

LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL ÁREA SANITARIA LA EXPERIENCIA DEL NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS)

Derek Williams, Profesor

Health Services Management Center. The University of Birmingham

Introducción

El National Health Service (NHS) es una de las organizaciones mayores -y quizás la más compleja- del mundo. Ocupa a 800.000 personas y gasta el 6.5% del producto nacional bruto británico. En 1985 esta cifra ascendió a 17.000 millones de libras esterlinas.

Me referiré esencialmente al grado de eficiencia, es decir, cómo se emplea esta enorme suma de dinero. Ni que decir tiene que es un tema muy difícil, porque asignar recursos a la sanidad y evaluar el éxito de dicha asignación, no es una cuestión técnica sencilla, al contrario es un problema altamente complicado, tanto social como político y técnico.

Existen tres razones por las cuales la comprensión del proceso de asignación de recursos es complicada:

- Primero, la relación entre los recursos invertidos en sanidad y sus resultados es siempre incierta, dado que en la situación sanitaria influyen múltiples factores, aparte de los servicios específicos de sanidad.
- El segundo problema, del cual somos muy conscientes en el NHS, cada vez más conscientes según mi opinión, es que no existe ni un solo objetivo común que nos una. Los objetivos del gobierno, los de los médicos y los de la población, son distintos y lo que debemos procurar es un consenso entre los intereses de los políticos, lo cual a menudo es difícil de conseguir.
- El tercer problema, evidentemente, consiste en que los fundamentos de la información sobre el rendimiento de la asistencia sanitaria

suelen ser ambiguos y poco fiables.

La asignación de recursos en el NHS

Comentaré en primer lugar la asignación nacional de recursos al NHS, capítulo en el cual se aprecian signos de un funcionamiento bastante bueno del sistema británico. Después pasaré a la asignación y uso de recursos dentro del NHS; en este cuadro ya aparecen más puntos sombríos.

En el plano nacional, creo que recibimos lo que vale el dinero del NHS. No ocurre lo mismo en el plano local, ni mucho menos. Intentaré explicar los motivos.

Gastar un 6% o un 6,5% del producto nacional bruto en sanidad, suele considerarse una cifra baja en el mundo desarrollado. La mayoría de

los países desarrollados de la Europa noroccidental y de América del Norte gastan cuatro puntos más. Los americanos, los alemanes, los canadienses y los suecos gastan alrededor del 10% de su producto nacional bruto y además, su producto nacional es mucho más elevado que el nuestro. Pero también diremos que con un gasto muy superior obtienen los mismos resultados en morbilidad y mortalidad que nosotros.

Es evidente que, además de los servicios sanitarios, existe un gran número de factores que inciden en la salud, pero estimo que ha llegado el momento de decir que, en conjunto, gastamos menos en nuestros servicios sanitarios de lo que gastan otros países con los cuales podemos, más o menos, establecer comparaciones. Esto también conviene entenderlo: los datos no son excesivamente fiables, las comparaciones internacionales presentan dificultad.

Tabla 1. Evolución de los gastos en salud. 1960-1983. % sobre el PIB

País	1960	1965	1970	1975	1980	1982	1983
Alemania	4,8	5,1	5,6	8,1	8,1	8,2	8,2
Austria	4,4	4,7	5,3	6,4	7,0	7,3	7,3
Bélgica	3,4	3,9	4,1	5,5	6,3	6,2	6,5
Canadá	5,5	6,1	7,2	7,4	7,3	8,2	-
Dinamarca	3,6	4,8	6,1	6,5	6,8	6,8	6,6
España	-	2,7	4,1	5,1	5,9	6,3	-
EE.UU.	5,3	6,1	7,6	8,6	9,5	10,6	10,8
Finlandia	4,2	4,9	5,6	5,8	6,3	6,6	6,6
Francia	4,3	5,3	6,1	7,6	8,5	9,3	9,3
Irlanda	4,0	4,4	5,6	7,7	8,7	2,2	-
Italia	3,9	4,6	5,5	6,7	6,8	7,2	7,4
Japón	3,0	4,5	4,6	5,7	6,4	6,6	6,7
Noruega	3,3	3,9	5,0	6,7	6,8	6,8	6,9
Países Bajos	3,9	4,4	6,0	7,7	8,3	8,7	8,8
Reino Unido	3,9	4,2	4,5	5,5	5,8	5,9	6,2
Suecia	4,7	5,6	7,2	8,0	9,5	9,7	9,6
Suiza	3,3	3,8	5,2	7,1	7,2	7,8	-

Fuente: OECD Measuring health care. 1960-1983

De todos modos, explicar por qué ocurre así en el plan nacional, es bastante fácil. Existen, concretamente, seis factores que facilitan relativamente el control del gasto sanitario en el Reino Unido.

El primero consiste en el hecho de que nuestro sistema se apoya en los impuestos estatales. Los sistemas que se basan en seguros o en los impuestos locales, como en Suecia, tienden a ser más caros.

Segundo, el Reino Unido y en el plano nacional, el NHS ha de competir con otros ministerios estatales para obtener recursos y así, dentro del gobierno, el ministro de Sanidad tiene que regatear con el ministro de Defensa y con intereses que representan la vivienda, las carreteras y otros ministerios de presupuesto estatal; por ello el crecimiento de la tasa de asignación de recursos al NHS se mantiene bajo. Ciertamente, en el Reino Unido tenemos el aumento más lento del gasto en Sanidad, entre 1960 y 1985, de toda Europa.

El tercer factor consistiría en que se espera de nuestras autoridades sanitarias en los distintos puntos del país que trabajen dentro de unos límites presupuestarios estrictamente definidos. No siempre se había hecho así, pero hoy en día se actúa de esta manera y el gobierno espera que los responsables sanitarios se muevan dentro de dichos límites. Si existe déficit, se presupone que las autoridades sanitarias lo compensarán por su cuenta. Entonces, dichas autoridades muestran eficacias distintas, por motivos que explicaré más adelante. En algunos puntos del país se empieza un año con menos recursos, en términos reales, que los asignados para el año anterior, a pesar de que los datos demográficos indican que la demanda de servicios aumentará.

La cuarta ventaja substancial que tenemos en el control de los gastos nacionales es debida a la circunstancia de que nuestros médicos hospitalarios trabajan a sueldo, y ello es muy favorable puesto que no solo son asalariados sino que, comparados con los de Europa occidental y de América del Norte, sus sueldos son

más bajos. No pienso que sean bajos en comparación con los españoles, pero ciertamente lo son comparados con Europa occidental.

En quinto lugar, nosotros limitamos el ingreso en las facultades de Medicina, lo cual es una importante ventaja. Es bien conocida la relación directa entre el número de médicos que se sitúa en el sistema de asistencia sanitaria y el coste de dicho sistema.

Y finalmente, pienso que el factor más importante, el que más contribuye a la contención del gasto, es nuestro sistema de asistencia primaria, que controla casi todos los ingresos del sistema hospitalario. A diferencia de los médicos hospitalarios asalariados, los médicos de cabecera (de medicina general-GP) cobran honorarios; cobran por concierto y también cobran honorarios de distintos tipos, pero son médicos independientes. Pienso que lo que acabo de exponer, por sí mismo es un factor de motivación; los comentaristas extranjeros del NHS se muestran muy entusiasmados en sus alabanzas de la ética y la competencia de los GP británicos y parece que el sistema funciona bastante bien. Su motivación, pienso no es ningún problema; el hecho de que sean contratantes independientes parece que ya los estimula suficientemente. Tienen oportunidades de formación, pueden participar en los programas de postgraduados, lo cual seguramente les ayuda a mantenerse al corriente y en línea con los últimos progresos de la medicina familiar. También ofrecemos algunos incentivos para que los médicos de cabecera se trasladen a regiones del país menos atractivas pero, en conjunto, son libres de organizarse sus servicios, con muy poca influencia del NHS.

La distribución de los recursos

Los factores que acabo de comentar y que han tenido una influencia decisiva en la restricción del gasto sanitario, han sido, en mi opinión, el motivo de nuestra tolerancia en la

evaluación del rendimiento en el ámbito local. Hemos avanzado mucho menos que otros países, como Canadá, Escandinavia, en la evaluación y control de los rendimientos locales.

La esencia de la organización del NHS es la división en regiones sanitarias, las cuales incluyen poblaciones comprendidas entre los dos y cinco millones de habitantes; cada región sanitaria se divide a su vez en distritos sanitarios. Cada nivel tiene sus propias autoridades sanitarias que se responsabilizan de la gestión de la salud en la zona.

Es evidente que habiendo asignado el 6,5% de nuestro PIB a Sanidad, no deberíamos preocuparnos mucho por la distribución del gasto en los distintos centros y Areas sanitarias.

Pero en los últimos años la situación ha cambiado, en parte porque, ni que decir tiene, tenemos dificultades financieras como todos los países de Europa y en parte porque los cambios políticos en el Reino Unido nos han traído un gobierno especialmente crítico en relación a todo gasto público, lo cual nos obliga a mejorar también nuestro sistema de asignación de recursos en el plano local.

Uno de los problemas más acuciantes era la variación existente en las asignaciones históricamente distribuidas a las distintas regiones del país, puesto que, en líneas generales, se había gastado más en sanidad y se habían invertido más recursos en los servicios sanitarios del sur de Inglaterra y de Escocia que no en los del Norte de Inglaterra.

En consecuencia, una de nuestras primeras tareas políticas en la asignación sanitaria consistiría en la rectificación de las desigualdades históricas entre las diferentes regiones del país. El primer gran problema que menciono es, pues, el de la desigualdad geográfica.

Hasta mediados del decenio de los setenta habíamos dividido todo el pastel del NHS, los 17.000 millones de libras del año 1985, antes citado, en términos históricos, más o menos. Es decir: «Lo que recibes este año es lo mismo que recibiste el año anterior, más el 5 o el 6%». En otras

palabras, las desigualdades geográficas se perpetuaban.

En 1976 se ideó una fórmula para rectificar estos desniveles. La fórmula, cuyo nombre es RAWP, es compleja y se basa en las asignaciones a las poblaciones particulares, ponderadas por edad y sexo y por factores de mortalidad.

Dado que la economía del Reino Unido crece lentamente, se ha evidenciado que las desigualdades históricas no se podían rectificar de la noche a la mañana. Si bien es verdad que no hemos avanzado tanto como hubiéramos deseado en el traspaso de asignaciones de unas regiones del país a otras, actualmente la asignación financiera ya se desplaza en la dirección conveniente y algunas demarcaciones del NHS, en especial las cuatro demarcaciones de Londres, empiezan a acostumbrarse a no recibir sumas mayores cada año, al contrario, las cantidades que deberían percibir por el aumento demográfico, les son recortadas anualmente y por lo tanto, también deben acostumbrarse a desenvolverse en estas circunstancias restrictivas. Concretando, el primer punto que he expuesto es el del modelo de asignaciones que ya estamos abandonando, con un sistema central de control de recursos y con una fórmula de asignación para corregir las injusticias geográficas históricas.

El siguiente punto es la utilización de un sistema de planificación para modificar el modelo del gasto, para encauzarlo en unas direcciones determinadas. En primer lugar, el gobierno destaca algunos grupos prioritarios: los marginados, los discapacitados mentales, los servicios comunitarios y algunos servicios de agudos. Prioridades que son, no impuestas, pero sí confiadas a las autoridades sanitarias regionales y de los distritos, a través del sistema de planificación.

Las autoridades sanitarias de distrito y las regionales se encargan de preparar los planes operacionales y estratégicos: los planes estratégicos son para diez años y los operacionales para dos; estos últimos indican al gobierno de que manera se atenderán

las prioridades por él establecidas.

He podido comprobar que es mucho más fácil anunciar unas prioridades que lograr que las autoridades sanitarias las lleven a cabo. Yo formaba parte de una dirección sanitaria local -todavía permanezco en ella- y en un periodo de diez años jamás pudimos poner en práctica las prioridades que el gobierno nos señalaba; nosotros argumentábamos que las restricciones presupuestarias que nos imponían eran tan grandes que nos era imposible recortar el gasto en los servicios de agudos para ampliar nuestros servicios comunitarios hasta el límite exigido por la Administración. Pienso que era un pretexto y que hubiéramos podido hacerlo mejor, pero eso es la teoría y existe alguna diferencia entre teoría y práctica. Este es un terreno en el que el gobierno empieza a mostrarse riguroso con los servicios de sanidad.

Últimamente se ha iniciado un sistema de revisiones mediante las cuales el Ministerio de Sanidad revisa al mismo tiempo cada una de las regiones y su funcionamiento y en ocasiones critica severamente la labor de la región en cuanto al sistema empleado para ejecutar sus planes y para cumplir las prioridades del gobierno. Y, a su vez, las autoridades regionales realizan un control parecido al de las autoridades sanitarias de distrito. Este método de revisión no se ha visto libre de problemas; a menudo ha sido sumamente prolijo, comporta un exceso de información y las reuniones de revisión se han caracterizado por cantidades ingentes de papeleo que nadie puede, en realidad, leer. Pero sus responsables han corregido progresivamente estos defectos y en su última versión se seleccionaron cuatro o cinco cuestiones clave en las que la autoridad sanitaria de rango superior quiere asegurarse de que la autoridad de rango inferior las llevará a cabo; dicha reducción permite estudiar más detalladamente los temas escogidos, aplicar penalizaciones financieras al fracaso en la realización de las políticas programadas y también examinar quizás aquel 10 por ciento de las actividades de cada re-

gión o distrito concretos que aparentemente van muy bien o muy mal.

Cada vez se concede más importancia a las sanciones financieras. Por ejemplo, si una autoridad sanitaria se ha comprometido a poner en práctica unas políticas determinadas, como invertir más recursos en la mejora de los servicios comunitarios o aumentar la inversión en asistencia a los enfermos o disminuidos mentales -que son algunos de los sectores prioritarios que antes he mencionado- y a pesar de haber aceptado esta responsabilidad continúa dedicando la mayor parte de su presupuesto a pacientes agudos, en tales circunstancias la autoridad sanitaria regional podría muy bien retirar a la autoridad de distrito una parte de la asignación financiera, digamos una cantidad similar a la que se había comprometido a emplear. En otras palabras, si se había previsto invertir 500.000 libras en la ampliación de los servicios comunitarios para discapacitados mentales y no se hizo así sino que dicha cantidad se invirtió en algún otro servicio, la autoridad sanitaria de distrito podría perder el medio millón de libras mencionado.

En el conjunto de todo este sistema existen dos tensiones. La primera consiste en la tensión entre el control del gobierno central y la delegación de responsabilidad a las autoridades periféricas. En la situación actual el gobierno, aunque repite a menudo el NHS su deseo de delegar cada vez más responsabilidades en las autoridades locales, actúa con una tendencia centralizadora de la responsabilidad. Es decir, que tenemos una ideología de delegación pero una práctica de centralización la cual, en mi opinión, es resultado de las circunstancias económicas del país y, en parte, fruto de la ideología de nuestro gobierno en concreto.

La otra tensión se produce entre la responsabilidad pública de los servicios de sanidad, por un lado, y la necesidad de autonomía profesional por otro.

En resumen, tenemos dos tensiones en este sistema: una entre el control del gobierno y la autonomía

local, otra entre la responsabilidad pública y la autonomía profesional.

Ahora bien, he iniciado mi comentario sobre la asignación de recursos en el seno del NHS hablando de la variación geográfica. También me gustaría decir algo sobre otras variaciones del servicio sanitario que son notables.

Dichas diferencias no incluyen solamente las variaciones económicas que he mencionado; existen diferencias en el modo de prestar la asistencia en las distintas regiones del país y también existen diferencias en los resultados de la asistencia.

Algunos de estos hechos nos preocupan seriamente. Por ejemplo, a pesar de que el NHS cuenta con cuarenta años de existencia, la demanda de asistencia sanitaria por los distintos grupos sociales en Gran Bretaña todavía difiere notablemente, es decir, que los grupos de ingresos considerables, las clases sociales elevadas, tienden a usar más los servicios sanitarios que otras clases sociales que aparentemente los necesitarían más.

Otro problema consiste en que nuestra capacidad de satisfacer la demanda varía bruscamente de una autoridad a otra. Por ejemplo, en algunos puntos se forman largas listas de espera y en otros son inexistentes; tenemos dificultades para eliminar esta anomalía.

Es difícil explicar los motivos de variaciones tan notables en el modo de practicar la asistencia en las distintas administraciones; y con ello me refiero a variaciones en la duración de las estancias hospitalarias para un mismo estado clínico, tan acusadas entre unas y otras regiones; a variaciones en el uso de los quirófanos, en el número de exploraciones radiológicas que les son encargadas, en la distribución entre la asistencia domiciliar y la hospitalaria para determinados estados clínicos, en el número de camas vacías de los hospitales.

También nos preocupan las importantes variaciones en los resultados de la asistencia. Es decir, existen diferencias entre las administraciones sanitarias e incluso entre los clínicos individuales de una misma demarca-

ción sanitaria, o en los índices de mortalidad para determinadas situaciones clínicas.

Actualmente recogemos suficiente información sobre el rendimiento del servicio sanitario para poder establecer qué médicos del NHS parecen ser más activos y qué médicos lo son menos; quiénes parecen más avanzados en la práctica de prescripción y quienes son más conservadores; los que parecen tener más éxito en sus actividades y resultados y aquellos cuya actuación no parece tan satisfactoria.

Los responsables de la utilización de los servicios sanitarios

¿A quién hay que confiar la responsabilidad del correcto uso de los recursos sanitarios? ¿A los directores de los servicios? ¿A los clínicos? ¿Conjuntamente a directores y clínicos? Y en este último caso, ¿cómo esperamos que se realice esta labor de equipo?

En el año 1983 el gobierno efectuó una investigación en la dirección del NHS. El estudio fue presidido por un hombre de empresa, el señor Roy Griffith y el informe recibió el nombre de «The Griffith's Report». Aparecieron muchos puntos débiles en la dirección del NHS. Entre ellos: el NHS parecía tener objetivos muy poco definidos; no evaluaba su rendimiento con efectividad; no se hacía ningún intento sistemático para estudiar el rendimiento con criterios clínicos, sociales o económicos reconocidos; parecía incapaz de promover ningún cambio efectivo.

Dichas críticas fueron aceptadas sin reservas por el NHS; además, se manifestó en el país un sentimiento general que acusaba a la dirección del NHS no sólo de estas deficiencias sino de alguna más. Por ejemplo, no influir tanto como sería necesario en la actividad clínica y también que el NHS parecía insensible a los puntos de vista de los consumidores.

Pienso que es verdad que históricamente el NHS ha incurrido en cierto paternalismo benévolo. Siempre ha

dado la impresión de que sabía lo que convenía a la gente más que la gente misma y que, cuando ha consultado otros pareceres, ha tendido a tomar la opinión profesional como representativa de la opinión pública.

Otras críticas se han referido al hecho de que el servicio sanitario estaba fragmentado en un número excesivo de especialidades, cada una de ellas con sus intereses e idiosincrasias particulares y también que no existía ningún tipo de filosofía o de criterio coherente en el servicio. E incluso algunas críticas técnicas: nuestros sistemas de información parecían inmaduros y nuestros sistemas presupuestarios y financieros lo eran.

Esta crítica cruel ha sido el distintivo de otros sistemas sanitarios además del británico. Ciertamente, el estudio de Evans mostró que la dirección ineficaz era el peor problema de los servicios sanitarios, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo y, en consecuencia, llegó a la conclusión de que la necesidad primordial de todos los servicios de asistencia sanitaria era la de mejorar la calidad de su gestión.

Nuestro gobierno reaccionó ante el informe de Griffith contratando directores generales para substituir a los equipos de dirección presentes hasta aquel momento en todas las entidades asistenciales. Dichos directores están en la actualidad distribuidos en los siguientes cargos: 14 directores generales regionales, unos 200 directores generales de distrito; y unos 700 directores generales de unidades para gestionar un gran hospital, unos servicios comunitarios u otros servicios similares. La intención original fue que los administradores y el resto de directivos del servicio sanitario fuesen en su mayoría substituidos por personas no pertenecientes al NHS, de las cuales se esperaba una labor más eficiente. De hecho, por varias razones fue difícil contratar a un número suficiente de personas que no pertenecieran al NHS para los cargos de dirección general y alrededor del 80% de los directores generales fueron formalmente administrativos

del NHS; el resto de ellos, un 5% eran financieros del NHS, otro 5% eran médicos y sólo un 10% procedía del exterior. De estos últimos, un 5% procedía de la industria o de empresas comerciales y con una sorpresa de todo el mundo, entre el 5 y el 6% de los directores generales del NHS, resultaban ser antiguos oficiales de las fuerzas armadas que por varias razones se habían mostrado como candidatos atractivos para algunas administraciones sanitarias.

Las cuestiones más importantes que los nuevos directores generales deberán atacar si es que desean resolver los múltiples problemas de la asignación de recursos que he comentado, se vinculan, en mi opinión, a la incertidumbre existente en el propio seno del servicio sanitario sobre cuál es realmente la finalidad de la dirección en el NHS.

Porque, a pesar de haber contratado a dichos directores generales, no hemos eliminado del NHS lo que a mí me parece dos filosofías en competencia en cuanto a la gestión sanitaria. En realidad, su número es mayor, pero las resumiré en dos, para distinguirlas claramente. La primera, que podríamos llamar la filosofía tradicional del NHS, estima que la dirección existe para proporcionar las condiciones más convenientes para que los médicos tomen las decisiones más importantes relativas a la asistencia sanitaria. Es tarea de los directores la gestión de los servicios auxiliares, los de hostelería, de lavandería, el aprovisionamiento, la limpieza, las finanzas, el mantenimiento; y también se espera de ellos que establezcan las unidades de gasto globales dentro de las cuales el servicio opera. En cambio esta óptica mantiene la necesidad de que las decisiones cruciales respecto al modelo y a la calidad de asistencia se dejen a la autorregulación profesio-

sional. Entonces según dicha perspectiva, el control del gasto es la función clave de la dirección. Existe otra manera de ver las cosas, consistente en que la dirección tiene su interés propio y vital en el modelo y en la calidad de la asistencia y asimismo en su coste; y en que la dirección tiene el deber de trabajar en unión con los clínicos para buscar mejoras en la calidad de la asistencia, para asegurarse de que los sistemas de información funcionan, para asegurarse de que las propuestas de los clínicos para los escasos recursos, están claras. En esta filosofía la función clave de la dirección es la mejora de la calidad.

Yo creo en este segundo punto de vista y creo en él por dos razones. La primera, porque la autorregulación profesional no puede funcionar de cara al futuro debido a las estrecheces financieras actuales, que siempre existirán dado que los avances de la tecnología médica siempre dejarán atrás la capacidad de cualquier economía para financiar los servicios sanitarios hasta el límite de la demanda en tecnología médica; y además, incluso en el supuesto de que la tecnología médica no aumentase sus exigencias, las de los consumidores seguirán subiendo en todos los países a niveles cada vez más altos. En consecuencia, mi primera razón para pensar que nuestros recursos para los servicios sanitarios deben ser gestionados de modo más positivo, es que las presiones tecnológicas, sociales y financieras no nos permiten tomar otro camino. Mi segunda convicción es que la autorregulación profesional, por lo menos en el Reino Unido, tampoco funcionó bien en el pasado; prueba de ello son las variaciones en el uso de los recursos que hemos venido comentando.

Por lo tanto, si queremos mejorar

nuestro uso de los recursos -y yo intento darles una visión general de lo que me parece que hacemos bien y lo que me parece que está mal-, los directores generales deberán aceptar la responsabilidad de intervenir mucho más positivamente en la consecución de mejoras en la calidad de la asistencia y para ello es preciso que colaboren más efectivamente con los clínicos de lo que lo han hecho hasta ahora, por lo menos en el Reino Unido.

Comentario final

El sistema de asistencia sanitaria es el producto no simplemente de unas fuerzas técnicas y profesionales concretas, sino que es el resultado de un complicado juego mutuo de factores ideológicos, culturales, históricos y políticos.

Cada país debe desarrollar un sistema adecuado a sus necesidades, a su cultura, a sus tradiciones, a su historia. Es decir, sería plenamente erróneo querer trasladar miméticamente las características generales del NHS a España, porque no funcionarían. Cada país tiene que elaborarlas aprendiendo en donde sea posible, no solo de Inglaterra, sino también en los demás países; en cualquier parte en donde, partiendo de distintas posiciones políticas y de distintas situaciones culturales, se hayan introducido enormes mejoras en la asistencia sanitaria, aunque no hayan seguido por el mismo camino que nosotros. En resumen, yo diría que lo mejor que podemos hacer es estudiar las prácticas y los sistemas de asistencia sanitaria de muchos otros países y tomar de ellos lo que pueda ser más útil a la situación española.

Cartas al director

La inclusión de esta sección responde al gran interés que el equipo editorial tiene en convertir a la revista en un medio de comunicación entre

los lectores que sea plural y ágil, sin perder en ningún momento la calidad en los contenidos. Las Cartas al Director han de crear un espacio de reflexión sobre la realidad de los problemas de la Salud Pública y la Admi-

nistración Sanitaria en nuestro medio. Desde ahora animamos a todos los lectores a enviar aquellos trabajos y observaciones a esta sección de debate y actualidad.