

UNA PERSPECTIVA DE LA POLÍTICA SANITARIA 20 AÑOS DESPUÉS DEL INFORME LALONDE

F. Lamata Cotanda

Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid

Resumen

En 1974 se publicó el informe "Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses", conocido como Informe Lalonde. En él se definían los determinantes de la salud y se subraya la importancia de los factores ajenos al sistema sanitario en la mejora y mantenimiento de la salud. En este artículo analizamos la metodología y las ambigüedades conceptuales que se aprecian en el desarrollo de este modelo, así como las posibles consecuencias negativas para el sistema sanitario público que pueden derivarse de su aplicación. A su vez, proponemos una visión más modesta del sistema sanitario, como una política pública responsable de producir buenos servicios de prevención, de diagnóstico y de tratamiento, a un coste razonable.

Palabras clave: Política sanitaria. Planificación sanitaria. Sistema Nacional de Salud.

A PERSPECTIVE OF HEALTH CARE POLICY. 20 YEARS BEYOND LALONDE REPORT

Summary

In 1974 the report called "A new perspective on the health of Canadians" known as the Lalonde report was published. In that report health determinants were defined, and importance was given to factors outside of the health care system to improve and to preserve health.

In this paper we analyse the methodology and the conceptual ambiguities observed on the development of that model, as well as the negatives consequences for the health care system that could derived from it. Finally we propose our point of view of the health care system as a public policy which should be responsible of producing services of prevention, diagnosis and treatment, at a reasonable cost.

Key words: Health policy. Health planning. National health system.

Introducción

En 1974 el Ministro de Sanidad de Canadá dio a conocer el informe titulado "Una nueva perspectiva en la salud de los canadienses"¹. Ese informe tuvo un impacto destacado en los debates sobre la salud y los sistemas sanitarios en Canadá y en otros países²⁻⁴, así como en el desarrollo de la filosofía del programa "Salud para todos" de la Organización Mundial de la Salud (OMS)^{5,6}. El informe, basado en una idea de Laframboise⁷, sirvió a su vez de fundamento para el modelo epidemiológico propuesto por Dever⁸. Una lectura acrítica de estos autores puede conducir a una minusvaloración de los servicios sanitarios frente a otras políticas de salud centradas en la modificación de los estilos de vida, la introducción de cambios medioambientales y sociales y otros aspectos no influenciados por la sanidad. Evidentemente, su intención es poner el énfasis en los programas de

prevención de la enfermedad y promoción de la salud y en otras políticas. Sin embargo, este discurso de la nueva salud pública ha coincidido en el tiempo con las políticas de contención y recorte del gasto sanitario público y puede servir de argumento para políticas regresivas. Aunque algunos autores ya han señalado este riesgo⁹, y otros han formulado críticas metodológicas acertadas¹⁰, si traemos ahora a discusión estos artículos, 20 años después de su publicación, es porque observamos que en España, el modelo de Lalonde/Dever sigue teniendo una considerable presencia en textos de salud pública muy consultados^{11,12}, sigue siendo referencia conceptual en importantes documentos de política sanitaria¹³⁻¹⁵ y es argumentado en análisis económicos autorizados del sector sanitario público y de su eficiencia¹⁶.

No pretendemos hacer una revisión completa de la bibliografía surgida en relación con el Informe Lalonde y sus desarrollos posteriores sino de anali-

Correspondencia: Fernando Lamata Cotanda. Dirección General de Planificación, Formación e Investigación. Consejería de Salud. O'Donnell, 50, 2ª planta, 28009 Madrid

Este artículo fue recibido el 22 de septiembre de 1993 y fue aceptado tras revisión el 12 de mayo de 1994.

zar su génesis, sus fundamentos conceptuales y sus ambigüedades. Asimismo, creemos importante subrayar las insuficiencias metodológicas del trabajo de Dever y la inconsistencia de sus conclusiones y por último consideramos que puede resultar útil presentar una perspectiva de la política sanitaria más centrada en sus responsabilidades y sus posibilidades reales.

El campo de la salud, de Laframboise

Laframboise era Director de Planificación con el ministro canadiense de sanidad Marc Lalonde y, según él mismo nos relata¹⁷, fue el coordinador del famoso informe. Se inspiró en los trabajos de McKeown, quien demuestra que algunos factores externos al sistema sanitario han tenido una influencia principal en la disminución de la mortalidad¹⁸. Aunque la influencia de diversos factores sobre la salud es conocida desde la antigüedad¹⁹, Laframboise considera que dichos factores no están suficientemente destacados en los análisis del "campo de la salud", excesivamente medicalizado, y propone un modelo con cuatro elementos que agrupan los diferentes aspectos que tienen que ver con la salud: los estilos de vida, el medio ambiente, la organización sanitaria y la biología humana básica con sus aplicaciones clínicas.

En el planteamiento de Laframboise hay dos conceptos equívocos que, en los desarrollos posteriores (Lalonde, Dever, etc.), van a conducir a serios errores de apreciación. El primero es mezclar o confundir sistema de salud con sistema sanitario, o políticas de salud con políticas sanitarias. El segundo consiste en señalar la influencia de los distintos factores en la salud, sin especificar si la influencia, o el peso relativo de cada factor, tienen signo positivo o negativo.

Los determinantes de la salud de Lalonde

En el informe del Ministro Lalonde, Laframboise y su equipo dan un salto conceptual importante: ya no hablan de divisiones o partes del campo de la salud, sino de determinantes de la salud. Al analizar estos determinantes de la salud, y preguntarse por su influencia relativa, introducen una serie de ambigüedades que conducen a la minusvaloración del impacto del sistema sanitario sobre la salud y la enfermedad. Estas ambigüedades se discuten a continuación.

1. No especifica si habla de influencia positiva o negativa de un determinante en la salud o en la enfermedad. Si preguntamos ¿qué factores contribuyen más a la salud?, y contestamos midiendo los pesos relativos de los factores que se supone que son causa de mortalidad, podemos concluir que el sistema sanitario contribuye poco a la salud.

2. Un determinante puede tener efectos positivos y negativos sobre la salud simultáneamente. Por ejemplo, el transporte de vehículos por carretera. El sector del automóvil genera empleos y riqueza, que favorecen el progreso, que a su vez favorece la salud. Pero, al mismo tiempo, los accidentes de tráfico son una causa importante de mortalidad prematura.

3. Un factor puede ser positivo para la salud hasta un punto y ser negativo a partir de una determinada cantidad o intensidad (dosis). Por ejemplo, el ejercicio físico.

4. La muerte es un hecho biológico natural, y debemos diferenciarla de la muerte prematura, cuando la interpretamos como pérdida de salud.

5. A la hora de ver cuáles son los problemas de salud de una sociedad determinada y cuáles son los factores que más pueden contribuir a mejorar la salud, para orientar nuestras políticas, si contamos los muertos actuales, y establecemos la influencia de distintos factores en esa mortalidad, estaremos omitiendo del análisis las muertes y enfermedades que no están produciendo porque ha actuado el sistema sanitario. Hemos de valorar las muertes evitadas o las incapacidades corregidas, por ejemplo por insuficiencia renal o por cataratas.

Los gastos en salud y los gastos en servicios sanitarios

Por otra parte, al analizar los gastos en salud, el informe Lalonde sobrevalora relativamente los gastos del sistema sanitario, al omitir los demás gastos en salud. En efecto, al preguntarse cuáles son las actividades y políticas que influyen en la salud, Lalonde hace un listado amplio de unidades y áreas de distintos ministerios y departamentos del gobierno, pero a la hora de precisar los gastos de salud, Lalonde sólo refleja los gastos del sistema sanitario. No recoge los gastos de educación, ni de medioambiente, ni de trabajo, ni de carreteras, etc. Evidentemente, al repartir el presupuesto del sistema sanitario entre los cuatro determinantes, el porcentaje mayor va a la organización sanitaria y muy poco dinero va, por ejemplo, a medioambiente o a educación (estilos de vida). Esos otros componen-

tes tienen otros presupuestos en otras administraciones, que también son gastos en salud. La confusión se produce porque a la hora de hablar de determinantes hemos elegido el plano de análisis más amplio del concepto de salud y de políticas de salud (*health policy*) y a la hora de hablar de gasto sólo hemos recogido el gasto sanitario (*health care expenditures*) pero llamándole gastos en salud (*health expenditures*).

La intención de los autores y se los que han seguido su discurso podría ser que destinara menos dinero a la parte del sistema sanitario que es asistencia curativa y más dinero a la parte que es prevención de la enfermedad y promoción de salud, o que se diera menos importancia a la acción directa del sistema sanitario sobre las personas y más a la acción sobre medioambiente, industrias, higiene animal, etc... Pero la consecuencia, como veremos más adelante, es que se dan argumentos para disminuir el gasto sanitario global.

El modelo epidemiológico de Dever

Dever presenta una aplicación práctica del modelo Lalonde. Conviene revisar su metodología con algún detalle. En primer lugar, analiza cuáles son las causas de las muertes ocurridas en el estado de Georgia (EEUU) en 1973.

A partir de estos datos pretende expresar cuáles son los principales problemas de salud de la población. Conviene subrayar que considera todas las muertes, no sólo las muertes prematuras, como problemas de salud. No se examina ni valora la morbilidad. Tampoco se valoran las muertes que se producirían si el sistema sanitario no existiera, o no hubiera actuado y que por lo tanto no aparecen como problema. A continuación recoge la opinión de algunos profesionales acerca del peso de cada determinante del modelo Lalonde en la contribución a los problemas de salud y atribuye porcentajes de distribución de la mortalidad de acuerdo con su apreciación subjetiva. De esta forma estima que el sistema sanitario contribuye con un 11% a la disminución de la mortalidad, mientras que los estilos de vida contribuyen con un 43% y el medioambiente con un 19%. Por último, siguiendo con la aplicación del esquema de Lalonde, Dever analiza los gastos sanitarios de los EEUU en 1974 y las estimaciones de gastos de 1975 y 1976 y distribuye estos gastos según su modelo epidemiológico. Pero aquí vuelve a caer en la ambigüedad conceptual. Habla de gastos en salud y sólo recoge los gastos del sistema sanitario. Así, afirma que los gastos de salud, el 90% se

destina al sistema sanitario y sólo el 1,5% y el 1,6% a los hábitos de vida y al entorno.

Ni en el artículo original, ni en publicaciones posteriores²⁰, se fundamenta la metodología utilizada, por lo que podemos considerar que sus conclusiones pueden ser tratadas como una opinión. Fijémonos, sin embargo, que en las referencias a su trabajo se suelen citar sus conclusiones como demostración científica y generalizable.

El enfoque holístico de los sistemas sanitarios en su relación con la salud. Los planes de salud

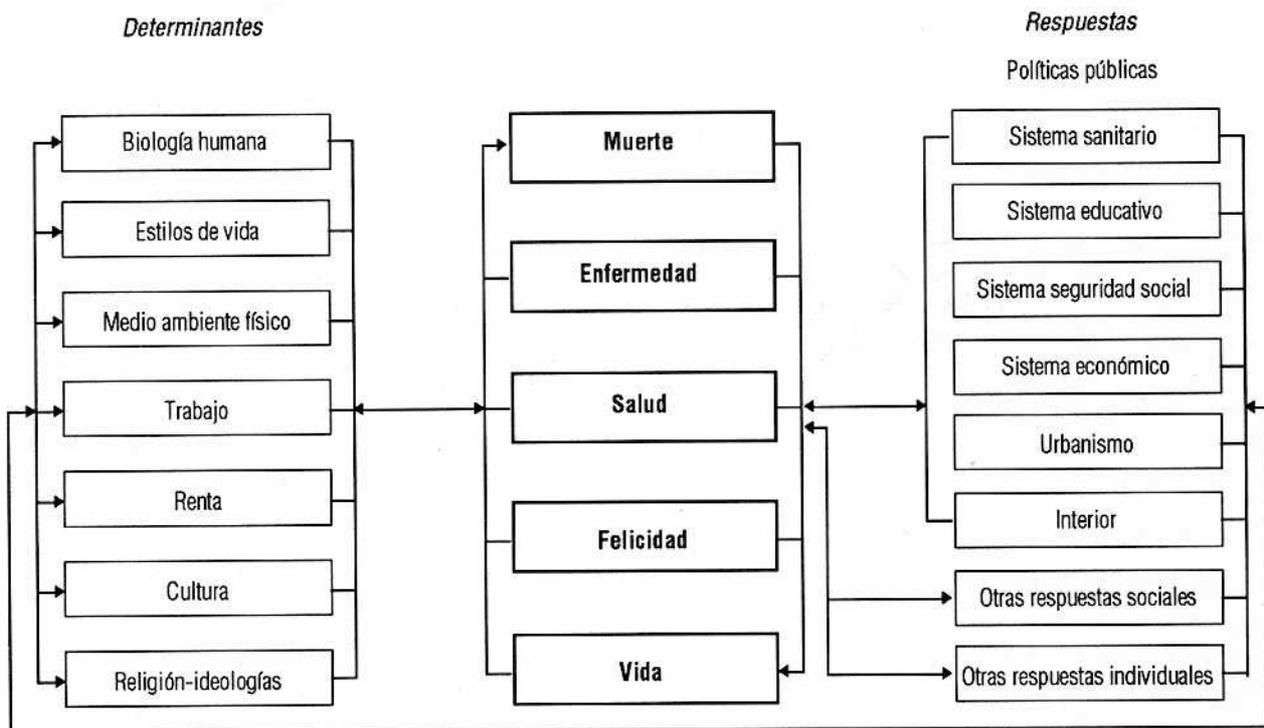
Los análisis de Lalonde han tenido diversos desarrollos en el ámbito de las políticas sanitarias. En un primer momento se subrayaba la importancia del comportamiento individual, la propia responsabilidad en la salud con la adopción de buenos o malos hábitos de vida. Más adelante se hizo énfasis en la dificultad de hacer buenas elecciones en salud, si no había condiciones objetivas que las facilitaran²¹, y se hizo énfasis en mejorar los aspectos del entorno natural y social²², diseñando para ello políticas multisectoriales, políticas públicas.

En todo caso, el modelo Lalonde/Dever y sus desarrollos posteriores adoptan un enfoque holístico de los sistemas sanitarios en su relación con la salud. Según este enfoque el objetivo de los sistemas sanitarios es producir salud y un sistema sanitario será de calidad, si produce salud²³. Supongamos que definimos la salud como el bienestar físico, psíquico y social²⁴. Si el sistema sanitario tiene como objetivo la salud y si lo que más influye en la salud son factores externos al sistema sanitario, la política sanitaria debería cambiar de enfoque y ocuparse de mejorar la vivienda, conseguir salarios justos, preocuparse de que los sistemas productivos sean eficaces y que el comercio esté bien regulado, etc.²⁵. Desarrollando el argumento concluiremos que la salud pública, la sanidad, debería abarcar y coordinar todas esas políticas, que son políticas de salud.

Siguiendo este modelo holístico, un plan de salud fijará como objetivo la salud de la población. Estudiará los problemas de salud, analizará sus causas y sus determinantes, y fijará objetivos de salud. Sin embargo, generalmente, sólo podrá asignar y controlar los recursos y las acciones que dependen del Departamento de Sanidad y, por lo tanto, previsiblemente, el plan fracasará, porque está proponiendo objetivos cuya consecución depende de acciones y recursos más allá del sistema sanitario.

Veamos un ejemplo paradigmático. La primera causa de muerte en el planeta sigue siendo el hambre y otras enfermedades derivadas de la pobreza²⁶. Según

Figura 1. Determinantes de la salud y la enfermedad y respuestas individuales y sociales (modificado de Evans²⁹)



los expertos²⁷ se producen en el mundo suficientes alimentos para toda la humanidad. El problema es la distribución de los alimentos. Y éste, a su vez, es un problema de capacidad de compra. Y éste, a su vez, es un problema de capacidad de producción de bienes y servicios para poder intercambiar o vender. Si la OMS propone en sus objetivos la disminución de esta mortalidad por hambre, o lo propone el Ministerio de Sanidad correspondiente en su plan de salud, debería tener responsabilidad sobre una serie de recursos y decisiones determinadas: instituciones financieras, empresas multinacionales, sindicatos, comercios minoristas, bolsas de valores, etc. En caso contrario no podrán conseguir los objetivos propuestos.

La presión para reducir costes y el desprestigio del sistema sanitario

Pero el problema que plantea la aplicación del modelo Lalonde no es que los gobiernos o los parlamentos no den más competencias a los departamentos de sanidad para coordinar políticas de salud. El problema es que, utilizando los elementos del modelo Lalonde, se puede cuestionar la eficiencia de los servicios sanitarios públicos y presionar para reducir sus presupuestos y sus programas. En

efecto, del discurso de Lalonde/Dever, se podía desarrollar la siguiente tesis: el objetivo de los sistemas sanitarios es la salud; la salud está determinada por muchos otros factores ajenos a los sistemas sanitarios; los sistemas sanitarios no aportan más que un 11% a la salud; los sistemas sanitarios consumen un 90% de los gastos en salud; el aumento de los gastos sanitarios no se traduce en una mejora proporcional de la salud de las poblaciones; por lo tanto, los sistemas sanitarios son ineficientes.

Algunos autores, como Evans, dan un paso más señalando que la sanidad puede contribuir a la pérdida de salud, no solamente en el sentido de iatrogenia que decía Illich²⁸, sino en el sentido de que consume recursos sin conseguir resultados y esos recursos no se destinan a otros sectores que pueden dar más provecho, de tal manera que el sistema sanitario afecta negativamente a la prosperidad de los pueblos, y, por lo tanto a su bienestar, a su salud²⁹. La conclusión lógica de este argumento es disminuir los presupuestos sanitarios públicos.

Un marco de análisis de la política sanitaria

Los determinantes de la salud son muchos y las interrelaciones entre estos factores son muy com-

plejas y dinámicas. Nosotros proponemos un esquema abierto (Fig. 1) que, respecto al esquema de Lalonde presenta dos diferencias fundamentales. La primera es que el sistema sanitario (la organización sanitaria) aparece como *respuesta*, y los factores determinantes aparecen como *causa*, como condicionante. La segunda es que, además de la organización sanitaria, *explicitamos* otras *respuestas* públicas y privadas, del individuo y de la colectividad. Aparecen así un conjunto de *políticas públicas* que tienen que ver con la salud, que consumen recursos y que cooperan entre sí, de las que una de ellas es la política sanitaria. Modificamos de esta forma la interpretación de Evans sobre la relación entre salud y sanidad. Es decir, hacemos evidente que los gastos en salud no son sólo los gastos sanitarios, sino otros muchos y de mucha mayor cuantía.

En cada situación determinada de enfermedad-salud-bienestar, en cada ámbito y en cada momento, las personas, los grupos humanos, los países, responden con unas acciones concretas. Hay acciones que son públicas (financiadas con impuestos y cotizaciones y reguladas desde los poderes del Estado). El sistema sanitario público es una de estas respuestas. Hay otras políticas públicas como el sistema educativo, el sistema de seguridad social, el sistema de impuestos, la política de urbanismo y de vivienda, la política de transportes, la política de orden público y seguridad exterior, etc. Por otra parte hay otras respuestas que son colectivas, pero privadas. Las empresas, los medios de comunicación, los sindicatos, organizan acciones colectivas para modificar la realidad concreta y conseguir una mejor situación, mayor bienestar, mayor salud.

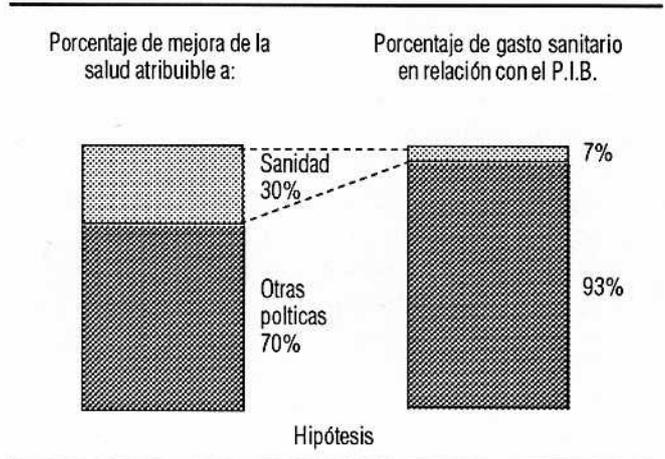
Finalmente hay respuestas individuales. Con los propios recursos económicos, físico, personales, cada uno hace lo que mejor le parece intentando conseguir con su forma de vida el mejor equilibrio posible, la felicidad.

El modesto lugar de la política sanitaria

La sanidad, los servicios sanitarios, no lo pueden todo. Mazzafero decía que el objetivo de la salud pública es la justicia³⁰. Ese es el objetivo de toda buena política, es el objetivo de todo hombre honrado. La salud pública puede contribuir a esa utopía colectiva, desde su oficio concreto. Pero su oficio concreto, aunque persiga ese noble fin, es más modesto.

La sanidad, el sistema sanitario (que incluye la salud pública) tiene como objeto alterar el curso

Figura 2. Influencia de la sanidad y otros factores en la salud, y su relación con el gasto relativo (modificado de Pineau³¹)



natural de las enfermedades. Intentar prevenir, intentar curar, si no es posible, aliviar el dolor, y, en todo caso, consolar. Ésta es la tarea de los sanitarios. Es una tarea noble que no implica una visión negativa de la salud, ni que conduce a un sistema sanitario enfermo. Éste es el oficio de la salud pública, de los hospitales, de las enfermeras, y de todos los profesionales sanitarios: hacer una buena medicina.

Algunos defendemos que eso implica que sea técnicamente correcta, y que sea accesible a toda la población sin distinción de condición social. Y eso cuesta dinero. ¿Cuánto? Lo que sea razonable, lo que la sociedad pueda y quiera destinar en función de las otras necesidades que debe y quiere cubrir.

¿Cómo podemos medir la eficiencia del sistema sanitario? Pues como se hace en cualquier otro sector de la actividad humana: midiendo la cantidad y calidad de bienes y servicios que produce y su coste. El producto sanitario puede ser conceptualizado de diferentes maneras^{31,32}. Para nosotros es un conjunto de prestaciones que pueden ser diagnósticos, programas preventivos, cuidados de enfermería, etc.³³. El sistema sanitario produce servicios y con estos servicios contribuye a la salud. Seguramente la contribución del sistema sanitario a la disminución de la enfermedad y a la disminución de muertes prematuras es muy importante, más importante que la de otros sectores³⁴. Mucho más importante que el 11% que ha popularizado Dever, si consideramos las muertes evitadas y toda la morbilidad evitada o corregida. ¿Podríamos avanzar la hipótesis de que la sanidad contribuye a un 30% de la mejora de la salud de las poblaciones en sociedades desarrolladas, utilizando para ello sólo un 7% de los recursos? (Fig. 2).

Según esta nueva perspectiva, los planes de salud y otros documentos de política sanitaria, donde los recursos a emplear sean los del sector sanitario, deberían tener como objetivos la prestación de servicios sanitarios de calidad adecuada al conjunto de la población³⁵⁻³⁷. Creemos que esta perspectiva considera más objetivamente el campo del sistema sanitario. Permite acotar mejor su responsabilidad, permite valorar más ajustadamente la cantidad y calidad de los servicios realizados y por tanto posibilita medir la eficiencia del sistema. Quizá desde esta perspectiva los profesionales sanitarios consigan la credibilidad y estima social que les

permita participar más activamente en la discusión del conjunto de políticas públicas y en la orientación del rumbo de la sociedad a la que sirven, para contribuir, modestamente, al logro de la salud y de la justicia.

Agradecimientos

A Francisco Martínez López, Carmen Gómez Asorey, Alicia Delgado, Mayra García Bergés y Manuel Oñorbe de Torre, por sus comentarios y a los compañeros de la Dirección General de Planificación, por su paciencia.

Bibliografía

1. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
2. McBeath WH. Health for All: A Public Health Vision. *Am J Public Health* 1991; 81: 1560-5.
3. Ashton J. Institutes of public health and medical schools: grasping defeat from the jaws of victory? *J Epidemiol Community Health* 1993; 47 (3): 165-8.
4. Iverson D. The Scientific Base of Health Promotion. *Prev Med* 1986; 15: 439-41.
5. World Health Organization. *Formulating Strategies for Health for All the year 2000*. Ginebra: WHO "Health for all" Ser. nº 2, 1979.
6. World Health Organization. *regional Strategy for attaining health for all by the year 2000*. Copenhagen: WHO Regional, Office for Europe, 1986.
7. Laframboise HL. Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *J Can Med Assoc* 1973; 108: 388-93.
8. Dever GEA. An epidemiological Model for health policy analysis. *Soc Ind Res* 1976; 2: 453-66.
9. Roemer M. The value of medical care for health promotion. *Am J Public Health* 1984; 74: 243-8.
10. Gunning-Schepers LJ, Hagen JH. Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health? *Soc Sci Med* 1987; 24 (11): 945-51.
11. Pineault R, Daveluy C. *La Planificación Sanitaria: conceptos-métodos-estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.
12. Piédrola G, Del Rey J, Domínguez M, Cortina P, Gálvez R, Sierra A, et al (eds). *Medicina preventiva y salud pública, 9ª ed*. Barcelona: Masson-Salvat, 1991.
13. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Document Marc per a l'elaboració del Pla de Salut de Catalunya*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 1991.
14. Consejería de Sanidad y Consumo. *Plan de Salud y Consumo de Extremadura*. Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo, 1991.
15. Consejería de Sanidad. *Plan de Salud de la Región de Murcia, 1993-1996*. Murcia: Servicio de Salud de la Región de Murcia, 1992.
16. Hernández J, Regidor E. Medición de los resultados del "Producto Sanidad Pública" y de los objetivos alcanzados. En: Barea J (ed). *Análisis económico de los gastos públicos en sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, Ministerio de Economía y Hacienda, 1992.
17. Laframboise HL. Non-participative policy development: The genesis of "A New perspective on the health of Canadians". *J Public Health Policy* 1990; 11 (3): 316-22.
18. McKeown T. *El papel de la medicina ¿sueño, espejismo o némesis?* Madrid: Siglo XXI, 1982.
19. Laín Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1979: 113.
20. Dever GEA. *Community Health Analysis: global awareness at the local level*. 2nd ed. Gaithersburg: Aspen, 1991.
21. Mitchell J. Looking after ourselves: an individual responsibility? *J Royal Soc Health* 1982; 102: 169-73.
22. Milio N. *Promoting Health Through Public Policy*. Philadelphia: F.A. Davis, 1981.
23. Lohr KN. Outcome Measurement: concepts and questions. *Inquiry* 1988; 25: 37-50.
24. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS, 1960.
25. McBeath WH. *Ibid*.
26. World Health Organization. *200 million may die prematurely in the 1990's*. Ginebra: WHO, 1990.
27. VVAA. *Declaración de Barcelona: los derechos alimentarios del hombre*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, 1992.
28. Illich I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Joaquín Mortiz, 1978.
29. Evans R, Stoddart G. Producing Health, consuming health care. *Soc Sci Med* 1990; 31 (12): 1347-63.
30. Mazzafero VE. *Medicina en Salud Pública*. Buenos Aires: El Ateneo, 1988.
31. Ortún V. El producto sanitario: ¿servicio o salud?. En: *El producto sanitario ¿servicios o salud?* Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1993.
32. Segura A. La salud como un resultado de los servicios sanitarios. En: *El producto sanitario ¿servicios o salud?* Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1993.
33. Lamata F. Características y Tipos de productos sanitarios. En: *El producto sanitario ¿servicios o salud?* Madrid: Consejería de salud de la Comunidad de Madrid, 1993.
34. McDermott W. Medicine: The public Good and One's Own. *World Health Forum* 1979; 1: 125-34.
35. Consejería de salud. *Plan de Salud de la Comunidad de Madrid: Documento abierto para discusión*. Madrid: Consejería de Salud, 1993 (en prensa).
36. Government Committee on Choices in Health Care. *Choices in Health Care*. The Netherlands: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.
37. Departamento de Sanidad el Gobierno Vasco. *Osasuna Zainduz: Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1993.