

Lección de apertura de curso 2004-2005

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel

¿QUÉ HACE LA ECONOMÍA POR NUESTRA SALUD?

Exmas. autoridades, miembros de la comunidad universitaria, queridos compañeros, amigos.

Cuando me presento como economista de la salud me suelen preguntar “¿Pero qué es eso” “¿A qué se dedican?” “¿Para qué sirve?” A lo largo de los próximos minutos intentaré responder, valiéndome de fragmentos de películas a modo de ilustración, porque al fin y al cabo los modelos económicos también cuentan historias.

La E.S. ayuda a mejorar la asignación de los recursos de la sociedad. Esa es una tarea difícil, controvertida y antipática, máxime cuando jugamos con la vida y la muerte de las personas. Pero no trabajamos solos en esta misión. Colaboramos estrechamente con otras disciplinas, en una corriente llamada *investigación de servicios sanitarios* en la que cada una aporta su propia óptica de la realidad, algo así como los varios tipos de mapas –físico, meteorológico, de carreteras- informan sobre aspectos complementarios de la geografía. La economía de la salud no es un coto cerrado de los economistas. La Asociación Española de Economía de la Salud, que tengo el honor de presidir es un punto de encuentro y de debate entre médicos, farmacéuticos, juristas y economistas, entre gestores y clínicos, entre teoría y práctica, entre academia y profesión.

“La bolsa o la vida”, decían los asaltantes de diligencias en los “Westerns”. Las decisiones de asignación de recursos en general, y de tratamientos médicos en particular, han de sopesar el coste y el resultado, lo que cuestan y la salud que ganan. Tradicionalmente, clínicos y gestores estaban separados por una barrera impermeable. Los clínicos no se sentían responsables de sus gastos. Aunque los médicos asignan en su práctica

diaria el 70% del gasto sanitario, en el pasado se desentendían de las consecuencias económicas de sus decisiones clínicas, y acusaban a los gestores de contar únicamente los costes, desentendiéndose de la salud de los pacientes.

En la película “paro clínico” se refleja muy claramente esa tensión. Los médicos del hospital tienen que robar por la noche, en el sótano, material quirúrgico que necesitan y el gerente les niega. He aquí la confrontación:

PARO CLINICO

Hoy en día, “gerencialismo” y “eficientismo” son términos peyorativos porque hemos roto esa barrera. Gracias a economistas de la salud como Alan Williams, profesor de la Universidad de York y al que muchos consideramos un padre académico, se ha cambiado el enfoque bilateral de la ética médica (el médico tiene que hacer todo lo posible por “Su” paciente, sin tener en cuenta el coste de oportunidad de no hacer nada por otros que esperan ahí fuera, posiblemente más necesitados) por un enfoque colectivo (el médico para la sociedad). Hoy en día hay consenso respecto a que, como dice el profesor Vicente Ortún, *“no basta con hacer mas gestora la clínica, hay que hacer también más clínica (o sanitaria) la gestión”*

La asignación de recursos es, en último término, un problema de equilibrio entre grupos de intereses. Dado que los recursos son limitados, dar a unos implica negar a otros. Cómo priorizar es una difícil decisión. ¿Ampliar el programa de detección precoz del cáncer de mama a los 40 años?, o comprar una PET para que tal hospital se ponga a la última en aparatos diagnósticos? O ampliar la cobertura dental? O poner en marcha un plan de choque contra las listas de espera quirúrgicas? O atender las reivindicaciones de las asociaciones de pacientes de tal o cual enfermedad? Los gobiernos de todos los países se enfrentan continuamente a esas reivindicaciones. Como ilustración, veamos esta secuencia de “El aceite de la vida”, película que cuenta la lucha de unos padres por curar a su hijo, aquejado de una rara enfermedad degenerativa para la que no hay tratamiento efectivo.

LORENZO'S OIL

Los gobiernos corren el riesgo de adoptar una posición meramente reactiva; atender las reivindicaciones de los que más y mejor gritan, de los que salen en la prensa, de los que influyen en la opinión pública. Las autoridades sanitarias necesitan una brújula que les ayude a decidir y a argumentar sus decisiones. La E.S. tiene esa brújula de información porque explicita los juicios de valor subyacentes en las posibles decisiones alternativas sobre asignación de recursos.

Necesitamos conocer mejor el mundo para poder cambiarlo. La E.S. es en último término una ciencia empírica que trata de mejorar el bienestar social. La econometría (“medida de la economía”) elabora modelos matemáticos para entender el por qué del comportamiento de las personas y las organizaciones, para predecir el futuro inercial y para cuantificar las consecuencias de las políticas. Así los modelos econométricos orientan la política sanitaria aportando evidencia al “*tribunal de los hechos*”. Decía Shumpeter que la economía es la única ciencia con números –los precios– que poseen entidad propia y no son sólo medidas de otra dimensión de la realidad. Por eso, añadía Shumpeter, “todo economista es un econométra, le guste o no”. Pues bien, los avances recientes de la econometría de la salud han sido espectaculares. Con métodos cada vez más sofisticados, y datos más ricos, estamos obteniendo nuevos resultados empíricos, algunos sorprendentes. Esos modelos econométricos, con cuyos detalles no les voy a castigar ahora, se basan en axiomas sobre las preferencias y el comportamiento de las personas. Son los cimientos de todo el análisis económico. Pues bien, según los supuestos clásicos, de hace más de cien años, el hombre, “*homo economicus*”, es un ser racional y egoísta que habita un mundo hipotético con información perfecta. Esos supuestos son irreales. En las últimas décadas, la ciencia económica ha sido capaz de modificarlos sin perecer en el intento. En contra de lo que pensaban los clásicos, no siempre la “mano invisible” del mercado organiza el caos. En ausencia de información perfecta, como ocurre en el mundo en general y en la sanidad en particular, tal vez esa mano sea invisible porque no exista, dice Stiglitz, premio Nobel de Economía en 2001. Cuando hay asimetrías de información

los mercados son imperfectos, no asignan bien los recursos, se vuelven estrechos, incluso inexistentes. Pero tampoco el Estado es el árbitro por encima de los ciudadanos, garante del bien común. La economía actual reconoce móviles altruistas en los ciudadanos y móviles egoístas en los gobernantes y se ha demostrado, por ejemplo, que la donación altruista asigna mejor que el mercado la sangre y hemoderivados para transfusiones. El altruismo tiene cabida en el análisis económico actual de la sanidad. En la película “Al límite”, Nicolas Cage trabaja en una ambulancia medicalizada, y describe así su sentimiento de gratificación personal, de recompensa no monetaria, por salvar vidas

AL LIMITE

“¿Qué hace la economía por tu salud?”, dice el título de esta lección. Por tanto yo debería hablarles de sus logros, retos y limitaciones, de sus cuentas liquidadas y de sus cuentas pendientes. Pero “¿Cómo pueden caber tantos besos en una canción?”, canta Joaquín Sabina. Y yo me pregunto cómo pueden caber tantos logros, tantos retos, tantas luces y tantas sombras de la E.S. en los 20 minutos que me quedan. No tengo más remedio que ser selectiva. Les voy a hablar de cuatro áreas en las que a mi juicio nuestras aportaciones son más relevantes y útiles.

1. LOS SISTEMAS SANITARIOS Y SUS REFORMAS. APRENDIENDO EN CABEZA AJENA

Los sistemas de salud del mundo se diferencian en sus dosis de “Estado” y “Mercado”, de regulación y de libertad, y en cómo resuelven los inevitables conflictos entre eficiencia y equidad. Generalmente, hay que renunciar a alguna cota de eficiencia para reducir las desigualdades, y los economistas ayudamos a calibrar el coste de esas renunciaciones, estudiando las preferencias de las poblaciones y su aversión a la desigualdad.

Los recursos ni son hoy ni serán nunca suficientes para colmar todos nuestros deseos y necesidades. Todos los sistemas de salud imponen límites y mecanismos de racionamiento que si están bien diseñados no limitarán el acceso a la atención sanitaria que realmente se necesita. En unos países los mecanismos de racionamiento son monetarios (precios o primas de seguros), en otros no lo son (listas de espera, trabas burocráticas).

Donde hay cobertura y financiación pública universal se raciona con mecanismos ajenos al mercado. Frecuentemente las listas de espera son un problema grave (y no exclusivo de España). Además, la provisión pública suele asociarse a ciertos males: ineficiencia institucional de las burocracias públicas, aplicación rígida de normas administrativas, falta de incentivos para la eficiencia, uso inadecuado de muchos recursos. Canadá es uno de esos países. La película “Las invasiones bárbaras” nos introduce en un hospital público canadiense con una planta sobresaturada y otra cerrada. El hijo de un paciente le propone a la gerente que traslade a su padre a la planta vacía. La respuesta de la gerente ilustra muy bien los efectos secundarios de la rigidez administrativa:

LAS INVASIONES BÁRBARAS GERENTE

El análisis económico sugiere que si los pacientes pudieran pagar un plus por mejores servicios hoteleros en los hospitales públicos sin que la calidad médica de la atención se viera afectada, el bienestar social mejoraría, al conciliar las preferencias individuales con los intereses colectivos.

La cobertura universal y gratuita incentiva la utilización excesiva de recursos que no contribuyen a mejorar la salud. Los países que no imponen barreras monetarias garantizan equidad en el acceso, pero cojean por el lado de la eficiencia.

CARO DIARIO EN FARMACIA

Pero los sistemas basados en aseguramiento privado no obligatorio, cojean además por el lado de la equidad. EEUU nos viene a todos a la cabeza. Porque si no se garantiza la cobertura sanitaria universal, se discrimina injustamente a los más débiles, imponiéndoles barreras de acceso a un bien

preferente. El listón de la equidad del sistema de salud de EEUU es mucho más bajo que el nuestro. En España sería intolerable que el seguro de un ciudadano no cubriera los trasplantes y que se condenara a morir a un niño por falta de cobertura, como le ocurre al hijo de John Archibald en la película John Q. Desesperado, John secuestra la planta de urgencias del hospital, tomando rehenes, para exigir que su hijo sea incluido en la lista de espera del trasplante.

JOHN Q TIRITA

La E.S. ha contribuido a mostrar que no hay sistema sanitario perfecto y que casi todos se encuentran en un proceso crónico de reforma, con cierta tendencia convergente. En los últimos años, dos organismos internacionales (OMS, OCDE) han desarrollado proyectos para medir y comparar el desempeño de los sistemas de salud de los países. Personalmente, me parece mucho más prometedor el de la OCDE que, analizando comparativamente cómo los países organizan los recursos para enfrentar la enfermedad isquémica del corazón, el cáncer de mama, y el infarto, y comparando sus logros de salud, permiten “aprender en cabeza ajena”.

Por cierto, España sale bien en esas fotos. Consigue buenos indicadores de salud con un gasto razonable, quedando en el séptimo puesto de los 191 países del mundo según la OMS. Un estudio canadiense reciente nos sube al podio de los sistemas de salud de países desarrollados. Somos un ejemplo a imitar para Canadá.

2. EVALUACIÓN ECONÓMICA. CÓMO MEDIR Y VALORAR LA UTILIDAD DE LA SALUD

La evaluación económica, encomendada a las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, es una herramienta que ayuda, junto a otros criterios, a priorizar programas de salud y tratamientos para poblaciones específicas. Incluso ha nacido una nueva disciplina, la Farmacoeconomía, que tiene por objeto evaluar medicamentos para recomendar o no su financiación pública, y hay países –Reino Unido, USA, Canadá, Australia,

Bélgica e Israel- en que la evaluación económica es preceptiva para autorizar la financiación pública de los nuevos medicamentos.

Los dos platillos de la balanza son costes y resultados de salud.

Los costes no son solamente monetarios, ni tienen siempre valoración en el mercado (pensemos en el coste intangible del dolor y el sufrimiento), ni se cuentan únicamente los costes directos. Por ejemplo, hay que contar la pérdida de productividad laboral por causa de la gripe como coste indirecto de la enfermedad. Son costes de oportunidad, cuantifican el valor de la renuncia.

En cuanto a los resultados, se trata de medir y valorar la efectividad, es decir, la ganancia de salud. Los costes se pasan a euros, pero la efectividad se puede medir de muchas maneras, dependiendo del programa que estemos evaluando. Unos salvan vidas, otros alargan la esperanza de vida, otros mejoran su calidad. Necesitamos una métrica común, una unidad de medida de la efectividad que incorpore las dos dimensiones, cantidad y calidad de vida. Pues, bien, esa unidad de medida, contribución significada de la E.S. y resultado de un proyecto europeo de investigación llamado Euroqol es el AVAC: Año de Vida Ajustado por Calidad.

La ratio **coste-efectividad** es un criterio de eficiencia que se define como lo que cuesta conseguir una mejora unitaria de salud: cuánto nos cuesta ganar un AVAC.

La siguiente tabla sintetiza algunos informes recientes de NICE, la Agencia encargada desde 1998 de evaluar nuevos tratamientos y elaborar guías clínicas para Inglaterra y Gales. Vemos que ganar el equivalente a un año de vida en buena salud con un programa de cesación tabáquica cuesta unos 676 euros, mientras que cada AVAC ganado con Orlistat, un medicamento contra la obesidad, cuesta unos 72.000 euros, y con interferon beta para tratar la esclerosis múltiple cuesta 294.000 euros, unos 49 millones de ptas. Hay una enorme variabilidad de coste por AVAC ganado con distintas

intervenciones recomendadas por la agencia inglesa: la ratio de coste obesidad tabaco es de 107 a 1

Esas tablas que comparan el coste-efectividad de distintos tratamientos no han de ser tomadas como recetas a aplicar ciegamente en las decisiones de si financiar o no los tratamientos médicos, sino como una orientación para no actuar a ciegas, porque la disposición social a pagar por ganar salud depende de quiénes sean los beneficiarios y de cómo se distribuyan los AVACs ganados.

La tabla no tiene en cuenta la incertidumbre de los resultados. Cuantifica el coste-efectividad esperado o promedio, pero también importa, y mucho, el riesgo, el intervalo de confianza, diríamos en estadística. Aunque la Medicina se Base en la Evidencia (MBE), esa evidencia es fragmentaria, incompleta e incierta. Hay incertidumbre diagnóstica y sobre la efectividad de muchos tratamientos médicos a corto y a largo plazo. La película “Caro diario” refleja la variabilidad en la práctica médica que resulta de esa incertidumbre. El protagonista peregrina de médico en médico hasta que acaba siendo diagnosticado de linfoma

CARO DIARIO

Por otra parte, la tabla nada nos dicen sobre cómo se concentran las ganancias de salud y quienes son los beneficiarios. A sus efectos es lo mismo alargar 50 años la vida de una sola persona que alargar un año la vida de cada una de las 50 que sufren una enfermedad. Para la sociedad no es lo mismo. A la sociedad le importa no sólo cuanta salud se consigue, sino para quién. La película “Acción Civil” refleja esta valoración social aunque en otro contexto, el de los juicios por daños contra la salud

ACCION CIVIL

Antes decía que los conflictos entre eficiencia y equidad son frecuentes. Permítanme llamar la atención sobre el tamaño de la ventana por la que miramos. Si nuestra ventana no se limitara a la región o el país donde vivimos, si fuera el planeta, lo más eficiente sería invertir en los países

pobres, en los que la productividad marginal de un euro es cientos, si no miles, de veces mayor que aquí. Y estas intervenciones serían también equitativas, al reducir las desigualdades en salud. Pero los procesos sociales de priorización tienen ventanas estrechas.

Mientras en el primer mundo vamos convirtiendo la obesidad en el principal problema de salud y los Estados del Bienestar se tambalean ante los fuertes vientos de derecha, en otra parte del planeta el estado de malestar de las personas mata por desnutrición.

¿Qué hace la Economía por tu salud? dice el título de esta lección. Pues encontrar intervenciones que no solamente ganan salud a costa de sacrificio, sino que suponen un ahorro neto y por tanto sería no solo absurdamente ineficiente, sino también inmoral, no intervenir. El test de fenilcetonuria que se hace a todos los recién nacidos es uno entre muchos casos de ratio coste-efectividad negativa. A largo plazo, la prueba cuesta menos de lo que ahorra no hacerla.

Un ejemplo de mala práctica por omisión es el retraso de varios años en la aplicación del test de hepatitis B a la sangre para transfusiones, cuando ya los epidemiólogos del CDC habían descubierto la asociación estadística entre los portadores del virus de hepatitis B y del virus del SIDA, enfermedad mortal para la que no había entonces ni tratamiento efectivo ni test diagnóstico directo. La película “En el filo de la duda” cuenta esta historia real.

EN EL FILO DE LA DUDA

La ratio coste-efectividad del test de hepatitis B a la sangre para transfusiones era en 1983 muy baja. Habría salvado miles de vidas, habría ganado millones de AVACs, costando solo 100 millones de dólares anuales.

3. AVANCE TECNOLÓGICO Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

En 1900, la esperanza de vida al nacer de los españoles no llegaba a 34 años, y para las mujeres era menos de 36. Actualmente, ronda los 75 años para los varones y 82 para las mujeres. Ese paso de gigante en añadir años a la vida (que también vida a los años) se debió en gran parte al avance tecnológico en sanidad.

La tecnología médica es imparabile. A diferencia de lo que ocurre en otros sectores, las nuevas tecnologías no sustituyen, sino complementan, el trabajo humano. En parte por eso, el avance de la frontera tecnológica propulsa hacia arriba el gasto sanitario. Cutler, un economista de Harvard, ha demostrado que los beneficios de las innovaciones médicas de los últimos 50 años han sido mayores que los costes, al menos en EEUU y para determinadas enfermedades¹.

Pero no siempre es así. Por ejemplo, un artículo reciente publicado en el BMJ² muestra que el aumento exponencial de prescripciones de fármacos contra el colesterol en el NHS inglés desde 1996 no se asocia a una reducción significativa de infartos. El problema es que se usan extensivamente las tecnologías en pacientes que solo marginalmente se pueden beneficiar de ellas, o nada en absoluto, mientras que hay grupos desatendidos (no diagnosticados, no tratados). Se trata de romper las bolsas de ineficiencia redistribuyendo recursos.

Las innovaciones médicas cuestan, y mucho, llegando a poner en riesgo la sostenibilidad financiera de los países. Es muy difícil predecir con precisión cuánto costará el avance tecnológico en el futuro porque “El futuro ya no es lo que era” y de él solo sabemos que no será como creemos

REGRESO AL FUTURO

Aunque sin poder viajar al futuro como el protagonista de la película, la Comisión Europea acaba de presentar un informe sobre las previsiones de crecimiento del gasto público por el envejecimiento de la población con horizonte en el año 2050. A España le costará un 1.5% más de PIB la asistencia sanitaria³. Seguro que las puertas tecnológicas por abrir nos costarán mucho más. Un estudio que se publicará en breve estima que

habrá que dedicar a la sanidad el 17% del aumento de recaudación impositiva en los próximos 10 años en España para lograr la sostenibilidad del sistema⁴

La tendencia del gasto farmacéutico público en España es alarmante.

Suelen darse dos reacciones, no excluyentes, cuando las necesidades de gasto sanitario rebasan el presupuesto disponible. La primera es posponer el pago, en una ficción administrativo-burocrática que desliza el gasto contable al año siguiente hasta que las facturas guardadas en el cajón afloran y se reconoce el déficit. Está ocurriendo estos días en España, han aflorado mil millones de euros de déficit sanitario. La segunda es limitar la utilización, restringir la actividad, engrosar las listas de espera. Ambas soluciones son insatisfactorias.

En mi opinión, sería deseable un pacto de Estado por la sanidad en el que se comprometiera financiación pública adicional para incluir en el catálogo de prestaciones innovaciones coste-efectivas, o dirigidas a grupos de pacientes que la sociedad decidiera priorizar. Ese pacto ha de decidir quién y cómo va a financiar el inevitable crecimiento del gasto sanitario, incluyendo los ahorros por mejoras de gestión de los recursos públicos, que requerirán reformas organizativas políticamente valientes, empezando por la necesaria integración de niveles asistenciales. La experiencia inglesa con NICE es una referencia obligada para España. Precisamente ayer se reunía en Madrid un foro sobre este tema.

Terminemos este apartado con un clip de “La Ciudad de La Alegría”. En una Calcuta pobrísima, los médicos de las ONG trabajan por vocación con recursos precarios y a pesar de todo consiguen curar, cuidar y salvar vidas. La tecnología, aunque útil, no lo es todo. Veamos al médico recién llegado del primer mundo en su primer día de trabajo:

LA CIUDAD DE LA ALEGRÍA

4. ¿QUIÉN DEBE PAGAR LA SANIDAD Y CÓMO?

Los economistas buscamos fórmulas óptimas para financiar los servicios de salud. Esta búsqueda abarca problemas muy diversos y complejos: cómo pagar a los hospitales y a los médicos, cómo fijar primas de seguros, cómo distribuir el presupuesto sanitario entre regiones, qué fórmulas y niveles de co-pago son aconsejables. Gracias a la E.S., hoy comprendemos esos problemas mejor que hace una década, pero me temo que seguirán sin resolver cuando hayan pasado otros diez años porque no existe una fórmula mágica universalmente válida, solo hay soluciones para el aquí y ahora.

Todos esos problemas tienen en común la búsqueda de un equilibrio, de reparto de responsabilidades y riesgos entre las partes. Su objetivo común es fomentar la utilización adecuada de los servicios sanitarios coste-efectivos y evitar el derroche y el uso inadecuado.

Si un hospital cobra retrospectivamente todas las pruebas y tratamientos que haga a sus pacientes, sean o no necesarios, no asume ningún riesgo, el financiador asume el 100%. En los años ochenta, los americanos inventaron los GRD, una clasificación de pacientes basada en diagnósticos con la propiedad de que todos los pacientes del mismo grupo deben costarle al hospital aproximadamente lo mismo si son atendidos con los estándares al uso. Hoy en día, los hospitales españoles y los de la mayor parte de países, usan fórmulas de financiación basadas en tarifas por GRD para compartir el riesgo entre el hospital y su financiador.

La idea de financiar la atención sanitaria de una población con criterios *per capita* ajustados por riesgo o por necesidad se aplica a diferentes niveles. El Reino Unido la utiliza para repartir el presupuesto entre regiones, y el sistema de financiación autonómica de la sanidad vigente en España desde 2002 responde a este mismo principio, aunque su concreción es mucho más burda.

El gran reto de ajustar por riesgo es cómo predecir el gasto sanitario que necesitará cada persona. Hay modelos econométricos que predicen el gasto

sanitario a partir de datos clínicos y del gasto en el pasado, pero su capacidad predictiva es todavía baja. Tendremos que llegar, por la senda de los avances científicos, al punto “Gattaca”, una película situada en algún momento del hipotético futuro en el que se puede determinar el capital genético de cada ser humano en cuanto nace, conocer qué salud tendrá y cuánta atención médica requerirá.

GATTACA 1

En el mundo Gattaca los modelos econométricos serán muy precisos, pero la libertad del hombre estará muy cercenada. “Gattaca” cuenta la historia de superación personal de un hombre genéticamente imperfecto que consigue burlar el sistema

GATTACA 2

Qué parte del riesgo financiero debe ser asumida por el paciente, si alguna, es otra cuestión controvertida. España tiene niveles de co-pago muy bajos, comparados con otros países del entorno, y solo para medicamentos. Globalmente, los usuarios pagan en torno al 6,5% de los medicamentos del SNS. En Cataluña se ha empezado a discutir la posible imposición de otros co-pagos, y es previsible que las tentaciones de responsabilizar al usuario de parte de la carga financiera de su asistencia se intensifiquen en el futuro inmediato, como medida para paliar el déficit sanitario. Los economistas tenemos dos consejos al respecto. Primero, son preferibles los co-pagos evitables (por ejemplo, los precios de referencia de los medicamentos) a los obligatorios. Segundo, es aconsejable modular en su caso los co-pagos en función de la efectividad y del coste-efectividad de los servicios.

Y eso es todo. Espero que esta lección haya estimulado su curiosidad por nuestra disciplina y que la próxima vez que nos veamos ya no tengan que preguntarme “Qué es eso de Economía de la Salud? ¿Para qué sirve?”

Agradezco a mi hermano Armando y a Rafael Vicente sus noches en vela este verano grabando videoclips conmigo; a Ricard Meneu, a Vicente Ortún y a Juan Oliva sus sugerencias sobre películas y sobre E.S., a Patricia Barber su

inestimable y continua ayuda, a mis hijos su paciencia y a mis compañeros su apoyo moral. Todos los fallos son míos.

¹ D M Cutler and M McClellan "Is technological change in medicine worth it?" *Health Affairs*, Vol 20, Issue 5, 11-29 2001

² Azeem Majeed, P Aylin, S Williams, A Bottle, B Jarman "Prescribing of lipid regulating drugs and admissions for myocardial infarction in England" *BMJ* vol 329 18 sept 2004

³ http://www.minvws.nl/images/2508976C.doc_tcm11-54021.pdf

⁴ J Puig y otros "¿Mas recursos para la salud?". Barcelona: editorial Masson, 1994

Con formato: Inglés (Reino Unido)