

LOS CAMBIOS NECESARIOS PARA CONTINUAR LA REFORMA SANITARIA: I. EL CAMBIO «EXTERNO»*

José Martín Martín / Esteban de Manuel Keenoy / Guadalupe Carmona López /
José Martínez Olmos

Escuela Andaluza de Salud Pública

Resumen

El artículo analiza la necesidad de obtener apoyos de los distintos actores que confluyen y tienen intereses en el sistema sanitario para conseguir finalizar y profundizar la reforma de la atención primaria. Se consideran como grupos relevantes con sus propios intereses y mecanismos de actuación: el Gobierno, los grupos profesionales, trabajadores, usuarios gestores o funcionarios y empresas con intereses económicos en el sector salud.

Para conseguir una posición favorable a la reforma de atención primaria, es necesario establecer una estrategia de *marketing social* que movilice y amplíe la base de apoyo para el cambio, entre la población, profesionales, gestores y sectores económicos. Dicha estrategia de *marketing* supone: Desarrollar nuevos servicios para atender las necesidades del usuario; dirigir los servicios a determinados segmentos del «mercado»; establecer nuevos servicios o restablecer los existentes para comunicar sus beneficios; desarrollar un plan de *marketing* basado en la promoción, el precio y la distribución que configure la «venta personalizada» representada por los profesionales, médicos y enfermeros en elemento central del plan.

Palabras clave: Atención Primaria de salud. *Marketing* social. Política sanitaria.

THE NECESSARY CHANGES TO END THE HEALTH SERVICES REFORM: I. THE «EXTERNAL» CHANGE

Summary

The article analyzes the need to obtain support from all actors if the reform of the health system is to be finalized. The relevant groups are the government, professional groups, workers, the population, civil servants, managers and firms with interests in the health field.

It is necessary to develop a social marketing strategy that reinforces and broadens the current supports to change. Basic elements would be: Develop new service to satisfy users' needs; orient the services to defined «market» segments; position new services or «re-position» the existing ones in order to communicate their advantages; develop a plan of marketing based on promotion, price and place focused on the role of health professionals as the main service sellers.

Key words: Primary Health Care. Social Marketing. Health Policy.

Introducción

Acabada la II Guerra Mundial, la «revolución keynesiana» proporcionó las bases políticas e ideológicas para legitimar la alianza entre capitalismo económico y democracia política. Las socialdemocracias e izquierdas europeas disponían de un conjunto de instrumentos de políti-

ca económica que, respetando los ejes estructurales del capitalismo, permitirían satisfacer algunas demandas de los grupos sociales que representaban¹. El conflicto social se transformó en pugna redistributiva y el Estado, en el espacio de resolución de los diferentes intereses y conflictos sociales^{2, 3}.

En los países de la OCDE, el gasto público, expresión de la política de ges-

ción de los márgenes del crecimiento, aumentó imparablemente⁴. El gasto sanitario público, como elemento estratégico de la construcción del Estado del bienestar aumentó desde el 4,3 % del PIB en 1960 al 6,8 en 1975⁵. Médicos, políticos, usuarios, industrias farmacéuticas y otros grupos del sector vivieron unos años de consenso y baja conflictividad gracias a los crecientes recur-

* Una versión previa de este artículo fue presentada en las IX Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona 19-29 de septiembre de 1989.

Correspondencia: José Martín Martín. Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda del Sur nº 11 18080 GRANADA. Este artículo fue recibido el 8 de marzo de 1990 y fue aceptado, tras revisión, el 6 de junio de 1990.

sos que el Estado del bienestar distribuía. Había para todos⁶.

Sin embargo, a mediados de los años setenta, la crisis económica redujo drásticamente el flujo de recursos disponibles para la gestión distributiva keynesiana. «La única política económica posible» que aplican la mayoría de los países europeos pasa irremediablemente por un control rígido del crecimiento del gasto público para mantener «los equilibrios macroeconómicos⁷. La inexistencia de «márgenes» para procesos de distribución supone una fuerte competencia entre otros gastos públicos alternativos y el sanitario. Además, éste es presionado fuertemente al alza, entre otras razones por el envejecimiento de la población, el aumento constante de las enfermedades crónicas, la innovación tecnológica y una mayor preocupación de los ciudadanos hacia su salud y su bienestar personal⁸⁻¹¹.

La necesidad de responder a esa situación sin aumentar los recursos obliga a prácticamente todos los gobiernos europeos a intentar introducir modificaciones en sus sistemas sanitarios. Unos ponen más énfasis en la estructura organizativa o en la financiación y otros en la forma de provisión de servicios¹²⁻¹⁶. La Organización Mundial de la Salud y países como Suecia, Finlandia, Gran Bretaña o los del área mediterránea desarrollan estrategias de potenciación de la atención primaria de salud como vía que supuestamente consigue la mayor eficacia del sistema dentro de unos márgenes de equidad y coste aceptables.

La situación en España no ha sido muy diferente, aunque en nuestro caso se añade el proceso de desarrollo de la Constitución de 1978 y la necesidad de atender las enormes expectativas sociales creadas con el cambio político. Tras unos años de medidas parciales a veces poco coordinadas, la reforma del sistema sanitario y el derecho a la protección de la salud se plasman jurídicamente en la Ley General de Sanidad¹⁷.

Se pretende orientar el sistema hacia la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población y se plantea la nece-

sidad de superar los desequilibrios territoriales y sociales. El sistema se estructura en dos niveles de atención: atención primaria de salud y atención especializada. Ambos confluyen en una estructura de gestión unitaria de los centros y servicios de su demarcación geográfica denominada área de salud, considerada como estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud.

El nivel de desarrollo es todavía incipiente. Aunque en todas las comunidades autónomas existen servicios de salud que poseen todas las competencias en materia de sanidad e higiene, sólo cuatro de ellas poseen transferencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La reforma de la atención primaria se está llevando a cabo paulatinamente. En la actualidad pueden diferenciarse dos redes: una *no reconvertida* que agrupa los servicios tradicionales (consultorios y ambulatorios de dos horas y media de asistencia y servicios normales y especiales de urgencia) y una *red reconvertida* con Centros de Salud y Equipos de Atención Primaria (EAP) como forma de prestación de servicios a la población. La red de Centros de Salud se caracteriza por unas mejores ofertas de recursos, servicios y condiciones de trabajo, que permiten la captación de forma generalizada de profesionales sanitarios de alto nivel científico, comparable a los del sector hospitalario. La dotación de los centros y las características organizativas permiten que sirvan de base para el desarrollo de programas preventivos y de promoción de salud con amplia cobertura que hasta ahora o no existían o se desarrollaban con escasos medios desde las antiguas Jefaturas Provinciales de Sanidad. Además, se han creado las condiciones para potenciar la educación continuada de los profesionales y, por primera vez, la posibilidad de la evaluación y el control de calidad de los servicios.

El proceso está en un momento clave, más o menos a mitad de su desarrollo (alrededor de un 50 % de población cubierta). A pesar de indudables logros en términos de eficiencia y equidad allí donde se ha implantado, existen problemas para su extensión a toda la población. Como en otros países, no

se han tenido suficientemente en cuenta los complejos patrones de relación entre los grupos de interés y los valores y pautas culturales implicados⁶.

La finalización de la reforma de la atención primaria depende entre otras cosas de que aumente la satisfacción de los usuarios con el sistema, de que los médicos trabajen «bien y a su gusto» y de que el dedicar recursos económicos a la sanidad no sea percibido como «tirarlos en un pozo sin fondo». Para lograrlo, es necesario que se den cambios importantes en las estrategias seguidas hasta ahora.

En primer lugar, es necesario modificar las relaciones del sistema sanitario con los distintos actores que influyen en las grandes decisiones estratégicas, como pueden ser los recursos dedicados, su reparto, los límites del sistema, etc. Con este cambio, externo al propio sistema de atención primaria, se pretende la búsqueda de los apoyos necesarios para la continuidad del proceso.

En segundo lugar, es preciso liberar los servicios de las características burocráticas de su oferta, recuperando márgenes de elección para el usuario e introduciendo algunos elementos de competencia. Se busca un cambio interno que permita un comportamiento más eficiente de los proveedores sanitarios manteniendo los objetivos públicos.

El cambio externo

La ejecución de cualquier proyecto de transformación depende de los apoyos que tenga entre los grupos de interés afectados. En este caso los más relevantes son el propio Gobierno, las instituciones o grupos que representan a profesionales, trabajadores y usuarios, los gestores y los funcionarios y las empresas con intereses económicos en el sector salud. El resultado final dependerá del balance de recursos monetarios, políticos, sociales o de cualquier otro tipo que los distintos grupos aporten a favor o en contra del proceso de transformación iniciado. Cada uno tiene a su vez unos intereses y unos mecanismos de actuación distintos.

a) Gobierno

La ejecución del programa político de un partido requiere, en una democracia parlamentaria, que gane las elecciones para conseguir mantenerse en el gobierno. Para ello es necesario, entre otras cosas, que adopte políticas que le permitan ganarlas¹⁸ procurando la maximización de los votos o la minimización de los de la oposición.

Lee y Mills¹⁸ sugieren que las políticas de salud tienden a satisfacer al ciudadano medio, aunque en la función de utilidad de los responsables gubernamentales existan otros elementos como poder, prestigio, percepción de los problemas e intereses personales y de grupo.

El Parlamento y los medios de comunicación de masas pueden jugar un papel determinante, tanto como vehículos de transmisión de reivindicaciones populares como fuentes, en sí mismos, de demandas. Así, por ejemplo, las preguntas parlamentarias, a veces infravaloradas, o las noticias de prensa, obligan a un esfuerzo de información a funcionarios y gestores para presentar una respuesta que deje al responsable político en una situación lo más airosa posible. A menudo obligan a establecer un programa de actuación para ese problema, a cambiar las prioridades o a acelerar su ejecución.

b) Profesionales, trabajadores y usuarios

Por otra parte, en el proceso de elaborar y desarrollar una política, el Gobierno negocia con determinados grupos buscando su consejo, información, respaldo y/o colaboración. Los que representan a profesionales (colegios oficiales, sociedades científicas) y trabajadores (sindicatos) tienen más influencia que los que representan a los usuarios. Estos, además de que tradicionalmente están menos organizados, son menos necesarios para la ejecución de esas políticas¹⁹. Mientras que la oposición de los primeros puede bloquearlas, la de los consumidores tiene un efecto más indirecto y a largo plazo. La influencia sobre la organización y el funcionamiento de los Servicios de

una encuesta de opinión como la publicada recientemente²⁰, en la que el 43 % contestaba que la situación de la Sanidad Pública era mala o muy mala, es muy pequeña y además a largo plazo. Sin embargo las presiones de los Colegios Profesionales o las huelgas médicas consiguen forzar modificaciones sustanciales en las características y ritmos de transformación de los servicios.

De cualquier forma, los colectivos no son homogéneos ni tienen intereses similares. Así, entre los médicos, frente a un 48 % en que su empleo principal era una plaza en propiedad, el 23 % trabajaba en 1983 por su cuenta o el 21 % eran interinos²¹. El apoyo a las decisiones particulares del Gobierno viene también determinado por esas características.

c) Gestores y funcionarios

Realmente, quienes ejecutan el programa de gastos son los funcionarios públicos, bien adoptando decisiones que son políticas (atender o no a un determinado grupo de presión), bien negociando y discutiendo con los distintos agentes las decisiones generales que les puedan afectar^{19, 22, 23}. Los políticos pasan, pero ellos permanecen, y sus propios intereses pueden ser afectados por la política establecida^{18, 23}. El poder, la carrera profesional o las características del trabajo de determinados funcionarios pueden variar sustancialmente con el desarrollo de las nuevas estructuras de atención primaria. Dependiendo del resultado, será mayor o menor su esfuerzo en implantarlas.

d) Empresas con intereses económicos en el sector salud

Las empresas con intereses económicos en la salud son otro de los sectores que más influencia tienen en la definición de las políticas. Los conciertos con las clínicas privadas y con Farmaindustria o las conversaciones con la industria tabaquera previas a la aparición del real decreto sobre la publicidad y el consumo del tabaco son botones de muestra de su influencia. Han¹⁹ clasificada a estas empresas en tres grupos:

1. Entidades o individuos cuya economía depende en parte o totalmente de la provisión de servicios de salud con carácter privado.

2. Industrias o Compañías con intereses comerciales relacionados con el sector salud (industrias farmacéuticas, de equipamiento sanitario, constructoras).

3. Empresas o sectores cuyos productos influyen negativa o positivamente en la salud (tabaco, alcohol, contaminación, alimentos saludables).

El apoyo o rechazo a la continuidad del proceso de reforma de la atención primaria dependerá de los efectos que tenga sobre sus intereses. Analizando lo ocurrido con todos estos grupos de interés en los últimos cuatro años, el interés y los beneficios de cada uno no han sido homogéneos ni entre ellos ni dentro de cada uno.

Así por ejemplo, han salido beneficiados especial y directamente:

— Sectores de la población fundamentalmente urbanos y de rentas bajas y medias-bajas. En Andalucía, como en otras regiones, la mayor parte de los Centros de Salud urbanos se han instalado en barrios periféricos de las grandes ciudades, caracterizados bien por su rápido crecimiento o por su bajo nivel socioeconómico.

— Sectores profesionales jóvenes: médicos de familia, enfermeros y trabajadores sociales que han visto realizadas sus expectativas de trabajar para el sector público en atención primaria en unas condiciones razonables (horario, equipamiento, trabajo en equipo, retribución) comparables a las del modelo hospitalario que les servía de referencia.

— Políticos locales y del sector sanitario que han podido desarrollar sus programas, mejorando la calidad de los servicios sanitarios ofertados a la población.

— Una minoría de otros segmentos (pequeñas empresas constructoras, comerciantes, farmacéuticos) que han aumentado su capacidad de beneficiarse de la mayor circulación de dinero por los circuitos de la atención primaria.

No han obtenido aparentemente ningún beneficio amplios sectores que hasta ahora han apoyado o al menos no se han opuesto:

— Segmentos de la población que no han tenido acceso a un Centro de Salud o que habitualmente no lo utilizan, o lo hacen sólo parcialmente, los servicios sanitarios públicos (clases medias y altas).

— Políticos no sectoriales, ya que, en la práctica, las encuestas de opinión siguen mostrando una gran insatisfacción con los servicios sanitarios públicos, que a pesar de consumir una gran cantidad de recursos, aparentemente no son rentables desde el punto de vista electoral.

— Sectores profesionales importantes como es el caso de un buen número de médicos generales que ven amenazada una situación previa, fácil de compatibilizar con otras actividades más gratificantes, sin que a cambio se les oferte ni unas retribuciones ni otras compensaciones que les parezcan atractivas.

— Los profesionales hospitalarios, que no han notado cambios sustanciales en las condiciones de trabajo derivadas del mejor funcionamiento de la atención primaria.

— Algunos sectores de la industria farmacéutica que pueden encontrar más difícil la venta de algunos de sus productos si aumenta la calidad en la prescripción extrahospitalaria, o parte del sector sanitario privado que puede verse perjudicado por el aumento de la competitividad de los servicios sanitarios públicos de atención primaria.

La incentiación de parte o todos estos grupos para que apoyen el proceso es lo que en último término, asegurará su continuidad. En términos comerciales, se trata de obtener recursos para mantener y desarrollar la «empresa», en un «mercado» donde los compradores tienen determinadas necesidades e intereses. Si el producto, el nuevo sistema de atención primaria, les satisface, estarán dispuestos a «gastarse» sus recursos (monetarios, políticos o sociales) en obtenerlo. El riesgo está en cometer el error en que caen la mayoría de las empresas de servicios sin ánimo de lucro, en la idea de que gracias a la «bondad intrínseca» del proyecto, éste se «vende a sí mismo»²⁴. Como haría cualquier empresa del sector privado y cada vez más las empresas sanitarias americanas²⁵, es necesario

realizar una campaña de «marketing corporativo», que permita una expansión del «mercado».

En este sentido, una estrategia de *marketing* adecuada supone²⁴:

1. Desarrollar nuevos servicios para atender las necesidades del usuario o del «comprador».

2. Dirigir los servicios a determinados segmentos del «mercado».

3. Establecer nuevos servicios o reformar los existentes para comunicar sus beneficios.

4. Desarrollar un plan de *marketing* (*marketing-mix*) basado en la promoción, el precio y la distribución de lo que se ofrece.

Desarrollo de nuevos servicios

El elemento más importante en una estrategia de marketing es el producto, o en este caso, la «cartera de servicios» ofrecida (*service mix*). Con la reforma de la atención primaria han variado estos servicios. Se han introducido unos nuevos (planificación familiar, visita domiciliaria a crónicos, atención de enfermería), se ha aumentado la calidad de algunos (consulta de medicina general, atención a la salud mental) y, sobre todo, ha aumentado la cobertura pública de otros (control de embarazo, detección precoz de subnormalidad, salud escolar, sanidad ambiental, vacunaciones y vigilancia epidemiológica).

Sin embargo, los beneficios no son a menudo evidentes ni para el consumidor ni para los grupos que los han apoyado. Aparentemente puede ser que los beneficios no compensen la inversión (en términos de tiempo, esfuerzo, ansiedad, trabajo y coste de oportunidad). Por eso la «cartera de servicios» debe tener elementos eficaces desde el punto de vista sanitario y otros servicios que generen «recursos» (apoyos) para poder mantener y desarrollar el resto. La salud dental infantil, los servicios de información, la facilidad para la elección de médico o los exámenes de salud son ofertas capaces de generar apoyos extensibles a todo el proyecto.

Cuando los recursos son escasos y la capacidad de generar servicios es li-

mitada, es necesario seleccionar cuáles y hasta qué nivel se van a ofrecer. El debate sobre los límites de las prestaciones del sistema sanitario público que el propio ministro de Sanidad ha iniciado recientemente^{26, 27} debería incluir en el futuro no sólo consideraciones desde el punto de vista económico y sanitario, sino también de *marketing* social.

La segmentación del mercado

El desarrollo de la reforma exige el apoyo (y por tanto su aceptación) por distintos grupos, cada uno de ellos con distintas necesidades y características. A un laboratorio farmacéutico le puede interesar una mayor cobertura y continuidad en el tratamiento de los hipertensos o de los diabéticos; a un ama de casa, el acudir a una consulta de planificación familiar cerca de su casa, y a un alcalde la apertura de un Centro de Salud en horario de tarde. De todas formas es necesario aceptar que hay segmentos que difícilmente van a apoyar la reforma de la atención primaria pública ya que el coste de lo que se les ofrece puede ser para ellos demasiado alto.

El establecimiento de los servicios

Establecer algo supone la definición de cómo se presenta el proyecto o los servicios en el mercado; en nuestro caso los grupos capaces de apoyarlo. Establecer servicios es más difícil que hacerlo con productos. Establecer un proyecto de reforma es «el más difícil todavía».

La reforma de la atención primaria se ha presentado más a partir de sus atributos que de los beneficios que puede proporcionar a los distintos grupos de interés. Cuando se habla de «vender» servicios sanitarios es necesario tener en cuenta que éstos son intangibles y de calidad variable. Una estrategia adecuada tiene que tender a asociarlos a algo tangible. Calidad es igual a equipamiento, limpieza y orden; eficacia equivale a ambulancias; prevención, a reconocimientos escolares o chequeos.

Además, debe centrarse más en el proveedor del servicio, la imagen va a

dependen del médico, de la enfermera y del resto del personal. La creación de un conjunto de elementos internos de motivación y eficiencia a los proveedores sanitarios y el desarrollo de un proceso de *marketing* interno que proporcione un balance favorablemente de fuerzas se vuelve un factor crítico y nexos de unión entre «cambios externos» e «internos».

Los otros elementos clave en el establecimiento de la reforma de la atención primaria son el «riesgo» y la «diferenciación». No es lo mismo apoyar una medida sencilla, reducida y de bajo coste que una transformación de esa envergadura. La credibilidad y la fiabilidad de las medidas propuestas se han basado fundamentalmente en referencias genéricas, «recomendaciones» de la Organización Mundial de la Salud y en el ejemplo británico. Es preciso la generación y difusión de datos y resultados reales para disminuir la sensación de riesgo.

La diferenciación supone hacer palpable lo que distingue la propuesta propia de los competidores, en este caso, el modelo clásico de asistencia ambulatoria de la Seguridad Social y el de las mutuas de seguro libres. Se pretende, por parte del receptor, una percepción diferenciada y ventajosa. En la práctica, la promoción de las mutuas se basa en gran parte en este principio. Un portavoz de una de estas compañías manifestaba hace unos meses: «...evidentemente no somos la Seguridad Social y queremos que el trato a nuestros asegurados sea cálido y humano...»²⁶. En cambio, la promoción del proyecto de reforma sanitaria desecha elementos diferenciales de la atención primaria pública que son capitales y muchos de ellos, exclusivos de su oferta: la gratuidad, los programas preventivos, la continuidad asistencial, el alto nivel de sus profesionales, la ausencia de periodos de latencia para la atención, la no existencia de distintas primas según el riesgo, la honradez y claridad de la oferta («no hay letra pequeña»), la atención en todo el Estado

las 24 horas del día, 365 días al año y, por último, y no menos importante, el componente de equidad y solidaridad que suponen²⁸.

Plan de marketing

Por último es necesario diseñar un plan de *marketing* con la mezcla adecuada de:

a) Promoción («publicidad»), tangible, creíble, inteligible, continua y con una oferta cumplible y realista. Sin que necesariamente haya que llegar a los cinco millones de dólares que la Kaiser Permanente se ha gastado recientemente en anuncios²⁵.

b) «Venta personalizada» basada en el contacto personal del «comprador» con la realidad del servicio, representada por los profesionales, médicos y enfermeras que trabajan en los Centros de Salud (el nexo de unión entre cambios externos-internos), sin olvidar, como dice Albert²⁵, que el trato que los trabajadores dispensan a los usuarios está directamente relacionado con el que reciben ellos de su organización. (La necesidad del *marketing* interno.)

c) «Distribución», es decir, la localización de los servicios en los sitios y los momentos adecuados; se debe valorar entre otras cosas la accesibilidad, equidad y economías de escala.

De cualquier forma para impulsar el proceso de reforma sanitaria en Atención Primaria, no basta con una estrategia de *marketing*. Es preciso afrontar una serie de cambios en el proceso de organización y gestión de la Atención Primaria. Son las medidas de cambio interno que se tratan en la segunda parte del artículo.

Bibliografía

1. Przeworski A. *Capitalismo y socialdemocracia*. Madrid: Alianza Editorial, 1988.
2. Cruz I, Desdentado A, Rodríguez G. *Política social y crisis económica, aproximación a la experiencia española*. Madrid: Siglo XXI de España, 1985.
3. Rojo LA. Europa: el contraste entre dos déca-

- das. *Papeles de Economía Española* 1986; 27.
4. Tanzi V. General Trends in Public expenditure in Industrial Countries. Gasto público y democracia. *Papeles de Economía Española* 1988; 37.
5. Serrano A. *El gasto sanitario como parte del gasto público* Madrid: Guía Sanitaria 1988; 57.
6. Godt PJ. Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain, and West Germany. *J. Health Politics, Policy and Law* 1987; 12.
7. Rodríguez G. Fundamentos socioeconómicos y crisis del Estado de bienestar. *Revista de Servicios Sociales y Política Social* 1984; 1(0).
8. Desdentado A. El asalto al Estado del bienestar. *Argumentos*, diciembre 1980-enero 1981.
9. *Financing and delivering health care. A comparative analysis of OECD countries*. Paris: OECD, 1987.
10. Lobo F, Ruiz Álvarez JL. La crisis y el ajuste estructural en el sector Salud. *Papeles de Economía Española* 1985; 23: 179-93.
11. López Casanovas G. Prospectiva 2000: ¿Es previsible la desaceleración del gasto sanitario? *JANO* 1986; 31 (extra): 129-34.
12. Oleaga JI, De Manuel E. Sistemas de Salud y Atención Primaria. En: Martín Zurro A., Cano Pérez F. *Manual de Atención Primaria* (2ª ed.). Barcelona: Doyma, 1989: 12-28.
13. Waddington C, Thomas M. Recurrent Costs in the Health Sector of Developing Countries. *Int J Health Planning Management* 1988; 3:151-66.
14. Schulz R, Harrison S. Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and United States. *Int J Health Planning Management* 1986; 2:335-55.
15. Caballero O. Crítico fin de siglo para la medicina francesa. *El Médico* 1989; 46: 46-56.
16. Navarro V. Why some countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the US has neither. *Soc Sci Med* 1989; 28:887-98.
17. Ley 14/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad *BOE* 1986; 102: 15.207-26.
18. Lee K, Mills A. *Policy-making and Planning in the Health Sector*. London: Crooms-Helm, 1982.
19. Ham L. *Health Policy in Britain* (2ª ed.). London: MacMillan, 1985.
20. Encuesta de Opinión. *El País* 1989 (23 abril): 14-5.
21. Rodríguez JA. La rebelión de los médicos: Análisis sociológico de las actitudes de la profesión médica ante la organización de la sanidad en España. Madrid: Sistema 78, 1987.
22. Nieto A. *La organización del desgobierno*. Madrid: Ariel, 1985.
23. Niskanen WA. *Cara y cruz de la burocracia*. Madrid: Espasa-Calpe, 1980.
24. Assael H. *Marketing Management: Strategy and Action*. Boston: Kent Publishing Company, 1980.
25. Albert M. Developing a Service-Oriented Health Care Culture. *Hospital Health Services Administration* 1989; 32:167-83.
26. Varios autores. Sanidad a la carta. *El País* 1989 (12 enero).
27. García Vargas J. *Participación y derecho de los usuarios en el sistema sanitario*. *Guía Sanitaria* 1989; junio: 106.