

GASTOS EN SALUD EN CHILE

En este artículo se analizan los problemas actuales de la atención de salud en Chile y de la atención médica que recibe la población, y los gastos en que por este concepto se incurre, tanto por el sector público como el privado. Se destacan las deficiencias de los sistemas en uso; se formulan algunas posibles soluciones y se discuten aspectos de financiamiento. Todo ello con miras al establecimiento de un Servicio Único de Salud basado en la importante experiencia que significó la fusión de las siete Instituciones que condujeron a la creación del Servicio Nacional de Salud.

Algunas consideraciones sobre gastos en salud en Chile y su financiamiento

Dr. BOGOSLAV JURICIC

Con la creación de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio (hoy Servicio de Seguro Social) en 1924, se puso por primera vez a disposición de un sector importante de nuestra población un sistema de medicina organizada, aparte de otros beneficios previsionales que no es del caso enumerar aquí.

Posteriormente se incorporaron paulatinamente a regímenes de previsión nuevos grupos de la comunidad, extendiéndose la *cobertura legal* hasta alcanzar en la actualidad al 92 por ciento de la población. Sin embargo, importantes sectores de la comunidad nacional no tienen acceso a estos derechos legales por razones diversas, entre las cuales destacan la limitación e inadecuada distribución de recursos humanos y materiales; 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 ciertos sectores o su desinterés por afiliarse a ellos, y el incumplimiento de las leyes por algunos patrones.

La encuesta nacional realizada en 1968 por el Ministerio de Salud Pública bajo el patrocinio del Consejo Nacional Consultivo de Salud¹ demostró que sólo el 73 por ciento de la población estaba afiliada a algún régimen de previsión social, lo que evidencia que un 19 por ciento de la población no estaba haciendo uso de sus derechos legales, aparte del 8 por ciento actualmente al margen de derechos previsionales. Al finalizar el año 1971 esta situación no ha variado en absoluto y la proporción

de población sin beneficios previsionales continuaba en 27 por ciento².

Como consecuencia de múltiples factores, entre los cuales pueden mencionarse la apertura de nuevas vías de comunicación, la creciente urbanización, la difusión de la educación y la toma de conciencia respecto a la importancia del cuidado de la salud, los servicios responsables de proporcionarla se han visto abocados a una aguda demanda a la cual no están en condiciones de atender. Esta tendencia se inició con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y en la actualidad ha llegado a una situación crítica. En 1968¹, el promedio de consultas médicas anuales per cápita recibidas por la población fue de 2,1 y el número de consultas médicas anuales per cápita deseadas, pero no efectuadas fue también de 2,1. Los servicios de salud y los sistemas previsionales fueron responsables de que no se dieran 1,3 consultas persona-año y la demanda insatisfecha por problemas de las personas fue de una magnitud de 0,8 consultas persona-año. Por lo tanto, los servicios de salud no fueron capaces de atender el 38,2 por ciento de la demanda, pero es evidente que si este 0,8 por ciento de consultas anuales per cápita hubiese sido solicitado por los pacientes, la mayor parte de ellas no habrían podido ser atendidas, por lo que debemos concluir que el sistema de salud chileno no tenía en 1968 capacidad para atender más allá del 50 por ciento de la demanda espontánea. El progresivo incremento de la aplicación de la Ley de Medicina Curativa de los Emplea-

dos, dictada precisamente en 1968 y cuyos resultados apenas si se reflejan en la Encuesta de Demanda de Atención Médica, debe haber aumentado la demanda satisfecha del sector empleados en una cuantía que sería difícil precisar sin recurrir a una nueva encuesta, aunque pensamos que la referida Ley, al rebajar considerablemente el desembolso que debe hacer el empleado por consulta, debe haber disminuido apreciablemente las consultas deseadas pero no satisfechas por razones de orden económico: la Encuesta de 1968 demostró que un 34 por ciento de los empleados particulares y un 32 por ciento de los públicos no solicitaron atención por razones económicas.

En cuanto a consultas odontológicas, la situación es aún más precaria según la misma encuesta: 1,1 consultas persona-año satisfechas y 2,0 insatisfechas, de las cuales 1,2 corresponden a fallas del sector, es decir, un 52,2 por ciento, y en definitiva, no se atiende el 64,5 por ciento de la demanda odontológica.

Por lo que se refiere a consultas médicas no satisfechas, tal como era posible anticipar, hay influencia clara de la variable "ingreso económico". También la variable "edad" tiene importancia: a mayor edad, mayor proporción de demanda insatisfecha, fenómeno particularmente notable en los mayores de 50 años. Igualmente, como era dable anticipar, las personas sin previsión tienen una más alta proporción de consultas insatisfechas. De todos los regímenes previsionales los beneficiarios del Servicio de Seguro Social tienen la mayor cuota de demanda no satisfecha. Contra lo que era de esperar, la residencia de las personas no parece ser un factor significativo respecto a consultas médicas insatisfechas. Deben influir aquí factores educacionales, ya que los habitantes del medio rural recibieron sólo mitad de las consultas que los residentes en Santiago.

Es obvio que el grave problema señalado es el resultado de recursos humanos y materiales insuficientes y éstos, a la vez, son la consecuencia de un desarrollo económico precario.

El Gobierno de Chile en el pasado y particularmente en los últimos años ha hecho los mayores esfuerzos por mejorar el financiamiento del sector salud, sin perder de vista que debe guardarse equilibrio con otros factores que influyen en los niveles de vida y que en definitiva también gravitan sobre la salud, como son la educación, la vivienda, los ingresos, etc.

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

CUADRO 1

GASTOS EN SERVICIOS DE SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB) Y DEL GASTO NACIONAL, 1961.

<i>País</i>	<i>% PNB</i>	<i>% gasto nacional</i>
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: 3.

El Cuadro 2 muestra la tendencia del gasto público chileno en tres rubros del sector social (salud, vivienda y educación) en el quinquenio 1966-1970, como porcentaje del gasto total del sector público.

CUADRO 2

GASTOS CONSOLIDADOS (a) DEL SECTOR PUBLICO EN SALUD, VIVIENDA Y EDUCACION COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL, CHILE, 1966-1970.

<i>Sector público</i>	1966	1967	1968	1969	1970
Salud (b)	7,3	7,2	6,9	6,7	7,6
Vivienda (c)	9,0	9,0	8,7	7,9	7,9
Educación	10,0	10,4	10,3	10,0	11,0

Fuente: 4.

(a) Eliminadas las transferencias.

(b) No incluye gastos de asistencia social.

(c) No incluye gastos de urbanización.

El Cuadro 3 muestra el índice real de crecimiento de los gastos totales del sector público y de los subsectores salud, vivienda y educación para el mismo período, 1966-1970.

CUADRO 3

INDICE REAL DE CRECIMIENTO TOTAL DE GASTOS DEL SECTOR PUBLICO Y SUBSECTORES SALUD, VIVIENDA Y EDUCACION, EXPRESADO EN MONEDA DE VALOR CONSTANTE, CHILE, 1966, 1970 (a).

<i>Sector público</i>	1966	1967	1968	1969	1970
Salud	100,6	110,8	121,4	134,0	167,0
Vivienda	112,8	127,0	139,0	144,0	158,7
Educación	121,3	141,6	158,0	175,0	213,6
Total sector público	115,7	129,6	146,4	167,2	184,5

(a) Base 1965. Índice 100.

Fuente: 4.

Los Cuadros 2 y 3 demuestran que no hay variaciones significativas de la proporción del gasto nacional destinado a salud y que éste guarda paralelismo con el incremento del gasto total del sector público, aunque se observa cierto deterioro en 1970.

Si bien es posible que se aumente en alguna medida la inversión porcentual en salud, no creemos que el incremento permita cubrir siquiera la demanda de la población, a menos que se decida sacrificar las inversiones en forma drástica en otros sectores.

Con estas premisas, estimamos de interés analizar con más detalle el gasto de salud en Chile y sus fuentes de financiamiento.

El análisis de la situación del Servicio Nacional de Salud que es, con mucho, el organismo de salud más importante del país (88,8% del total de los egresos hospitalarios y 88,0% del total de consultas médicas del sector público) nos da una exacta imagen de las fuentes de financiamiento del sector. En efecto, en 1972, el 72,7% de sus ingresos correspondían a aportes fiscales, un 19,3% provenía de aportes de instituciones descentralizadas (principalmente Cajas de Previsión) y sólo un 8,0% de ingresos propios. No es probable esperar aumentos substanciales de los aportes fiscales destinados a salud, si se tiene presente la alta proporción de recursos públicos que están contribuyendo ya a su financiamiento, a menos que se incremente el ingreso fiscal total o se desvíen hacia el sector salud fondos que se emplean en otros gastos fiscales.

Es interesante anotar aquí, a modo de comparación, el financiamiento del National Health Service (NHS) británico⁵ al cual está afiliado el 97% de la población. El 84,1% de sus ingresos proviene de aportes del gobierno central; el 11,1%, de contribuciones del NHS a razón de £ 0.241 semanales por asalariado (65,6% de cargo del asalariado y 34,4% de cargo del empleador); cargos a los beneficiarios por servicios especiales: 4,5% (farmacia, servicio dental, anteojos, alimentos con fines médicos y pago de habitaciones individuales en hospitales), e ingresos varios: 0,3%.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO NACIONAL EN SALUD.

Señalamos al comienzo que un 73% de la población de Chile es beneficiaria de sistemas previsionales que les otorgan derecho a prestaciones de salud.

La encuesta de demanda de atenciones realizada por el Ministerio de Salud Pública en 1968¹ permitió estimar que el gasto total en salud alcanzó a E° 2.668.951.000, de los cuales E° 1.076.004.000 correspondieron al sector público y E° 1.592.947.000 al sector privado.

De estas cifras parecería deducirse que en Chile se invierte un 40,3% del gasto total en salud en atender a los beneficiarios de los sistemas previsionales (obreros y empleados) que constituyen, el 73% de la población, y un 59,7% del gasto total en la atención del 27% restante de la población, situación que a todas luces demostraría una injusta distribución de la inversión en salud.

No nos cabe duda que tanto en salud como en otros aspectos de la vida nacional persiste una manifiesta discriminación, pero el análisis más detallado de las cifras arriba proporcionadas nos permite precisar mejor la distribución del gasto nacional en salud, destacar la insuficiencia de recursos y señalar un posible procedimiento para aumentar el financiamiento del sector público de salud, condición indispensable para crear un servicio único de salud que responda a las necesidades del país.

Desde luego, conviene analizar con más detención cómo está constituido el grupo *sin previsión social*. Y para ello recurrimos nuevamente a las tantas veces citada Encuesta del Ministerio de Salud Pública. Resumimos en el Cuadro 4 la información pertinente.

CUADRO 4

INGRESO PER CAPITA DEL GRUPO SIN PREVISION SOCIAL. CHILE, 1968.

Ingreso per cápita	Distribución porcentual
(sueldos vitales)	
0,00—0,19	38,0
0,20—0,39	26,8
0,40—0,59	13,8
0,60—0,99	9,9
1,00 y más	11,5

Fuente: 1.

Los habitantes *sin previsión social*, como era de prever, están formados por personas de diversa cuantía de ingresos económicos, que podríamos clasificar en dos grandes grupos: los de ingresos escasos, muy bajos o insignificantes que totalizan el 78,6% (0,00 a 0,59 sueldos vitales *per cápita*), y aquellos de ingresos medianos y altos (0,60 sueldos vitales *per cápita* y más) que forman el 21,4% del total.

Podemos suponer que gran parte del grupo de medianos y altos ingresos recurren a la atención privada, mientras que la mayor parte del grupo de bajos ingresos e indigentes son beneficiarios del Servicio Nacional de Salud, pagando o no por su atención de acuerdo con sus ingresos y otros factores justipreciados por los hospitales y consultorios.

Así las cosas, parecería perfilarse una redistribución del gasto médico aún más injusta. El

21,4% de la población *sin previsión social* y que hemos considerado de medianos y altos ingresos representan sólo el 5,6% de la población *total* del país, y, por lo tanto, aparecería invirtiéndose el 57,7% del gasto total en salud en esta reducida proporción de la población.

Un análisis más detallado de la distribución del gasto nacional en salud no nos permite sustentar, sin embargo, las conclusiones previsionales enunciadas.

Desde luego, el gasto total estimado en salud para el sector privado no proviene solamente del 27% de la población sin previsión social ni menos del 5,6% de ésta que goza de medianos y altos ingresos.

Las personas sujetas a regímenes de previsión social con derecho a prestaciones de salud también deben recurrir a las fuentes privadas de atención, y en medida importante, como puede observarse en el Cuadro 5.

CUADRO 5

MONTO DEL GASTO INDIVIDUAL EN SALUD SEGUN PREVISION SOCIAL DE LA POBLACION Y DESTINO DEL GASTO. CHILE, 1968

Previsión social	Gasto total en miles de E°	Gasto per cápita	Distribución porcentual del gasto en salud				
			Consulta médica	Consulta odontol.	Laborat. y rayos X	Hospitalización	Farmacia
S. S. S. (a)	395,481	E° 88,10	7,6	15,1	1,1	3,2	73,0
Emp. part. (b)	362,932	308,10	16,2	23,5	6,4	8,8	45,1
Emp. públicos	255,955	342,20	18,9	12,8	3,6	15,6	49,1
Defensa Nac.	102,651	243,80	7,6	13,9	5,6	14,1	58,8
Ninguna	480,834	191,20	14,5	19,5	5,4	10,7	49,9
CHILE	1.597,853	171,00	13,4	17,9	4,3	9,4	55,0

(a) Servicio de Seguro Social.

(b) Incluye todos los empleados particulares, independientemente de la Caja en que imponen.

Fuente: 1.

El Cuadro 5 merece un detenido estudio ya que, aparte de su interés intrínseco, puede darnos indicaciones importantes de cómo mejorar el financiamiento del sector público de salud.

Desde luego debemos reconocer que el gasto per cápita en salud que debe hacer de su propio peculio el imponente del Servicio de Seguro Social y, por consiguiente, beneficiario del Servicio Nacional de Salud, es bastante subido: F° 88.10 de 1968 (E° 167.00 de 1971). El mayor gasto de este grupo se hace en el rubro farmacia, lo que está indicando que la auto-medicación está muy generalizada. Todo ello es claramente revelador de la incapacidad del Servicio Nacional de Salud para atender a sus beneficiarios. Llamamos la atención al hecho de que los beneficiarios del sss gastaron en atención de salud en 1968 de su propio peculio la suma de E° 395.481.000, es decir, E° 750.438.000 de 1971, lo que representa el 19% del presupuesto total del sns en 1971.

Creemos ocioso repetir el mismo análisis con los demás grupos previsionales, que aparecen gastando sumas per cápita muy superiores al imponente del sss. El Cuadro 5 es muy revelador en este sentido.

Todos los grupos, excepto los empleados públicos, destinan una mayor proporción de su gasto individual a la atención odontológica que a la atención médica, lo que comprueba una vez más la insuficiencia de aquélla.

Pero son los gastos en farmacia los que insuven la mayor parte de la inversión que las personas hacen en salud, de su propio peculio. El

promedio para el país es del 55% del total del gasto en salud, lo que representaba un gasto *per cápita* en 1968 ascendente a E° 94,05, equivalente a E° 179,66 de 1971.

La encuesta de 1968 mostró también que existe una relación directa proporcional entre ingreso per cápita, gasto total en salud y gasto porcentual en consulta médica, e inversamente proporcional con el gasto porcentual en farmacia (Cuadro 6).

Como resumen de nuestro análisis podríamos señalar que, aparentemente, se ha llegado al límite de la posibilidad de destinar una proporción substancialmente mayor del erario nacional a salud, sin vulnerar a otros sectores sociales. Que el actual sistema de salud de Chile es incapaz de atender ni siquiera la demanda espontánea. Que todos los imponentes de las cajas de previsión nacionales, entre cuyos beneficios están incorporadas las prestaciones de salud, deben por el motivo señalado, incurrir en gastos de su propio peculio para atender su salud, y que el gasto privado en salud en que incurre la población es superior al gasto público para el mismo fin: el gasto privado asciende al 59,7% del total del gasto en salud, y el público al 40,3%.

Queda además en claro que la transferencia del total del gasto privado en salud al sector público, si ello fuera factible, no resolvería ni siquiera el problema de la demanda no satisfecha, ya que siempre quedaría un 50% de las consultas médicas y un 64,5% de las consultas odontológicas sin atender. Sin embargo, con

MONTO Y DISTRIBUCION DEL GASTO INDIVIDUAL EN SALUD SEGUN INGRESO
PER CAPITA. CHILE, 1968

Ingreso per cápita (Sueldos vitalés)	E° gastados en 1968		Distribución porcentual del gasto en salud				
	Total (000s)	Per cápita	Consulta médica	Consulta odontol.	Laborat. y radiol.	Hospita- lización	Farmacia
0,00—0,19	159,411	50,70	9,0	8,7	2,8	2,6	76,0
0,20—0,39	318,509	113,90	10,1	13,2	4,0	5,9	66,8
0,40—0,59	292,768	207,30	9,8	23,1	3,4	7,0	56,7
0,60—0,59	291,754	294,4	15,4	20,2	4,3	7,5	52,6
1,00 y más	535,411	530,1	17,4	19,3	5,4	15,9	42,0
CHILE	1.597,853	171,0	13,4	17,9	4,3	9,4	55,0

Fuente: 1.

toda seguridad esta transferencia permitiría reducir la demanda no satisfecha, pues el costo de la atención en el sector público es considerablemente menor que en el sector privado, ya que provee en la actualidad el 66% de la atención médica ambulatoria, el 35% de la atención odontológica y el 90% de las hospitalizaciones con sólo el 40,3% del gasto total en salud.

Hay que tener presente, además, que la congestión de los servicios ambulatorios genera por sí misma una mayor demanda de atención, en razón de que su deficiente calidad conlleva la necesidad de repetición innecesaria de consultas o la derivación injustificada de ellas a los servicios especializados y a los servicios de urgencia.

POSIBLES FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD.

La total absorción de la demanda de atención de salud de la población acogida a beneficios previsionales debiera ser la primera meta para la creación de un servicio único de salud. El financiamiento para este fin no se lograría derivando por algún mecanismo el gasto que este grupo realiza en el sector privado ya que, como hemos señalado, quedaba en 1968 un fuerte remanente de demanda no satisfecha. Los beneficiarios de regímenes de previsión deben recurrir a la medicina privada por incapacidad de atención del sector público y éste no puede entregar más atención si no se aumenta la infraestructura y sus recursos humanos y financieros.

La transferencia de los gastos que hacen las personas en el sector privado, permitiría ciertamente allegar más recursos al sector público, incrementando el costo de las atenciones en una proporción substancialmente menor, dado el mayor rendimiento del sector público.

Debe tenerse presente, además, al considerar este problema que el 69,9% del gasto en salud en el sector privado es efectuado por las personas con derechos previsionales que constituyen el 73% de la población y que el 30,1% del gas-

to corre de cuenta del grupo no acogido a previsión, que suma un 23% de la población. Hay que tener presente también que una proporción no determinada, pero seguramente alta, de la población sin previsión obtiene y paga su atención en el sector público.

El traspaso del gasto en el sector privado al sector público, además de no solucionar integralmente el problema, no parece ser un proceso sencillo. Desde luego, para hacerlo factible debiera comenzarse por darle capacidad al sector público para atender la demanda de toda la población del país. A lo sumo podría dejarse fuera del sistema al grupo de medianos y altos ingresos no acogidos a previsión social que, como hemos visto alcanzan cuando más al 5,6% del total de la población del país.

Esto requeriría una fuerte inversión fiscal en gastos de capital (aumento de la infraestructura) y de operación, ya que sólo para atender la demanda de atención médica debe doblarse la capacidad de los servicios.

Ahora bien, por el sólo hecho de alcanzar esta capacidad de atención, las sumas invertidas por la población en atención privada no derivarían automáticamente al sector público. El Estado debería captarlas por medio de impuestos, los que de una manera u otra afectarían a toda la población.

Este impuesto universal para salud implantaría también el derecho universal de la salud.

No creemos que con ello desaparecería del todo la atención privada. Siempre habría personas que por múltiples razones recurrirían a ella, como ocurre en el Reino Unido donde el régimen del National Health Service, que tiene carácter universal para la población, coexiste con una todavía importante práctica privada de la medicina.

Para nosotros parece indiscutible que el primer paso para llegar al servicio único de salud y a los derechos universales a la atención médica es colocar a los servicios del sector público en condiciones de atender en forma humana y racional toda la demanda. Implantar el im-

puesto a la salud antes de estar preparados para ello no parece factible. Un impuesto cuyos beneficios se comenzarían a ver después de varios años, puesto que están de por medio el aumento de la infraestructura y de los recursos humanos, tropezaría con serias resistencias de parte de la población.

En definitiva el Estado debería hacerse cargo de los gastos correspondientes, por lo menos hasta que los servicios de salud alcanzaran el pie de eficiencia para atender toda la demanda, sacrificando inversiones en otros sectores; a menos que un incremento importante del producto nacional, con el consiguiente aumento del presupuesto fiscal, permitiera derivar fondos preferencialmente al sector salud. Del análisis de las cifras señaladas anteriormente creemos que, por lo menos, debieran doblarse las actuales inversiones en salud para alcanzar el fin señalado, considerando tanto las inversiones del sector público como del privado.

Hay otra fuente de financiamiento que debe tenerse presente y es la que proviene de la Ley de Medicina Curativa de los Empleados. Estos aportan un 1% de sus rentas a un fondo común que es recolectado por las Cajas de Previsión, además de sumas variables para complementar el pago de las consultas médicas, exámenes de laboratorio y Rayos X y de la hospitalización.

Estas sumas estarían disponibles para financiar un servicio único de salud, pero no puede pensarse en utilizarlas a menos que este servicio único sea capaz de proporcionar una atención técnica y humanamente equivalente a la que el sistema de libre elección de la Ley de Medicina Curativa brinda en la actualidad a los beneficiarios de esta ley.

En todo caso, de implantarse el impuesto universal de salud con el consiguiente derecho universal a la atención de salud no se justificaría mantener el sistema de financiamiento de la Ley de Medicina Curativa de los Empleados y habría que entrar a revisar los aportes que las Cajas de Previsión hacen a los servicios de salud y a su vez los aportes que los imponentes hacen a las Cajas para el mismo fin.

Es evidente la complejidad de los pasos que deben darse para llegar al servicio único de salud, derivada de la infinita variedad de sistemas de atención que operan en el país y de la falta de centralización normativa de los servicios de salud a nivel ministerial.

Creemos que se impone como primer paso llegar a la brevedad posible a darle al Ministerio de Salud Pública, como organismo de un Estado constitucionalmente responsable de la salud y bienestar de la población, el papel rector y normativo que perdió en gran medida con la dictación de la Ley N° 10.383 de 1952 que, fuerza es reconocerlo, trajo por otra parte gran-

des beneficios al simplificar el sistema de salud imperante con anterioridad.

También deben considerarse con prioridad los sistemas de remuneraciones del personal de salud en general y de los profesionales en particular; la redistribución de las responsabilidades del personal de salud de tal modo que el personal de nivel intermedio asuma el máximo de tareas dentro de sus posibilidades, medida que aparece de suma urgencia en la atención odontológica; el establecimiento de sistemas que permitan calificar de manera automática y permanente la calidad de los servicios prestados y de incentivos que estimulen la buena atención; la organización de las comunidades para que colaboren en la prestación de las atenciones de salud, haciendo presente sus necesidades y contribuyendo a la supervisión de los servicios que reciben, dentro de sus posibilidades y limitaciones.

Otra medida que no admite dilación es la descentralización ejecutiva real y efectiva, esto es por ley, y no por delegación, que ha demostrado a través de los años ser totalmente inoperante. *La concentración del poder en los niveles centrales significa en el hecho falta de autoridad por imposibilidad de ejercerla*, y así lo ha demostrado la historia en el Servicio Nacional de Salud a partir de la dictación de Decreto-Ley N° 9 de 1959.

Otra medida que parece insoslayable es la clara definición de los deberes, autoridad y en particular de las condiciones de idoneidad de todo el personal con responsabilidades directivas a todo nivel, de manera de asegurar que tengan la preparación técnica y la experiencia necesarias para desempeñar sus funciones con eficiencia.

Creemos que ha llegado el momento de realizar una revisión, sin prejuicios, de todo el sistema de atención de salud y de su financiamiento. Pensemos que existe para ello la experiencia suficiente no sólo en los grupos encargados de dispensarla sino también entre los beneficiarios actuales y potenciales.

REFERENCIAS

1. "Estudio de Recursos Humanos de Salud en Chile". Ministerio de Salud Pública. Chile, 1970.
2. Información proporcionada por la Superintendencia de Seguridad Social, 1972.
3. 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 de Cuadernos de Salud Pública, N° 17.
4. Información proporcionada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. (Julio 1972).
5. National Health Service Notes. Department of Health and Social Security. London, 1971.