

**Jean-Pierre Unger.** Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica  
**Bruno Marchal.** Departamento de Salud Pública. Instituto de Medicina Tropical, Amberes, Bélgica  
**Andrew Green.** Instituto de Salud de Leeds. Universidad de Leeds, Reino Unido

# Criterios de calidad para la provisión y la administración de servicios de salud «de interés público»\*

## Introducción

En 1997, un editorial en el *British Medical Journal* propuso un código de conducta compartido que podría unir a todos los actores de la atención a la salud en un marco moral coherente (Berwick et al., 1997). Para abrir el debate, el grupo multidisciplinario «Tavistock» emitió cinco principios éticos que deberían gobernar todos los sistemas de salud (Smith et al., 1999), en esencia:

1. La atención a la salud es un derecho humano.

2. La atención de los individuos es el eje de los servicios de salud, dentro de una preocupación global por generar los mayores beneficios en salud posibles para grupos y poblaciones.

3. Las responsabilidades de un sistema de servicios de salud incluyen la prevención de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

4. La cooperación entre los proveedores y los usuarios de los servicios es imperativa.

5. Todos los individuos y grupos que proporcionan acceso o servicios tienen una responsabilidad continua de ayudar a mejorar su calidad.

Este artículo elabora estos principios en dos direcciones. En primer lugar, desarrolla una serie de criterios de calidad, basados en principios éticos, para organizar los servicios de salud y su gestión. Así, quisiéramos clarificar en términos concretos el significado de «calidad» de la asistencia sanitaria, un



tema de moda pero bastante mal definido. El artículo se centra en los servicios de atención primaria, aunque los principios también son aplicables a otros niveles de la atención a la salud.

En segundo lugar, aplica estos principios a los servicios de salud de «interés público». En realidad, los sistemas de salud son en general plurales, ya que incorporan organizaciones privadas con fines lucrativos, no gubernamentales (ONG), gubernamentales, municipales, religiosas, de ayuda mutua, seguridad social, etc. Según el marco de Giusti et al. (1997), clasificamos estas organizaciones de acuerdo a su cometido. Las organizaciones de salud de «interés público» son las instituciones y sistemas cuya razón de ser es responder a las necesidades y demandas

de la población. Su objetivo es proporcionar a los pacientes un servicio equitativo, sensible a las necesidades de la comunidad y que establezca prioridades de acuerdo con las necesidades. En cambio, los servicios «privados con fines lucrativos» se centran en la rentabilidad financiera y consideran los ingresos corporativos y de los profesionales de salud como un objetivo en sí mismo. Los servicios de «interés público» se definen, por tanto, según su misión más que en términos de propiedad. Las instituciones gubernamentales de salud no son necesariamente de «interés público», puesto que los niveles de privatización interna podrían suponer una gestión con fines lucrativos y el reparto de beneficios entre los profesionales.

\* Versión del artículo : J.-P. Unger, B. Marchal, A. Green, 2003. «Quality standards for health care delivery and management in publicly-oriented health services». *Int J Health Planning and Management* 2003; 18: S79-S88.

Los servicios de salud no pueden ser de «interés público» y justificarse ante sus clientes mientras el gobierno sea la única autoridad y no se escuche la voz de la comunidad

Asimismo, muchas ONG son «de interés público» por principio, mientras que son privadas en términos de propiedad. En este artículo, las comillas recuerdan que «interés público» se refiere a una definición basada en el interés de la población y no en la propiedad del gobierno.

Los principios que proponemos están diseñados para influir sobre los servicios de salud y su gestión en todas las estructuras de interés público, sirviendo de base para:

- Contratos de gestión entre las autoridades de salud y los servicios de «interés público».
- Auditorías de los servicios de salud en relación al contenido y los aspectos del servicio que deben ser evaluados.
- Estatutos, objetivos y metas para organizaciones «orientadas al público» (ONG, ayuntamientos, gobierno, asociaciones de ayuda mutua, etc.).
- Formulación de hipótesis en investigación y evaluación.
- Diseño y formación sobre las estrategias de gestión de los servicios de salud.
- Difusión dentro y a través de redes de profesionales de la salud.
- Propuestas de políticas de salud para y por organismos políticos.

La definición y asesoramiento de criterios de calidad en la atención a la salud es una cuestión tanto política como técnica. En este artículo, exploramos cómo la adopción de lo que se podrían denominar criterios «humanísticos» para una atención de calidad (y es verdad que algunos los podrían considerar como criterios «socialistas»), podría tener una influencia positiva en el desarrollo del sector de salud. De hecho, se podrían utilizar como directrices por los profesionales de salud, gestores de la atención sanitaria, responsables de la toma de decisiones, consumidores y asociaciones profesionales que intentan promover la responsabilidad social

en la atención a la salud dentro de organizaciones gubernamentales, municipales y ONG de salud. El impacto probable de un nuevo convenio de servicio basado en estos principios, entre pacientes, profesionales de salud y el gobierno sobre los servicios de salud y su gestión contrasta con la atención proporcionada por organizaciones comerciales con fines lucrativos. En este documento se exploran las razones por las cuales es poco probable que este sector adopte los criterios propuestos en países en vías de desarrollo.

### **Diez principios como base para los servicios de salud de interés público**

Proponemos diez axiomas para que constituyan la base de la calidad en sistemas y servicios de atención de salud de «interés público». En un principio nos inspiramos en «The Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine» (GERM)<sup>1</sup>, que definió los axiomas 3,4,8,9 y 10 (GERM, 1971; Mercenier, 1971) que fueron desarrollados más tarde mediante extensas experiencias en el terreno durante las últimas décadas. Una primera serie define el interés del individuo en la atención de salud:

1. Cada individuo tiene derecho a tener acceso a una atención a la salud de calidad a un precio asequible sin poner en peligro la seguridad económica del individuo y su familia.

2. La atención de calidad está centrada en el paciente (Brown et al., 1986; Engel, 1977) y es continua, y disminuye el sufrimiento, la discapacidad, la ansiedad y el riesgo de una muerte prematura.

3. La práctica clínica ha de ser eficaz y por ello estar arraigada en la medicina basada en la evidencia. Las decisiones que no se basan en criterios científicos deberían ser reconocidas como tales por el proveedor mediante una explicación al paciente.

4. La atención de calidad potencia la autonomía del paciente (Beauchamp y Childress, 1994), le hace menos presa de la enfermedad y su tratamiento, y respeta la capacidad del paciente de tomar decisiones.

5. Es necesario un equilibrio en la atención entre la efectividad y la eficiencia<sup>2</sup>, entre el manejo médico de la dimensión psicosocial de la asistencia y la

búsqueda de la autonomía del paciente, y entre la racionalización del tratamiento y la respuesta a la demanda del paciente. El médico debería intentar mantener este equilibrio por medio del diálogo con el paciente.

6. Los profesionales de salud deberían utilizar su conocimiento en beneficio de sus pacientes antes que para su propia promoción o la de una organización contratante.

7. Los profesionales de salud deberían reconocer las causas múltiples de la enfermedad e implicarse activamente en actividades más amplias para promocionar una buena salud y prevenir enfermedades.

Una segunda serie de axiomas pone estos intereses individuales en equilibrio con el interés colectivo de la población.

8. El bienestar, definido como la satisfacción de necesidades básicas (comida, alojamiento, educación y salud), es un derecho humano fundamental. Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de atender tales necesidades de manera que conlleve la solidaridad entre los ricos y los pobres, entre los sanos y los enfermos, y entre los enfermos moderados y los enfermos graves.

9. Las decisiones de los servicios asistenciales de «interés público» deberían estar guiadas por la equidad. En presencia de recursos escasos de atención a la salud, la equidad puede requerir que se ponga un límite en los gastos de atención a la salud individual en aras del interés más amplio del acceso universal según la necesidad<sup>3</sup>. Se deberían resolver los conflictos entre objetivos de salud por el bien común del paciente y de la comunidad. Para priorizar las actividades de atención a la salud, es necesario que la toma de decisiones por el «interés público» sea responsable y transparente.

10. Los servicios asistenciales de «interés público» deberían ser holísticos, sensibles a culturas y a cuestiones de género (Brody, 1999) y deberían fortalecer la capacidad de los individuos y su comunidad de cuidar de su salud. La reflexión colectiva y la acción comunitaria son contribuciones esenciales para el desarrollo de sistemas y servicios de salud de «interés público» y deberían ser promovidas a través de dichos servicios (WHO, 1978).

## La aplicación en países en vía de desarrollo

No es probable (es inverosímil) que estos principios se apliquen en el sector privado con fines lucrativos de países en vías de desarrollo. Algunos médicos independientes podrían seguir estos criterios y, de hecho, en el mundo industrializado algunos lo hacen (parcialmente). Sin embargo, en los países pobres los beneficios son en mayor medida una meta en sí a causa de la frágil situación económica de la gran mayoría de los profesionales de salud. Estas condiciones probablemente disuadan a los proveedores del sector privado con fines lucrativos a adoptar esos principios. Se puede profundizar sobre estos argumentos comparando, entre los sistemas de «interés público» y sistemas basados en el mercado, la aplicación de los principios en cinco aspectos principales de los servicios asistenciales: los servicios asistenciales (la práctica clínica, la medicina de familia, la medicina comunitaria, el control de enfermedades) y la gestión de servicios.

### La provisión de atención de salud

Los axiomas mencionados arriba, que definen el interés del individuo en la atención a la salud, se denominan principios. En este sentido, los lectores tienen la libertad de aceptar o rechazarlos. Sin embargo, se puede decir que la continuidad de atención, la atención centrada en el paciente, la búsqueda de la autonomía del paciente y la medicina basada en la evidencia son condiciones imprescindibles para una atención eficaz. Son tanto una meta como un medio. Por ejemplo, cuando se comparte la toma de decisiones sobre el tratamiento, es probable que la adherencia aumente. En otras palabras, es probable que una atención a la salud que promueva la autonomía del paciente, sea más efectiva.

### La práctica clínica

En sistemas de atención a la salud de «interés público», tanto el paciente como individuo como la comunidad son actores en las decisiones clínicas. En este aspecto, debido a la escasez de los recursos, la exigencia a los profesionales de salud de proporcionar una atención de óptima calidad tiene que ser igualada al interés por restringir los costes.

Igualmente, los profesionales de salud tienen que equilibrar las directrices de racionamiento impuestas por los protocolos de programas de control de enfermedades con la flexibilidad necesaria en la atención centrada en el paciente (en lo que respecta al uso de medicamentos, por ejemplo). Deben intentar optimizar el equilibrio entre los servicios de salud comunitarios y los derechos del individuo.

En la práctica, la epidemiología debería jugar un papel fundamental en la toma de decisiones clínicas. Una política de medicamentos esenciales, el conocimiento epidemiológico, la medicina basada en la evidencia y la tecnología diagnóstica y terapéutica apropiada son otros elementos clave en la oferta efectiva y eficiente de la atención a la salud.

En el sector con fines lucrativos, las decisiones clínicas se toman caso por caso con el objetivo aparente de maximizar el beneficio del paciente. La efectividad suele prevalecer sobre la eficiencia, especialmente por causa de los incentivos inherentes al consumo excesivo.

En particular, los ingresos de los profesionales de salud y de las instituciones suelen depender del volumen y de la complejidad de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Esto explica por qué los hospitales con fines lucrativos en los EE.UU. experimentan un aumento de los gastos de atención de salud, mientras que son menos eficientes que las instituciones públicas (Woolhandler and Himmelstein, 1999). Por la misma razón, es probable que la atención financiada públicamente, pero proporcionada de forma privada en los países industrializados sea de todas maneras menos eficiente que la atención financiada y proporcionada públicamente (Havighurst, 1977; Silverman et al., 1999), aunque no todos los sistemas públicos consiguen su potencial de eficiencia.

Los profesionales de salud deberían utilizar su conocimiento en beneficio de sus pacientes, antes que para su propia promoción o la de una organización contratante

Las *Health Maintenance Organizations* que combinan tanto las funciones de financiación como de oferta considerarán la maximización de la eficiencia como un objetivo principal y por eso podrían ser una excepción. Sin embargo, las mejoras en eficiencia podrían ser absorbidas por los beneficios tomados (Woolhandler and Himmelstein, 1999).

### Medicina de familia

Opinamos que la atención centrada en el paciente, la característica principal de la medicina de familia, es el mejor mecanismo para la oferta de atención de salud en los servicios de primera línea de «interés público». Tal práctica se caracteriza por la valoración de factores sociales, familiares, psicológicos y somáticos que podrían influir sobre el problema de salud y su solución. Implica negociaciones entre el proveedor y el paciente sobre una estrategia terapéutica y/o preventiva apropiada a las necesidades específicas («atención centrada en el paciente»).

Existen diversas estrategias de gestión para aplicar de manera progresiva los principios de atención centrada en el paciente en países en vías de desarrollo, como por ejemplo:

- A fin de mejorar las habilidades en la interacción entre el paciente y el médico, la formación continuada en el trabajo se ha demostrado efectiva tanto en los países en vías de desarrollo (Henbest and Fehrsen, 1992) como en Europa (Liaw et al., 1996). Puede basarse en una experticia psicológica en la relación médico-paciente, y en el uso de ayudas-memoria para explorar sistemáticamente las alteraciones psicológicas y psicosomáticas en ciertos grupos de pacientes.
- Se pueden utilizar muchas técnicas para superar problemas de falta de intimidad, tiempo y motivación del profesional de salud, como la dele-

La definición y asesoramiento de criterios de calidad en la atención a la salud son una cuestión tanto política como técnica

gación de tareas específicas, la reprogramación del tiempo del personal, el uso de archivos de familia para rediseñar la dirección de las consultas.

La práctica de la medicina de familia nunca ha sido una característica de las políticas coloniales de salud. De hecho, sus características fueron conceptualizadas después del período colonial. Sin embargo, no apareció tras la independencia en la mayoría de los países en vías de desarrollo (Van Dormael, 1995) y la atención holística está de una u otra forma reñida con los servicios gubernamentales más preocupados por las actividades de control de enfermedades.

Algunos aspectos cruciales de la medicina de familia también están reñidos con el fin lucrativo. Al tomar decisiones clínicas, el médico de familia hace frente a dilemas que son parte esencial de la atención centrada en el paciente. Se necesita medicalizar el problema? Se debería tratar de manera biomédica o psicosocial? ¿Se debería tratar el paciente como un individuo excluyendo así todo lo demás o debería ser tratado en relación con su entorno (Kunneman, 1995)?

se ven obligados a depender del consumo excesivo de la atención a la salud para sobrevivir.

Otras barreras incluyen diferencias visibles de clase entre proveedores y pacientes, el grado variable de profesionalidad y el papel de las relaciones personales. Todos ellos pueden afectar la viabilidad de la medicina de familia.

Por consiguiente, la toma de decisiones compartida sobre el manejo clínico del caso, elemento esencial de la atención centrada en el paciente, es algo muy difícil de conseguir en la práctica privada con fines lucrativos y en instituciones gubernamentales «privatizadas internamente» en países en vías de desarrollo. En estas situaciones, cualquier intento de aumentar la eficiencia y la autonomía del paciente serán a expensas de la rentabilidad.

### **Medicina comunitaria**

Las organizaciones de atención de salud de «interés público» y con fines lucrativos son muy diferentes en la manera de tratar la interacción entre los profesionales y las comunidades locales. Los servicios asistenciales de «interés público» que se adhieren a los criterios de calidad, dialogan con grupos locales



Incluso en países industrializados, sólo una minoría de los profesionales de salud, muchas veces médicos motivados social y/o políticamente, aborda esas cuestiones respetando la autonomía del paciente. En países en vías de desarrollo, la promoción de la autonomía del paciente podría resultar poco viable si la financiación de la atención de salud es inadecuada y si los médicos

y otros servicios con el fin de solucionar problemas de salud individuales y de la comunidad. Para resolver ciertos problemas del paciente (p. ej. abuso de drogas, violencia, enfermedades a causa de una falta de saneamiento ambiental) es necesaria la participación de proveedores en foros de la comunidad. En realidad, los servicios de salud no pueden ser de «interés público» y justificarse ante

Incluso en países industrializados, sólo una minoría de los profesionales de salud, muchas veces médicos motivados social y/o políticamente, aborda esas cuestiones respetando la autonomía del paciente

sus clientes mientras el gobierno sea la única autoridad y no se escuche la voz de la comunidad.

Estas consideraciones han originado la disciplina de «medicina comunitaria», que es en realidad la medicina de familia actualizada. Los problemas de salud individuales y de familia son atendidos a la vez que se da la debida consideración a las necesidades colectivas de la comunidad. Para la mayoría de los médicos privados tiene un interés limitado porque implica un número de actividades no retribuidas (entre los pacientes pobres en mayor medida que entre los ricos, el núcleo de su clientela en los países en vías de desarrollo) y la provisión de bienes públicos no se puede cobrar a los pacientes.

Además, el objetivo de la medicina comunitaria de capacitar a la comunidad va más allá de la esencia de los servicios de atención a la salud basados en el mercado. En la práctica, los médicos privados tienden a relacionarse con las comunidades principalmente para atraer clientes. Cuando los médicos privados son pagados por asociaciones de ayuda mutua, el carácter «público» o «privado» de su práctica depende en gran medida de si son supervisados por un profesional de salud preocupado por el interés público.

### **Control de enfermedades**

Nadie diría que los servicios gubernamentales no podrían proporcionar atención curativa. Sin embargo, las políticas internacionales actuales recomiendan priorizar el control de enfermedades dentro del sector público junto con la privatización creciente de la atención curativa en base a una (supuesta) mayor eficiencia del sector con fines lucrativos (Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, 2002; Human Development Network, 1997;

WHO, 2000). En cambio, muchas publicaciones subrayan la necesidad frecuente de integrar programas de control de enfermedades en servicios generales de salud.

En primer lugar, el manejo clínico del caso es a veces el único procedimiento de control práctico (la tuberculosis), el más eficaz (la malaria) o un elemento vital para promocionar la prevención (el VIH/SIDA).

En segundo lugar, las estructuras organizativas que requieren personal independiente para cada programa de enfermedad son muy caras y difíciles de mantener. En tercer lugar, las intervenciones de control de enfermedades necesitan atraer usuarios de los servicios generales de salud y conseguir acceso a «fuentes» de pacientes por medio de la oferta de atención integral a fin de mejorar el diagnóstico precoz (Unger et al., 2003). Por ello, la separación del control y prevención de enfermedades de la atención curativa está condenada a fracasar.

En lo que respecta a la medicina comunitaria, los objetivos y las estrategias no son compatibles con los proveedores y las organizaciones privadas con fines lucrativos.

Las instituciones de salud que son capaces de integrar la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad con los programas de control de enfermedades, deben ser gestionadas en el interés público y por consiguiente ser de «interés público».

### **Gestión de servicios**

La gestión de «interés público» debería asegurar el acceso a una atención a la salud de calidad para una población definida. Esto implica que hay que trabajar en la calidad de, y el acceso a, la atención en todas sus dimensiones de accesibilidad: financiera, farmacéutica,

geográfica, intra-institucional, cultural, psicológica. En cambio, la gestión basada en el mercado tiene como objetivo la garantía de acceso a la atención de salud de calidad sólo para los que pueden pagar.

Los gestores de instituciones de «interés público» deberían adoptar también un enfoque de gestión de sistemas, así tratando las instituciones, los recursos y procesos como partes complementarias del mismo sistema a fin de garantizar una utilización flexible de los recursos, conseguir economías de escala y mejorar el acceso a la atención (Berman and Laura, 1996; Van Dormael, 2001). La gestión de sistemas aplicada al sector de salud en general no es relevante para la gestión basada en el mercado porque en esta última, la rentabilidad es fundamentalmente lo que determina la toma de decisiones y la inversión requerida. Más aún, en los países en vías de desarrollo, donde el sector privado no ha conseguido el grado de complejidad necesario para poder repartir recursos entre las unidades de salud, un enfoque de gestión de sistemas es especialmente inapropiado.

Estos gestores deberían controlar tanto la atención a la salud como el control de enfermedades; si se separan estas actividades en estructuras diferentes, los objetivos de control de enfermedades tienden a desbordar las metas más amplias de atención a la salud. (Unger et al., 2003).

Los objetivos de participación de la comunidad en los servicios de salud difieren también según la filosofía de la gestión. Cuatro objetivos diferentes (aunque recíprocamente no exclusivos) podrían ser:

1. La participación de la comunidad se considera un método apropiado para solucionar problemas de salud identificados por gobiernos y organizaciones de cooperación.
2. La definición de estos problemas en diálogo con las comunidades.
3. La cogestión de establecimientos «colectivos» de salud.
4. La organización de la comunidad como objetivo per se.

Los últimos tres objetivos son típicos de la gestión de «interés público».

En cambio, el control social sobre instituciones de salud privadas con fines lucrativos podría reducir los beneficios

obtenidos por los inversores y los ingresos de los profesionales de salud, y por consiguiente contradice los objetivos de la gestión dirigida por el mercado. Bajo estas circunstancias, la transparencia y la democratización de instituciones de salud, sencillamente, no son relevantes. Tampoco son relevantes o hasta no deseables para los servicios de salud encargados de llevar a cabo programas de control de enfermedades y gestionados por objetivos que ignoran una demanda más amplia de atención a la salud.

### **Sistemas de salud**

En los países en vías de desarrollo, los servicios de atención a la salud son generalmente clasificados en una de tres categorías que se solapan parcialmente (Green, 1987). Una categoría se basa en el mercado y está dirigida principalmente por la rentabilidad. Las otras dos comparten el principio de trabajar por el interés público. Los servicios de salud «oficiales» comprenden instituciones primarias y hospitales bajo el control del gobierno o municipios. En contraste, las organizaciones comunitarias de salud tales como asociaciones locales de pagos anticipados, redes mutuas de solidaridad, comités del pueblo y de vecinos dirigen sus propias instituciones. Las ONG se sitúan tanto en la primera como en la tercera categoría.

Nuestro convenio propuesto exige que si uno de estos sectores recibe fondos públicos (incluso ayuda internacional), debe cumplir con los principios éticos estipulados más arriba.

### **Conclusión**

Hemos propuesto diez axiomas para la organización de la práctica médica en servicios de salud de «interés público» en países en vías de desarrollo. Éstos podrían formar la base de un nuevo contrato entre el público, las profesiones de salud, los proveedores de atención a la salud y el gobierno.

Desde tiempos remotos, la deontología médica se encargó de informar sobre la libertad de la toma de decisiones de los médicos por el interés del paciente. En los servicios de atención a la salud de «interés público», la práctica médica debería también tomar en cuenta los intereses colectivos de la comunidad además de los intereses del paciente como individuo.

La continuidad de atención, la atención centrada en el paciente, la búsqueda de la autonomía del paciente y la medicina basada en la evidencia son condiciones imprescindibles para una atención eficaz

Somos conscientes de que solamente una motivación fuerte —e ingresos razonables— puede llevar a los profesionales de salud a adoptar estos criterios. Mejorando esta motivación al fortalecer el estado social y moral de los profesionales de salud es el mayor reto

en las políticas actuales de la salud (Marchal and Kegels, 2003; Segall, 2003).

En nuestra opinión, la ventaja de utilizar estos criterios para la enseñanza, la investigación, la contratación, la evaluación y el diseño de la gestión se

hallará precisamente en su posibilidad de salvar la brecha entre la identidad profesional y sociopolítica de los profesionales de salud. De esta manera hacen uso de la motivación ética profesada por los profesionales de salud y los políticos. ■

### Agradecimientos

Este trabajo fue subsidiado parcialmente por la DGDC belga (la Dirección General para la Cooperación al Desarrollo). Los autores agradecen la contribución de tantos estudiantes y expertos en salud pública que han estimulado sus pensamientos durante muchos años.

Este artículo está dedicado a Pierre Mercenier y Harrie Van Balen

### Notas

1. Study Group for the Reform of Medicine.
2. Esto contrasta con el juramento de Hipócrates, que defiende la efectividad por encima de cualquier otra consideración.
3. La gestión pública debería tener como objetivo la eficiencia productiva del sector de salud, que se refiere al sistema público de salud entero y no sólo a una institución aislada. *Public management should aim at health sector productive efficiency, which refers to the entire health care public system and not just to one isolated institution.*

### Bibliografía

- Beauchamp, T.L., Childress, J.L. 1994. *Principles of bio-ethics*. Oxford University Press: Oxford.
- Berman, P., Laura, R. 1996. «The role of private providers in maternal and child health and family planning services in developing countries». *Health Policy and Planning*; 11: 142-155.
- Berwick, D., Hiatt, H., Janeway, P., Smith, R. 1997. «An ethical code for everybody in health care». *British Medical Journal*; 315: 1633-1634.
- Brody, H. 1999. «The biopsychosocial model, patient-centered care, and culturally sensitive practice» [editorial; comment]. *Journal of Family Practice*; 48: 585-587.
- Brown, J., Stewart, M., McCracken, E., McWhinney, J.R., Levenstein, J. 1986. «The patient-centred clinical method. 2. Definition and application». *Family Practice*; 3: 75-79.
- Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. 22-3-2002. *Health and poverty reduction in developing countries*. COM (2002) 129.
- Engel, G.L. 1977. «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine». *Science*; 196: 129-136.
- GERM. 1971. «Les lignes de force d'une politique de santé. In Pour une politique de la santé». *La Revue Nouvelle*: Bruxelles.
- Green, A. 1987. «The role of non-governmental organizations and the private sector in the provision of health care in developing countries». *International Journal of Health Planning and Management*; 2: 37-58.
- Havighurst, C.C. 1977. «Controlling health care costs: strengthening the private sector's hand Journal of Health Politics». *Policy and Law*; 1: 471-498.
- Henbest, R.J., Fehrsen, G.S. 1992. «Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes». *Family Practice*; 9: 311-317.
- Human Development Network. 1997. *Health, Nutrition and Population*; World Bank: Washington.
- Kunnean, H. 1995. De huisarts als normatieve professional. Dilemma's in een postmoderne wereld. In De huisarts in 2010: perspectieven voor medische zorg, Bakker R, Schoemaker A, Van der Zee HJM (eds); De Tijdstroom.
- Liaw S.T., Young, D., Farish S. 1996. «Improving patient-doctor concordance: an intervention study in general practice». *Family Practice*; 13: 427-431.
- Marchal, B. and Kegels, G. 2003. «Health workforce imbalances in times of globalisation: from brain drain to professional mobility. Are the higher income countries enjoying a free ride?» *International Journal of Health Planning and Management*. In Press.
- Mercenier, P. 1971. «Les objectifs de l'organisation médico-sanitaire. In GERM: Pour une politique de la santé» *La Revue Nouvelle*, Bruxelles.
- Segall, M. 2003. «District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas». *International Journal of Health Planning and Management*. In Press.
- Silverman, E.M., Skinner JS, Fisher ES. 5-8-1999. «The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending» [see comments]. *New England Journal of Medicine*; 341: 420-426.
- Smith R, Hiatt H, Berwick D. 1999. «A shared statement of ethical principles for those who shape and give healthcare. A working draft from The Tavistock Group». *Journal of Nursing Administration*; 29: 5-8.
- Unger, J. P., De Paepe, P., and Green, A. 2003. «A code of best practice for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries». *International Journal of Health Planning and Management*. In Press.
- Van Dormael, M. 1995 *Médecine générale et modernité*. Regards croisés sur l'Occident et le Tiers Monde. Thèse de doctorat en sciences sociales. 1-286. Université Libre de Bruxelles.
- Van Dormael, M. 2001. *Identités professionnelles en médecine générale et en soins de santé primaires*. In *Systèmes et politiques de santé; de la santé à l'anthropologie*, Hours B (ed); Karthala: Paris, France.
- WHO. 1978. «Declaration of Alma-Ata. In Primary health care»; Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978, World Health Organization (WHO): Geneva, Switzerland.
- WHO. 2000. *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance* (Haden A et al.eds); WHO: Geneva: 1.
- Woolhandler, S., Himmelstein, D.U. 5-8-1999. «When money is the mission—the high costs of investor-owned care» [editorial; comment]. *New England Journal of Medicine*; 341: 444-446.