

# ¿Seremos capaces de enfrentar los desafíos de la medicina en Chile?

Rony Lenz A, Hugo Salinas P.<sup>(1)</sup>

## Resumen

*Este documento aborda, desde una perspectiva financiera, las principales tendencias que enfrentará el sector salud chileno durante los próximos 30 años. Se analiza brevemente el impacto de la transición demográfica sobre la estructura de demanda de salud, los cambios probables en la conducta y el rol del paciente y las posibilidades financieras de incrementar el flujo de financiamiento al sistema de salud. Se concluye que la estabilidad demográfica del segmento de población más joven ofrece oportunidades para incrementar la calidad de la atención en el área materno infantil. Por otra parte, la creciente escasez de financiamiento y la competencia por el mismo, principalmente para la atención de los adultos mayores, genera una amenaza importante.*

## Summary

*This paper discuss, from a financial perspective, the main trends that the Chilean health sector will face in the next 30 years. It briefly analyse the consequences of the demographic transition in health demand, the changes in the patient behavior and the difficulties in an increase of the financial resources. It is concluded that an opportunity for perinatal medicine emerges from the stability in the younger population. On the other side, scarce financial resources, and an elderly rising demand must be a future matter of concern.*

Departamento de  
Obstetricia y  
Ginecología, HCUCh.

Correspondencia:  
Hugo Salinas P.  
Dirección: Santos Dumont 999, Independencia  
E-mail: [hsallnas@ns.hospital.uchile.cl](mailto:hsallnas@ns.hospital.uchile.cl)

## Introducción

La medicina viene avanzando de manera vertiginosa desde hace décadas. Esto ha permitido elevar el nivel de salud de vastos segmentos de la población, conjuntamente con el mejoramiento de las condiciones de saneamiento, alimentación, educación de la población y extensión de la cobertura de los sistemas de salud. La mortalidad infantil y de la madre han descendido dramáticamente en numerosos países y la esperanza de vida ha ido incrementándose en casi todas las sociedades. Los nuevos hallazgos en materia de genoma humano parecen señalar que el avance de la medicina, lejos de detenerse, va a cobrar un nuevo impulso. Enfermedades otrora incurables van a retroceder merced de un mejor entendimiento de sus raíces genéticas a través de la medicina molecular y la elaboración de una nueva generación de fármacos. Sin embargo, el aprovechamiento de estos nuevos beneficios, al igual que de los beneficios presentes de la medicina, dependen de la capacidad de la sociedad para organizar su proceso productivo, eficiente y equitativamente, de manera tal que todos tengamos acceso a los nuevos bienes. En este artículo se pretende analizar, desde una perspectiva económica, algunos de los principales obstáculos que la sociedad chilena enfrenta para masificar los avances de la medicina durante los próximos 30 años.

## Los Procesos Demográficos y Epidemiológicos

La población chilena aumentó en treinta años desde 9,5 millones en 1970 a cerca de 15,0 millones en el año 2000, es decir, cerca de 5,5 millones, o un 60,0%. La esperanza de vida al momento de nacer se incrementó desde cerca de los 63 años a principios de los 70 a más de 75 años a fines de los 90, esto es 12 años más de vida. La tasa de mortalidad infantil

bajó desde 63,6 por mil nacidos vivos a principios de los 70 a 10,1 en 1999. La tasa global de fecundidad, en igual período, ha descendido de 3,6 a 2,4 hijos por mujer.

El fenómeno más relevante vinculado a los hechos anteriores ha sido la variación del tamaño y el peso relativo de los diferentes grupos de edades, lo que se ha traducido en un envejecimiento de la población, conocido en la literatura como transición demográfica. Esto es, una disminución relativa de la población joven y el aumento de la proporción de personas en edad adulta y tercera edad. En efecto, mientras en 1970, los jóvenes constituían el 39,2% de la población, los adultos el 55,7% y los mayores de 65 años el 5,1%, en el año 2000 estas proporciones eran de 28,5%, 64,4% y 7,2%, respectivamente.

Estos cambios demográficos han originado una variación en el perfil de enfermedades de la población, o transición epidemiológica. Así, mientras en 1970 el 25,0% de todas las muertes era en grupos menores de 1 año, y los de más de 65 años explicaban el 35,0% del total de muertes, en 1999 estas proporciones fueron de 3,2% y de más de 60,0% respectivamente. De esta manera, mientras que Chile poseía, hacia inicios de los 60', una de las tasas de mortalidad más altas de la región, causadas por diarreas, IRA y desnutrición, una efectiva organización del sistema de salud llevó a que nuestro país cambiara en cerca de 30 años sus patrones de enfermedad. El envejecimiento, la urbanización, la industrialización y el cambio en los estilos de vida generaron un nuevo conjunto de enfermedades. De esta manera nuestro perfil epidemiológico se caracteriza hoy por la prevalencia de enfermedades no transmisibles y los accidentes. En la actualidad las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes son principales causas de muerte del chileno, explicando cerca del 60,0% del total. Lejos de detenerse, los cambios demográficos

y epidemiológicos seguirán acentuándose. En efecto, se podría señalar, sobre la base de las proyecciones demográficas existentes, que nos encontramos en mitad del proceso de envejecimiento. El porcentaje de adultos mayores va a seguir aumentando hasta estabilizarse en cerca del 20% que es lo que se observa en los países europeos. Hacia el año 2030 la proporción de mayores de 65 años probablemente se duplicará con relación a la del año 2000, alcanzando casi el 15% del total de la población. Paralelamente, la proporción de jóvenes de 0-14 años irá en descenso, desde el actual 28,5%, hasta estabilizarse en un 20% en el largo plazo.

En un interesante, pero poco difundido documento realizado por el Banco Mundial <sup>(1)</sup> sobre el envejecimiento en nuestro país, se proyecta para el año 2030, aun bajo escenarios optimistas, que las actuales causas de muerte no sólo se van a mantener, sino que se van a incrementar, producto de la acumulación generada en los factores de riesgo ligados a los hábitos de vida (colesterol alto, hipertensión y tabaquismo). Así por ejemplo, se espera que las muertes por enfermedades al corazón se tripliquen en número absoluto tomando como base el año 1990.

#### **Efectos de la Transición sobre la Oferta de Servicios**

Uno de los efectos de la transición epidemiológica es el cambio en las demandas de los pacientes, puesto que disminuye o se estabiliza la demanda de la población joven y aumenta la demanda de la población adulta y de más edad. Esto obliga a los sistemas de salud a enfrentar problemas de naturaleza degenerativa y crónica, que exigen diagnósticos, tratamiento y rehabilitación de mayor complejidad y costo. A modo de ejemplo, en la actualidad el gasto de salud de una persona con más de 65 años

es cerca de 2.4 veces mayor que el gasto promedio en el FONASA.

Del análisis de las proyecciones demográficas se pueden sacar tres conclusiones.

#### **1. Disminución en la proporción de jóvenes, pero mantención del número absoluto.**

Si bien la proporción de jóvenes va a descender, el número absoluto de jóvenes es probable que oscile establemente alrededor de los 4,3 millones durante los próximos 50 años. Otro tanto sucederá con los nacimientos los cuales se incrementarán levemente desde la cifra actual para estabilizarse durante la próxima década en los 295 mil nacimientos anuales.

#### **2. Mantención de la proporción de adultos y aumento del número absoluto.**

La proporción de población entre 14 y 64 años se va a mantener estable alrededor del 64,0% durante los próximos 30 años, para luego descender levemente. Sin embargo el número absoluto de adultos se incrementará en 5 millones hacia el año 2030, esto es un 33%, para alcanzar los cerca de 20 millones y luego irse estabilizando en una cifra un poco mayor.

#### **3. Aumento de la proporción y número absoluto de adultos mayores.**

Tal como señalamos, la proporción de adultos mayores se duplicará con relación a la actual, para alcanzar un valor cercano al 14% hacia el año 2030. Si consideramos los mayores de 60 años, también la proporción se duplica en el período considerado, sólo que este caso la proporción alcanza al 20%. Por otra parte, el número absoluto de personas con más de 65 años se triplicará desde el millón de personas que actualmente existe en ese tramo. Si consideramos a los mayores de 60 años, estos al-

canzarán a los 4 millones. Cerca de 600 mil tendrán más de 80 años.

El efecto de estos cambios en la demanda por salud es bastante previsible. La demanda de salud de menores de 14 años se va a mantener estable durante los próximos años. El número de partos se incrementará levemente para estabilizarse en la próxima década. De esta manera, es posible afirmar que en este segmento etéreo, Chile debiera poder dimensionar correctamente su oferta de salud. Esto implica generar planes de largo plazo en la formación de obstetras y pediatras que no redunden ni en excesos de mano de obra que hagan caer los salarios a niveles indeseados, ni en déficits que no permitan consolidar los logros del país en el campo de la atención materno-infantil. Asimismo, es menester diseñar programas de inversión destinados a mantener y renovar la capacidad instalada.

Por el contrario la demanda de adultos y sobre todo la de adultos mayores va a seguir creciendo de manera acelerada. Esto va a ir progresivamente profundizando la situación de "crisis" que vive el sector, esto es el desbalance existente entre una demanda en crecimiento y mutación y una oferta de salud rígida que ha mostrado dificultades en adaptarse a los cambios. Nos atreveríamos a señalar que nuestra red de atención, la primaria y la hospitalaria, pensada y estructurada en las décadas pasadas, está diseñada para acoger al binomio madre-hijo. Nuestros consultorios cuentan con robustos programas de control del embarazo y del niño sano, que cubren la detección del riesgo obstétrico, la desnutrición, la inmunización, la solución de las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas. Nuestros hospitales todavía son grandes maternidades con servicios de pediatría, donde cada día nuestros servicios de neonatología salvan a niños con bajo peso al nacer. No por

casualidad Chile clasificó en el Informe Mundial de la Salud 2000, como el país con el mejor índice de igualdad de la supervivencia infantil, incluso sobre el Reino Unido, Japón y Noruega (2). Sin embargo, el sistema atiende con dificultad a los adultos y un adulto mayor no obtiene respuesta en la red primaria y sólo en años recientes se ha hecho un esfuerzo por brindarles una mayor cobertura hospitalaria.

Un elemento interesante a considerar es la evolución de la tasa de inversión en salud. Cuando se analizan los datos del MINSAL entre 1990 y 2000 se observa que después de un esfuerzo de inversión importante a principios de los 90, hacia mediados de la década la inversión comienza a descender sostenidamente hasta ubicarse hacia el año 2000 en el 2,8%. Esta tasa es evidentemente insuficiente para sustentar una renovación del aparato público de salud. Además probablemente hacia mediados del 2010, mucho equipamiento del sistema público va a comenzar a entrar en su fase de obsolescencia, lo cual va a agravar los cuellos de botella existentes, principalmente en el área de imágenes.

#### **4. Más Consumidores y menos Pacientes**

Otro de los fenómenos estructurales que acompañarán el desarrollo del sector salud es el impacto que el proceso de desarrollo tiene sobre las estructuras sociales, incluyendo aquellas del sector salud. El desarrollo, acompañado en nuestra era, de una creciente injerencia del mercado en regular las relaciones sociales, está teniendo efectos apreciables sobre nuestra sociedad que seguirán profundizándose durante las próximas décadas. A pesar de que el país va a disponer de mayores niveles de ingreso, una sensación de insatisfacción creciente nos va a acompañar durante esta etapa de nuestro desarrollo. Ello

producto de que un mayor número de relaciones hoy personales, va a tornarse cada día más impersonales, la estructura y las funciones de la familia van a modificarse, la estabilidad en la vida personal se va a ver amenazada y la gravitación de los valores tradicionales va a disminuir.

También es previsible que aumenten las tensiones ocasionadas, ya no por la extrema pobreza que debiera ir reduciéndose progresivamente, sino por las inequidades, en la distribución de ingresos. En efecto, la indigencia y la pobreza han disminuido dramáticamente durante la década del 90. En 1987 estas magnitudes eran de 17,4% y 45,1%, respectivamente. Hacia el año 2000, estos porcentajes habían disminuido a 5,7% y 20,6%, respectivamente <sup>(3)</sup>. Si bien la desigualdad en los 90 ha sido inferior a aquella observada en los 80', es superior a la década de los 60 y 70. Así, la desigualdad en la distribución de ingresos viene incrementándose desde los años 50 <sup>(4)</sup>, fecha desde la cual disponemos de datos, consistentemente con la hipótesis de Kuznets, y respecto de la cual habrá menos tolerancia social en el futuro. Con el incremento del empleo, el desempleo abierto va a ser más patente y menos aceptable socialmente al igual que la vida en ciudades altamente urbanizadas y estresantes.

El profusamente difundido Informe del Desarrollo Humano en Chile 1998 del PNUD, capta esta sensación de creciente inseguridad que atraviesa toda la sociedad chilena en los ámbitos económico, social y político. Corroborado lo conocido por los economistas del desarrollo desde hace largo tiempo, la encuesta Quanta de percepción, aplicada en la zona Sur y Oriente de Santiago en 1997, donde de los que piensan que el país está económicamente mejor, más del 80% no creen que la gente viva más feliz. Otro tanto sucede en salud. Las personas de los estratos económicos medios y ba-

jos muestran poca confianza en el sistema de salud. La desconfianza en los estratos medios para acceder oportunamente a la atención y poder pagar los costos es de 58,2% y 71,3%. En los estratos de ingresos bajos la desconfianza es mucho mayor <sup>(5)</sup>.

En este contexto, y dada la extensión y profundización de los mecanismos de mercado en la vida económica y social, es esperable que la población, en su afán de mitigar esta sensación de creciente inseguridad recurra cada vez de manera más frecuente a instancias destinadas a defender sus derechos como consumidores. No es casualidad el esfuerzo legislativo que se está realizando en torno a normar los derechos de los pacientes, como parte de las iniciativas legales de la llamada reforma de salud. Cada día va a existir una mayor presión poblacional por recibir un trato más digno, por que se le informe de su diagnóstico, del tratamiento previsto y sus consecuencias. Igualmente los juicios contra los médicos por mala práctica se irán incrementando. Las personas, crecientemente más informadas, van a exigir más a los equipos de salud, sobre todo en un contexto donde ellos sienten que "pagan" por sus atenciones de salud.

## 5. Perspectivas del Financiamiento

El nivel de gasto en salud en una economía está íntimamente ligado al nivel de ingreso per cápita que muestra un país. En general, mientras mayor es el nivel de ingreso, mayor es la participación del sector salud medido en términos de su participación en el PIB. También es cierto que los países desarrollados muestran una participación del gasto público en salud mayor a la de los de menor desarrollo. A modo de ejemplo, mientras América Latina gastaba el 6,1% del PIB en salud a mediados de los 90, los países industrializados asignaban en prome-

dio una proporción del 8,3%. La participación pública era de 42% y 76% respectivamente<sup>(6)</sup>. Actualmente Chile gasta el 6,1% del PIB en salud, del cual el 49% es gasto público, con gasto per cápita en salud cercano a los US\$ 315 <sup>(7)</sup> y un ingreso per cápita de US\$ 5.100<sup>(8)</sup>. ¿Qué sucederá con estas magnitudes en 30 años? El nivel de ingreso per cápita depende de la tasa de crecimiento de la economía. Creciendo este a un ritmo de 3% promedio anual en 30 años multiplicaríamos nuestro ingreso per cápita por 2,4. Bajo un escenario más optimista, suponiendo que el ingreso per cápita creciera a un ritmo de 4% anual, en treinta años nuestro per cápita se triplicaría. De esta manera, es probable que Chile para el año 2003 tenga un ingreso per cápita que fluctúe alrededor de los US\$ 12.200 y 15.500. Es decir, un ingreso similar al que hoy día tienen España o Nueva Zelandia, y superior al de Portugal y Grecia. España dedica actualmente el 7% de PIB a salud, mientras que Nueva Zelandia destina el 8,1%, y Portugal y Grecia, exhiben magnitudes del 7,7% y 8,4%, respectivamente <sup>(9)</sup>. Es decir, si Chile sigue los patrones internacionales, podrá elevar su gasto per cápita en salud desde los actuales US\$ 315 a valores que podrían fluctuar entre los US\$ 1.000 y US\$ 1.200. Es decir, gastar levemente menos de lo que gastan hoy día en términos absolutos países como Reino Unido, Irlanda o Israel. Sin embargo, esto no es automático, ya que si bien el gasto en salud va a ir creciendo a medida que crezca el producto, no tiene por qué hacerlo la proporción del gasto destinado a salud, la cual depende más bien de las políticas sociales y de salud que desarrolle el país. Dicho de otra manera, si el país no modificara la actual proporción que hoy destina a salud (6,1%), el gasto per-capita en salud llegaría a un rango entre los US\$ 750 y US\$ 950, dependiendo del crecimiento de la economía. Es de-

cir, inferior al de Portugal, Corea o un 15% superior al que actualmente exhiben Argentina o Uruguay.

Dada la estructura actual de financiamiento del sector salud existen antecedentes que permiten señalar con propiedad que Chile muestra poca flexibilidad en incrementar la proporción del gasto destinado a salud.

Si se analiza el sector público, vemos que poco más del 50% lo constituye aporte fiscal y poco menos de la mitad del financiamiento proviene de cotizaciones y co-pagos de las personas. En el primer caso, el aporte fiscal, es función de la proporción del gasto público que se destina a salud y del tamaño del gasto público. Un incremento de la proporción del gasto público destinado a salud se enfrentaría a obstáculos formidables durante la presente década y posiblemente también en la próxima. Primero, un gasto en pensiones que absorbe cerca de un cuarto del presupuesto fiscal, en expansión por la ya descrita transición demográfica. Las estimaciones del déficit de pensiones muestran que el déficit total público se incrementará desde el 5,2% del PIB observado en el período 1990-1998 a un 5,9% para el período 1999-2008, para luego descender a un 4,6 % entre 2009-2018<sup>(10)</sup>.

Segundo, un gasto en educación que absorbe otro quinto del presupuesto fiscal, con una reforma educacional en marcha. Tercero, un gasto en obras públicas, cerca de un décimo del total, difícil de disminuir por las necesidades de inversión y crecimiento del país. Cuarto, un gasto en defensa, otro décimo, políticamente difícil de abordar y afrontando un ciclo de renovación de equipamiento militar. Estos componentes sumados al de salud, dan cuenta de cerca del 80% del presupuesto. El otro 20% está atomizado y financieramente es poco relevante. Resta por tanto incrementar el gasto público, desde el actual 25% a un por-

centaje más elevado. Esta maniobra debe lidiar necesariamente con un incremento de impuestos, para no perder el equilibrio fiscal tan duramente ganado por el país y que es lo que le da estabilidad macroeconómica a Chile. Esto, nuevamente, se enfrenta a formidables problemas políticos, ya que los empresarios y la derecha han mostrado ser intolerantes respecto de abrir una discusión que aborde los temas impositivos con una visión de futuro para el país.

La segunda alternativa para flexibilizar el gasto público son las contribuciones de las personas. La experiencia internacional parece mostrar que la participación de la renta funcional de los factores como proporción del PIB, entre ellas la del trabajo, es muy estable en el tiempo, a pesar de los incrementos en los salarios reales y el empleo, por lo que por esta vía tampoco es dable esperar incrementos relativos importantes. En este campo, la tasa de cotización, fija actualmente en el 7% sobre los ingresos del trabajo, es una variable de política que nos es posible descartar. Los co-pagos por el contrario han aumentado sostenidamente. Prueba de ello es que en la Modalidad de Libre Elección del FONASA, el componente más dinámico del gasto público en salud, el 60% del gasto es financiado con co-pagos de los usuarios. Sin embargo, esta vía de financiamiento tiene un límite pues exigencias mayores podrían derivar en una fuga de cotizantes del FONASA a las ISAPRES.

Con relación al gasto privado, este exhibe una ligera variante respecto del sector público. Si bien funciona sobre la base de una cotización mínima fija del 7%, admite incrementos por la vía de que las ISAPRES pueden cobrar primas adicionales. En efecto, el 20% de los ingresos operacionales de las ISAPRES provienen de cotizaciones adicionales, lo que estaría indicando que la tasa media de cotización del sistema privado bordearía el 8,5%.

De esta manera, lo que se observa es una importante rigidez de los componentes financieros para seguir al gasto, en particular en el sector público. La flexibilización de las fuentes de financiamiento debiera ser uno de los temas principales de reforma de salud en el largo plazo. La forma de abordar el tema del financiamiento por parte del gobierno, proponiendo el incremento de algunos impuestos específicos parece, por decir lo menos, demasiado tímido, y nuestra hipótesis es que no hace sino retrasar una discusión más de fondo que el país ha ido postergando.

Si se quiere abordar realmente el tema de la salud en el largo plazo es necesario abrir un debate sobre una serie de temas tabú en el campo del financiamiento: a) incrementar los impuestos, ya sea el IVA o los impuestos a la renta y no sólo los impuestos específicos; b) incrementar la actual tasa de cotización; y, c) generar formas de contribución para aquellos grupos de empleados, que van a ir creciendo en el tiempo, que no encajan con el prototipo del asalariado dependiente.

No obstante, el empresariado y la ciudadanía no van a invertir, sobre todo cuando una gran sombra de duda, corroborada por la evidencia empírica, indica que existe un uso ineficiente de recursos, inequidad y mal trato al usuario tanto del sistema de salud público como el privado. ¿Le entregaría usted uno o dos puntos más de cotización e impuestos (por ejemplo, IVA) provenientes de su ingreso a su ISAPRE o al Estado con la promesa de que van a mejorar su atención de salud?

Es decir, no creemos que existan más recursos para salud si primero el sector salud no hace un esfuerzo de uso racional y equitativo del escaso financiamiento que posee. Estamos metidos en un zapato chino, pero esa es la situación.

Nos atrevemos a lanzar una hipótesis osada, con poco apoyo empírico, a diferencia del

resto de argumentos que hemos vertido que están profusamente documentados. Otro de los temas que va a ir erosionándose lentamente producto de la transición y las rigideces financieras es que el sistema privado de salud sólo va a existir como sistema de seguros complementarios o como seguro general para no más del 10% de la población más rica de este país. Ello por dos intuiciones. La primera es que la lógica de seguros individuales de corto plazo hace sanitariamente inmanejable el problema de salud de largo plazo, cual es la introducción de fuertes mecanismos que muten el modelo de atención hacia un esquema más promocional y preventivo. La segunda, es que en un escenario financieramente restrictivo, como el que hemos visto en los últimos cuatro años producto de la recesión, las ISAPRES han respondido perdiendo 1 millón de beneficiarios y protegiendo sus utilidades. Nuestra hipótesis es que el futuro en salud va ser uno de fuerte escasez financiera, con un sistema de seguros privados en constante reducción.

Así la tendencia en este campo es más bien hacia la cobertura universal del FONASA. En esta parte, no podemos sino llamar la atención en torno a que ninguno de los 6 ó 7 textos de ley que se han enviado al Congreso bajo el nombre de AUGE versa sobre el FONASA, eje de la seguridad social de salud de este país. Sólo se nombra al Fondo para controlarlo, fiscalizarlo, sancionarlo, cuando durante la década de los 90' fue la institución de salud más dinámica de este país. Gracias a este esfuerzo hoy día se puede hablar de derechos del paciente, seguro catastrófico, tercera edad, oportunidad en la atención, está en revisión seria el accionar de las ISAPRES, los Servicios de Salud y propio Ministerio de Salud.

## 7. Consideraciones Finales

Los antecedentes aportados nos inducen a pensar, desde la óptica del aprovechamiento

de los avances de la medicina por parte del sistema de salud chileno, que existen fuertes barreras por vencer.

Primero, la transición demográfica y epidemiológica ofrece la oportunidad de que el país dimensione adecuadamente la oferta de salud para enfrentar los problemas asociados a los grupos de entre 0-14 años y que además se pueda ir incrementando la calidad en este segmento, consolidando los logros que el país exhibe en el área de atención infantil.

Segundo, la misma transición genera una fuerte amenaza ya que la brecha entre necesidades y oferta de salud existente para adultos y en especial para adultos mayores va a demandar cuantiosos recursos y esfuerzos por parte del sistema de salud que van a competir con la medicina infantil. En este sentido, el escenario futuro de acceso a recursos de este segmento va a ser mucho más restrictivo que hasta la fecha.

Tercero, la depreciación y la baja tasa de inversión pública, van a deteriorar el capital físico del sector público y por tanto las condiciones para desarrollar nuevas actividades. Si no se buscan formas alternativas de financiamiento para el equipamiento al aporte fiscal esta restricción puede ser una seria limitante futura.

Cuarto, la presión ciudadana por mayores derechos en el campo de la salud va alterar la forma actual de hacer medicina en el país.

Quinto, existe un serio problema para que el financiamiento siga al crecimiento del gasto en Chile. Esto va a generar un escenario futuro de "crisis" permanente y escasez que no se va a resolver mientras no se flexibilicen las fuentes de financiamiento. Esto requiere revisar la política impositiva al alza, elevar las cotizaciones, generar nuevas formas de contribución, mejorar la eficiencia y la equidad en la asignación de recursos y generar un esquema de cobertura universal.

## Referencias

1. Chile: The Adult Health Policy Challenge, A World Bank country study, Washington, 1995.
2. OMS.  
*Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000, Anexo Estadístico, 2000.*
3. MIDEPLAN.  
*Informe Ejecutivo No.1: Pobreza e Indigencia e Impacto del Gasto Social en la Calidad de Vida, Santiago, Julio 2001.*
4. Ruiz-Tagle, Chile: 40 años de Desigualdad de Ingresos, Universidad de Chile, Departamento de Economía, Cuaderno de Trabajo No. 65. Santiago, 1999.
5. CEP-PNUD.  
*Encuesta Nacional sobre Seguridad Humana, 1997.*
6. Citado en Molina, Pinto, Henderson y Vieira.  
*"Gasto y Financiamiento en Salud: Situación y Tendencias", Revista Panamericana de Salud Pública 8, 2000.*
7. Fuente WHO, The World Health Report 2000, Statistical Annex, Geneva, 2000.
8. CEPAL.  
*Panorama Social 1999 - 2000.*
9. Reinhardt, Hussey & Anderson.  
*Cross-National Comparisons of Health Systems Using OECD Data, 1999, Project HOPE, June 2002.*
10. Unidad de Estudios Especiales, ECLEC, CEPAL.  
*Arenas de Mesa, El Sistema de Pensiones en Chile: Resultados y Desafíos Pendientes, Santiago, 2000.*