

El Sistema de Salud Chileno

¹ Yalena de la Cruz

² María de los Angeles Rojas

³ Lidia Salas

Resumen

Este artículo analiza el impacto de la privatización en los servicios de salud chilenos en salud de la población, partiendo de la discusión entre el vínculo de la eficiencia y la privatización, aspecto que ha sido el principal punto de discrepancia entre los políticos, los técnicos y las personas que han visto cómo al privatizar los servicios públicos se pierde el acceso real a ellos. Este artículo discute la relación entre las soluciones de privatización y la posibilidad de acceder a los servicios de salud.

I. GENERALIDADES DE LA REPUBLICA DE CHILE

Chile es un país de 756.945 kilómetros cuadrados; 1.250.000 de la Antártida lo consideran de su propiedad. Dos de las trece regiones político-administrativas en que se divide el país, abarcan el 4% del territorio nacional y albergan a la mitad de la población, que es de 14.026.169 habitantes. Según estimaciones de las Encuestas de Caracterización Socio-Económica Nacional (CASEN) 5,2 millones de habitantes viven en la pobreza (40%), Y 1.8 millones, es decir 13.8% de la población total del país, vive en extrema pobreza o indigencia.

La población rural es de 14.1%, y de ésta el 21% tiene acceso a agua potable y a saneamiento un 6%, a diferencia de la población

urbana, que el 100% tiene acceso a agua potable y a saneamiento.

Según CASEN la población económicamente activa es de 37%, la participación masculina es de 73.8% total de hombres, y la femenina, de 32.4%.

La desocupación es un problema entre los jóvenes de 15 a 24 años, cuya tasa de desempleo en 1991 fue de 11.6%.

Los servicios constituyen la mayor fuente de empleo, en segundo lugar están la actividad agrícola y la pesca; el comercio ocupa el tercer lugar, seguido por la industria.

Las labores agrícolas ocupan el 18% de la PEA, industrias el 30% y 52% servicios.

Según el censo de 1982, el 91.2% de la población de 15 años o más era alfabeta.

Los principales productos de la economía chilena son cereales, patatas, frijoles, lentejas, arroz, frutas tropicales y mediterráneas.

¹ Doctora en Cirugía Dental. Estudiante Maestría en Salud Pública.

Apartado postal 640 - 2050, San Pedro.

² Licenciada en Trabajo Social. Estudiante Maestría en Salud Pública.

Dirección postal: Ministerio de Salud, Trabajo Social.

³ Licenciada en Trabajo Social. Estudiante Maestría en Salud Pública.

Dirección postal: Hospital Nacional de Niños, Caja Costarricense de Seguro Social.

II. HISTORIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE

La seguridad social en Chile tiene sus orígenes en 1916, cuando se hace efectiva la responsabilidad del patrono por los accidentes ocurridos a los trabajadores. Sin embargo, esta ley 3170 no incluye las enfermedades profesionales.

Chile fue sede de la V Conferencia Panamericana, que se reunió en Santiago en 1923 y aprobó una resolución que recomienda el establecimiento, en cada país, de los seguros sociales en los ramos de accidentes, enfermedad e invalidez.

Chile fue el primer país en implantar un sistema de seguridad social en América Latina en 1924, conocido como "Seguro Obrero Obligatorio", el cual quebró en el año 1940, producto de una serie de problemas actuariales. Luego se estableció el Sistema de Seguridad Social y en 1952 se estableció el Servicio Nacional de Salud, y como consecuencia, el Gobierno asumió los hospitales de caridad y los integró en un Servicio Hospitalario Nacional único.

Para los servicios ambulatorios utilizó todas las clínicas existentes, tanto del gobierno como de los seguros sociales. En 1968 se promulgó la ley sobre el seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. En 1970, el sistema de seguridad social chileno se encontraba entre los primeros de América. Comprendía todos los riesgos sociales y más del 70% de la población; los niveles de salud eran excelentes. Sin embargo, se desarrolló muy irregularmente, pues existían varios tipos de pensiones y atención dentro del sistema: 31 pensiones de vejez, 30 pensiones de antigüedad, 55 de asistencia social, 35 de enfermedad-maternidad, etc., lo que, aunado a lo generoso de las pensiones y el envejecimiento

de la población provocó un aumento de costos que, en 1971, llegaron a ser el 17% del PIB. Un estudio llevado a cabo por la Comisión Prat no pudo ponerse en práctica por los presidentes Frei y Allende, porque no tuvieron el suficiente poder sobre los grupos de presión para imponer las reformas. Este período es llamado de *medicina socializada*, pues el Estado financiaba a los trabajadores a través de los descuentos de las rentas nacionales y de los descuentos proporcionales de sus sueldos, y los empleadores, con una cantidad proporcional de los salarios, es decir, el financiamiento es tripartita.

Con la llegada al poder de los militares se inició una reforma que incluyó; uniformar varios aspectos del sistema, eliminar privilegios de grupos de trabajadores, incrementar la eficiencia administrativa, etc. El estado se retira como ente regulador de los servicios de salud del país, y se da prioridad a instituciones privadas con fines de lucro, como la ISAPRES. Aquí se pierden los avances logrados en seguridad social.

Al inicio de los ochenta se estableció un nuevo programa de pensiones basado en el ahorro privado obligatorio y la capitalización, administrado por sociedades anónimas lucrativas, que compiten entre sí para obtener asegurados y pagan una comisión por sus servicios. También, parte del sistema de salud se ha privatizado al presente. Aún no existe un régimen unificado de pensiones.

III. LA REFORMA DE LA DECADA DE LOS OCHENTA.

Se postuló aumentar la eficiencia del sector público, descentralizar la ejecución de las acciones, aumentar la participación comunitaria y allegar nuevas fuentes de financiamiento. Se eliminó el aporte patronal a salud; los trabajado-

res cotizan con un 7% de la renta tributable. El concepto de estado es subsidiario, y focaliza los subsidios que otorga.

Como medidas se reorganizó el SNS y el SERMENA. La función financiera fue asignada al FONASA.

Desde 1981 se traspasaron a las distintas municipalidades del país prácticamente la totalidad de los establecimientos de atención primaria (consultorios y postas). Hasta 1986 se desarrolló una política de énfasis en la atención primaria, especialmente en materno-infantil. En 1981 se formaron las ISAPRE, entidades privadas en donde los trabajadores podían optar, en sustitución del sistema estatal. Las Isapre, al concentrarse en los sectores más acomodados de la sociedad chilena, empobrecieron al resto del sistema de seguro social. Las Isapre, debido a que se le permite evaluar los riesgos de salud de manera individual, se ha esmerado en seleccionar a la población que ofrece escaso riesgo, dejando para el sector público la atención de los verdaderamente enfermos y los ancianos.

La política social del gobierno autoritario y, en particular, la política de salud, estuvieron fundados en tres principios básicos:

- en primer término, la subsidiariedad en la acción del Estado sirvió de base para la descentralización y traspaso al sector privado de una serie de decisiones, tanto en el ámbito productivo como en el manejo de recursos financieros. El proceso de municipalización y la creación de las instituciones de salud previsional (ISAPRES), organismos privados que pueden ofrecer seguros de salud, son los ejemplos de la aplicación de políticas en este campo.

Las políticas contra la pobreza extrema constituyeron otro pilar de la acción del Estado, lo que se tradujo, principalmente, en el caso de

la salud, en la focalización de los recursos hacia aquellos sectores que fueron definidos como prioritarios. Este principio implicó un énfasis muy importante en materia de atención primaria de salud y, dentro de ésta, se privilegió la atención del sector Materno-Infantil.

Previo a la reforma, el sector público estaba constituido por un conjunto de instituciones dependientes de diversos secretarios de estado. El Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Médico Nacional (SERMENA) dependían del Ministerio de Salud, mientras que los servicios de sanidad militar, de la armada y la fuerza aérea, lo eran del Ministerio de Defensa. El sector privado estaba formado por clínicas particulares, consultorios privados de médicos y numerosos pequeños servicios y bienestares que mantenían algunas empresas.

La atención médica de la gran parte de la población se encontraba estrechamente legada a las Cajas de Previsión. La diferencia que caracterizaba al sistema previsional se traducía en beneficios de salud heterogéneos.

En su calidad de productor directo de servicios de salud, el SNS era, desde 1952, el principal proveedor de atención cerrada y ambulatoria, no obstante la menor participación es en esta última, por la presencia de una mayor oferta de servicios privados. La demanda por sus servicios era, en porcentaje, importante, de carácter "cautivo", ya que los llamados beneficiarios del servicio de Seguro Social, indigentes y cotizantes de otras instituciones previsionales más pequeñas, no poseían libertad de elección de servicios ni en lo relativo a la elección de la institución previsional.

De acuerdo con evaluaciones realizadas se puede afirmar que las Cajas Previsionales participantes de este sistema, ofrecían una cobertura financiera total para los servicios de salud contemplados. Las limitaciones de recursos

que enfrentan, se reflejan en ajustes de calidad/cantidad de los beneficios, los que, por otra parte, eran independientes de la contribución individual. Este último punto se traducía en una redistribución al interior de los participantes del seguro colectivo. En cuanto a la participación financiera del Estado, cuando las contribuciones previsionales no eran suficientes para el financiamiento de los beneficios, este contribuía con un subsidio al fondo común. Además, el aporte estatal financiaba el gasto de los indigentes.

Por su parte SERMENA, la segunda institución pública en cuanto a importancia, era básicamente un organismo financiero que administraba los fondos previsionales para salud de los afiliados a las Cajas de Empleados Públicos y Particulares, fondos que provenían de aportes de empleados y empleadores. En relación con la oferta, la atención ambulatoria era efectuada principalmente por el sector privado, constituido por médicos previamente inscritos en el servicio y que se regían con honorarios establecidos por la institución. Respecto de la atención cerrada, esta era proporcionada principalmente por el SNS. Los precios que este servicio establecía impedía la competencia de los privados en este tipo de atención.

Finalmente las personas no incorporadas a algunas instituciones previsionales existentes que no calificaban como indigentes deberían resolver sus problemas recurriendo a la práctica privada, o a los establecimientos públicos, pagando directamente su atención.

IV. REFORMAS DEL SECTOR SALUD CHILENO

Las principales características del sistema de salud chileno son la reorganización del Ministerio de Salud (MINSAL). Se delimitaron

las funciones de los distintos organismos públicos del sector y se incrementa el grado de autonomía de cada uno de ellos. En julio de 1979 se promulgó el DL 2763, que reorganiza el MINSAL y organismos dependientes, quedando conformado de la siguiente manera: como principal institución del sector el MINSAL, el cual es responsable de formular las políticas de salud y los programas y planes requeridos, coordina la actividad de los organismos y personas del sector, supervisa, controla y evalúa el cumplimiento de las políticas y planes propuestos.

Los servicios de salud, unidades descentralizadas con personalidad jurídica y patrimonio propio, continuadores del SNS y SERMENA.

V. POLITICA DE SALUD ACTUAL:

Actualmente existen 27 servicios integrados en lo que se ha denominado SNSS. El fondo de salud (FONASA), servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio propio y planta de personal. Es el continuador legal de SERMENA y SNS para las funciones administrativas y financieras. Es el responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos que la ley establece como recursos del Fondo. SERMENA administra la modalidad de "libre elección", contemplado por los afiliados al FONASA, que optan por atenderse con prestadores privados.

1. Política social:

La política social del gobierno se orienta por los criterios generales de equidad, eficiencia social, participación social, respecto por la dignidad de las personas y solidaridad.

La constitución de 1980 especifica que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema

de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado".

El Ministerio de Salud ejerce la función específica de garantizar el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma. El Ministerio fija políticas de salud de acuerdo con las directivas que señale el gobierno.

2. Políticas y estrategias de salud:

El sistema de atención de salud en Chile es mixto, con participación de los sectores público y privado.

En 1980 sufrió importantes transformaciones en dos sentidos: el incremento de la participación del sector privado en el financiamiento y en la prestación de los servicios de salud, y la descentralización, con el traspaso de la atención primaria a los municipios. En un esfuerzo por darle contenido real a la descentralización, se otorgan mayores atribuciones a los servicios de salud. Se han instalado gobiernos regionales, con facultades ejecutivas en todas las regiones del país, lo que influye, de manera decisiva, en el proceso de descentralización de los servicios de salud.

3. Recursos Humanos:

Las políticas se orientan a asegurar la disponibilidad y calidad de los recursos humanos requeridos en el sector público y a introducir mecanismos de evaluación en el desempeño de estos recursos.

Se pretende recompensar la eficiencia en el trabajo y propiciar la participación del personal.

4. Gasto y financiamiento:

Las políticas fomentan la eficiencia de los programas y del manejo de recursos para mejorar los sistemas de recuperación de costos en lo referente al pago directo de prestaciones,

y emprende iniciativas, como la compraventa de servicios que vinculen con mayor eficacia a los sectores público y privado, y perfeccionar el sistema libre de elección, a cargo del Estado, mediante una administración descentralizada, moderna y eficiente. Es política, además, rectificar las normas sobre instituciones privadas de salud previsual (ISAPRE) para mejorar la relación con los usuarios.

5. Recursos físicos:

Procesos de formulación y evaluación de proyectos, técnicas de análisis de los sistemas de atención y funcionalidad de la red asistencial.

Se busca el aprovechamiento de economías de escala para la compra de insumos y para la adquisición, operación y mantenimiento de equipos.

6. Programa de atención a las personas:

Las políticas se orientan hacia las acciones preventivas, incentivando mayor participación de los individuos en el cuidado de la propia salud.

Buscan reorientar los programas hacia los nuevos patrones epidemiológicos, incorporando los cambios tecnológicos que se requieran, incrementando el poder de resolución de las unidades de atención y modificando los sistemas de referencia.

7. Legislación, regulación y control de salud:

El Ministerio impulsa diversos proyectos de ley para cumplir en forma eficiente las funciones normativas de supervisión y de coordinación que el Estado le ha encomendado.

Entre estos proyectos está la ley de instituciones de salud previsual (ISAPRE), que permite la adecuada consolidación del sector privado de salud.

VI. ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS

1. Servicios de atención a las personas:

El subsector público está constituido por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS):

- Ministerio de Salud
- 27 servicios de salud distribuidos en el país
- Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Instituto de Salud Pública
- Central de Abastecimientos y la Superintendencia de ISAPRE, todos descentralizados.

En cada región el Ministerio está representado por las secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

Los 26 servicios de salud a los cuales se agrega uno especializado (el metropolitano del ambiente), brindan asistencia médica y de salud a la población de una determinada área geográfica, a través de sus establecimientos y unidades de atención.

FONASA: es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los fondos estatales destinados a la salud. Cuenta con una oficina central y 13 agencias regionales para la administración de la modalidad de libre elección.

INSTITUTO DE SALUD PUBLICA: función de laboratorio nacional.

Los servicios de salud están organizados en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario.

En 1988 terminó el proceso de traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal, iniciado en 1981.

Las instituciones con fines de lucro comprenden a las personas e instituciones que

brindan atención médica y de salud en forma particular, y reciben un pago por sus servicios.

2. Cobertura:

El Sistema Nacional de Salud, da cobertura a cerca del 80% de la población nacional. Para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, entre 1990 y 1992 el Gobierno ha impulsado y aplicado diversas medidas, entre las que destacan la gratuidad de la atención primaria, la adjudicación de horas y el acortamiento de las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, la extensión del horario de atención, la creación de consultorios generales urbanos, la creación de servicios de atención primaria urbanos.

3. Recursos extrasectoriales:

Provenientes de créditos otorgados por el Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo para inversiones en salud.

4. Municipalización:

En 1981 se inició el traspaso de la administración de establecimientos de atención primaria (postas y consultorios generales urbanos y rurales) desde el SNSS a las municipalidades, de acuerdo con procedimientos establecidos el DFL-1-3063 de 1980.

Esto significó que las Municipalidades debieran asumir la totalidad de las acciones ambulatorias de nivel primario dentro de su área jurisdiccional y ejecutar además programas como PN, de alimentos complementarios y vacunaciones. Los servicios de salud quedan abocados a nivel de hospitales y de centros de especialización. Entre 1981 y 1982 el proceso es detenido hasta 1987. Entre 1987 y 1988 se completa la municipalización de prácticamente todos los establecimientos de atención primaria.

En cuanto a lo que se refiere a asignación de recursos dentro del Sector Público, se estableció, como mecanismo base la facturación

por atención prestada por medio de FAP para los servicios de salud, a partir de 1978 y FAPEM para las Municipalidades, a partir de 1981.

La municipalización pretendía descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, con el propósito de llevarlas a la comunidad; mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de los servicios del SNS; adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población; permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura; hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes (educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.)

VII. SITUACION ACTUAL

En lo relativo a salud, la descentralización se vio acompañada -señala el PNUD- por un recorte de los recursos reales y la introducción de algunas tarifas a los usuarios. El gasto público en salud bajó del 3.3% del PIB al 2.4 en 1988 (debido a la privatización de los pagos y de los servicios entre los grupos de ingresos más altos). Pero el resultado, en cuanto a niveles de salud, fue positivo en general, con unas reducciones continuas (y notables) de las tasas de mortalidad infantil y materna. En salud, los municipios mayores y más ricos tuvieron mejores resultados que los otros.

Además, hay que señalar que estamos ante una transición epidemiológica; el envejecimiento de la población unido a patologías emergentes (enfermedades crónicas, embarazo en adolescentes, drogadicción, accidentes mortales o invalidantes en gente joven).

Se observan inequidades en el acceso de oportunidades de recibir servicios de salud.

Además, el modelo de atención ha dado énfasis al hospital tradicional dejando de lado la labor preventiva.

VIII. LOS PROBLEMAS

Como problemas del modelo actual se señalan:

- el sistema de salud vigente es inadecuado para el actual perfil epidemiológico; no responde a las patologías más frecuentes (enfermedades crónico-degenerativas)
- prolongada restricción financiera del sector público de salud
- insuficiente capacidad de gestión
- desarrollo inorgánico de los sistemas de salud.
- servicios de salud de difícil acceso, inoportunos, insuficientes en cantidad y calidad
- disminución sustantiva del aporte financiero del Estado del 3.2% al 0.8% del PGB y supresión del tradicional aporte de los empleadores
- Se dejó de invertir en infraestructura hospitalaria y equipamiento médico
- se sustituyó un sistema solidario de los aportes financieros por un sistema de pago individual
- es el responsable de la inequidad y la desigualdad de oportunidades en salud
- el costo de atención a los usuarios se incrementó del 1% en 1973 al 7% en 1986
- creación de ISAPRES (seguro privado) libera a los sectores de mayores ingresos de aportar al financiamiento de la Salud Pública
- transferencia de los consultorios de nivel primario a las municipalidades, que están desfinanciadas, no cuentan con acreditación técnica para administrar las complejidades obvias de la gestión sanitaria
- se fragmentó la unidad técnica de la atención de las personas, afectando el principio de universalización de la integridad de la atención en salud

- el sector salud concentra los salarios más bajos de los servidores públicos, favoreciendo el éxodo de profesionales al sector privado.
- la tramitación legislativa del Proyecto de Ley de ISAPRES permite el uso de camas de hospitales públicos por parte de las ISAPRES, posibilitando la transferencia de los recursos de los más pobres a los más ricos
- en 1991, el 50% del gasto de salud correspondía a la ISAPRES, que aplica criterios selectivos en virtud de los cuales no aseguran a las personas vulnerables. Se discrimina a las personas de la tercera edad, aunque hayan estado afiliados a estas instituciones cuando trabajaron.

Debido a todo lo anterior, la afiliación al sistema estatal es la única alternativa que tienen los enfermos crónicos, las personas más vulnerables, los ancianos e incluso los afiliados a las ISAPRES que desean evitar el pago de primas muy altas. Esta situación ha dado origen a controversias, puesto que, pese a que la ISAPRES forma parte del sistema de seguridad social chileno, existen profundas diferencias entre ambas.

Además, la municipalización trajo consigo los siguientes problemas:

- el mecanismo de recursos financieros que se diseñó para traspasos de dichos fondos a las municipalidades. Esto es el pago por atención prestada que contiene errores sustanciales: no se reconocen las diferencias en los costos de prestación (rural, urbano). La estructura arancelaria no promueve las atenciones preventivas en beneficio de las curativas lo que dificulta llevar a la práctica un adecuado modelo de atención primaria.
- deficiente información sobre la población objetivo
- 11% no cuenta con recurso humano adecuado
- no hay coordinación con otras entidades

- infraestructura inapropiada
- errores observados: no se consideraron medidas destinadas a corregir el aumento de las desigualdades, de recursos que se reproducen en este tipo de experiencia. Además, no se desarrollaron acciones de supervisión y coordinación, y hay fallas en el modelo de gestión administrativa y médica. Tampoco se incorporó a la comunidad en el proceso.

IX. LINEAS PARA UN CAMBIO

El Ministerio plantea:

- salud al servicio de las personas
- mayor equidad
- mayor eficiencia
- descentralización y participación

Como estrategias para el desarrollo futuro para el sector salud se plantea:

- priorizar en los más pobres
- promover el logro de una mayor equidad
- lograr una mejoría significativa de la gestión
- descentralizar.

X. EN SINTESIS

En Chile, los cambios efectuados dieron lugar a una brecha importante en la prestación de los servicios de la población. Este efecto, sumado al impacto de medidas puramente económicas que se aplicaron, han dado origen a una contención importante de demandas sociales.

A manera de conclusión podemos plantear que el Sistema Nacional de Salud Chileno presenta inequidad y desigualdad de oportunidades de acceso a la salud para la población. Por eso, creemos que es fundamental, por el bienestar de los chilenos, y para la consolidación de la democracia y el objetivo social de lograr cada día mejores condiciones

de vida para todos, una reorientación del modelo actual de salud, de tal manera que toda persona tenga derecho a la seguridad social, a la adecuada prestación sanitaria, para recuperarse de eventuales enfermedades, y a la promoción de la salud mediante programas preventivos.

Bibliografía

1. Jaramillo, Juan, Salud y Seguridad Social. EUCR, 1993.
2. Ministerio de Salud. Sistema de Salud en Transición a la Democracia. OMS, OPS. Chile. 1991.
3. Ministerio de Salud. Situación de la Salud en Chile, 1994. República de Chile, 1995.
4. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. Año 5, No. 16, 1994.
5. Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social Año 5, No. 17, 1994.
6. Romero, María Inés, editora, Eficiencia y Calidad del Sistema de Salud en Chile, Editorial CPU, Santiago de Chile, 1990.
7. Ministerio de Salud. Análisis estratégico y desarrollo participativo en salud pública. Santiago de Chile, 1991.
8. ICAP. Programa del curso "Sistema de Salud", San José, 1989.
9. Cheyre, H. La Previsión en Chile. Ayer y Hoy. Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 1991.
10. Ruiz-Tagle, Jaime. Una mirada crítica. Los trabajadores en democracia. Programa de economía del trabajo, Santiago de Chile, 1993.
11. Barreto de Oliveira, Francisco, Editor, Sistemas de seguridad social en la región: problemas y alternativas de solución, IPEA, BID, Brasil, 1994.
12. Marcel, Mario; Arenas, Alberto. Reformas a la seguridad social en Chile. BID, Washington, 1991.
13. CEPAL, OPS. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. Serie de documentos reproducidos No. 41, 1994.
14. Miranda, Guido. La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica, EDNASSS, 1994.
15. OPS, OMS. La Reforma del Sector Salud en Chile: experiencias y retos. Serie Informes Técnicos No. 32., 1994.
16. PNUD. Informe sobre desarrollo humano, 1993.