



Público - privado: una relación compleja

Miembros del Grupo de Ética:

- Mònica Almiñana Riqué
- Lluís Balagué Gea
- Carme de Castro Vila
- M. José Fernández de Sanmamed Santos
- Carles Llor Vila
- Roser Marquet Palomer
- Ramón Morera Castell
- Eva Peguero Rodríguez
- Albert Planes Magrinyà
- Miquel Reguant Fosas
- Marisa Rubio Montañés

Referentes de la comunidad:

- Paquita Cervera Riera
- M. Carme Gironés Bernatallad
- Milos González-Mestres Cabañes
- Maite Nieto Tarín
- José Vicente Pérez de la Sierra
- Daniel Serra Escaño
- Teresa Soler Ribera
- Eduard Turon Mainat

Referentes del Grupo de Ética:

- Carmen Adalid Villar
- Joan Atmetlla Andreu
- Carme Batalla Martínez
- Gabriel Coll i de Tuero
- Eva Comín Bertrán
- Ramon Cunillera Grañó
- Josep Manuel da Pena Alvarez
- Matilde Ezquerra Lezcano
- Josep Jiménez Villa
- Francisco Marín Jiménez
- Josep Mercadé Orriols
- Elena Muñoz Seco
- Joaquim Pellejà Pellejà
- Jesús Pujol Salud
- Pascual Solanas Saura
- Montserrat Soler Conde
- Pedro J. Subías Loren
- Joan-Enric Vidal Ruiz
- Rosa Vila Rigat
- Concepció Violán Fors
- Francesca Zapater Torras

Tanto los referentes como los consultores hacen aportaciones al borrador del documento, las cuales se tienen en cuenta, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es el autor.

Las "Reflexiones de la práctica cotidiana" quieren ofrecer motivos de reflexión a los lectores (básicamente médicos de familia), que les ayuden a mejorar la vertiente ética de la atención que prestan a los ciudadanos. En ningún caso pretendemos establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica éticamente correcta es, dentro la incertidumbre de nuestra profesión, una buena herramienta, no solo para hacerlo mejor sino también para prevenir problemas jurídicos.



Introducción

■ ¿Qué está pasando?

La sociedad actual considera el derecho de la salud como un derecho fundamental y garantizado por los poderes públicos como un elemento de justicia.

Pero la realidad es muy diferente:

- La sanidad pública no siempre garantiza de una forma igual el acceso (listas de espera, horarios,...) o incluso las prestaciones son diferentes en tipo y calidad según el lugar concreto del país en el que vivimos.
- Las carencias del sistema público han provocado la defensa de forma abierta por parte del algún consejero de Sanidad de la doble cobertura sanitaria para descongestionar listas de espera¹, olvidando que, a parte de que nadie ha demostrado que sea una ventaja para el sistema, discrimina a las personas con menos recursos.
- Un ejemplo evidente de la doble moral es la existencia para los funcionarios (MUFACE y otras mutualidades) de la capacidad de elección de sistemas privados de cobertura sanitaria, que hace menos creíble el sistema público como garante de un buen servicio.
- La convivencia y, a menudo confusión, entre medicina pública y privada ha provocado que la medicina privada, a veces, trabaje para la medicina pública y se financie con fondos públicos, lo que hace aún más complejo el panorama en el que nos movemos. Provoca la disminución de la inversión en los centros públicos porque se desvían fondos a centros “concertados” ayudando al deterioro y descapitalización de la medicina pública.
- A todo eso se añaden prácticas poco éticas en algunos casos como:
 - Repetir pruebas como (caso real) una colonoscopia, primero para el diagnóstico y después para el tratamiento de unos pólipos, aumentando los riesgos para el paciente con el fin de obtener una ganancia económica.
 - Cobrar y pagar comisiones para derivar a otros servicios o especialistas (llamado dicotomía y no aceptado en el Código Deontológico).
 - Introducir a personas de la medicina privada en las listas de la pública de forma anómala.²

La convivencia entre medicina pública y privada genera un problema de conflicto de intereses que promueve tanto para los profesionales que trabajan en los dos sistemas como para los gestores la falsa creencia³ de que la medicina privada es una fuente de ahorro⁴ y provoca que no lo vean mal

¹ Se dice que la segunda cobertura puede resolver problemas menores, cuando a menudo lo que hace es generar una doble consulta al sistema público y privado.

² El argumento puede ser que la situación lo requiere, porque es urgente. Si es así, esta reflexión y actuación debe extenderse para todos nuestros pacientes.

³ **Creencias:** Supuestos básicos sobre nosotros, los otros y el mundo que nos rodea. Son estructuras de pensamiento arraigadas y construidas a lo largo de nuestro aprendizaje, que nos sirven para explicarnos la realidad. Preceden y configuran los valores.



El objetivo de este documento es debatir sobre los problemas y conflictos éticos que se nos presentan a los profesionales, tanto cuando trabajamos en el ámbito público (mayoritario entre los socios de la CAMFiC, actualmente), como en el privado, en este contexto que hemos descrito de convivencia estrecha entre los dos sistemas.

Pero, justamente por todas estas dificultades, creemos que es necesaria una reflexión y un cambio de actitud en muchos de los aspectos que vinculan ambas maneras de ejercicio profesional.

Y si hacemos o queremos hacer medicina privada, nos hemos de basar en los mismos principios éticos que si hacemos medicina pública, siendo conscientes de que el acceso no será igual para todos y que no es justo ni solidario participar o favorecer que los pacientes aprovechen las ventajas de la privada para el acceso y las de la pública por la gratuidad.

Asimismo, hay que evitar la charlatanería tanto de una parte como de otra y tener respeto entre ambos tipos de medicina.

Otro debate es: a partir del hecho de que los recursos públicos son limitados hay que realizar un análisis de la cartera de servicios y valorar qué debe financiar la medicina pública para garantizar el derecho a la salud y que los gobiernos, a partir de este análisis, actúen con coherencia y destinen los recursos que faciliten que muchas cuestiones de este documento sean obsoletas.

⁴ Conflicto de intereses "Conjunto de condiciones en las cuales el juicio profesional respecto a un interés primario tiende a ser excesivamente influido por un interés secundario" (Thompson) **NEJM 1993;329:573-6.**

El conflicto de intereses se da cuando en una determinada actuación en beneficio de alguien se puede perjudicar otro interés legítimo. Y se considera que su existencia no provoca o es a la fuerza un problema legal o ético pero sí que de forma inconsciente puede influir en tomar decisiones que, analizadas, no son correctas o no son éticas.



¿Qué dicen las normas?

■ Código de Deontología

▶ 116

Cuando el médico participe en un espacio de información de carácter educativo sanitario, debe hacerlo con temas de su competencia, que sea prudente y que considere las repercusiones que puede tener en el público. Debe abstenerse de tener una actitud publicitaria.

▶ 117

El médico no debe fomentar esperanzas engañosas de curación ni tampoco promoverá falsas necesidades relacionadas con la salud. También se deberá abstener de utilizar medios y/o mensajes publicitarios que subestimen la dignidad de la profesión o tengan afán de lucro.

▶ 118

El médico tiene el deber de ahorrar el máximo posible los medios que tiene a su alcance, sean públicos o no, pero sin privar nunca al paciente de lo que sea necesario para una buena calidad de la asistencia.

▶ 119

El médico tiene el derecho de percibir honorarios de acuerdo con su calificación profesional y tiene la responsabilidad de su función. La remuneración no puede estar ligada al éxito de su actividad y el acto médico nunca podrá tener como fin exclusivo el lucro.

▶ 120

Los honorarios médicos deben ser dignos y no abusivos. Ningún médico podrá aceptar remuneraciones o beneficios directos o indirectos en cualquier forma, en concepto de comisión, como propagandista o como proveedor de clientes o por otros motivos que no sean de trabajos encargados. Tampoco las prácticas dicotómicas son éticamente aceptables

▶ 121

Ningún médico podrá vender a los pacientes, sirviéndose de su condición de médico, fármacos, hierbas medicinales, productos farmacéuticos o especialidades propias o fórmulas magistrales, excepto en casos especiales que el Colegio de Médicos deberá autorizar expresamente.

▶ 122

Ningún médico podrá derivarse o derivar con fines lucrativos pacientes entre instituciones, centros o consultas.



Cuestiones polémicas

■ ¿Es correcto que un médico del sistema público visite a las mismas personas en la medicina pública y en la privada?

No es nada excepcional en nuestro entorno que haya médicos que tengan una consulta privada en la misma población donde ejercen la asistencia pública. Existen casos de médicos de primaria que, como tal, dan bajas laborales (IT) y trabajan también para una mutua de una empresa donde trabajan pacientes suyos: ¿puede juzgar en cada uno de los lugares de trabajo la situación del enfermo sin estar condicionado? El conflicto de intereses que genera es obvio.

Nuestra lealtad con el paciente nos hace imposible asumir esta dualidad, demasiado frecuente en nuestro país. No es honesto hacer creer a alguien que la atención que va a recibir por parte del mismo profesional será diferente en un lugar u otro, porque si es verdad que es diferente, significa que hay un fraude económico y de honestidad a la persona que atendemos y a la sociedad.

Al margen de lo que dice el artículo 122 del código de deontología, hay que tener en cuenta que éticamente hay un conflicto de intereses -a pesar de que la relación sea de la misma calidad profesional- que puede hacer imposible una relación honesta con el paciente. Y también hay una razón empresarial que no se utiliza, es competencia desleal.

Esta relación ambivalente queda aún más evidenciada como perversa en la persistencia de pago de conductas (“iguales”)⁵ en algunos lugares.

La conducta no es más que una manera distinta de la relación que representa a las mismas personas en la medicina pública y privada, y da igual el sistema de convivencia, la conclusión es que hay, de forma explícita o implícita, en todos los casos una autoderivación a la medicina privada, donde se obtiene un beneficio económico personal.

Incluso, en algunos casos se sabe de profesionales que utilizan recetas, IT, derivaciones y otras prestaciones del sistema público en la consulta privada. Es evidente que este es un claro delito de mal uso de fondo público.

⁵ La conducta (igualada) es un pago fijo mensual que provienen de la época sin seguro público. Es decir, era un pago que cubría como un seguro médico los servicios de un profesional para garantizar la asistencia de forma continuada con una cuota fija (sistema mutual directamente con un solo profesional). En su origen (no sistema de protección de salud) podría llegar a ser una medida que facilitaba el acceso de más gente a la asistencia y, por tanto, era una medida positiva. Posteriormente a la creación del seguro público, se mantuvo para los que no tenían cobertura pero también para los que la tenían con un argumento real de que el sistema público no tenía instalaciones propias ni equipamiento y se utilizaba en parte para equiparar las consultas, pero también se solía tener horarios y accesibilidad diferenciada para las personas aconducadas y que era claramente discriminatoria. Actualmente, con los profesionales trabajando en edificios públicos y con recursos y equipamiento público, tal como hemos dicho, no es más que un fraude a las personas y al sistema público.



■ ¿Qué puedo hacer si ejerciendo en la medicina pública hay pacientes que acuden a la privada?

A menudo nos encontramos con pacientes que acuden a la consulta pública cuando ya han ido a un médico privado.

Debemos explicarle la complejidad y los riesgos de una doble dirección médica pero no podemos negarle el derecho a ir a cualquier recurso. Debemos informarle de que la responsabilidad de ir es suya a todos los efectos que se deriven (de salud, económicos, etc.). Sin embargo, hay que tener claro que no nos podemos inhibir si participamos del seguimiento del paciente aunque sea por otros motivos (problemas menores u otras cuestiones). Debemos recoger la información clínica si la obtenemos. Y no podemos abandonarlo ya que nos podemos encontrar (por ejemplo en enfermos oncológicos) que la medicina privada deja de intervenir cuando ya “no hay solución”.

O en las situaciones en las que la cobertura de la mutua se acaba porque no cubre una prestación determinada o simplemente se acaba el dinero de la familia para pagar un recurso privado. El deber de no abandonar está en el Código Deontológico y nos obliga a todos al margen del tipo de medicina que realicemos.

También es recomendable explicar de forma preventiva a los pacientes que su utilización de los recursos privados es libre y que, por tanto, debe estar dispuesto a asumir los gastos que de ello se deriven (medicamentos, pruebas, etc.).

■ ¿Podemos derivar a personas atendidas por nosotros mismos de la medicina pública a la medicina privada?

A veces nos encontramos con personas que manifiestan que tienen una mutua o que se pueden pagar alguna prueba o consulta y nos piden nuestra opinión sobre su utilización para acortar una lista de espera. Este es también un dilema existente. Cuando las listas de espera se alargan y nos parece que un tema urge, puede ser que nos planteemos sugerir a alguien que en la medicina privada se lo pueden resolver: una prueba, una confirmación diagnóstica, etc.

Esta decisión tiene muchas contradicciones que, si la tomamos, tenemos que asumir: En principio, discrimina a las personas sin recursos que no se lo podrán permitir.

- Si el hecho no es excepcional, puede hacer que perdamos el hábito de reclamar al Servei Català de Salut más agilidad en la respuesta a algunos temas.
- También hay que tener claro que, evidentemente, no podemos obtener ningún beneficio personal o profesional.
- Debemos tener claro qué haremos cuando tengamos la respuesta y/o el tratamiento. Parece lógico que si hemos derivado a la persona, asumamos lo que surja de ello, con criterio fundamentado.

Por lo tanto, el criterio general debe ser intentar que el problema sea resuelto dentro del sistema público y realizar las gestiones que sean necesarias para que así sea. Y convertir la pregunta en un tema excepcional.

Una situación diferente se plantea cuando hablamos de recursos que la medicina pública no tiene (psicoterapia para trastornos de ansiedad, podología,...). En este caso se crea un problema de equidad porque no todo el mundo va a poder acceder y es necesario que incidamos para que se defina una cartera de servicios pública clara y diáfana.

También se puede dar otra situación cuando el conocimiento de la práctica del médico referente no es correcta y puede ser maleficiente para la persona, o cuando sólo se ofrecen soluciones con una utilidad inferior (p.e benzodiazepinas para problemas en que la psicoterapia es mejor). Parece evidente que si tenemos conocimiento debemos informar a la persona de la situación por lealtad y podemos recomendarle algún profesional de nuestra confianza a pesar de que eso provoca la contradicción de cómo resolverlo con personas sin recursos.



■ ¿Y si, en la situación anterior, la iniciativa la toma el paciente?

A veces nos encontramos con personas que nos aportan resultados de pruebas que esperamos porque sabemos que se las han hecho por su cuenta.

En este caso, no tendremos un dilema ético previo porque la situación no la hemos provocado nosotros, pero evidentemente se nos plantean interrogantes muy similares a la anterior cuestión.

Si de la prueba demandada se deriva alguna otra actuación, esta persona habrá pasado por delante de otras. Al tener recursos para acceder a la medicina privada tendrá respuesta antes y, por tanto, será un privilegiado. Por tanto, nos vuelve a generar dudas que tendremos que abordar de forma individual, para tomar la decisión más acertada.

■ ¿Y si el argumento de la persona es la lista de espera?

Habrà que distinguir dos situaciones distintas:

- el paciente podría esperar pero no quiere: tenemos que hacer un esfuerzo para intentar reducir su ansiedad y explicarle que no todo puede hacerse “al momento”. Si a pesar de esto lo quiere hacer, deberemos decirle que tendrá que asumir la responsabilidad plena.
- La lista de espera no es razonable para el problema del paciente: este tema ya ha surgido en el apartado de derivación por parte del médico de la pública a la medicina privada, y realizando también el paso de reclamar, tanto el paciente como nosotros, una solución más ágil a la medicina pública. Debemos hacer un esfuerzo personal para intentar que los casos urgentes sean atendidos, aunque para eso sea necesario un contacto directo con otros profesionales, que normalmente da un resultado positivo.

■ ¿Puedo pasar las recetas de un médico de la privada, si ejerzo en la medicina pública?

La respuesta es clara: en principio, no

Posiblemente esta cuestión es una de las de más difícil respuesta en el día a día pero también es una de las más claras en la teoría. El derecho del paciente a buscar otras soluciones no va unido a una cobertura económica pública, pero se pueden dar circunstancias que lo hacen más difícil, que es cuando el tratamiento lo consideramos correcto y la consulta la ha realizado el paciente por la lista de espera del sistema público. Incluso en este caso, que parece razonable hacerlo, debemos recordar que estamos favoreciendo el negocio privado al provocar que los costes derivados de la consulta sean menores.

Y es necesario que apliquemos los principios que deben guiar la prescripción: efectividad, seguridad, adecuación y coste y en las recomendaciones de los grupos de consenso⁶. A menudo se ve el uso de la última novedad como elemento de “deslumbramiento” al paciente sobre el conocimiento “actualizado” del profesional. Y podemos hacer referencia como ejemplo al uso desorbitado de coxibs⁷, algunos de los cuales ya se han retirado por los problemas de salud que han provocado.

⁶ Hay que recordar el artículo 47 del Código Deontológico que dice: “el médico no utilizará ni prescribirá medicinas con las que no esté debidamente familiarizado y que no estén basadas en la evidencia científica o en la eficacia clínica, aunque el paciente lo consienta”.

⁷ La polémica llegó a los tribunales por los comentarios realizados por el Institut Català de Farmacologia y finalmente el rofecoxib fue retirado y tienen muchas demandas judiciales. Si queréis información sobre el conflicto v. Fundació Institut Català de Farmacologia. Declaración. Butll. Groc 2004;17:2



Hay que pedir que el tratamiento vaya acompañado de la información clínica que lo justifique. Toda prescripción debe basarse en un juicio clínico y en una responsabilidad respecto al paciente.

Pero nunca podremos asumir tratamientos que no consideramos adecuados, y debemos informar al paciente de nuestra opinión sobre la corrección o no del tratamiento. O que no estemos en condiciones de valorar si son adecuados (como por ejemplo quimioterapia antineoplásica⁸). No podemos ampararnos en el hecho de que la prescripción no es nuestra. Cuando el paciente nos consulta debemos ser honestos para garantizar la no maleficencia.

■ ¿Puedo pedir las pruebas de la medicina privada a la medicina pública?

A menudo se nos plantea el caso de una persona que va a un médico privado (ginecólogo, odontólogo,...) y nos pide los análisis, Rx...

La situación es aún más compleja que en la pregunta anterior por diversos motivos: El primero es que si la visita se ha realizado para avanzar en la lista de espera, cuando pedimos las pruebas estamos actuando en contra de la justicia, ya que las personas que habiendo sido atendidas en el sistema privado ocupan un lugar en la lista de espera de la prueba complementaria que retrasa aún más la realización de la misma a la persona que ya ha soportado la espera del sistema público.

El segundo es lo mismo que hemos comentado para las recetas, pero hay que recordar que facilitamos el negocio privado al hacer que los costes derivados de la consulta sean menores. Y, finalmente, está el hecho de valorar si la prueba es adecuada y estamos de acuerdo en su indicación. Tenemos que hacer esta valoración tanto si no "pasamos" la prueba como si creemos que debemos indicarla.

¿Qué hacer como médicos de la sanidad pública cuando el seguimiento-tratamiento que se realiza desde la medicina privada de un determinado problema de salud, sobre todo en casos graves como cánceres, no sigue los protocolos estandarizados?

Nuestra primera obligación es siempre con el paciente y nuestro deber es informarle de que se le están haciendo las cosas bien y aconsejarle que se deje llevar a un lugar donde se sigan las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, aspecto que en la mayoría de los casos está garantizado en la medicina pública. Es necesaria la no maleficencia en este caso.

■ ¿Y si el diagnóstico o la sospecha de la medicina privada es una enfermedad grave y es necesaria una actuación rápida?

Si la persona nos pide que seamos los referentes es evidente que en situaciones como ésta, la no maleficencia por omisión para el paciente pasa por delante de otros dilemas éticos.

¿Nos tenemos que pasar información entre médicos que ejercen en la medicina privada y en la pública sobre la atención y los problemas de salud de pacientes?

A menudo no informamos ni recibimos información (sólo la "receta"). El paciente tiene derecho a tener información clínica que puede utilizar para una consulta en otro ámbito, por tanto, tenemos el deber de facilitarle la información clínica que tenemos. Igualmente, el médico de la medicina privada tiene el deber de informar al paciente de todo lo que le afecte y, especialmente, de todo lo que puede interferir en su salud y en nuestro seguimiento.

⁸ Además, hay otro elemento añadido, la quimioterapia en el sistema público se administra en el hospital que lo compra directamente con un coste muy inferior. Haciéndolo con recetas se produce un gasto mayor, por tanto, una malversación de fondos públicos.



■ ¿Es posible que la medicina privada realice más controles (o menos, si es mutua) por razones económicas?

Esta es una cuestión que desgraciadamente se utiliza por parte de algunos profesionales en la medicina privada. Un ejemplo evidente de esta práctica es el fomento de la citología anual de una parte de ginecólogos, cuando todas las recomendaciones, desde hace años, de organismos internacionales de prestigio, son muy diferentes. E incluso se ha manipulado a la población con informaciones no correctas para que la reclamen.

Es necesario dar a las personas la información basada en la evidencia y en los consensos existentes, y aclarar si se da cuando determinada actuación no está cubierta por el sistema público por motivos económicos. No debemos basarnos en nuestras subjetividades personales. También existen profesionales, sobre todo en mutuas de accidente, que reciben presiones para pedir menos pruebas. Debemos ser leales con el paciente.

■ ¿Puedo pedir más pruebas en la privada?

Hay que tener en cuenta que antes de pedir una prueba debemos plantear siempre el bien del paciente (y la no maleficencia ya que algunas pruebas tienen más riesgo que beneficio).

Además del artículo 118 del Código debemos referirnos al 12 que afirma:

Las exploraciones complementarias nunca deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva.

Hay que tener en cuenta que el objetivo de las pruebas debe ser la beneficencia para el paciente y someterlo a pruebas no necesarias puede ser un riesgo y es una malversación de recursos, sean personales o colectivos. Debemos pedir pruebas basadas en la evidencia y en su necesidad. Someter al paciente a una prueba no indicada, por miedo a una reclamación (medicina defensiva), por complacencia (medicina a la carta) o dejar de realizar una prueba necesaria por criterios economicistas, entra en la maleficencia, por tanto, no es correcto desde la perspectiva ética, ni en la medicina pública ni en la medicina privada.



Recomendación Final

Este documento, tal como hemos expuesto, surge en un contexto sanitario y político concreto con muchas contradicciones, que determinará que no siempre la decisión sea del todo fácil. Repasemos los aspectos que nos pueden ayudar a tomar las decisiones en el análisis del caso que se nos plantee.

- No maleficencia (*primum non nocere*) por acción u omisión: hay que evitar perjudicar al paciente. Medicalizar es perjudicar⁹, y no tiene nada que ver con medicar
- Justicia: hay que intentar que los recursos se usen con equidad
- Lealtad: debemos ser leales con el paciente para aclararle nuestra opinión en cada caso que nos encontremos
- No beneficio: de ninguna de las decisiones que tomemos en temas planteados en este documento podemos extraer ningún beneficio personal (económico u otros)

Y CON TODO ESTE BAGAJE TENDREMOS QUE DECIDIR ASUMIENDO QUE ALGUNAS DE NUESTRAS DECISIONES PUEDEN SER CONTRADICTORIAS.

Puntos Clave

- No es correcto ni legítimo atender a las mismas personas por parte de un mismo profesional en la medicina pública y en la privada.
- En la consulta privada es un fraude usar recursos de la medicina pública (derivaciones, recetas, IT,...).
- Es charlatanismo y maleficencia, a no ser que se base en la evidencia, sugerir que otros profesionales o medicina realizan menos exploraciones de las que “tocan” (citologías, densitometrías,...).
- El deber de no abandonar al paciente (tanto si trabajamos en la pública como en la privada) comporta estar dispuesto a asumir su asistencia cuando acudan a consultarnos, pero no nos obliga a asumir las propuestas de otros profesionales.
- En las situaciones en que, ejerciendo en la medicina pública y una vez analizado el caso, indicamos pruebas o medicaciones que ha recomendado la medicina privada, debemos intentar evitar el perjuicio a terceros o la malversación de fondos públicos.
- Tenemos que ser leales y honestos con los pacientes exponiendo los problemas en cada conflicto que se nos plantee entre medicina privada y pública.
- Debemos basarnos en nuestras decisiones en el juicio clínico, lo que nos lleva a analizar qué es mejor para el paciente.

⁹ Medicalización: La forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. (Kishore. Diccionario de Salud Pública)