	1967
Salud	100	141.3	142.3	156.6
Vivienda	100	142.5	172.1	165.3
Educación	100	125.1	151.9	177.2
Total	100	122.2	141.3	158.3

Fuente: (3).

^a Base, 1964. Índice, 100.

suficientes para cubrir las necesidades siempre crecientes del sector salud si se continúan usando los recursos de manera circunscrita a las obligaciones de la institución de que dependen y no con un amplio sentido nacional, lo que significa en definitiva que la capacidad instalada de la infraestructura de salud se usa en forma incompleta, el Ministerio de Salud Pública planteó en 1965 la necesidad impostergable de obtener un mejor rendimiento de los recursos mediante la coordinación efectiva de todos los organismos del sector salud (4, 5).

El Servicio Unico de Salud, que parece ser la solución ideal y definitiva, requiere para llegar a él de una etapa previa ardua y difícil de educación, persuasión y finalmente sometimiento de los intereses creados y privilegios de algunos sectores de beneficiarios y de profesionales a la causa del bien común.

Por otro lado, la coordinación no podía ser dejada al azar o librada a la mayor o menor iniciativa de las instituciones o personas. Fue así como se decidió organizar un sistema nacional de salud que agrupe a todos los organismos del sector público responsables de acciones de salud en el que, respetándose la individualidad propia para la que ha sido creada cada institución, todas las funciones y esfuerzos se orientan de consuno a mejorar la atención de la comunidad nacional.

Como organismo responsable de la promoción y de la materialización del sistema nacional de salud se creó, por un decreto de gobierno de abril de 1967 y cuyas disposiciones fueron consagradas por ley promul-

gada en mayo de 1968, el Consejo Nacional Consultivo de Salud que se constituyó en julio de 1967.

Este Consejo, presidido por el Ministro de Salud Pública, está integrado por los jefes superiores del sector público de salud (SNS, SERMENA, Fuerzas Armadas, carabineros, ferrocarriles, prisiones, etc.), por el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Estado, por un representante de la Asociación de Facultades de Medicina, por los Presidentes de los colegios profesionales de médicos, dentistas y químico-farmacéuticos, por el Gerente de la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios y por representantes de obreros y empleados.

La Ley le fija al Consejo las siguientes funciones y atribuciones:

a) servir de órgano de consulta del Ministerio de Salud Pública en materia de orientación, promoción, programación, coordinación, evaluación e integración de las acciones de salud a nivel nacional;

b) estimar la demanda que derive de las condiciones de salud de la población y de los requerimientos que la comunidad manifieste;

c) determinar la calidad y cuantía de los recursos necesarios para cubrir las acciones;

d) evaluar el rendimiento de estas acciones y el aprovechamiento de los recursos de los sectores público y privado;

e) colaborar en la formulación del plan nacional de salud, evaluarlo periódicamente y concordarlo con el plan nacional de desarrollo;

f) proponer las normas técnicas que permitan una mayor uniformidad, coordinación, eficiencia e integración de las acciones de salud desarrolladas por los organismos públicos y privados;

g) solicitar a todas las instituciones u organismos públicos o privados los antecedentes e informaciones que estime convenientes, y

h) proponer al Presidente de la República las reformas legales y reglamentarias que estime necesarias.

Ahora bien, cualquier intento de coordinación para los fines señalados debe ser el resultado de una cuidadosa programación que se sustente en la realidad nacional. En

otras palabras, el plan nacional de desarrollo debe ser el fundamento de la acción del Consejo Nacional Consultivo de Salud en su misión de establecer el sistema nacional de salud (6).

Consecuente con lo anterior, la primera medida tomada por el Ministerio fue organizar la Oficina de Planificación y Presupuesto, refundiendo a nivel sectorial las oficinas de planificación del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, y ponerla a disposición de todas las instituciones integrantes del Consejo.

El Consejo Nacional Consultivo de Salud se reúne una vez al mes, aparte de sesiones extraordinarias cuando las circunstancias así lo exigen. Una secretaría ejecutiva es la encargada de llevar a la práctica los acuerdos del Consejo. Esta secretaría está bajo la dependencia directa del Ministro y con fácil acceso a su despacho, factor importante para una administración ágil.

La experiencia ha demostrado que la constitución de Comisiones del Consejo, integradas ya sea por sus miembros o por representantes de ellos, es uno de los mecanismos más expeditos de coordinación, pues tienen la virtud de reunir a los responsables de programas afines en cada institución. Hasta la fecha se han constituido seis comisiones permanentes, a saber, las de cáncer, tuberculosis, rehabilitación, asistencia técnica y becas, salud dental, y graduados y perfeccionamiento del personal. Ellas están constituidas por los jefes de los respectivos programas de las instituciones que constituyen el Consejo. Función principal de estas comisiones es la de servir de organismos de consulta del Ministerio y del Consejo y específicamente de elaborar los planes nacionales de acción, fijándole a cada institución su responsabilidad y contribución para la ejecución de los programas y de evaluar su rendimiento.

Una limitante de importancia para toda expansión de las acciones de salud es la dis-

ponibilidad de personal profesional. Crear nuevos servicios, si al mismo tiempo no se aumenta el personal o se mejora su rendimiento, no logra otra cosa que establecer una estéril competencia entre las instituciones.

En Consejo así lo comprendió desde un comienzo y uno de sus primeros acuerdos fue el de emprender un estudio de los recursos humanos en salud, basado en una encuesta nacional de la demanda de servicios médicos y dentales que comprendió a 50,000 personas y en una investigación del rendimiento profesional y de los servicios de salud. Paralelamente se ha investigado la capacidad económica del país para absorber la mayor demanda de servicios y de personal y su expansión futura. Este estudio ha contado con el aporte económico de todos los organismos que integran el Consejo y con el asesoramiento técnico y aportes de la OPS y de la Agencia Internacional para el Desarrollo (E.U.A.). Iniciado en 1967, el estudio está en la etapa de análisis y se espera entregar las conclusiones a mediados de 1970.

Consecuente con su preocupación por la formación del personal, a iniciativa del Ministerio, el Consejo creó una comisión de graduados y perfeccionamiento cuya finalidad es fijar la política nacional de formación de especialistas y que comprende, claro está, la determinación de las necesidades del país en esta materia.

Un objetivo importante que debe alcanzarse para obtener una buena coordinación es el de uniformar las adquisiciones de drogas, instrumental y equipos. Cada uno de los organismos integrantes del Consejo tenía su propio sistema de adquisiciones. Las instituciones más grandes, particularmente el SNS, por el importante volumen de compras estaban en condiciones de hacer transacciones mucho más favorables. La aprobación del formulario nacional, obligatorio para el sector público, facilitó considerablemente la coordinación en la adquisición, in-

dustrialización y abastecimiento de lo que aparecía como más complejo, es decir, las drogas.

Como resultado de los estudios del Consejo, el SNS ha puesto a disposición de los demás organismos del Sector Público de Salud su central de abastecimiento, de acuerdo a las normas establecidas por el Consejo. Esto ha permitido a las instituciones que utilizan sus servicios asegurar su abastecimiento y obtener importantes ventajas de precios.

Un problema que ha preocupado hondamente al Gobierno, y en especial al Ministerio de Salud Pública, es el del abuso de las bebidas alcohólicas y el alcoholismo. El Consejo destinó varias sesiones al análisis del mismo, oyendo a los más connotados especialistas en la materia, designando una Comisión para que propusiera medidas concretas para una acción gubernativa concertada. La Comisión entregó al Consejo un anteproyecto de ley que, aprobado por este, fue puesto en manos del Ministerio de Salud Pública y remitido finalmente por el Gobierno al Congreso para su aprobación.

Preocupación similar han tenido el Ministerio y el Consejo por la malnutrición, problema difícil de abordar por su carácter multisectorial. Una comisión designada por el Consejo labora en estos momentos en un proyecto destinado a producir la coordinación necesaria de todos los sectores interesados, y que probablemente requerirá, también, de participación legislativa.

Al comienzo se señaló que ha sido política invariablemente mantenida de las instituciones de previsión social en Chile la de no organizar servicios hospitalarios propios, recurriendo de preferencia a contratar el uso de las facilidades de que dispone el SNS. En cuanto se refiere a las Fuerzas Armadas, carabineros, ferrocarriles del Estado, solo han construido unos pocos hospitales donde existen las mayores concentraciones de su personal, pero en el resto del país utilizan los hospitales del SNS. Los contratos vi

gentes, suscritos a lo largo de los años eran de la más amplia variedad, estableciendo discriminaciones difíciles de comprender y más difíciles de justificar.

El uso uniforme de los recursos de camas hospitalarias y, en general, de los servicios médicos y el acceso a los mismos de toda la comunidad nacional con igualdad de derechos es uno de los objetivos primordiales que perseguía el Sistema Nacional de Salud. No es raro, por lo tanto, que haya sido uno de los aspectos que más preocupara al Consejo Nacional Consultivo de Salud. En noviembre de 1968, el Consejo aprobó una resolución, recomendando a las instituciones que pusieran fin a los contratos vigentes de prestaciones de servicios y que estudiaran nuevos contratos fundados en las normas para la atención médica dentro del Sistema Nacional de Salud que aprobó también el Consejo, que el Ministerio ha hecho suyas y que, por lo tanto, son las que rigen de manera uniforme para todo el sector público de salud.

Los frutos de esta política no se han hecho esperar. Presionado por grupos y asociaciones de empleados, el Servicio Médico Nacional de Empleados estaba dando seria consideración a la construcción de un hospital para empleados en la ciudad de Santiago, donde indudablemente existía el problema para sus beneficiarios. Disponía, incluso, de importantes aportes de las cajas de previsión para este fin. Llevado este asunto al Consejo y estudiado en su seno dentro del contexto de las normas a que hemos hecho referencia, se acordó construir un hospital en una de las áreas de expansión de la ciudad que carecía de hospital propio, entregando este hospital a la administración del SNS para beneficio de toda la población. Se acordó que la construcción de este hospital sería financiada con los aportes de los empleados, a los cuales se les abrió un acceso fácil a los hospitales del SNS en todo el país, según las normas ya citadas. Este arreglo fue aceptado por to-

das las partes y se está procediendo de acuerdo.

En busca de métodos para el mejor aprovechamiento de los recursos, recientemente el Consejo aprobó realizar un ensayo piloto de atención integrada en una pequeña área de la ciudad de Santiago, de unos 20,000 habitantes, cuya población está compuesta por beneficiarios de varios regímenes de previsión distintos. Se trata de atender a toda la población, sin distinciones, utilizando recursos humanos y materiales aportados por todas las instituciones participantes, bajo una dirección común. Si, como se espera, este método demuestra sus ventajas, el ensayo tendrá incalculables proyecciones para el futuro.

Uno de los resultados, en gran parte imponderable, pero no por eso menos importante, del establecimiento del sistema nacional de salud, es que por primera vez se ha dado oportunidad a los jefes de todos los servicios públicos de salud, a las universidades y a los representantes de los colegios profesionales, para reunirse regularmente alrededor de una mesa con el objeto de debatir problemas comunes y analizarlos, no con espíritu institucional sino que con amplia visión nacional. En el curso de los estudios y deliberaciones del Consejo se han hecho presentes la política, los intereses, problemas, recursos y limitaciones de cada organismo participante. Jamás se habría llegado a tener esta visión de conjunto, ni habría existido la oportunidad de análisis desde todos los ángulos si no existiera el Consejo Consultivo.

El somero relato de los resultados alcanzados hasta ahora por la implantación del sistema nacional de salud confirma la validez de la doctrina sostenida por el Ministerio de Salud Pública, la que ha recibido un importante apoyo de un grupo de estudio convocado en agosto de 1969 por la OPS para analizar la coordinación de la atención médica y que ha recomendado que "el Ministerio de Salud Pública debería ser el promo-

tor de la coordinación de todas las instituciones que intervienen en el sector salud, incluso el área privada". Para poner en práctica este proceso, el Grupo recomendó "que se constituyan consejos o comisiones de salud al más alto nivel administrativo y político y con la autoridad legal suficiente para asesorar al Ministerio de Salud en la articulación de una política de salud y en la coordinación administrativa al nivel operacional" (7).

Las conclusiones de este Grupo de Estudio fueron reforzadas durante las Discusiones Técnicas sobre Financiamiento del Sector Salud que se desarrollaron en Washington durante la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS en octubre de 1969 cuando determinó que "la reestructuración institucional del sector salud es urgentemente necesaria para aumentar la productividad, paso más importante que el simple incremento del financiamiento sectorial" (8).

Resumen

Bajo el convencimiento de que no es posible destinar proporciones sustancialmente superiores del ingreso nacional a las accio-

nes de salud sin vulnerar otras actividades ligadas al desarrollo economicosocial; ante la evidencia de cómo se duplican y superponen esfuerzos en el campo de la salud dentro de un marco de limitación importante de recursos humanos; frente a la utilización incompleta de la capacidad instalada de la infraestructura de salud, que en algunos casos y en algunos subsectores ha llegado a ser muy baja, el Ministerio de Salud Pública ha planteado la necesidad impostergable de obtener un mejor rendimiento de los recursos de que se dispone mediante la coordinación efectiva de todos los organismos del sector público de salud en un sistema nacional de salud. La política en que se sustenta este Sistema fue formulada por el Ministerio en 1965, encargándose de su realización al Consejo Nacional Consultivo de Salud, creado en 1967 y dotado de concreta autoridad legal.

En este artículo se exponen los fundamentos de la doctrina que inspira al sistema nacional de salud de Chile, se describe la organización del Consejo Nacional Consultivo de Salud, sus funciones y atribuciones y se relata brevemente la labor realizada desde su creación. □

REFERENCIAS

- (1) *Defunciones y causas de muerte*. Subdepartamento de Estadística del Servicio Nacional de Salud de Chile, Anuarios de 1963 y 1968.
- (2) Organización Mundial de la Salud. *El precio de los servicios sanitarios: Estudio de los costos y de las fuentes de financiamiento en seis países*. Ginebra, 1964 (Serie Cuadernos de Salud Pública 17).
- (3) *Balance consolidado del sector público de Chile, años 1966 y 1967 y período 1964-1967*. Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuestos, Chile, 1969.
- (4) "Política de salud del actual Gobierno". Exposición del señor Ministro de Salud Pública, Dr. Ramón Valdivieso D., ante la Comisión de Salud del Senado. Santiago, julio, 1965.
- (5) *Política y doctrina de salud*. Ministerio de Salud Pública de Chile, 1968.
- (6) Exposición del señor Ministro de Salud Pública, Dr. Ramón Valdivieso D., en la Sesión Constitutiva del Consejo Nacional Consultivo de Salud, julio 1967.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. *Coordinación de la atención médica*. "Informe Final". Washington, 1969. Publicación Científica 201.
- (8) Organización Panamericana de la Salud. Informe Final de las Discusiones Técnicas de la XIX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. "Financiamiento del sector salud". *Bol Ofic Sanit Panamer* 47(1): 27-28, 1970.

The national health system in Chile (*Summary*)

Convinced that a larger proportion of the national income cannot be allocated to health activities except at the expense of other economic and social development activities; aware that there is duplication of effort and that manpower is in short supply in the health field; and cognizant that the installed capacity of the health infrastructure especially in some sub-sectors is not fully used, the Ministry of Public Health has emphasized the pressing need to improve the performance of the sources available by effectively coordinating all public

health agencies in a national health system. In 1965, the Ministry formulated the policy underlying this system and, in 1967, it established the National Advisory Health Council to set up the system and endowed it with appropriate legal authority.

This article sets forth the principles underlying the National Health System in Chile, describes the organization of the National Advisory Health Council, including its powers and duties, and contains a short account of its activities since it was established.

O sistema nacional de saúde no Chile (*Resumo*)

Na convicção de que não é possível consignar proporções consideravelmente superiores da renda nacional às medidas de saúde sem prejudicar outras atividades ligadas ao desenvolvimento econômico social; ante a evidência de como se duplicam e se superpõem esforços no campo da saúde dentro de um marco de limitação importante de recursos humanos; em face da utilização incompleta da capacidade instalada da infra-estrutura de saúde, que em alguns casos e em alguns subsectores chegou a ser muito baixa, o Ministério de Saúde apresentou a necessidade inadiável de obter melhor rendimento dos recursos disponíveis

mediante a coordenação efetiva de todos os organismos do setor público de saúde num sistema nacional de saúde. A política em que se apoia esse sistema foi formulada pelo Ministério em 1965, encarregando-se de sua realização o Conselho Nacional Consultivo de Saúde, criado em 1967 e dotado de concreta autoridade legal.

Neste artigo expõem-se os fundamentos da doutrina que inspira o sistema nacional de saúde no Chile, descreve-se a organização do Conselho Nacional Consultivo de Saúde, suas funções e atribuições e relata-se brevemente o trabalho realizado desde a sua criação.

Le système national de santé au Chili (*Résumé*)

Persuadé qu'il n'est pas possible d'affecter des fonds sensiblement supérieurs du revenu national à l'action sanitaire sans nuire à d'autres activités liées au développement économique et social; étant donné que les efforts déployés dans le domaine de la santé se chevauchent et font double emploi en face de ressources humaines très limitées; en raison de l'utilisation incomplète de la capacité installée de l'infrastructure de la santé qui dans certains cas et dans quelques sous-secteurs est devenue très faible, le Ministère de la santé publique a souligné la nécessité urgente d'obtenir un meilleur rendement des ressources dont on

dispose au moyen de la coordination effective de tous les organismes du secteur de la santé publique dans le cadre d'un système national de santé. Le principe de ce système a été formulé par le Ministère en 1965 en chargeant de sa réalisation le Conseil national consultatif de santé, créé en 1967 et doté d'une autorité juridique précise.

Les auteurs posent les principes fondamentaux de la doctrine qui inspire le système national de santé au Chili, décrivent l'organisation du Conseil national consultatif de la santé, ses fonctions et attributions, et relatent brièvement l'oeuvre réalisée depuis sa création.