

Priorización de las Garantías Explícitas en Salud: ¿es posible la participación social?

Prioritization of the explicit guarantees in health in Chile. Is social participation possible?

Dr. Claudio A. Méndez Valenzuela¹
Dr. Jairo J. Vanegas López²

Resumen

Latinoamérica ha sido participe de procesos de reformas en salud caracterizados por los reajustes estructurales del gasto en salud y la descentralización de los servicios de salud. Como consecuencias de estos cambios, en Chile a finales de la década de los setenta y gran parte de la del ochenta se implementaron cambios al sistema de salud basados en la política de reajuste estructural. Así, en la década de los noventa el país implementó estrategias para recuperar la inversión sectorial, mejorar infraestructura y la accesibilidad a los servicios de salud producto de los cambios de la década anterior.

Actualmente, Chile implementa una reforma dirigida al establecimiento de un proceso de priorización de garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos, la mejora del modelo atención y de la gestión del sistema, y la implementación de la participación social en salud. Si bien la relación entre los procesos de priorización en salud y la participación social ha sido ampliamente declarada, no existe consenso respecto de los beneficios de incluir a la ciudadanía en dichos procesos. En el caso de la priorización de las Garantías Explícitas en Salud en Chile, la participación en la priorización de las garantías parece difícil en razón de las exigencias técnicas del proceso.

El presente artículo tiene por objetivo el discutir de si de todos modos es posible la participación social en salud dentro del proceso de priorización de intervenciones con Garantías Explícita en Salud, en el actual escenario de implementación de la reforma de salud en Chile.

Palabras clave: Participación Comunitaria, Reforma en Atención de la Salud, Prioridades en Salud.

Abstract

Latin America has participated in health reform processes characterized by the structural adjustments of the cost in health and the decentralization of health services. In Chile, in the late 70's and most of the 80's, changes to the health system were implemented based on the structural readjustment policy. In the 90's strategies were implemented in Chile to recover both the infrastructure and the accessibility oft he health services.

At present, Chile is implementing a reform based on a list of prioritized health problems, the treatment of which can be claimed as a legal universal right. on the improvement of the health care

Key words: Citizen Participation, Health Care reform, Health Priorities.

Recibido el 7 de agosto de 2009. Aceptado 21 de enero de 2009

1 Matrón. Magister © en Salud Pública. Académico, Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Correspondencia a Av. Senador Acharán Arce s/n Campus Isla Teja, Universidad Austral de Chile, Valdivia. Chile. Correo electrónico: claudiomendez@uach.cl

2 Médico Cirujano. Magíster en Salud Pública. Doctor © en Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el continente Latinoamericano ha sido participe de procesos de reformas en el sector salud. Estos procesos –principalmente los diseñados a finales de la década de los ochenta– se caracterizaron por la asistencia del Banco Mundial en su diseño basado en una política económica neoliberal (1). Producto de la implementación de dicha política, los países del continente presentaron un retraso en el aumento de la esperanza de vida y en el descenso de la mortalidad infantil (2).

En Chile, partir del año 1979 se diseñó un conjunto de reformas en consonancia a la ideología del nuevo régimen político (3). Estas reformas se orientaron básicamente a la descentralización del sistema y el desarrollo del sector privado (3). La introducción de un estricto esquema económico impuso una fuerte restricción del gasto público con la consecuente disminución de las inversiones en el sector de la salud (4). En 1990 el sector público de la salud se encontraba deteriorado, con equipamiento médico obsoleto, infraestructura física deficiente y escaso personal (4).

A inicios de la presente década se planteó una reforma al sistema de salud orientada, según las declaraciones de sus autores, a disminuir la desigualdad resultante de los cambios realizados en los años ochenta (5). En el año 2004, se aprobaron los primeros paquetes legislativos de la iniciativa dándose paso a la fase de implementación.

La reforma de salud planteó como objetivo principal el “mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, a partir de sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades sanitarias” (6). A su vez, uno de los ejes del proceso consistió en priorizar algunas intervenciones en salud junto con fortalecer la participación de la ciudadanía entendida como la instancia de fiscalización por parte de la comunidad de la calidad, efectividad y oportunidad del servicio y el uso eficiente de los recursos (6). Ante esta disyuntiva entre un proceso de reforma basado en la participación social pero altamente tecnificado en su implementación, cabe interrogarse respecto de si es posible otorgar espacio a la comunidad en la selección de los problemas de salud que integran el grupo de patologías con Garantías Explícitas en Salud (GES).

OBJETIVO

El presente artículo tiene por objetivo discutir la participación social en salud dentro del proceso de priorización de intervenciones GES en el actual escenario de implementación de la reforma de salud. Para dar cumplimiento al objetivo, se describirá brevemente aspectos conceptuales ligados a la participación social en la priorización en salud, experiencias recientes de priorización en Chile y los cambios que involucró la reforma de salud para, finalmente, discutir si es posible la participación social en los procesos de priorización de las intervenciones en salud en Chile.

LA PRIORIZACIÓN EN SALUD

El concepto general de priorización se refiere a la importancia especial o relativa que se asigna a algunos de los elementos de un conjunto. En el lenguaje oficial, se requiere que se hagan explícitos los criterios que se utilizan para asignar dicha “importancia especial”.

En el campo de la salud pública, se puede priorizar: a) los problemas o condiciones de salud que se dan en una población; b) los factores o causas que determinan esos problemas, y c) las acciones que pueden ejecutarse para el mejor manejo de esos problemas o condiciones, preferiblemente a través del control de las causas o factores intervinientes.

Es posible distinguir diferentes niveles de organización en los cuales se pueden implementar procesos de priorización en salud: macro nivel, a nivel de políticas sectoriales, meso a nivel de los servicios de salud; y micro nivel que se identifica con las prioridades en la gestión clínica (10).

La Epidemiología establece claramente cuáles son los criterios generales a utilizar en cada uno de los tres casos de priorización enunciados. Los problemas o condiciones de salud se priorizan de acuerdo a dos criterios generales: la magnitud presente o potencial de ellos y su trascendencia social. Los factores o causas se priorizan de acuerdo al poder causal que tienen en las circunstancias de la población y el medio que se analiza. Y las acciones o intervenciones se priorizan según su viabilidad y su efectividad.

En el Informe de Desarrollo Mundial de 1993, el Banco Mundial promovió el uso de los AVISA como medida de la magnitud de los problemas de salud (designados con el nombre de "carga de enfermedad") y la selección de intervenciones curativas y preventivas de acuerdo a su costo-efectividad (11).

La estrategia llamada Essential National Health Research (ENHR), - que ha sido aplicada principalmente en países en vías de desarrollo de países del Caribe y África-, toma en cuenta, además del análisis de las necesidades de salud, las expectativas de la sociedad, es decir, la trascendencia social de los problemas; y además la inclusión de actores clave de diferentes niveles (comunidades, distritos, y nivel nacional), entre ellos, los tomadores de decisiones de diferentes niveles, investigadores, proveedores de servicios de salud y comunidades (12). Es decir, considera la viabilidad política y social de las acciones.

En la actualidad algunos privilegian el uso de indicadores compuestos como el ya mencionado: AVISA (12, 13). Algunos investigadores sugieren que al contar con la participación social, se podrían priorizar procesos no rentables en casos de carga de enfermedad baja. Igualmente, los actores sociales podrían sugerir que algunas patologías crónicas o que algunas enfermedades acompañadas de alta estigmatización como el VIH/SIDA sean muy trascendentes, lo cual, tampoco garantiza una adecuada priorización, a los ojos de algunos técnicos (13, 14).

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LOS PROCESOS DE PRIORIZACIÓN

La participación social ha sido definida como el proceso mediante el cual miembros de una comunidad se comprometen, individual o colectivamente, a expresar o a desarrollar la capacidad de asumir su responsabilidad por sus problemas de salud y de planificar y actuar para buscar soluciones (15). No obstante, el concepto de participación social ha ido trasladándose hacia uno que ve a la población como portadores de necesidades que los servicios de salud deben tratar de satisfacer (16). El ciudadano es entendido como consumidor o cliente de las prestaciones de salud, desestimándose el propósito de estimular la autonomía local y la participación activa en la política de salud (17). Sin embargo, algunas experiencias recientes en Brasil han conceptualizado a la participación

social como una instancia democratizadora de los servicios de salud (18).

Posiciones acerca de la incorporación de la participación social en la programación de la atención de salud son diversas y contradictorias (19). Desde la perspectiva economicista, la participación social en los procesos de priorización en salud conduce a que los criterios de priorización utilizados por los miembros de la comunidad sean disímiles a los criterios que conducen a una mayor eficiencia económica en la asignación de los recursos (19).

En contraparte, otros autores han destacado que para establecer las intervenciones a priorizar se hace necesario involucrar una serie de valores individuales y colectivos que pueden variar, y que por lo cual para el reconocimiento y legitimación de los procesos de priorización en salud se hace necesario involucrar en la toma de decisiones a consejeros expertos y a la mirada de la comunidad (20).

En ciertos casos, la participación social ha existido sólo para el establecimiento de las prioridades, quedando la decisión final en cuanto a la asignación y distribución de los recursos en manos de los tomadores de decisiones (21). En este sentido, algunos autores han planteado que para la ciudadanía son más importantes las necesidades inmediatas y explícitas, la maximización de la salud para toda la comunidad y la reducción de las desigualdades en la experiencia de vida de las personas en salud (22) lo cual se usaría como justificación para de mantener las decisiones finales en manos de los tomadores de decisiones del sistema.

Reconociendo la probable desvinculación entre lo que prioriza la comunidad y la toma de decisiones, es que se recurre a consultar a los ciudadanos. Esta consulta suele hacerse mediante encuestas o a "grupos focales", y así ha ocurrido durante la reforma de salud en Chile (23, 24, 25, 26). Al respecto es muy importante tomar en cuenta lo que se comprobó en investigaciones inglesas a fines de la década de los 90 (27), a saber, que las opiniones del público son "sistemáticamente diferentes" después de que se ha dado el tiempo para deliberar en grupo acerca de los temas sometidos a consulta, en vez de limitar el procedimiento a una sola encuesta o a una sola reunión con respuesta inmediata. En la experiencia de Dolan et al. Se aplicó un mismo cuestionario al principio y al final

del proceso deliberante y se encontró una tendencia a asignar "igual prioridad" a varios grupos poblacionales en vez de menor o mayor prioridad; por ejemplo, contra las personas que tienen hábitos poco saludables o a favor de la tercera edad: es decir, la reflexión llevó a disminuir la "priorización" (o "discriminación"). El efecto de la deliberación fue confirmado en Canadá (28): en un grupo "cara a cara" las opiniones cambiaron entre el "antes" y el "después", tanto respecto a la priorización de problemas de salud como al grado de influencia de ciertos determinantes de esos problemas. En EEUU, dirigentes de diversas organizaciones de salud pública indicaron su interés en obtener las guías existentes para los procesos de deliberación, pero también presentaron sus dudas y escepticismo frente a la utilidad de las consultas al público, dada la desigualdad de facto entre los ciudadanos y entre ellos y los grupos de poder (29). Recientemente, Gruskin y Daniels, de Harvard, al vincular los procesos deliberativos con la justicia y los derechos civiles, proponen ciertas condiciones para conducir dichos procesos de una manera "razonable" y "responsable": las prioridades que se decidan en materia de salud y sus fundamentos o criterios deben ser públicas, haberse formulado con amplia participación, y deben ser apelables y sujetas a cambio si aparecen nuevas evidencias (30).

Según la OPS, la gobernabilidad implica una gestión participativa, transparente y responsable, que garantice la adopción de prioridades económicas, políticas y sociales basadas en amplios consensos sociales, en que los más vulnerables sean tomados en cuenta a la hora de decidir sobre la asignación de recursos (31).

EXPERIENCIAS RECIENTES DE PRIORIZACIÓN EN CHILE

A finales de la década de los noventa, el MINSAL definió las Prioridades Salud País utilizando preliminarmente los AVISA disponibles desde el año 1996 en el país. La selección de los problemas se analizó desde el punto de vista programático, ético y político que convocó a distintos actores sectoriales. Las prioridades definidas comenzaron a ser utilizadas como referentes para la formulación de programas del FONASA y para los procesos de planificación de los Servicios de Salud del país (32). Sin embargo, esta experiencia se diseñó e implementó desde los tomadores de decisiones.

En el año 2002 el MINSAL publicó los Objetivos Sanitarios y Metas para la Década 2000-2010, los cuales tenían como finalidad el mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades a través de cuatro objetivos: mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, superar las inequidades en salud y el proveer servicios acorde con las expectativas de la población (33). Si bien estos objetivos no constituyeron una priorización de intervenciones en salud, sí fueron la base para establecer las prioridades sanitarias de la reforma de salud que siguió.

EL PROCESO DE PRIORIZACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD

El proceso de priorización se introduce en la reforma a través de la promulgación de la Ley N°19.966 que establece un Régimen General de Garantías en Salud (GES) (34). El régimen GES contiene las garantías explícitas en salud referentes a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud (35).

El proceso de priorización para las GES que establece la ley se basa en estudios cuyo objetivo fue determinar un listado de problemas de salud y de intervenciones priorizadas de acuerdo a la situación epidemiológica y al costo-efectividad de ellas (34). Al año 2010, los problemas de salud priorizados bajo el régimen GES ascienden a 80 patologías.

¿ES POSIBLE LA PARTICIPACIÓN EN LA PRIORIZACIÓN DE LAS GES?

Desde 1920 es posible hablar de participación social significativa y creciente en Chile.

En el inicio de la década de los setenta, el gobierno de la Unidad Popular enfatizó la transición al socialismo como la vía para impulsar la participación comunitaria (35, 36). Para algunos autores este enfoque estuvo más cercano a la institucionalidad estatal que a la participación comunitaria (37). Posteriormente, la dictadura militar constituyó un período en donde la participación social no fue incluida. Por tal motivo la discusión más reciente respecto del involucramiento de la ciudadanía en los temas sanitarios se remonta a la experiencia del diseño

e implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud (38) de la década de los noventa. Sin embargo, las evaluaciones de este Plan han destacado las tensiones entre diferentes concepciones de participación de parte de los actores involucrados (39).

En este sentido, uno puede inferir para el caso chileno que las visiones respecto del papel que juega la ciudadanía en la priorización en salud descritas en las secciones previas del presente artículo son de importantes y están presentes al momento de implementar políticas públicas tendientes a fortalecer la participación social en salud. En el caso del proceso de priorización establecido por la reforma de la salud en Chile, estas perspectivas parecen estar relacionadas a través de las diferentes instancias de participación contempladas en el diseño de la reforma. Sin embargo, y pese a las intenciones, la reforma plantea un escenario paradójico desde el punto de vista de su diseño en relación a la participación y la priorización. Por una parte, la participación social constituyó un principio orientador que, independientemente de sus alcances, se hace presente en el nuevo sistema de salud del país. Sin embargo, el mismo marco legal de la ley GES describe un proceso de selección y definición de las intervenciones en salud en base a estudios epidemiológicos y de costo-efectividad, los cuales posteriormente son presentados a la opinión experta de un consejo consultivo. Frente a este escenario, la posibilidad de que los ciudadanos participen de la selección de las GES no parece viable. De acuerdo a algunos autores, los procesos implementados por la reforma no han generado cambios culturales que permitan avanzar hacia la toma de decisiones y participación efectiva en priorización de problemas de salud. La democratización de las relaciones sociales, la descentralización política, la transparencia en la gestión pública y la revalorización de los espacios, canales e instrumentos de participación, son temas aún pendientes (40).

Si bien el diseño de la reforma presenta esta paradoja en relación a la priorización y la participación social, la fase de implementación tampoco ha estado exenta de falencias al momento de implementar las instancias de participación (41). De esta forma, la posibilidad de integrar la priorización técnica de las GES con las principales demandas de la ciudadanía en relación a los problemas de salud que ellos identifican como prioritarios parece difícil y como un obstáculo para avanzar en la implementación

de los cambios en la provisión de prestaciones de salud bajo la lógica de las GES.

El tema de fondo con respecto a la relación de la ciudadanía con la priorización de las GES no pasa por su inclusión en los estudios técnicos de las garantías, sino que por la relación entre el sistema de salud y la percepción individual respecto de cómo el sistema debe responder, es decir, las responsabilidades no médicas. En este sentido, la favorable percepción ciudadana en cuanto a la calidad de la atención asociada a las prestaciones GES (42), implica que el desestimar el diseño de mejores instancias de participación involucradas a la selección de las GES puede dar paso a una deslegitimación del proceso por existir una ciudadanía demandante de mejor acceso y equidad en la provisión de salud.

COMENTARIOS FINALES

El tema de la participación social no ha estado ausente totalmente en el sistema de salud chileno. Sin embargo, este proceso parece ser de lento reconocimiento para usuarios y proveedores. Los proyectos de leyes relacionados al tema muestran la existencia de la voluntad política, pero esto no logra a su vez convertirse en una necesidad real para los diferentes actores.

Para avanzar en la implementación de una participación real, se requiere de la voluntad política del gobierno y de que la sociedad asuma su papel de manera más relevante y busque los espacios creados, los potencie e incluso pueda proponer nuevas formas de participación. A la vez, se requiere alentar una cultura de participación para que no prevalezca sólo la posición del Estado y se pueda avanzar en la legitimación de las garantías de equidad en salud como un derecho de todos los ciudadanos.

Finalmente, para que la participación social constituya el eje de la reforma se requiere de una apertura más dinámica y no sólo limitarla a la generación de información y a mecanismos que acogen las inquietudes, reclamos y sugerencias provenientes de la población.

REFERENCIAS

1. Homedes N, Ugalde A. *Why neoliberal health reform have failed in Latin America. Health Policy* 2005 71: 83-96.
2. Franco-Giraldo F, Palma C, Álvarez-Dardet C. *Efecto del ajuste estructural sobre la situación de salud en América*

- Latina y el Caribe, 1980-2000. Rev Panam Salud Pública* 2006; 19(5): 291-299.
3. Annick M. *The Chilean health system: 20 years of reforms. Salud pública Méx*; 2002 44(1): 60-68.
 4. Artaza O, Montt J, Vásquez C. *Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Rev Panam Salud Pública* 1997; 2(5): 342-351.
 5. Titelman D. *Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. Cepal, Serie financiamiento del desarrollo N°104, Santiago de Chile, septiembre de 2000.*
 6. Sandoval H. *Mejor Salud para los Chilenos: Fundamentos Sanitarios, Políticos y Financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. Cuad Méd Soc* 2004; 43(1): 5-20.
 7. Martin D, Singer P. *A strategy to improve priority setting in health care institutions. Health Care Analysis* 2003; 11(1): 59-68.
 8. Donaldson C, Mooney G. *Needs assessment, priority setting, and contracts for health care: an economic view. BMJ* 1991; 303: 1529-30.
 9. Mitton CR. *Priority Setting for decision makers: using health economics in practice. Eur J Health Econom* 2002; 3: 240-243.
 10. Kapiriri L, Frithjof Norheim O. *Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholder's values. Bull of the World Health Organization* 2004; 82: 172-179.
 11. Paalman M, Bekedam H, Hawken L, Nyheim D. *A critical review of priority setting in the health sector: the methodology of the 1993 world development report. Health Policy Plan* 1998; 13(1): 13-31.
 12. *The Working Group on Priority Setting. Priority setting for health research: lessons from developing countries. Health Policy Plan* 2000; 15(2): 130-136.
 13. Olusanya BO. *Global Health Priorities for Developing countries: Some equity and ethical considerations. J Natl Med Assoc* 2008; 100(10): 1212-1217.
 14. Celedón C, Noé M. *Reformas del sector de la salud y participación social. Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(1-2):99-104.
 15. Zakus J, Lysack C. *Revisiting community participation. Health Policy Plan.* 1998; 13(1): 1-12.
 16. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. *Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. Gac Sanit.* 2006; 20(1 supl): 192-202.
 17. Mosquera M, Zapata Y, Lee K, Arango C, Varela A. *Strengthening user participation through health sector reform in Colombia: a study of institutional change and social representation. Health Policy Plan.* 2001; 16(2 supl): 52-60.
 18. Moreira MR, Escorel S. *Municipal health councils of Brazil: a debate in the democratization of health in the twenty years of the UHS. Cien Saude Colet.* 2009; 14(3): 795-805.
 19. Robinson R. *Limits to rationality: economics, economist and priority setting. Health Policy* 1999; 49: 13-26.
 20. Ham, C. *Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy* 1997; 42: 49-66.
 21. Menon D, Stafinski T, Martin D. *Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair?. Health Policy* 2007; 84: 220-233.
 22. Cookson R, Dolan P. *Public views on health care rationing: a group discussion study. Health Policy* 1999; 49: 63-74.
 23. *Ministerio de Salud, Participación comunitaria en la Reforma de Salud, Salud informa, enero 2001*
 24. Sandoval H, *Mejor salud para los chilenos, Cuad Med Soc* 2004; 43 / 1: 5-20 (2.3 Consideraciones políticas y sociales para la reforma de la salud)
 25. Sgombic, X, *Proceso de priorización social para la definición de garantías explícitas en salud, Informe a una Reunión del Ministerio de Salud 23 -24 de julio 2008*
 26. López E, *Foro de trabajadores de salud "Construyamos juntos una mejor salud para todos y todas", Informe de la Región Metropolitana sobre determinantes, prioridades y propuestas a una reunión del Ministerio de Salud, noviembre 2009*
 27. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. *Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. BMJ* 1999; 318: 916-919.
 28. Abelson J, Eyles J, McLeod CB, Collins P, McMullan C, Forest PG. *Does deliberation make a difference? Results from a citizens panel study of health goals priority setting. Health Policy* 2003; 66: 95-106.
 29. Scutchfield FD, Hall L, Ireson CL. *The public and public health organization: issues for community engagement in public health. Health Policy* 2006; 77: 76-85) (20)
 30. Gruskin S, Daniels N. *Justice and human rights: priority setting and fair deliberative process. J Public Health* 2008; 98: 1573-1577.
 31. Casas J, Torres C. (1999) *Gobernabilidad y Salud: Políticas Públicas y Participación Social, Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Políticas Públicas y Salud, Washington, DC: OPS.*
 32. Salinas H, Herrera G, Bustos P. *Implementación de procesos de priorización en salud en Chile, Guatemala y Perú. Revista de Administración Sanitaria* 2000; 4(16): 679-691.
 33. *Ministerio de Salud de Chile. División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Epidemiología. Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. 1ª Edición, Octubre de 2002.*

34. Ley 19.966 Régimen General de Garantías en Salud. Publicada en el Diario Oficial el 3 de Septiembre de 2004, Chile.
35. Labra, ME. La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. *El caso de la salud. Cád. Saúde Pública.* 2002; 18(4), 1041-1052.
36. Menanteau-Horta D. El rol del Estado en el desarrollo social y la reforma de la previsión en Chile y EE.UU. *Revista Austral de Ciencias Sociales.* 2006; 10: 05-22.
37. Sepúlveda Álvarez C. Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después. *Cuad Méd Soc (Chile).* 2008; 48(4): 251-261.
38. Vío F, Salinas J. Promoción de salud y calidad de vida en Chile: una política con nuevos desafíos. *Rev Chil Nutr* 2006; 33 (1 supl): 252-259.
39. Salinas J, Cancino A, Pezoa S, Salamanca F, Soto M. *Vida Chile 1998-2006: resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile.* *Rev Panam Salud*
40. Donoso N. Reforma de salud ¿Oportunidad u obstáculo para la gestión participativa? Disponible en: <http://www.mag-politicasociales.cl/investigacion/cuaderno4/06%20sexto-%20Nora%20Donoso%20EDITADO.doc>
41. Drago M. *La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos.* Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Políticas Sociales N°121, Santiago de Chile, 2006.
42. Superintendencia de Salud. *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, año 2008.* Disponible en: http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-2727_recurso_23.pdf Consultado 14 mayo 2009.