

ESTIMACION DEL COSTO GLOBAL DE LA ATENCION  
DE SALUD NECESARIA PARA LA POBLACION DE CHILE  
(Versión preliminar)

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 2 y 3, 1993/ 48-55

*Dres. Carlos Montoya Aguilar\*,  
Manuel Ipinza Riveros\*\*,  
Sr. Raúl Palma Enríquez\*\*, y  
Dr. Mario Reyes Ortiz\*\**

SUMMARY

The paper introduces a method for estimating the cost of providing health care to the majority of the population of Chile, at an adequate level of coverage, quality and effectiveness. The method is applied here to the health units of the public sector that provide direct services to people, since it is here that the current crisis of the health system is more acute. The adjusted direct cost per beneficiary of the public sector turns out to be \$ 41.500 pesos (currency of 1992), and the total cost of the health sector, including the adjustment, would equal \$ 53.800. It is proposed that such costs are compatible with the economic situation of the country.

There are several national studies on financing of health care; but in the absence of definitions about "what care" should be provided and "how much" it costs, their usefulness is doubtful.

Key words: Economics of health, Costs, Health policies.

RESUMEN

Se presenta un método para estimar el costo de dar atención de salud con cobertura, calidad y eficacia adecuadas a la mayoría de la población de Chile. Dicho método se aplica a la atención directa brindada por los establecimientos de salud del sector público: es aquí donde se percibe agudamente la

crisis del sistema y es desde aquí que se influye en el estado de salud en cada región.

Resulta un costo ajustado directo por beneficiario del sector público de \$ 41.500 (de 1992) y un costo total del sector, incluido dicho ajuste, de \$ 53.800. Se estima que dichos costos son compatibles con la capacidad económica del país.

Hay diversos estudios nacionales sobre financiamiento pero su utilidad es escasa en ausencia de definición acerca de la atención a financiar y de su costo. Este ejercicio ofrece, en trazos todavía gruesos, una base para discutir el tema.

Palabras clave: Economía y Salud, Costos, Políticas de Salud.

1. INTRODUCCION

El financiamiento del sector salud, -su monto, sus fuentes y canales de distribución- es tema obligado de estudios y discusiones en los más diversos foros.

El antecedente indispensable para esas discusiones debería ser el conocimiento del costo total de lo que se quiere financiar.

Un camino para llegar a ese conocimiento parte del estudio de los costos individuales de cada tipo de prestación. Dicho esfuerzo resulta muy complejo, dado el gran número de prestaciones (más de dos mil) y la constante variación en los factores de cada uno de sus costos.

\* Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile.

\*\* Departamento de Planificación, Ministerio de Salud.

Nota: Las tesis de este documento no comprometen a las instituciones en que trabajan los autores.

Además es difícil utilizar las cifras de costos individuales que pudieran resultar, ya que la proporción de prestaciones de cada tipo dentro de la actividad total del sector también está sujeta a variación. Esto no obsta para que el cálculo de costos de las prestaciones, más frecuentes y/o más caras sea un dato importante para la verificación cruzada de la verosimilitud de las estimaciones obtenidas por el método que se explica en este documento.

Existe la posibilidad de seguir otro camino para aproximarse al costo directo global de la atención de salud. Este se basa en la aplicación de coeficientes de ajuste a los costos observados —no de las prestaciones individuales sino de los grandes segmentos del sistema.

## 2. LAS BASES DEL METODO

El razonamiento propuesto se apoya en dos pila-

configuran una atención integral de la salud.

- (b) A quiénes se ofrecen: cobertura universal y equitativa.
- (c) Con qué calidad científico-técnico y humana: la mejor posible.
- (d) Dentro de qué política de recurso humanos: prioridad sobre los demás recursos, remuneración justa, carrera funcionaria, motivación y capacitación; apoyo al ciclo de destinación de profesionales.

## 3. EL METODO

### 3.1 Determinación de los gastos de 1992

Con datos de las planillas de contabilidad de costos (SIGMO) de varios *hospitales* representativos se realizan las siguientes operaciones.

Costo aproximado de las remuneraciones:

	Hospitalización	Consultas de especialidad	Consultas de emergencia
(1) C. unitario observado	De 1 cama-año de dotación	De 1 consulta	De 1 consulta
(2) Total de unidades en el país	Nº de camas-año de dotación	Nº consultas	Nº consultas
(3) Costo total observado	Líneas (1) x (2)	Líneas (1) x (2)	Líneas (1) x (2)

res, a saber: la situación actual del sector y la política de salud declarada por el gobierno.

En la situación actual del sector interesan:

- los gastos observados en establecimientos representativos de cada nivel, desagregados en remuneraciones, gastos de operación e inversión, así como entre servicios finales, intermedios y generales.
- las formas de propiedad, organización y modos de pago en el sistema.
- la accesibilidad, cobertura, calidad, efectividad y eficiencia de los servicios, así como sus índices negativos: rechazos, esperas, insatisfacción, impacto insuficiente respecto a determinados problemas en ciertas áreas.

De la política de salud, el método capta y aplica los siguientes aspectos:

- (a) Qué prestaciones se desea ofrecer: todas las que

Se procede de modo similar para “otros costos operacionales” y se repite la estimación de ambos grupos de costos para cada una de las cuatro categorías de complejidad de los hospitales.

En el caso de los *consultorios generales y postas* (“nivel primario”) se carece de información completa acerca del costo observado. Por esta razón se toma como punto de partida el único dato conocido, a saber, la remuneración media anual de los trabajadores de este subsistema. Los otros costos operacionales se estiman sobre la base de que representarían tres séptimos del monto de las remuneraciones. Finalmente, se agrega el valor observado del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

En el caso del Instituto de Salud Pública, que da un apoyo técnico importante a la atención directa, se toma la información del presupuesto de gastos de 1992.

### 3.2 Ajuste de los costos a la política

En la etapa siguiente los costos actuales se ajustan de acuerdo a la política nacional de salud en la siguiente forma:

(a) Para dar una cobertura universal a una población beneficiaria del sistema público estimada en 80% de la población total, con todas las prestaciones preventivas, curativas y de rehabilitación que su estado y riesgos de salud requieran, entregadas con calidad científico-técnica y humana óptimas, se establecen aumentos de personal como se indica más abajo. Estos aumentos permitirán: eliminar los rechazos, resolver a corto plazo las listas de espera y otorgar una calidad de atención que satisfaga tanto a los usuarios como a los profesionales.

– En los consultorios y postas (“nivel primario”): siguiendo la norma ministerial más reciente, se aplica una razón de 23,2 proveedores de atención por cada diez mil habitantes beneficiarios, en la mayor parte del país (actualmente esa razón sería del orden de 13 o 14 por 10 mil).

En las comunas con hospitales 3 y 4 estos establecimientos otorgan una parte importante de la atención de nivel primario: en estos casos se aplica una razón de 12 funcionarios por diez mil habitantes para el nivel primario extrahospitalario. Se toma además como población beneficiaria al 90% de la población total.

– En los hospitales (“niveles secundario y terciario”): se aumenta en 30% el número de funcionarios que trabajan en los servicios finales e intermedios, y en 10% el número de funcionarios de los servicios generales.

Por falta de información específica se supone, al hacer este ajuste diferenciado, que los sueldos son uniformes. Las proporciones de funcionarios de servicios generales que observan y que se usan aquí son las siguientes:

	Hosp. tipo 4	Hosp. tipo 3	Hosp. tipo 2	Hosp. tipo 1
Hospitalización	.34	.31	.24	.14
Cons. de especial.	n/a	n/a	.29	.14
Cons. de emergenc.	.33	.39	.32	.20

(b) Para cumplir con la política de recursos humanos antes descrita y favorecer las condiciones de calidad de la atención, se establece un aumento promedio de remuneraciones (brutas) del 50% el cual según se vera más adelante, no representa una carga excesiva para la economía nacional sino que sólo restituye las rentas a niveles comparables con

los del período anterior a 1974 y que apenas alcanzan a los de otros profesionales y técnicos de los sectores público y privado.

(c) Con el objeto de alcanzar las metas de calidad y rendimiento del sector, se incrementa el presupuesto de otros gastos de operación (bienes y servicios no personales, incluyendo insumos y mantenimiento y reposición de equipos) del nivel primario en proporción similar a las remuneraciones, es decir, se estiman en 30% del presupuesto total (43% de las remuneraciones). En los hospitales se aumenta su valor en 25%.

(d) Se contempla un 5% de “otros gastos” a través de todo el sector.

(e) El número absoluto de camas de hospital del sector público se mantiene en el nivel que se alcance al término de las obras civiles ya comprometidas. Se reclasifican, sin embargo, los hospitales existentes para elevarlos a las categorías de complejidad que realmente tienen o deberían tener.

Las razones para no aumentar el número de camas, al menos en esta etapa, son las siguientes:

- se prioriza el aumento de la capacidad resolutive del nivel primario, y de la atención ambulatoria en general reduciendo así la necesidad de hospitalizar.
- debe habilitarse las camas de dotación en aquellos hospitales en que hay salas cerradas por falta de personal o de insumos.
- en ciertos lugares debe moderarse el exceso de hospitalizaciones de niños.
- debe diferenciarse la atención médica hospitalaria de la asistencia social; en algunos casos se justifica reemplazar camas hospitalarias por plazas en “hogares” u “hospederías” (convalecientes, crónicos, familiares, etc.).
- se puede ampliar las hospitalizaciones diurnas (psiquiatría) y la cirugía ambulatoria.

– el aumento relativo de personal y de ciertas tecnologías (laboratorio, endoscopía, cirugía laparoscópica) permite reducir la duración de las estadas.

(f) En el caso del Instituto de Salud Pública se aplica un método similar al que se emplea para los hospitales.

#### 4. RESULTADO: EL COSTO ESTIMADO.

(Las cifras corresponden a pesos de 1992 y a la población del mismo año).

##### 4.1 El costo directo de la atención

El costo directo de la atención a la población "beneficiaria" (80% de la población total), una vez ajustado según el método expuesto más arriba, alcanza a \$ 439.048 millones. Según se verá más adelante, la inclusión de otros costos relacionados directamente con la atención hace elevarse el costo total del sector público de salud, incluido el ajuste propuesto, a \$ 569 mil millones aproximadamente.

Según se muestra en el cuadro 1, el 28.7% del

costo directo de la atención corresponde a los consultorios generales y postas, y el 46.0% a los hospitales de tipo 1. El rubro de remuneraciones representa el 58.7% del costo y los "otros costos de operación", el 31.0%, mientras el PNAC da cuenta del 5,5% y los "otros costos" del 4.8%.

El funcionamiento del conjunto de los hospitales costaría \$ 309.735 millones. La mayor parte—74.3%—corresponde a la actividad "hospitalización" y las consultas de emergencia explican el 14.4%. Las consultas de especialidad se registran sólo en los hospitales tipo 1 y 2 y su costo llega al 11.3% del total estimado para los niveles secundario y terciario del sistema (Cuadro 2).

Cuadro 1

El costo directo ajustado de la atención de salud, según tipo de establecimiento e ítem principales

Tipos de Establecimiento (1)	Costo en pesos de 1992					Porcentajes (7)
	Remuneraciones (2)	Otros costos de operación (3)	Otros costos (4)	PNAC (5)	Totales (6)	
Consultorios y Postas ("Nivel Primario")	\$ 67,063,685,100	\$ 28,741,579,260	\$ 6,005,763,518	\$ 24,310,000,000	\$ 126,121,027,878	28.7
Hospitales Tipo 4	\$ 12,751,642,820	\$ 5,017,650,639	\$ 888,464,673		\$ 18,657,758,132	4.2
Hospitales Tipo 3	\$ 19,286,250,180	\$ 9,632,430,968	\$ 1,445,934,058		\$ 30,364,615,206	6.9
Hospitales Tipo 2	\$ 34,511,110,420	\$ 21,290,489,270	\$ 58,591,679,676			13.3
Hospitales Tipo 1	\$ 121,881,493,540	\$ 70,614,666,136	\$ 9,724,807,983		\$ 202,220,967,659	46.0
Instituto de Salud Pública	\$ 2,285,572,000	\$ 754,753,675	\$ 152,016,284		\$ 3,192,341,959	0.7
Todo el sistema	\$ 257,779,754,060	\$ 136,051,569,948	\$ 21,007,066,502	\$ 24,310,000,000	\$ 439,148,390,510	100.0
Porcentajes	58.7	31.0	4.8	5.5	100.0	

Cuadro 2

Costo ajustado de los hospitales

Categoría	Hospitalizaciones		Consultas de Especialidades		Consultas de Emergencia		Totales
	Total	Por cada día cama de dotación	Total	Por cada Consulta	Total	Por cada Consulta	
1	\$ 151,890,275,900	\$ 26,568	\$ 25,828,575,860	\$ 8,833	\$ 24,402,115,900	\$ 8,858	\$ 202,120,967,660
2	\$ 34,650,903,662	\$ 14,110	\$ 9,183,077,287	\$ 8,313	\$ 14,757,698,730	\$ 8,483	\$ 58,591,679,679
3	\$ 28,456,650,780	\$ 15,596(1)			\$ 1,907,964,433	\$ 5,093	\$ 30,364,615,213
4	\$ 15,176,510,240	\$ 8,185(1)			\$ 3,481,247,892	\$ 6,436	\$ 18,657,758,132
Totales	\$ 230,174,340,582	\$ 19,421(2)	\$ 35,011,653,147	\$ 8690(2)	\$ 44,549,026,955	\$ 8,234(2)	\$ 309,735,020,684
Porcentajes	74.3		11.3		14.4		100.0

(1) Incluye Consultas Generales.

(2) Los denominadores para calcular los costos unitarios del conjunto de hospitales son:

Categorías	Camas de Dotación	Consultas de Especialidades	Consultas de Emergencia
1	15663	2924110	2754760
2	6728	1104705	1739745
3	4999		374636
4	5080		540932
Totales	32470	4028815	5410073

(3) El costo total de los hospitales da un promedio de \$ 35,335 por día-cama ocupado. El costo de las hospitalizaciones ascendería a \$ 27,745 por día-cama ocupado.

En el mismo cuadro 2 se dan los costos unitarios que resultan para cada actividad en las distintas categorías de hospitales. Estos costos se basan en el número de actividades producidas en 1992; como es dable esperar que el número de consultas aumente al mejorar las condiciones del sistema, hasta satisfacer las necesidades reales, los costos unitarios de ellas deberán ser menores que los consignados.

Las características de la información utilizada hacen que el costo de las consultas generales reali-

zadas por los hospitales más pequeños esté incluido en el de las hospitalizaciones: ello aumenta artificialmente el costo de estas últimas.

El costo-ajustado per cápita de la atención directa asciende a \$ 41.477 por beneficiario. El hecho de que la atención es, en último término, pagada por el país entero, llevó a calcular también el costo per capita sobre la población total: éste resulta ser igual a \$ 33.181 o 3.43% del PNB per cápita.

Cuadro 3  
Poblaciones atribuidas y costos ajustados per cápita según tipo de establecimientos. Chile 1992

Tipo de Establecimientos	Población "Beneficiaria" pertinente (80% de población total) (*)	Costos ajustados per cápita de población beneficiaria pertinente	de población beneficiaria total	en pesos de 1992(**) de población total(*)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Consultorios Generales y Postas (Nivel Primario)	10585442	\$ 11,915	\$ 11,915	\$ 9,532
Hospitales tipo 4	1729600	\$ 10,787	\$ 1,763	\$ 1,410
Hospitales tipo 3	897600	\$ 33,829	\$ 2,869	\$ 2,295
Hospitales tipo 2	2940000	\$ 19,929	\$ 5,535	\$ 4,428
Hospitales tipo 1	5017600	\$ 40,282	\$ 19,094	\$ 15,275
Instituto de Salud Pública	10585442	\$ 302	\$ 302	\$ 241
Costos totales per cápita	—	—	\$ 41,477 (***)	\$ 33,181 (****)

(\*) Población total en 1992: 13.231.803.

(\*\*) Los costos totales vienen del cuadro 1, columna 6.

(\*\*\*) Equivale a US\$ 114,39 (1 US\$=362.58 pesos en 1992, B. Central).

(\*\*\*\*) Equivale a US\$ 91.51, igual a 3.43% del PNB per cápita de 1992.

Para fines de comparación, el Cuadro 4 muestra el costo per cápita observado: éste asciende a \$ 24,160 por beneficiario y a \$ 19.328 por habitante.

Cuadro 4  
Poblaciones atribuidas y costos observados per cápita según tipo de establecimientos. Chile 1992

Tipo de Establecimientos	Población "beneficiaria" pertinente (80% de población total) (*)	Costos Observados (**)	Costos observados per cápita		en pesos de 1992(*) de población total (*)
			de población beneficiaria pertinente	de población beneficiaria total	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Consultorios Generales y Postas (Nivel Primario)	10585442	\$ 70,740,262,860	\$ 6,683	\$ 6,683	\$ 5,346
Hospitales tipo 4	1729600	\$ 10,911,728,570	\$ 6,309	\$ 1,031	\$ 825
Hospitales tipo 3	897600	\$ 18,099,764,140	\$ 20,165	\$ 1,710	\$ 1,368
Hospitales tipo 2	2940000	\$ 35,502,543,660	\$ 12,076	\$ 3,354	\$ 2,683
Hospitales tipo 1	5017600	\$ 120,491,372,100	\$ 24,014	\$ 11,383	\$ 9,106
Instituto de Salud Pública	10585442	\$ 1,797,934	\$ 170	\$ 170	\$ 136
Costos totales per cápita	—	\$ 255,747,469,264	—	\$ 24,160 (**)	\$ 19,328 (***)

(\*) Población total en 1992: 13.231.803.

(\*\*) Los costos totales observados vienen de las tablas de trabajo.

(\*\*\*) Equivale a US\$ 66,63 (1 US\$=362.58 pesos en 1992, B. Central).

(\*\*\*\*) Equivale a US\$ 53,31, igual a 2.0% del PNB per cápita de 1992.

## 5. OTROS COSTOS SECTORIALES

El ajuste propuesto se refiere al costo directo de la atención de salud. Como se anotó más arriba, el sector público tiene otros costos, entre los cuales los de mayor magnitud corresponden a las estructuras administrativas centrales, a las prestaciones previsionales\*, al fondo de prestaciones familiares y subsidios de cesantía y a las inversiones. El costo observado de estos ítem en 1992 alcanza a una suma aproximada de 130 mil millones de pesos.

La posible necesidad de producir un ajuste en esos rubros cae fuera de los propósitos de este trabajo.

Con el objeto, sin embargo, de no dar una idea errada de lo que sería el costo total del sector (en moneda de 1992) al incorporar el ajuste propuesto — se puede sumar esos “otros costos” a los \$ 439 mil millones estimados para la atención directa: resulta un monto aproximado de \$ 569 mil millones, equivalente a \$ 53.800 por beneficiario y a \$ 43.000 por habitante.

## 6. DISCUSION

Los resultados presentados ilustran la aplicación del método propuesto, que se basa en la realidad presente y en políticas ampliamente aceptadas. Las cifras son, en sí, tan solo aproximaciones susceptibles de ser refinadas, ya sea por el aporte de informaciones más detalladas o por definiciones más rigurosas de las políticas.

### 6.1 ¿Qué atención de salud?

El objetivo ha sido: hallar el costo de satisfacer íntegramente las necesidades de atención directa a la salud de aquella parte mayoritaria de la población que requiere absolutamente protegerse mediante el pre-pago de dicha atención.

Se ha evitado el término “necesidades básicas” por la redundancia del adjetivo: toda necesidad de salud es básica. Se entiende que los agregados de lujo en la atención, aquéllos que no inciden en la protección o restitución de la salud, no se incluyen en las “necesidades”: su costo queda fuera del ámbito de esta indagación y pertenece al dominio del consumo suntuario, que costea el que puede y quiere. El equívoco de referirse a “necesidades básicas” o a una “canasta básica” o a una “atención mínima”, consiste en que abre la puerta a la exclusión de ciertos servicios de mayor complejidad o

costo de menor frecuencia. Desde el punto de vista de la población, no existen servicios de salud “no básicos”: sólo puede distinguirse lo necesario y lo superfluo.

### 6.2 Mantener la eficiencia.

La validez de los costos calculados y su utilidad para la planificación tienen un requisito indispensable: que se tomen todas las medidas para evitar que los precios reales de los insumos se disparen en una tendencia inflacionario similar a la observada en los Estados Unidos y en otros países. La propia experiencia nacional, la del Reino Unido y la de otros países muestra, que entre tales medidas, las más importantes se refieren al modo de asignación de los recursos a los establecimientos que dan la atención y al modo de pago del personal que ejecuta las prestaciones (“proveedores”).

Cuando la asignación de recursos y el pago de los ejecutores se basan en aranceles por “acto médico” o “prestación específica”, la consecuencia es el acelerado crecimiento de los costos por aumento de la cantidad de prestaciones (más allá de las necesidades) y del precio unitario de ellas (por la adopción de tecnología cara y no siempre efectiva). La eficiencia económica del sector salud requiere de la asignación de recursos a cada “Servicio” o Área de salud mediante presupuestos basados en la experiencia y en la política y ajustados en forma equitativa según el tamaño de la población y según su perfil epidemiológico y su accesibilidad. Las áreas los distribuirán a su vez, con autonomía técnica, entre los establecimientos de su red de servicios de distintos tipos, única forma de organización capaz de resolver eficientemente las demandas de la población. La contención de costos requiere, también, que la remuneración a los proveedores sea por el tiempo dedicado al trabajo, es decir, por salario; esta remuneración debe tener factores de ajuste por responsabilidad, mérito, dedicación, vale decir, por factores que integran el diseño de una carrera funcionaria. Precisamente porque la forma salarial de remuneración es condición de eficiencia y de eficacia, ella debe tener desde ya niveles razonables.

La propuesta de reajuste presentada en este modelo va en la dirección de las tendencias iniciadas por la actual Administración y apoyadas por los Colegios Profesionales.

La contención de costos requiere también que la adquisición de los insumos materiales y el mantenimiento de locales y equipos se efectúen según

\* Incluye el pago del sistema de libre elección de FONASA.

mecanismos que sean verdaderos instrumentos de la política tecnológica y de la estrategia financiera del Ministerio de Salud. También es preciso prescindir del personal que no es indispensable para la atención médica directa y para la correcta organización y manejo del sistema, o en su caso, reasignarlo a funciones productivas. Esto a su vez, depende de que se racionalice la estructura del sistema, hoy desintegrado.

### 6.3 ¿Es factible financiar el costo ajustado?

El cuadro 5 presenta diferentes variables pertinentes a la economía de la salud en Chile. Su comparación con el costo directo ajustado muestra la compatibilidad entre éste y la capacidad económica presente del país.

Cuadro 5

El costo ajustado de la atención directa de salud y otras variables económicas relacionadas

	Millones de pesos de 1992	
Costo director global ajustado para la adecuada atención de salud del 80% de la población (10.585.442 beneficiarios)	\$	439,000
Costo sectorial total, incluido el ajuste para la atención directa del 80% de la población	\$	569,000
3.43\$ del PNB(*)	\$	439,000
4.45% del PNB(*)	\$	569,000
15.18% del gasto corriente del gobierno(*)	\$	439,000
19.69% del gasto corriente del gobierno(*)	\$	569,000
7% de las remuneraciones salariales de Chile. Enero 1992 (estimación "baja", procedente de las AFP) (**)	\$	375,000
Gasto del Ministerio de Salud (sector público de salud) (***)	\$	350,000
Aporte fiscal al presupuesto del Ministerio (***)	\$	128,461
Mayor gasto fiscal anual necesario para hacer funcionar las inversiones de 1992-97, sube progresivamente hasta llegar en 1998 a	\$	60,430
Ingresos de las ISAPRE abiertas (2.794.000 beneficiarios) (****)	\$	211,520

(\*) Basado en datos del Banco Central.

(\*\*) Basado en datos de la Superintendencia de AFP.

(\*\*\*) Basado en datos del Ministerio de Salud.

(\*\*\*\*) Basado en datos de la Superintendencia de ISAPRE.

Por otra parte, es de importancia la pregunta:

¿Qué costo económico, social, político y de salud tiene el hecho de no pagar, desde ya, el precio de una atención pública de salud sin rechazos, sin listas de espera, sin desmoralización y emigración de los profesionales, con un balance científico adecuado de promoción, prevención, curación y rehabilitación?

#### 6.4 ¿Cómo financiar?

Este artículo pone sobre el tapete un elemento de juicio primordial en la política de salud, a saber: una

aproximación al costo directo de una atención satisfactoria de salud de la población y un método de cálculo que permite refinar la estimación a medida que se agreguen nuevos antecedentes.

Si se tiene la respuesta a las preguntas: ¿qué atención de salud debe tener la población? y ¿cuánto cuesta? procede plantear la pregunta complementaria; ¿cómo se financia este costo? Existen diversas opciones, de mayor o menor factibilidad y más o menos equitativas: una exposición de tales opciones queda para un próximo artículo.  $\Omega$

Manuel  
Ipinza.

552 40411