

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DEL REINO UNIDO

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 2, 1996/ 114-119

Dr. Carlos Montoya Aguilar*

RESUMEN

En abril de 1991 el gobierno del Reino Unido introdujo en el Servicio Nacional de Salud las bases para un "mercado interno" competitivo. Para ello transformó a los hospitales en "trusts" semiautónomos que venden sus prestaciones; las autoridades locales y una parte de los médicos generales disponen de fondos públicos para comprar a los hospitales y a los entes de salud comunitaria.

Paralelamente se ha reglamentado un nuevo contrato con los médicos generales, se ha modificado el aparato de gestión del sistema y se ha dictado una disposición que obliga al sector público a buscar financiamiento privado para sus inversiones.

El tiempo ha mostrado avances en el proceso de separación entre los proveedores y prestadores y en el manejo descentralizado del presupuesto. En cambio, el principio de competencia ha cedido frente a los controles centralizados. Los costos administrativos han aumentado.

Los hospitales se han visto remecidos por la presencia de médicos generales con poder económico. Los actores buscan rehuir las presiones del nuevo sistema y aprovechar las oportunidades, recurriendo en algunos casos a exclusiones, a preferencias y a racionamientos inequitativos. Uno de los resultados más visibles es el crecimiento del sector privado a expensas del SNS.

El proceso sigue despertando controversia en el Reino Unido.

1. INTRODUCCION

Ya en los orígenes de nuestro Servicio Nacional de Salud se llamó la atención sobre ciertas similitudes entre él y su homónimo inglés, nacido en 1948 (Viel 1964). De hecho, la idea de un Servicio Nacional —venía desde 1939— surgió antes en Chile (Horwith *et al.*, 1995) que en Inglaterra. La coincidencia residía en ciertos principios, tales como racionalidad y equidad, más que en la naturaleza de uno y otro sistema. La tradición que tenían en Inglaterra, tanto los médicos de clientela privada como los gobiernos locales, determinó que el nuevo

Servicio de ese país estuviera dividido en tres compartimientos estancos: el de los médicos generales (GPs), pagados por capitación; los organismos comunitarios de los gobiernos locales, y los hospitales, estos dos últimos con personal asalariado. El financiamiento, en cambio, fue a través de un impuesto general uniforme y toda la población tuvo acceso al sistema, sin pago directo, salvo excepciones.

En Chile el sistema integró las acciones de medicina curativa ambulatoria y cerrada, con las preventivas, y todo el personal fue remunerado con salario; el financiamiento, en cambio, fue dividido entre el

* Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

presupuesto final y el aporte de un antiguo mecanismo de Seguro Social formado por cotizaciones de obreros y empleadores. Esta forma de financiamiento, así como las insuficiencias crónicas del mismo, determinó una estratificación de los derechos de acceso: fueron beneficiarios los cotizantes y los indigentes (alrededor de un 70% de la población) y –para las medidas preventivas– el total de los habitantes.

La clase media se automarginó por prejuicio social y obtuvo finalmente (1968) un sistema de medicina curativa con libre elección y pago por acto, sistema desfinanciado desde su inicio pero que logró cerrar el paso al advenimiento de un Servicio realmente Nacional, que cubriera con todas las acciones al 90% de la población, como en el Reino Unido.

En 1979-1980, Chile cambió de rumbo anticipándose nuevamente a Inglaterra. El gobierno de entonces creó deliberadamente un espacio a la empresa privada: las ISAPRE. Se redujo el gasto del gobierno central en Salud y se entregó la atención primaria a los municipios.

Mientras esto ocurría en Chile, el Servicio británico experimentaba los problemas típicos de financiamiento difícil, hospitales lentos en responder a la demanda del nivel primario y bolsones de mala atención primaria (en el centro de las grandes ciudades). Sin embargo, a la luz de la comparación internacional, era muy eficiente y efectivo (Light 1995, Black 1994). Estos logros no impidieron que el gobierno conservador tratara insistentemente de aplicar al SNS, como al resto del sector público, políticas de hegemonía de lo económico sobre lo social, de lo privado sobre lo público y de competencia como clave de la eficiencia (Butler 1994). Se estaba liquidando el “welfare state”.

En lugar de la relativa autonomía profesional existente, se introdujeron estilos de mando gerencial, que siempre abren el camino a la injerencia política. Se estimuló la obtención de ingresos propios y la compra de servicios. La crisis fiscal de 1987-1988 llevó a considerar la posibilidad de seguros privados, pero el gobierno concluyó que no hay nada mejor que el financiamiento estatal para controlar los costos (Butler, 1994).

2. LAS REFORMAS DEL SNS BRITANICO

Una comisión gubernamental acogió en su informe “Working for patients” (“Trabajando por la gente”), publicado en 1989, la idea propuesta en 1985 por Alan Enthoven, de hacer que los hospitales se convirtieran en trusts semiautónomos que compi-

tieran entre sí para obtener contratos de compra de sus prestaciones por parte de las District Health Authorities (DHAs), transformadas de administradores superiores de los hospitales, en compradores. Es lo que se llama el “mercado interno”, que se convirtió en ley en abril de 1991. Hacia el final del debate sobre esta ley, el gobierno agregó en ella una idea de Alan Maynard combinada con el ejemplo de las Health Maintenance Organizations (HMOs) de EE.UU.: la entrega de una parte del presupuesto a los médicos generales (GPs) para que también sean compradores de algunos servicios hospitalarios y de prestaciones de salud pública comunitaria y de medicamentos (Glennister *et al.*, 1994). Con estos fondos los GPs pueden también aumentar su propio rango de prestaciones. Tal es la “Reforma” del Servicio inglés.

3. OTROS CAMBIOS IMPORTANTES

Paralelamente, en 1990, se estableció una nueva forma de contrato a los GPs, que liga su remuneración a la performance en forma más intensa que antes, al punto que dichos médicos perciben que se les está dictando qué hacer en su trabajo clínico (Calnan y Williams, 1995).

En 1992 se dictó la Private Finance Initiative (PFI), que ordena al sector público buscar financiamiento privado para sus inversiones antes de pedirlo al fisco. Ya en 1995 el capital privado había pasado desde la venta de servicios generales y clínicos y el arriendo de equipos al SNS al de la inversión en hospitales de agudos, los cuales ocupan sitios y edificios estatales y son arrendados al SNS, pero en gran medida son administrados por los privados. El volumen de la inversión total del SNS, del orden de dos millones de libras, se reduce en 17% para 1996. Ello se compensaría parcialmente con 170 millones de PFI. Esta inversión privada significa un alivio transitorio para el presupuesto fiscal, alivio que tendrá un alto costo en el futuro y lleva a una privatización de facto de los hospitales involucrados (Pollock, 1995; Lancet, 1995; Dean, 1996).

Las empresas privadas, incluyendo asociaciones formadas por los propios GPs, pueden vender servicios clínicos al SNS reformado en mejores condiciones que los trusts hospitalarios estatales, ya que éstos tienen restricciones para invertir. Aquéllas pueden convenir con los compradores contratos a largo plazo, que les dan seguridad y control (Ham, 1995). Además pueden contratar servicios parciales: aquellos que les convienen, como la cirugía electiva de hospitalización abreviada, lo cual, de

paso, deja desfinanciado al hospital público del área respectiva (Dawson, 1994).

Finalmente, el antiguo aparato de gestión del SNS ha perdido gradualmente sus funciones administrativas. En 1995 se preparaba una ley que crea, como única estructura descentralizada, a las Comisiones Locales de Salud (LHCs), destinadas a administrar los contratos de los GPs y a supervisar sus compras; ellas disminuyen su papel de compradores directos, el cual pasa progresivamente a los GPs. Sobre las LHCs habría ocho Oficinas regionales del Ejecutivo Central del SNS, para dar apoyo y servir como canales de transmisión de responsabilidades hacia el nivel central (Garfield, 1995). Los órganos distritales y regionales pierden la relativa autonomía que poseían. Los Directores Regionales de Salud Pública pasan a ser empleados públicos y como tales no podrán publicar informes ni podrán ocupar puestos directivos en sus organismos profesionales. Quedan atrás los días anteriores a 1974, cuando los "Funcionarios Médicos de Salud" (M.O.H.s) actuaban como abogados de la salud pública y tenían fuero legal para ello. Coincidentemente, los trusts hospitalarios prohíben a sus médicos consultores (consultants) publicar denuncias acerca de eventuales falencias.

4. EVOLUCION DE LAS REFORMAS

Los trusts hospitalarios eran ya quinientos en 1994, y correspondían al 95% de la población (Bartlett y Le Grand, 1994). Los GPs "tenedores de fondos" cubren al 40% de los habitantes, en 1995-96; para el 60% restante, las compras de servicios hospitalarios y comunitarios siguen estando a cargo de las autoridades distritales de salud (las LHCs del futuro) (Ham y Shapiro, 1995). Hay que tener presente, sin embargo, que la mayoría de los GPs "tenedores de fondos" compran sólo algunos tipos de prestaciones hospitalarias y comunitarias, además de los medicamentos, de modo que el porcentaje del presupuesto que manejan es inferior al porcentaje de población inscrita en sus listas (Glennester *et al.*, 1994).

En el primer año de la reforma los contratos comerciales entre compradores y proveedores estipulaban el pago de una suma anual por un paquete definido de prestaciones (todas las urgencias, por ejemplo), con o sin especificación de un piso y un techo. Posteriormente, el tipo de contrato ha ido refinándose; por ejemplo, se compra en bloque un volumen determinado de actividades y las prestaciones que exceden ese nivel son pagadas con un arancel especificado para cada tratamiento indivi-

dual; con menor frecuencia al contrato prevé un pago caso por caso (Bartlett y Le Grand, 1994; Appleby *et al.*, 1994).

Junto a esta evolución que muestra el avance de las reformas del SNS, se ha desarrollado una antinomia entre los principios del mercado, por una parte, y las medidas de control y las decisiones políticas, por la otra. En un mercado auténtico los trusts hospitalarios ineficientes deberían quebrar y cerrarse; el Ministerio de Salud, sin embargo, tiene la facultad de decidir racionalizaciones que evitan tales cierres, por impopulares. La libre competencia requiere que haya una capacidad excesiva de camas; pero la racionalidad fiscal exige eliminar esa redundancia, por razones de economía, y lo logra mediante la fusión de establecimientos, la reducción parcial de camas en una pluralidad de hospitales y la concentración de especialidades (Dawson, 1994). A este mercado con freno se le llama en Inglaterra "Competencia regulada" (managed competition) (Butler, 1994; Appleby, 1994). Los trusts públicos deberían competir en igualdad de condiciones con las empresas privadas, pero no pueden, por estar sujetos a los estatutos del sector estatal (Dawson, 1994). La PFI anula también la competencia en el caso de los hospitales financiados por el sector privado, ya que en estos casos la empresa inversionista tiene asegurados los contratos de compra y los de venta de servicios, sin necesidad de presentarse a propuestas; para ellos el riesgo de quiebra no existe, ya que el Estado sigue siendo el responsable último de dar atención hospitalaria a la población, al margen de las vicisitudes de recesión o de inflación (Pollock, 1995).

5. ALGUNOS RESULTADOS DE LOS CAMBIOS

Más evidente que la realización de un mercado competitivo ha sido la separación entre compradores y vendedores. Con ello aparece la necesidad de definir en forma comercial y legal *qué se compra y qué se vende*; y, como consecuencia, se problematiza el tema del racionamiento de servicios para la Salud. Según algunos, habría que empezar por eliminar las intervenciones inútiles (Black, 1994) o hacer pagar caro por ellas (Ham, 1995); hay que priorizar en forma local y no centralizada, e incorporar a la comunidad a un proceso informado de decisión (Donaldson, 1993; Hoffenberg, 1993); ante todo, habría que evitar las priorizaciones por capacidad de pago o por habilidad empresarial relativa, que acentúan la inequidad.

La aparición de compradores con poder econó-

mico para decidir *ha remecido a los hospitales*. Estos –bajo la forma de trusts– han adquirido autonomía; pero al mismo tiempo padecen de inseguridad. Así como a los consultores se les prohíbe hacer denuncias, los médicos jóvenes han pasado a depender de los trusts en que sirven, con peligro para su formación y condiciones de trabajo (Ramsay, 1995). Por otra parte, los proveedores pueden tratar de zafarse de la hegemonía de los compradores del sector público, vendiendo sus prestaciones a particulares o a empresas privadas. Quienes están en condiciones de hacer esto son sólo algunos hospitales, principalmente los que hacen docencia en Londres: ellos se hallan tras el aumento del trabajo privado en el SNS, que de un 11.2% en 1988 subió a un 15.1% en 1994 (Ramsay, 1995) En 1996 el Ministro de Salud ha debido vetar los planes de treinta trusts, que iban a vender pólizas de salud privadas, usando los pensionados de los hospitales públicos (Dean, 1996).

El reflejo más nítido de las políticas conservadoras en salud ha sido el *cambio estructural de la propiedad y de los objetivos* del sistema. Así, mientras empresarios privados manejan una proporción creciente de hospitales de agudos, con ganancias del orden de 25% (Pollock, 1995), se informa (Dean, 1995) que en 1994 se cerraron 1.400 camas públicas más en Londres y que hay reducciones en marcha en Birmingham, Glasgow, Newcastle, Manchester y Liverpool. Las camas públicas para crónicos disminuyeron en 188 mil plazas entre 1982 y 1993: las mismas, en el área privada, aumentaron de 26.900 a 194.800 entre 1985 y 1989 y su parte del mercado llegó a ser el 57% en 1995, previéndose un crecimiento de 30 a 40% en los dos años siguientes, paralelamente a una progresiva concentración de la propiedad (Pollock, 1995). En tanto, miles de discapacitados han sido expulsados de las camas del SNS, a raíz de cortes presupuestarios (Dean, 1995).

La publicidad del gobierno en torno a las reformas ha contribuido a un *aumento de la demanda*, cuya satisfacción es difícil en el contexto mercantil y de litigio que se ha introducido (Calnan y Williams, 1995). Por ejemplo, los GPs ya no aceptan el creciente número de llamados nocturnos y dominicales, salvo que se les compense mejor; otra opción sería establecer un contrato separado para las horas extraordinarias, con un mayor costo, posible privatización y riesgo de fragmentación de la atención primaria (Heath, 1995). También han aumentado los ingresos de urgencia en los hospitales, como reflejo de una demanda no atendida por vías normales; por otra parte el aumento de recursos en manos de los GPs puede contribuir a incrementar la

demanda de hospitalizaciones (Dean, 1995). Los intereses y presiones en juego están llevando a una *baja en la moral* de los profesionales, así como a rupturas de la ética (Light y May, 1993; Dean, 1995; Pollock y Majeed, 1995). El número de candidatos a GP ha bajado en 15% desde 1988, y han aumentado los médicos generales que abandonan o se jubilan precozmente; esto se atribuye al exceso de trabajo, especialmente administrativo, y a la pérdida de libertad para referir (Beecham, 1996).

6. EVALUACION DE LAS REFORMAS

La evaluación de las reformas está dificultada por tres elementos: primero, porque hubo varios cambios casi simultáneos; segundo, porque su introducción fue apoyada con una considerable inyección de recursos y, finalmente, porque el gobierno no estableció un sistema de monitoreo y evaluación. Los propios compradores no disponen de información suficiente. Diversas investigaciones parciales se han dirigido a examinar el grado en que se logran los objetivos declarados de las reformas: eficiencia, calidad, libertad de elección y equidad (Le Grand, 1994).

La *eficiencia* no ha aumentado, en parte porque se han producido nuevos costos derivados de las transacciones de compraventa de servicios y de la administración fragmentada de los recursos. Los GPs han empezado a gastar en equipos diagnósticos, terapéuticos y de computación, así como en auxiliares administrativos (Leese *et al.*, 1994). La libre elección por los pacientes no ha aumentado (Le Grand, 1994). Debe recordarse que las reformas se aplicaron a un Servicio que era muy eficiente: en la década anterior (1980) el promedio de estada de los casos agudos bajó en 29%; los egresos por cama subieron un 46.8%; el costo unitario del egreso de un paciente agudo bajó en 10% y el de un caso geriátrico, en 25%. Todo ello con presupuesto casi constante y menor –en términos per cápita– que el de los demás países industrializados (Light, 1995).

Los índices de *calidad* tuvieron evoluciones disímiles. Las mejorías asociadas a una mejor respuesta de ciertos hospitales frente a los GPs “tenedores de fondos” son difíciles de interpretar, ya que ellos son los GPs que ya tenían una mejor performance. Los pacientes de tales GPs serían priorizados por los hospitales, en desmedro de los otros: acentuación de la inequidad. No hay demostraciones de impacto en la salud de la población (Le Grand, 1994).

Un estudio de la “Comisión Auditora de Gran Bretaña” dado a luz en mayo de 1996 indica que la

gran mayoría de los GPs “tenedores de fondos” no conoce o no sigue las normas técnicas, no hace un diagnóstico de necesidades ni prepara planes para el uso de los fondos (BMJ, 1996). Ha habido una mejor comunicación con los hospitales, pero esto se ha dado también para los GPs no “tenedores de fondos”: los avances se atribuyen a la dictación de nuevos reglamentos sobre la calidad de la atención en los hospitales (Coulter, 1995).

El rango de posibilidades de *elección y participación* por parte de los pacientes no habría aumentado, según investigaciones realizadas en los primeros años del cambio (Le Grand, 1994), y confirmadas por el estudio de la Comisión Auditora (BMJ, 1996).

Las reformas han significado riesgo de aumento de la *inequidad*. En efecto, tanto los GPs como los trusts hospitalarios tienen ahora incentivos y posibilidades para ser más competitivos y aumentar sus utilidades, mediante el “descreme”, es decir la exclusión de pacientes con problemas de alto costo de tratamiento (Le Grand, 1994). Esto es especialmente posible para los trusts cuando venden “paquetes” fijos de prestaciones (block contracts) (Bartlett y Le Grand, 1994). La posibilidad de tales manejos, con el “vaciado” (dumping) de pacientes-problema de un servicio a otro, al haber fines de lucro o temor de falencia financiera, es evidente cuando se considera que el 100% de los recursos es gastado por el 27% de la población (Glennister *et al.*, 1994); el 72%, por el 10%; y el 41%, por el 2% (Light, 1995). Un autor (Dean, 1995) hace notar la creciente desigualdad económica que afecta al Reino Unido, y que constituye un contexto inquietante para el efecto negativo de las reformas.

7. REPERCUSIONES

La publicación de las reformas, en 1991, desencadenó una controversia espectacular. Ya desde 1990 el gobierno temperó el radicalismo mercantil inicial, informando que el nuevo mercado sería estrictamente controlado desde el centro y eliminando la terminología más claramente comercial (Butler, 1994). Por múltiples razones, hubo resistencia de muchos GPs frente a la presión del gobierno por convertirlos en “tenedores de fondos”. Algunos GPs han optado por abandonar dicho sistema. (Boulton, 1996). Sostienen algunos que el control del gasto en medicamentos y en derivaciones excesivas, por una parte, y la sensibilización de los hospitales a las derivaciones de los GPs, por otra, podía lograrse más simplemente por la colaboración entre las autoridades locales y regionales por un lado y los GPs, por otro (Ham y Shapiro, 1995;

Calnan y Williams, 1995). “Salvemos nuestros hospitales” fue el objetivo de campañas comunitarias en diversos lugares (Dean, 1995). Sir Douglas Black (1994), una de las figuras más respetadas de la medicina inglesa, aboga por un sistema nacional, que da universalidad de acceso, equidad y eficiencia, y que no debe ser sustituido por una red de contratos y una gestión jerárquica. El intento de control por los compradores y el intento de defenderse por parte de los proveedores lleva a la desintegración del sistema por temor a la competencia, por preservar la autonomía, por sobrevivir: un sistema requiere cooperación, no competencia (Smith, 1995)

8. ALGUNAS DE LAS LECCIONES

Frente a la reciente experiencia británica uno se pregunta si se justifica el costo nacional en ineficiencia e inequidad, de haber desorganizado lo que funcionaba bien por razones principalmente ideológicas. Por otra parte, frente a la falta de respuesta adecuada de los grandes hospitales a las necesidades de la población no puede negarse el ingenio del mecanismo de los GPs “tenedores de fondos”. Pero ello exige tener un nivel primario fuerte, con una dotación de recursos comparable a la inglesa: cuatro médicos de dedicación exclusiva para cada 10 mil habitantes. Entre tanto, una solución más inmediata puede ser unificar el liderazgo y el presupuesto (poder comprador) para los tres niveles de atención en direcciones locales que planifican y evalúan de manera competente y participativa, con el respaldo de investigaciones operacionales oportunas. Para evitar la polifarmacia y las actividades inútiles, la mejor respuesta puede ser un Formulario Nacional y una serie de normas técnicas, cuya utilización sea promovida por un sistema integrado.

REFERENCIAS

1. Berwick, D., Smith, R. Cooperating, not competing, to improve health care: the first European forum on quality improvement in health care will provide a way, BMJ 1995; 310: 1349-50.
2. Betrayal of the NHS (Editorial) The Lancet 1995; 346: 651.
3. Black, D., A doctor looks at health economics, Annual lecture 1994, The Office of Health Economics, London.
4. BMJ, Rationing in action, BMJ Special, 1993. Chapters: Cam Donaldson, Economics or priority setting: let's ration rationally?

- Rudolf Klein, Warning Signals from Oregon.
Richard Smith. Rationing: the search for sunlight.
Letter to the editor, by R. Hoffenberg. Lecture 1994, The Office of Health Economics, London.
5. Calnan, M., Williams, S. Challenges to professional autonomy in the UK? The perceptions of general practitioners, *Int. J. Health Services* 1995; 25 (2): 219-241.
 6. Dean, M. Labour's invisible health agenda, *Lancet* 1995; 345: 310.
 7. Dean, M. UK's complacency on record inequality gap, *Lancet* 1995; 345: 441.
 8. Dean, M. A continuing community care crisis, *Lancet* 1995; 345, June 24.
 9. Dean, M. A series of capital hospital cuts, *Lancet* 1995; 345: 974.
 10. Dawson, D. Regulating competition in the NHS: The Department of health Guide on Mergers and Anticompetitive Behaviour. Discussion Paper 131, Centre for Health Economics, University of York 1994.
 11. Garfield, J. The health authorities bill, *BMJ* 1995; 310: 1421-22.
 12. Ham, C., Hunter, D.J, Robinson, R. Evidence based policymaking, *BMJ* 1995; 310: 71-72.
 13. Ham, C. Profiting from the NHS, *BMJ* 1995; 310: 415-16.
 14. Ham, C., Shapiro, J. The future of fundholding, *BMJ* 1995; 310: 1150-51.
 15. Ham, C. Health care rationing; the British approach seems likely to be based on guidelines, *BMJ* 1995; 310: 1483-84.
 16. Heath, I. General practice at night, *BMJ* 1995; 311:466.
 17. Horvitz, N. *et al.* Salud y Estado en Chile, OPS, Santiago, 1995
 18. Leese, B., Drummond, M., Hawkes, R. Medical Technology in General Practice in the UK: will fundholding make a difference? Discussion Paper 122, Centre for Health Economics, University of York 1994.
 19. Lerner, C., Claxton, K. Modelling the behaviour of General Practitioners: a theoretical foundation for studies of fundholding. Discussion Paper 116, Centre for Health Economics, University of York.
 20. Light, D., May, A., (eds.) Britain's health system: from welfare state to managed markets, Washington D.C., Faulkner and Gray, 1993. Revisión por Stephen Harrison en: *J. Public Hlth. Policy* 16 (2); 239-40.
 21. Light, D.W. Escaping the traps of postwar Western medicine; how to maximize health and minimize expenses. *European J. of P. Health*, 1993, 3 (4): 281-289
 22. Light, D. W. Homo economicus: escaping the traps of managed competition, *European J. of P. Health*, 1995, 5 (3): 145-154.
 23. Pollock, A., Majeed F. Community oriented primary care: not a panacea for the problems faced by primary care, *BMJ* 1995; 310: 481-482.
 24. Pollock, A. The NHS goes private, *The Lancet* 1995; 346: 683-684.
 25. Public Health Advocacy: unpalatable truths (Editorial) *Lancet* 1995; 345: 597-9.
 26. Ramsay, S. New British Health Secretary gets some early advice, *Lancet* 1995; 346: 174.
 27. Ramsay, S. Some UK hospitals have very private successes, *Lancet* 1995; 346: 431.
 28. Robinson, R., Le Grand, J. (eds.). Evaluating the NHS Reforms, King's Fund Institute, Londres, 1994.
 29. Viel, B. La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, la Unión Soviética y Chile, Ed. Universidad de Chile, Santiago, 1961 (1ª edición); 1964 (2ª edición).

Referencias obtenidas en 1996:

1. Beecham, L., en *BMJ* 1996; 312: 465 y 1364.
2. Boulton, A., Early fundholders quit after cash crisis, *BMJ* 1996; 312:465.
3. *British Medical Journal*, The problems of fundholding (Editorial), *BMJ* 1996; 312: 1311.
4. Coulter, A., Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom, *European J. of Public Health* 1995; 5: 233-239.
5. Dean, M. Further doubts raised over UK's private finance initiative, *Lancet* 1996; 347: 1253.