

# EL NUEVO ENFOQUE DE LA SALUD PÚBLICA. ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

J. Ignacio Elorrieta Pérez de Diego<sup>1</sup> / Ricardo García Herrera<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Director General de Medio Ambiente del Gobierno de Navarra

<sup>2</sup> Director de Salud Pública del Gobierno Vasco

## Resumen

El sistema sanitario acepta la Nueva Salud Pública sólo en teoría, ya que en la práctica, la reestructuración esencial para conseguir interiorizar la estrategia de «Salud Para Todos en el año 2000» no se ha producido. Por ello, se hace necesario buscar «cabezas de puente» que permitan introducir paulatinamente cambios que posibiliten la reorganización de los servicios sanitarios.

En el presente artículo se analizan diferentes alternativas que pasan por priorizar programas que comprendan la salud como un recurso más y que, por tanto, puedan ser aprobados como programas de gobierno que permitan al sector sanitario formular políticas de salud que sean asumidas por el resto de la Administración.

**Palabras clave:** Nueva Salud Pública. Políticas de Salud. Servicios de Salud.

## THE NEW APPROACH TO PUBLIC HEALTH. STRATEGIES FOR ITS IMPLEMENTATION

### Summary

Public Health System accepts «New Public Health» only in a theoretical way, since in the practice essential modifications to get «Health For All-2000» aims are not implemented. It is necessary to look «bridgeheads» that permit to introduce changes gradually to reorganize Health Services.

In the present article, different alternatives are analyzed, all of them giving priority to the programmes that consider Health as a natural resource. These programmes can be «Governmental Programmes» so Health policies coming from the Health Department can be assumed by the others Public Administration Departments.

**Key words:** New Public Health. Health Policies. Health Services.

## La situación actual

Desde finales de la II Guerra Mundial en los países desarrollados se ha ido asentando un nuevo patrón de morbi-mortalidad caracterizado, entre otras cosas, por la reducción del peso preponderante que hasta entonces habían tenido las enfermedades infecciosas como causantes de mortalidad prematura<sup>1</sup> y por el peso ascendente de las enfermedades llamadas de «civilización», que llegan a adquirir un carácter predominante<sup>2</sup>. Las cifras de Navarra pueden servir de ejemplo ilustrativo de lo que acontece en cualquier país europeo desarrollado. En la tabla 1 se incluyen las tasas de mortalidad específica del año 1985. Se observa cómo las cuatro principales causas corresponden a las que se ha convenido denominar en-

fermedades propias de la civilización.

Dentro de este patrón gobernado por enfermedades cardiovasculares, tumores, dolencias respiratorias y causas externas (accidentes y suicidios), asistimos a importantes variaciones según examinamos sus tendencias los últimos 10 años. A título de ejemplo volvemos a reflejar los datos de Navarra. En las tablas 2 y 3, se incluye la evolución de las tasas de mortalidad estandarizada general y circulatoria para hombres y mujeres. Al correlacionar ambas, se obtiene un coeficiente de correlación  $r=0,866$  para varones y  $r=0,775$  para mujeres ( $p < 0,001$ ); esto no se cumple para el resto de causas. Es decir, el descenso de la mortalidad general viene inducido por el importante descenso de la mortalidad cardiovascular. Este patrón coincide con el de algunos países más industrializados, en los que hace dos dé-

cadadas ya se produjo este descenso<sup>3</sup>. Junto a esta tendencia se observa en general el aumento como causa de muerte de determinados tumores y de causas externas (accidentes y suicidios), que suponen ya las primeras causas de años potenciales de vida perdidos y con una importancia especial de estos últimos en los grupos de edad de 1 a 70 años<sup>4,5</sup>.

A la hora de buscar las causas que están en la base del nuevo patrón de morbi-mortalidad, existe ya un acuerdo internacional, aceptado desde 1973 y basado en el modelo Lalonde<sup>6</sup>, sobre la contribución proporcional aproximada de cada bloque etiológico sobre la mortalidad. Estudios posteriores han venido a confirmar con ligeras variaciones dicho modelo, que asigna a los servicios sanitarios el 11%, a los estilos de vida el 43%, al medio ambiente el

Correspondencia: J.I. Elorrieta. Alhóndiga 1. 31002 PAMPLONA (Navarra).

Este artículo fue recibido el 26 de marzo de 1990 y fue aceptado, tras revisión, el 12 de diciembre de 1990.

**Tabla 1. Mortalidad específica por causas. Navarra, 1985**

Código CIE	Causas de muerte	Núm. de muertes	Frecuencia relativa	Tasa/100.000 habitantes
1-139	Infecciosas	51	1,23	9,76
140-239	Tumores	994	24,05	190,28
240-279	Endocrinas	110	2,66	21,05
280-289	Sangre	16	0,39	3,06
290-319	Mentales	38	0,92	7,27
320-389	Sistema nervioso	52	1,26	9,95
390-459	Circulatorias	1.697	41,07	324,85
460-519	Respiratorias	426	10,31	81,54
520-579	Digestivas	214	5,18	40,96
580-629	Genitourinarias	79	1,91	15,12
630-679	Embarazo-parto	—	—	—
680-709	Piel	2	0,05	0,38
710-739	Osteomusculares	13	0,31	2,48
740-759	Congénitas	30	0,73	5,74
760-779	Neonatales	20	0,48	3,82
780-799	Mal definidas	169	4,09	32,35
800-999	Externas	221	5,35	42,30

Fuente: *Boletín de Salud Pública de Navarra*. Octubre de 1987, nº 2.

**Tabla 2. Tasas\* de mortalidad estandarizadas por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares. Navarra, 1976-1986. (Hombres)**

Año	Todas las causas	Enfermedades cardiovasculares
1976	779,91	283,67
1977	723,52	275,43
1978	737,75	252,29
1979	702,27	262,68
1980	715,39	272,78
1981	657,54	248,40
1982	633,53	236,64
1983	614,76	230,55
1984	606,59	227,92
1985	652,91	228,54
1986	624,70	202,00

\*Tasas por 10<sup>6</sup> habitantes

r=0,866 p<0,001

Fuente: *Boletín de Salud Pública de Navarra*. Octubre de 1987, nº 2.

**Tabla 3. Tasas\* de mortalidad estandarizadas por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares. Navarra, 1976-1986. (Mujeres)**

Año	Todas las causas	Enfermedades cardiovasculares
1976	478,76	196,35
1977	491,04	190,60
1978	473,94	178,41
1979	442,89	178,64
1980	430,90	177,49
1981	415,58	167,53
1982	414,75	177,30
1983	408,86	177,72
1984	382,74	166,88
1985	382,37	156,58
1986	406,71	145,93

\*Tasas por 10<sup>6</sup> habitantes

r=0,866 p<0,001

Fuente: *Boletín de Salud Pública de Navarra*. Octubre de 1987, nº 2.

19% y a la biología humana el 27%. Resulta especialmente llamativo que los servicios sanitarios, en los países desarrollados, en cuanto a gran bloque etiológico, tienen sólo una contribución muy modesta en lo que respecta a los niveles de salud (entendida aquí como mortalidad prematura) de la población. Ello viene propiciado principalmente porque frente al nuevo patrón de morbi-mortalidad, la medicina asistencial tiene sólo una eficacia discreta en este tipo

de patología, ya que no interviene sobre los estilos de vida ni el medio ambiente. Además, la biología humana (representada por la herencia genética, la maduración y el envejecimiento) nos es todavía demasiado desconocida como para poder «manejarla». Por otra parte, sigue siendo muy baja la vulnerabilidad frente a determinados tumores y frente a las enfermedades mentales.

En estas condiciones el sistema sanitario no es capaz de producir salud,

ya que ni está diseñado para incidir en las causas que generan el nuevo patrón de morbi-mortalidad, ni dispone de soluciones reparadoras suficientemente eficientes (a diferencia de lo que ocurrió parcialmente con la patología infecciosa de antaño) como para poder ganar la batalla a las enfermedades de la civilización.

El panorama además tiende a complicarse, ya que asistimos a un envejecimiento acelerado de la población, y la edad avanzada constituye un importante factor de riesgo para la patología crónica. Simultáneamente, siguen persistiendo fuertes desigualdades en lo concerniente a los diferentes niveles de exposición al riesgo, lo que se traduce en importantes desigualdades concernientes a la salud a escala espacial (por ejemplo, fuertes variaciones de la mortalidad estandarizada en los distintos barrios de una ciudad o entre unas regiones y otras)<sup>7,8</sup> o profesional (fuertes diferencias de la esperanza de vida al nacer según la profesión)<sup>9</sup>.

Todo ello se traduce en *un fuerte aumento de la demanda asistencial* que se concreta en el aumento de las «colas» y listas de espera y la saturación de las urgencias, así como en la escasez de recursos materiales y humanos para hacer frente a la avalancha de pacientes. Esto produce un fuerte deterioro político y social del sistema, que resulta cuestionado tanto por los usuarios como por los propios profesionales que lo atienden<sup>10</sup>.

La respuesta a esta situación hasta ahora ha sido incrementar el porcentaje dedicado a salud en el PIB (6% de media en la OCDE). En España, en el periodo 1984-1989, el gasto sanitario público aumentó desde el 4,76% al 5,02%, lo que supone un incremento del 74% en todo el periodo<sup>11</sup>. También se ha mejorado la gestión del sistema reduciendo el déficit, poniendo al frente a profesionales de la gerencia y tratando al mismo tiempo de solventar los déficit estructurales. Sin embargo, esta estrategia no es suficiente para mejorar los indicadores de salud, pues no disminuye los factores de riesgo que están en la base del nuevo patrón de morbi-mortalidad, dentro del cual, el envejecimiento de la población sigue dis-

parando la demanda a un ritmo más alto que lo que las nuevas inversiones y la discreta eficacia de los tratamientos pueden solucionar. La experiencia internacional muestra<sup>12</sup> que esta estrategia se trata más de un parche temporal que de una verdadera solución y cuya siguiente etapa, también de «fuga hacia el futuro», es avanzar hacia la privatización de algunos servicios públicos y a un aumento del carácter mixto del sistema.

Conscientes de todos modos las autoridades sanitarias de que el gasto en salud no puede crecer indefinidamente y del discreto papel que juega el sistema de salud en la salud real de la población, surge la necesidad de introducir lo que se ha denominado «la nueva salud pública», entendida como una prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad<sup>13</sup>. Se abandonan viejos enfoques basados en los modelos de medicina preventiva o epidemiológicos y se establece toda una nueva estrategia, que, internacionalmente, arranca a partir de «Salud para todos en el año 2000» (SPT-2000)<sup>14</sup>, y que se va concretando y perfilando en las conferencias de Ottawa (1986) y Adelaida (1988). En España, donde se abraza la estrategia OMS «SPT 2000», se pretende que se concrete dentro del *Plan integrado de salud* que recogerá los planes de salud autonómicos, estatales y conjuntos.

El problema real surge cuando a un sistema que está diseñado para «asistir» se pretende que cambie para dedicarse a «promoción y prevención», a través de un discurso teórico lógico, que todo el mundo entiende, pero que es en verdad contrario al diseño y a las prioridades internas que tiene el propio sistema sanitario, ya que las auténticas preocupaciones que tiene como sistema son mejorar la asistencia sanitaria acabando con colas y listas de espera (la población no demanda salud, pues piensa que la tiene<sup>15</sup>, sino una buena asistencia cuando la necesita y los profesionales de salud se quejan de la falta de medios materiales y humanos para ejercer con calidad su profesión y no aumentar el déficit público).

Es el diseño del sistema sanitario actual el que genera sus propias priorida-

des que chocan con el discurso y las prioridades que le vienen desde fuera y, por tanto, no puede interiorizarlas, dando lugar a una forma de esquizofrenia en que el discurso de promoción y prevención que se adopta rebota en el sistema y no se corresponde con la realidad presupuestaria, quedando relegado a una política de buenas intenciones. En estas condiciones resulta utópico, pues, pretender desarrollar una política de salud pública sin una reorientación de los servicios sanitarios.

Cabe plantearse en qué dirección o direcciones se puede plantear esa reorientación dentro del actual marco organizativo y social español. Para ello se analizan a continuación tanto las señas de identidad de la nueva estrategia de salud pública como posibles alternativas que resulten factibles.

### La nueva salud pública en España

Las líneas de actuación de esta estrategia están marcadas por los objetivos de SPT 2000 adoptados por la Asamblea Mundial de la OMS en 1981<sup>16</sup>.

De acuerdo con esta estrategia, la tarea es que en un período de 15 años las personas en todos los países tengan al menos un nivel de salud que les permita un trabajo productivo y una participación activa en la vida social de la comunidad en que viven. Los tres objetivos principales de la estrategia son: la promoción de los estilos de vida saludables, la prevención de los factores de riesgo ambientales y personales, y la rehabilitación de todos los que hayan visto alterada su salud.

Esta visión integral de la salud compromete al sector sanitario en una amplia gama de iniciativas de las que unas son nuevas y otras son modificaciones de las ya existentes. También supone, de forma muy importante, la cooperación con los agentes responsables de otros sectores no sanitarios, pero cuyas actividades producen efectos positivos en la salud de la población. De aquí que se pongan de relieve las *actividades intersectoriales* en ámbitos como el medio ambiente, la industria, la agricultura, los transportes, el urba-

nismo, la educación y el bienestar social. De igual modo, se subraya, de forma particular, la *participación social*, no tan sólo en la planificación y dirección de servicios, sino señalando la autorresponsabilidad de la población.

Estos principios están inspirando diferentes actuaciones internacionalmente. Así, por ejemplo, el movimiento de ciudades saludables<sup>17</sup> y la promulgación de una carta europea del medio ambiente y la salud<sup>18</sup> son aportaciones que intentan hacer realidad estas ideas. En España este discurso ha sido asumido plenamente, y existen experiencias en este sentido<sup>17,19,20</sup>, pero sin embargo existen dificultades importantes a la hora de llevar a la práctica una política de promoción de salud. Ésta obliga necesariamente a realizar una labor horizontal, en el sentido de que se debe nutrir de información del resto de organismos de las administraciones públicas y que debe impulsar sus actuaciones en el sentido del máximo beneficio en salud. Se trata de que el sistema sanitario actúe como evaluador e impulsor de políticas públicas, difusor de la información y articulador de la participación comunitaria.

Estas características entran en conflicto con las prioridades del propio sistema sanitario, centradas en la mejora de rendimientos asistenciales. Parece difícil que mientras se mantenga este divorcio, el sistema sanitario pueda interiorizar los nuevos objetivos en materia de salud. La situación podría agravarse en la medida en que divesas comunidades autónomas absorban el INSALUD, pues con los trasposos de competencias, al asumir la gestión de éste, asumirán también sus problemas. La mayor magnitud de éstos puede generar un desplazamiento de las prioridades hacia las internas del propio servicio asistencial, en detrimento de las de promoción y prevención que las comunidades realizaban antes de tener que enfrentarse a los macroproblemas de gestión de la asistencia.

Con ello, la política salubrista puede salir mal parada al diluirse su peso específico dentro del sistema, e incluso llega a ser transferida parcialmente a otros departamentos (éste es el caso de la actual crisis de la sanidad ambien-

tal, que en algunas autonomías se ha integrado ya dentro de las agencias de medio ambiente).

### Alternativas de reorientación

Frente a la situación actual caracterizada por el divorcio reciente entre el discurso teórico de la nueva salud pública y la práctica real y cotidiana de asignar los recursos presupuestarios a la realización de la asistencia, se trata de buscar qué puntos existen en el sistema sanitario actual que permitan interiorizar el nuevo discurso que posibilita la reorientación del sistema.

La estrategia clásica diseñada por la OMS y los foros internacionales de salud, al menos en España, no resulta ahora viable, ya que no coincide para nada con la demanda de la ciudadanía, de la Administración (contener el gasto público de los servicios de salud) y de los profesionales sanitarios (más recursos materiales y humanos para dar una asistencia de más calidad).

Por ello, es necesario plantearse alternativas de reorientación que, teniendo en cuenta estas contradicciones faciliten avanzar en la aplicación práctica de una política de salud. A continuación se analizan diferentes estrategias que posibilitarán este avance y que los autores consideran más eficaces sin pretender agotar con ello todas las posibilidades.

1. *La política de salud pública como política de los departamentos de salud.* Las prioridades de los servicios de salud serían la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, en lugar de la asistencia sanitaria. Ello supondría una reorientación de los servicios sanitarios que modificara tanto las prioridades presupuestarias como la cultura de la organización.

Implicaría romper una dinámica asistencialista que no ha resultado eficiente y encaminar los servicios de salud hacia la mejora de la salud y no sólo a curar la enfermedad. Al mismo tiempo aumentaría la eficacia y la eficiencia del sistema. Sin embargo, no parece una solución factible ya que no parece posible cambiar los presupuestos sanitarios para introducir este giro

sin que éstos sufran un incremento considerable. Este cambio debería producirse sin detrimento de la cantidad y calidad de las prestaciones de los servicios, so pena de generar una mejora importante. Ello resulta dudosamente viable si no se produce un aumento de recursos significativo. Además, es previsible que se produjera un fuerte rechazo corporativo al ser necesario un cambio sustancial en la función de los profesionales y en sus incentivos económicos.

Hay que tener en cuenta, finalmente, que existirían dificultades para medir sus resultados y éstos sólo se evidenciarían a medio plazo. Eso es común a todas las soluciones propuestas. La medida de la prevención resulta difícil, tanto por su propia esencia como por la ausencia de sistemas de información adecuados. Es necesario un esfuerzo importante que permita mejorar su calidad y operatividad.

2. *Inclusión de la salud pública en una agencia supradepartamental que incluyese todas las políticas horizontales de mejora de la calidad de vida (medio ambiente, consumo, etc.).* Esta agencia impulsaría políticas públicas y agruparía todos los recursos de defensa de los consumidores. Posibilitaría una mejor eficacia en el control y promoción de políticas saludables, y al disponer de importantes recursos podría mejorar la colaboración con los ayuntamientos. Ésta es especialmente importante dado que el diseño de políticas de salud tiene un elemento clave en la escala local, escenario donde se dilucidan las claves de la salud. Al mismo tiempo contaría con un importante apoyo social en la medida que aprovecharía el auge de las inquietudes ecologistas y consumistas existente.

Sin embargo, una política de este tipo supondría tener un organismo de control de toda la política pública. Es indudable que se producirían rechazos de otros departamentos gubernamentales que, lógicamente, pretenderían escapar a este control, ya que no parece muy realista que la salud fuera el objetivo de todo un gobierno. En la medida que la salud es un recurso para la propia vida, un planteamiento de este tipo se aparta de la realidad.

3. *Creación de un programa de salud asumido por todo el Gobierno.* No se trataría de asignar más recursos para el Departamento de Salud, sino para aquellos departamentos que hacen salud (Industria, Comunicaciones, Urbanismo, Obras Públicas, Agricultura, Medio Ambiente, Educación, etc.). Para ello, sería necesario un acuerdo de gobierno que facilitara un presupuesto para objetivos de salud, pero ejecutado por los restantes departamentos. Sería responsabilidad de los servicios de salud diagnosticar los problemas y establecer las metas y objetivos. Una oficina de planificación establecería la equivalencia económica de los objetivos y sería el Gobierno el que decidiera los recursos disponibles y en qué medida éstos son alcanzables.

Ello resulta especialmente factible en un momento de salida de la crisis económica, invirtiendo recursos en sectores que, siendo generadores de riqueza, deben y pueden serlo de salud. De esta manera la salud sería una de las políticas del Gobierno y se podría hacer salud, especialmente desde fuera del sector sanitario. La salud sería un recurso más, que se gestionaría en competencia con los demás. Tendría la ventaja de que los criterios de salud intervendrían eficazmente en la toma de las grandes decisiones de Gobierno y supondría un intento realista de hacer salud desde fuera del ámbito sanitario.

Cuenta, sin embargo, con el inconveniente de que su desarrollo sería muy complejo al necesitar poner de acuerdo a gran número de organismos e instituciones. Por otra parte, ni los servicios de salud ni los ayuntamientos están capacitados para el seguimiento y evaluación de estas políticas. Ello es especialmente grave a escala local, ya que los sanitarios se dedican a diferentes tareas y los ayuntamientos carecen de una dotación técnica y material adecuados.

### Conclusiones

Con todo lo anterior se pretende poner en evidencia la necesidad de una reflexión dentro del sistema sanitario español que permita resolver la dispari-

dad existente entre el discurso teórico y la aplicación práctica de las ideas de SPT-2000. En este artículo se señalan sólo unas pocas alternativas de las que se podrían tener en cuenta en un debate global. En cualquier caso, fuese cual fuese la opción elegida hay puntos comunes de acción necesarios para la implantación de la nueva salud pública, como son: a) El reforzamiento a nivel más básico, creando conjuntamente con los ayuntamientos una estructura periférica adecuada a las nuevas necesidades y capaz de diagnosticar problemas de salud, detectar desigualdades y evaluar el impacto en salud de las políticas desarrolladas en el ámbito local. El programa Ciudades Saludables resulta una pieza básica a potenciar. b) Es preciso además, reforzar la planificación sanitaria, entendida como planificación de salud mediante el diseño de objetivos en salud asumibles por otros departamentos y capaces de aglutinar en torno a ellos políticas públicas realizables técnica y económicamente. c) Además, la intensificación de la unidad de actuación con los restantes organismos horizontales (M.A. y consumo) aumentaría la capacidad de diagnóstico, disminuyendo la distancia con la intervención y se aprovecharía la

pujanza social de los movimientos del medio ambiente y de consumo.

Todos ellos son elementos comunes a cualquier estrategia de reorientación que busque salir del ámbito sanitario con un mensaje eficaz y efectivo que tenga detrás el suficiente bagaje técnico y de información como para agrupar otras políticas sectoriales.

#### Bibliografía

1. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. London: Nuffield Prov. Hospital Trust, 1971.
2. Davis DL, Hoel D, Fox J, López A. International trends in cancer mortality in France, West Germany, Italy, Japan, England and Wales, and the USA. *Lancet* 1990; 336: 474-81.
3. Vemura K. Recent trends in cardiovascular disease mortality in 27 industrialized countries. *Wid Health Stat Quart*, 1985; 38: 142-56.
4. World Health Organization. Preventable Mortality. *Wid Health Stat Quart*, 1989; 42: 1.
5. Errázola M., Esnaola S. La mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 1987. *SISVA* 1989; 6: 1-19.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of the Canadians. Canadá: Minister of Supply Services, 1974.
7. *Mortalidad en la ciudad de Sevilla*. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla, 1985. (Serie Salud, N: 2, 47-79).
8. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Ciudades Saludables Margen Izquierda. Vitoria: Departamento de Sanidad y Consumo, 1990. (Documentos Técnicos de Salud Pública. Serie Ciudades Saludables, N° 1).
9. Pocock SJ. Social class differences in ischaemic heart disease in British men. *Lancet*, 1987; 25.
10. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Dirección de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1968.
11. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
12. Charlton JR, Velz R. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *Br Med J* 1986; 292: 295-301.
13. Ottawa charter for health promotion. An international conference on health promotion. Ontario: Ottawa, 1986.
14. World Health Organisation. *Targets for health for all 2000*. Copenhagen: WHO, 1986.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
16. World Health Organisation. *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
17. Costa J, Colomer C. El proyecto Healthy Cities en España. *Revisiones de Salud Pública* 1989; 1: 159-73.
18. Ministerio de Obras Públicas y Urbanismo (MOPU). *Carta Europea del Medio Ambiente y la Salud*. Madrid: MOPU, 1990.
19. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. *Programas de Salud Pública 1990*. Vitoria: Gobierno Vasco, 1990.
20. Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. *Las Ciudades Saludables en Euskadi*. 1990. (Documentos Técnicos de Salud Pública. Serie A. n° 7).

