

THE IMPORTANCE
OF RECONCILIATION
BETWEEN EFFICIENCY
AND EQUITY, FOR HEALTH
SYSTEMS, FROM AN
ETHICAL PERSPECTIVE

A IMPORTÂNCIA DE
ALCANCAR O EQUILÍBRIO
ENTRE EFICIÊNCIA E
EQUIDADE NOS SISTEMAS
DE SAÚDE DESDE NUMA
PERSPECTIVA ÉTICA

► Martha Edith Oyuela*

La importancia de la reconciliación entre Eficiencia y Equidad, para los sistemas de salud, desde una perspectiva ética

► 100
Bioética

► Fecha Recepción: Noviembre 6 de 2010 ► Concepto Evaluación: Noviembre 29 de 2010 ► Fecha Aceptación: Diciembre 9 de 2010

* Médica Radióloga y especialista en Epidemiología, Universidad del Rosario. Especialista en Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Magister en Economía de la Salud, Universidad Pompeu Fabra (Barcelona-España). Investigadora Departamento de Humanidades, Universidad Militar Nueva Granada. Email: oyumanedith@hotmail.com



► RESUMEN

Existe un gran conflicto de intereses entre todos los actores de los sistemas de salud: Beneficiarios, contribuyentes, profesionales de la salud, prestadores y pagadores, por lo que se hace necesario comprender que la eficiencia y la equidad son objetivos complementarios y fundamentales para lograr capacidades básicas e individuales, que no solo deben contemplar los servicios de salud, sino procurar por la mejora de los estilos de vida de la población.

► Palabras Clave

Eficiencia, equidad, justicia distributiva, economía de la salud.

► ABSTRACT

There is a big conflict of interests between all actors in health systems: Beneficiaries, contributors, health professionals, providers and payers, so it is necessary to understand that efficiency and equity are essential and complementary goals for achieving basic and individuals capabilities that not only must consider the health services, but seek to improve the lifestyles of the population.

► Key Words

Efficiency, equity, distributive justice, health economics.

► RESUMO

Há um grande conflito de interesses entre os actores dos sistemas de saúde: beneficiários, contribuintes, profissionais de saúde, prestadores de serviços e pagadores. Portanto, é necessário compreender que a eficiência e a equidade são objectivos complementares e fundamentais para alcançar competências essenciais e individuais que não só devem considerar os serviços de saúde, mas procurar o melhoramento dos estilos de vida da população.

► Palavras Chave

Eficiência, equidade, justiça distributiva, a economia da saúde.

¿Son los servicios de salud, públicos o privados, “gratuitos”? Realmente, no, esto quiere decir que en el campo de los servicios de salud es plenamente aplicable el paradigma de los recursos escasos; por lo tanto respecto a los servicios de salud se puede decir que por un lado tienen un precio y por otro generan restricciones; por lo que, las decisiones que se tomen sobre el uso de los recursos disponibles para dicho sector, deberían estar basadas en conceptos de eficiencia, que parten de consideraciones económicas.

No sería ético ignorar el costo-oportunidad de las decisiones sobre la distribución y uso de dichos recursos, concepto que traduce el hecho de que los recursos que se dan a un paciente son recursos denegados a otro. (Sen 1987, Sen 2002, López 1998, López 2003)

Si tomamos la definición de economía dada por Lionel Robbins (1898-1984) para quién “la economía es una ciencia que estudia el comportamiento humano como una relación entre fines y medios escasos que tienen usos alternativos”, se entiende la idea implícita de racionalidad y de comportamiento optimizador que está sujeto a restricciones y que constituye la esencia misma del análisis económico. La economía se ocupa fundamentalmente de un aspecto particular del comportamiento, la forma que éste adopta bajo la influencia de la escasez, por lo tanto la economía se convierte en una pieza fundamental, para lograr que los servicios y sistemas de salud sea más eficientes. (Rodríguez 1992)

En el ámbito de la salud, la eficiencia entonces, corresponde a lograr el máximo nivel de salud a partir de unos recursos dados o cuando al comparar alternativas que generan el mismo beneficio, se opta por la menos costosa, así las actividades de las evaluaciones económicas en salud consisten en realizar la medida de los costos y las consecuencias de las diferentes opciones planteadas para tomar decisiones sobre elegir programas, tecnologías o medicamentos, por lo tanto siempre implican comparar en forma juiciosa para así poder optar por la mejor alternativa. (Rodríguez 1992, Puig-Junoy 2000)

Pero, ¿es la salud un bien económico, una mercancía como las demás? En sentido estricto, no. La salud no comparte algunas de las principales características de los bienes económicos. La salud no se puede acumular, ni almacenar y, sobre todo, no se puede intercambiar; esto es, no se puede comprar ni vender directamente, la salud tiene valor de uso (proporciona utilidad a los individuos que la disfrutan) pero no valor cambio. Por consiguiente, no existen mercados de salud *per sé*,

aunque sí mercados de servicios de salud, porque éstos sí se pueden comprar y vender directamente. (Rodríguez 1992, Meneu 2003)

Si nos referimos al sector público y teniendo en cuenta el concepto costo-oportunidad es claro que los gastos dedicados a la salud, restringen los gastos que puedan darse a otros de tipo público, como lo son por ejemplo la educación y para el sector privado sucede algo similar, ya que lo que una familia se gasta en salud, le resta dinero a otros usos de presupuesto doméstico. (Rodríguez 1992, Fuchs 1974)

Existe una clara relación entre la renta per cápita de un país y el nivel de salud y bienestar de su población, ya que entre mayor es la primera, mayor tiende a ser la esperanza de vida, aunque esta relación no es de tipo lineal, es decir esta última no aumenta proporcionalmente al aumentar la renta. Una vez definido la proporción del PIB que un país va a asignar a la salud, debe luego conocer cuales son las actividades y aspectos que generan salud a su población, es decir como va a distribuir los recursos disponibles; por ejemplo cuanto va a asignar a programas de prevención, educación, nutrición, vivienda etc. Por otro lado, dentro de los propios sistemas de salud se generan también preguntas alrededor de cómo ser eficientes en la asignación de recursos que deben ser repartidos entre personal médico, paramédico, instalaciones, servicios, tecnologías, medicamentos, programas etc. No obstante, también es cierto que hay países con ingresos per cápita muy diferentes pero nivel de salud (medido por la esperanza de vida) muy similar, además, los ingresos del país no sólo determinan cuándo morimos, sino de qué morimos, se ha observado como en el mundo no sólo hay grandes diferencias en la esperanza de vida, sino también en las causas de muerte. (Calonge 1998)

De igual manera la salud y el bienestar de una población influyen en el desarrollo económico de un país, que a su vez depende del nivel de productividad, es decir que la buena salud, además de ser un objetivo en sí misma, trae consigo importantes beneficios económicos. (Calonge 1998)

En países con características sociales y económicas como el nuestro (Colombia), se sabe que sobre la base de un modelo de optimización del bienestar a lo largo de la vida de un individuo y una función de producción que se postula creciente, aunque a rendimientos decrecientes, las inversiones en salud (mejoras de alimentación, vivienda, etc.); si se vence un riesgo de muerte se generan externalidades positivas sobre los otros riesgos

existentes, es decir los beneficios marginales de invertir para evitar una de las causas de mortalidad aumentan como función de las tasas de supervivencia de las otras causas, un ejemplo de esto se describe en el artículo que ganó el Premio de la IHEA (2001) al mejor artículo en Economía de la Salud, realizado por la universidad de Yale y fue financiado por el National Institute on Aging, la Rockeller Foundation y la National Science Foundation de los EE.UU., en el cual se demuestra como, si una madre en el tercer mundo sabe que los programas de inmunización complementarios, para asegurar la supervivencia de su bebé, están funcionando, aumentará sus esfuerzos para un parto con un peso del recién nacido más elevado, es decir que los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen. (López 2001)

Es una realidad demostrada por varios trabajos, que los mercados de los servicios de salud presentan serias fallas que impiden lograr por sí mismos eficiencia, lo que se ve reflejado en niveles altos de morbi-mortalidad, disminución en la esperanza de vida e importantes restricciones en acceso a tratamientos adecuados, lo que se observa especialmente en países pobres; por otro lado sucede algo peculiar y corresponde al serio problema de información, ya que los individuos que consumen, no conocen ni entienden las características de los bienes y mucho menos pueden evaluar de forma objetiva sus beneficios, ni los costos esperados de las consecuencias de las decisiones que han tomado otros sobre su salud. Esta asimetría de información provoca que el poder decisión lo tome el médico en el mejor de los casos, y más frecuentemente el "Tercer pagador", que por su lado ni consume ni provee servicios, pero sí gestiona los recursos, lo cual seguramente impide un funcionamiento eficiente y equitativo, por lo que se hace absolutamente necesario un ente adicional que planifique, financie y regule el sistema. (Rodríguez 1992, Colange 1998, Mackenbach 2002)

Preocupa el hecho, de que cada vez más se requiere aumentar la inversión en salud, lo cual constituye un gasto adicional para diferentes sociedades, que deben solventar sus necesidades y adaptar sus recursos en búsqueda de una mejor calidad de vida para su población.

Existen varias razones para que se dé el crecimiento del gasto en salud: Al parecer el de mayor impacto, es el envejecimiento de la población, que sin duda está influido por los avances de la medicina y mejoramiento de tecnologías, pero que plantea a su vez serios retos y la aparición de

"nuevas" patologías. Esa visión está fundamentada en un hecho incontrovertible: las personas mayores (el punto de corte se sitúa convencionalmente en 65 años) consumen una cantidad de visitas, hospitalizaciones, medicamentos, etc. muy superior al resto de grupo de la población. Algunas estimaciones de la OCDE calculan que los mayores de 65 años gastan por término medio 3,5-4 veces más en atención en salud que la media del conjunto de la población. Según un cálculo de la OMS, actualmente el 30% del gasto se dedica a los mayores de 75 años, que sólo representan el 5% de la población. (Casado 2002, Casado 2004, Gornermann 2002, Dow 1999, Huisman 2003)

Se conocen sin embargo, otras posturas respecto a la influencia real del envejecimiento de la población en el gasto en salud, según P. Zweifel el gasto en salud que una persona absorbe no depende tanto de la edad biológica sino de la cantidad de vida que le reste. En un trabajo muy minucioso en el que analizaron el consumo médico realizado en los últimos dos años de vida por 14.000 individuos suizos que murieron entre 1983 y 1992, se planteó que la mayor parte del gasto que una persona se concentra en el último año de su vida, es decir el gasto en ese último año de vida es mayor cuanto más joven sea el individuo. Por lo tanto, independientemente de la prolongación de la vida y el número de personas que alcanzan y superan los 65 años, el gasto medio per cápita no tiene porqué variar demasiado. De todas formas entre las personas de más edad hay una proporción más alta de ellas que están en el último año de su vida, por lo que el envejecimiento de la población puede contribuir mucho menos de lo que se temía al crecimiento futuro del gasto en salud. (Casado 2000, López 2003, Zweifel 1999)

Otro de los factores que influye en el crecimiento del gasto, está dado por los cambios en los patrones de morbilidad, debido a que se han logrado vencer ciertas patologías como enfermedades infecciosas, que han dejado de ocupar el primer lugar de prevalencia y han sido reemplazadas por enfermedades crónicas que requieren en la mayoría de los casos manejos interdisciplinarios que plantean mayor inversión. (Puig-Junoy 2000)

Aunque la mayor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, es vista y valorada como un logro en los sistemas y políticas de los que toman decisiones, a su vez exigen mayor eficiencia en el manejo de recursos, ya que los montos asignados habrá que repartirlos en mayor número de individuos. (Puig-Junoy 2000)

La aparición de un "tercer pagador" influye también en el aumento de gasto en salud, debido a que con la aparición de seguros, aumenta la probabilidad de uso de los servicios, debido a que ni el paciente ni el médico perciben realmente el gasto, por lo que se genera una sobre-utilización de los mismos lo que es llamado en el lenguaje económico: "Abuso moral". (Puig-Junoy 2000)

Este cambio en el modo de financiación de los servicios genera también un cambio en la relación médico-paciente, donde el médico pasa a ser un empleado y subordinado del tercer pagador y debe cumplir indicadores de gestión que intenten no generar sobre - costos.

No se puede dejar de mencionar el cambio en los estilos de vida, donde existe una exigencia cultural en ser más productivos y la invitación constante al consumismo, que su vez exige mayor horas de trabajo, menor espacios de esparcimiento, menor dedicación a la vida familiar, lo que automáticamente genera sobrecarga física y mental, y resulta en enfermedades que han sido asociadas al estrés; como un ejemplo de estas se puede mencionar el síndrome de fatiga crónica, síndrome que genera mayor gasto y menor productividad, debido a que por un lado requiere inversión en investigación, por otro debe ser manejado de una forma integral donde deben participar diferentes tipos de especialistas calificados y por último la persona afectada debe disminuir su ritmo de trabajo, que en conjunto generan un impacto económico negativo. (Puig-Junoy 2000)

Por supuesto también es preocupante el aumento en el gasto en salud, principalmente por el concepto costo-oportunidad, que ya se mencionó, y que se refiere a que esos recursos que cada vez se invierten más en salud, se dejan de dedicar a otros usos, que también son deseables para alcanzar el bienestar de las personas, lo que se puede constatar en un estudio que hace referencia a que una reducción del gasto en salud de un 10% resulta en un incremento de un 0,5% en la tasa de mortalidad infantil masculina y un 0,4% en la femenina, así como una reducción de 6 meses en la esperanza de vida de los varones y 3 meses en las mujeres. (Oliva 2000, Wagstaff 2003)

Hay que tener en cuenta, que los indicadores de salud que se han mencionado como la esperanza de vida y tasas de morbilidad y mortalidad, hacen referencia solamente a la cantidad de salud ganada o perdida y no a las variaciones en la calidad de salud, lo cual no solo esta en relación con diagnósticos tempranos, tratamientos efectivos, sino en manejos de apoyo y cuidado, rehabilitación, manejo del dolor e inclusive en ayudar a morir "Dignamente".

Es una realidad demostrada por varios trabajos, que los mercados de los servicios de salud presentan serias fallas que impiden lograr por si mismos eficiencia, lo que se ve reflejado en niveles altos de morbi-mortalidad, disminución en la esperanza de vida e importantes restricciones en acceso a tratamientos adecuados, lo que se observa especialmente en países pobres; por otro lado sucede algo peculiar y corresponde al serio problema de información, ya que los individuos que consumen, no conocen ni entienden las características de los bienes y mucho menos pueden evaluar de forma objetiva sus beneficios, ni los costos esperados de las consecuencias de las decisiones que han tomado otros sobre su salud.

Se nos plantean hasta ahora, varios problemas : Por un lado surge la pregunta de si es aceptable y necesario controlar el gasto en salud y por otro si la respuesta anterior es afirmativa, como hacerlo?.

Existe sin duda, un gran conflicto de intereses entre beneficiarios, contribuyentes, profesionales de la salud, prestadores y pagadores, con un común denominador entre todos: El deseo de dar lo mínimo, recibiendo el máximo; los beneficiarios, no necesariamente enfermos quieren recibir atención oportuna y de alta calidad a cualquier costo, los contribuyentes exigen el mas alto nivel de salud, teniendo en cuenta que realizan un aporte de su salario y lo quieren ver recompensado, los profesionales de la salud se encuentran entre dos frentes, uno con respecto a los beneficiarios que les solicitan formulas y manejos complejos y el pagador que les exige contención en los costos, enfrentados además al hecho de que para lograr supuesta eficiencia, sus honorarios se ven disminuidos y dependen de la viabilidad económica de cada institución que los ha contratado; los prestadores por otro lado, se encuentran muy interesados en generar servicios, muchas veces sin importar el impacto que este pueda tener y sin tener en cuenta índices de costo-efectividad en búsqueda de mayores ingresos y por último los pagadores en un constante afán de contener el gasto a costa de lo que sea necesario, buscando una supuesta viabilidad financiera. Toda esta situación genera un caos, que impide la sostenibilidad de los sistemas de salud y por consiguiente la salud y el bienestar de las personas. (Wagstaff 2000)

Hasta ahora se ha planteado un panorama general de las variables que influyen en el funcionamiento de los sistemas de salud, se han planteado problemas, pero, existen soluciones?, y si existen, son estas viables?. Para poder responder a estas preguntas, debemos plantear inicialmente otras: ¿A que nos referimos cuando hablamos de salud?, ¿Para ser viables los sistemas de salud se requiere solamente ser eficientes?, ¿Para esta viabilidad basta con ser equitativos?, ¿Se puede ser a la vez equitativos y eficientes?, ¿Son los sistemas de salud sostenibles?

Cuando hablamos de equidad, estamos hablando de igualdad?, posiblemente no sea un símil, pero la igualdad podría ser una de las características que debe estar presente para definir la equidad; si esto es cierto, entonces definitivamente los sistemas de salud no son equitativos, ya que es imposible lograr completa igualdad, sin embargo la igualdad que deberíamos lograr es respecto a que?, probablemente lo que deseamos es que todos pudiéramos

acceder a unas mínimas condiciones que nos generen bienestar y que no necesariamente estén relacionadas con la capacidad de pago, es decir con el nivel de renta de cada quien, pero, cuales son esas condiciones mínimas?, depende de la necesidad de cada quien?, independientemente de las circunstancias que han llevado a estas necesidades, es decir el estado debe asumir sin importar la responsabilidad de cada persona sobre su salud, todos los requerimientos?, o definitivamente todos y cada uno somos responsables de nuestra salud, de cualquier modo, la salud en mayor o menor grado es un derecho y en un supuesto ideal no debería importar su costo, pero la realidad es otra y nos enfrentamos a una escases de recursos que debemos distribuir de la "mejor" forma posible. (Oliva 2003, Rodríguez 1992, Mackenbach 2003)

Vale la pena mencionar, el aporte del premio Nobel Amartya Sen, cuando anota que la finalidad ha de ser igualar determinadas capacidades básicas, para que los individuos puedan desarrollar sus planes de vida. "Capacidad" significa, según Sen, que la persona tenga libertad de elegir entre posibles modos de vida. Cabe resaltar que cada quien busca su propio modo de vida, por lo tanto poder igualar todas las capacidades básicas es el reto, ya que no necesariamente todo lo que quiere la mayoría es lo que se debería adoptar; además también cobra importancia el como se genera a las personas estas oportunidades, aspecto que responde a un criterio de justicia social, donde entran a jugar un papel importante otros atributos claves para lograr bienestar, por lo tanto la salud es uno de los requisitos para alcanzar bienestar es decir esa libertad de elegir entre posibles modos de vida a los que se refiere Sen. (Wilkinson 1999)

Cabe en este momento hacer una pregunta, si la igualdad de acceso garantiza la igualdad de tratamiento para igual necesidad, lo mas seguro es que no, ya que la primera depende más de cómo esté diseñado el sistema, que puede haber logrado un alto grado de cobertura, pero sin asegurar un alto grado de calidad en la atención y la segunda dependería no solo del diseño de cada sistema sino de la capacidad de pago, el comportamiento, las necesidades y las variables culturales de cada paciente.

Se puede ya, empezar a intuir que en búsqueda del óptimo en el diseño de un sistema de salud, es tan importante la eficiencia como la equidad y que esa tensión entre ambos objetivos, como lo ha afirmado Sen, debería ser tan fuerte como se percibe o si definitivamente son complementarios.

Ha sido demostrado en múltiples estudios que existe una relación evidente entre el nivel de salud y el estrato socio económico, sin que esta relación desaparezca una vez sobrepasado cierto nivel de riqueza o bienestar, es decir los individuos que tienen una determinada posición socioeconómica poseen mejores indicadores de salud que los individuos que ocupan una posición inmediatamente inferior, aun a pesar de que la situación de estos últimos, no sea en sí "mala" o de privación de elementos básicos como alimentación, vestido, vivienda, etc; o incluso libre acceso a los servicios de salud. (Hernández 2004, Lynch 2000).

Vale la pena mencionar el famoso informe Blake, estudio desarrollado en Gran Bretaña en los años noventa, que demuestra que aunque en las últimas décadas la salud en general había mejorado en esta región, los avances de los pobres no habían sido paralelos a los de los más ricos, que habían mejorado mucho más, incrementándose así la brecha de desigualdad entre ambas clases sociales. Los hombres y mujeres de la clase ocupacional V (trabajadores no cualificados) tenían el doble de probabilidad de morir antes de llegar a la edad de

jubilación que sus congéneres de la clase I (profesionales). Estas diferencias de mortalidad se dan a lo largo de toda la vida: en la niñez, en la adolescencia y en la edad adulta. El gradiente entre clases sociales se observaba para la mayoría de las causas de muerte, y era especialmente amplio en el caso de accidentes, enfermedades respiratorias e infecciosas. Más preocupante todavía era que las diferencias parecían haberse ampliado con respecto a lo que ocurría en los años cincuenta, sobre todo para los hombres en edad de trabajar. En cuanto a la utilización de servicios de salud, a pesar de que había un cierto mayor uso por parte de las clases más desfavorecidas, cuando éste se ajustaba por necesidad, se observaban desigualdades a favor de los ricos, especialmente en la utilización de atención preventiva. En cualquier caso, se afirmaba que el sistema de salud no era la principal causa de desigualdad y que la explicación había que buscarla sobre todo en la privación económica. (Townsend 1992, Rodríguez 2003)

Es importante resaltar la hipótesis de Richard Wilkinson sobre la renta relativa y la renta absoluta, donde la primera se ve asociada a los factores psicológicos asociados, que actúan sobre la salud individual a través de efectos directos (enfermedades mentales, depresiones, etc.) e indirectos, derivados de la adopción de conductas o hábitos de mayor riesgo para paliar el "estrés" psicológico, ya sea fumar, beber o comer glotonamente, así los efectos psicológicos de la posición relativa en la sociedad explicarían la mayor parte de las desigualdades en salud, al menos en los países desarrollados.

La asociación entre renta y salud entre países con diferente nivel de renta, sería debida a las diferencias de renta absoluta. Mientras que la asociación entre renta y salud dentro de un mismo país o sociedad sería debida a los factores descritos bajo la hipótesis de la renta relativa (Soto 2004).

Cómo entonces, hacer que los países y especialmente los entes encargados de diseños de las políticas sociales, puedan lograr reducir desigualdades en busca de mayor equidad? y cómo hacer para que la distribución de recursos sea más justa y eficiente?. El primer paso parece ser el comprender que la eficiencia y la equidad son objetivos complementarios y fundamentales para lograr capacidades básicas e individuales, que no solo deben contemplar los servicios de salud, sino procurar por la mejora de los estilos de vida de la población, aumentar la cobertura y el nivel de educación, mejorar el acceso alimentario y las condiciones de vivienda, garantizar empleos

Vale la pena mencionar, el aporte del premio Nobel Amartya Sen, cuando anota que la finalidad ha de ser igualar determinadas capacidades básicas, para que los individuos puedan desarrollar sus planes de vida. "Capacidad" significa, según Sen, que la persona tenga libertad de elegir entre posibles modos de vida.

dignos, entendiendo ante todo que el nivel de renta de cada individuo no debe ser el único factor para definir el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Es necesario además la participación activa de todos los sectores incluyendo el ciudadano, para tratar de resolver los conflictos que se han planteado, de forma tal que se pueda soñar y hacer realidad la sostenibilidad de los sistemas de salud y por consiguiente del bienestar de las personas. (Borrell 2000, Mackenbach 2002, Saturno 1995).

REFERENCIAS

- BOIX, C. y POSTNER, D. (1996): Making social capital work. Center for International Affairs Working Paper 96: 4. Cambridge: Harvard University Press.
- BORRELL, C., MONTSE R., et al. (2000): "La medición de las desigualdades en salud", Gaceta Sanitaria; 14(supl. 3):20-33.
- CALONGE, S., RODRÍGUEZ, M. (1998): "Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad", Papeles de Economía Española, 76:259-272.
- CASADO, D. (2000): "El envejecimiento demográfico y la demanda futura de servicios sanitarios: ¿Más personas mayores y más enfermas? Gestión Clínica y Sanitaria, 2 (3):106.
- CASADO, D. (2002): "Los ancianos de hoy son menos dependientes que sus predecesores". Gestión Clínica y Sanitaria, 4(2):54.
- CASADO, D. (2004): "La relación entre el estatus socioeconómico y la salud persiste al llegar a viejos". Comentario de HUISMAN, M., KUNST, A.E., MACKENBACH, J.P. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly. A European overview. Soc Sci Med 2003; 57:861-873. Gestión Clínica y Sanitaria, vol. 6, nº 1, pag. 38.
- DOW, W.H., PHILIPSON, T.J. y SALA-I-MARTÍN, X. (1999): Longevity Complementarities under Competing Risks. American Economic Review; 89 (5):1358-1371
- FUCHS, V. (1974): "Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice". Basic Books Inc.
- GORNEMANN, ZUNZUNEGUI M (2002): "Incremento en la utilización de servicios hospitalarios por las personas mayores de 55 años: envejecimiento poblacional y respuesta del sistema de servicios de salud". Gaceta Sanitaria; 16 (2):156-159.
- HERNÁNDEZ, C. (2004): "Estrategias para reducir desigualdades en salud: una cuestión abierta". Gestión Clínica y Sanitaria 2004, vol 6, nº 1, pág. 35.
- HUISMAN, M., KUNST, A.E. y MACKENBACH J.P. (2003): Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly. A European overview. Soc Sci Med; 57:861-873.
- KAWACHI, I., KENNEDY, B.P. y GLASS, R. (1999): Social capital and self-rated health. Am J Public Health; 89:1187-93.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G.: "El valor de la salud" Humanitas. Humanidades Médicas 2003, 1(3):183-188.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. y ORTÚN RUBIO, V. (1998): "Economía y Salud. Fundamentos y Políticas". Ediciones Encuentro.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2001): "Los programas de salud pública en el tercer mundo pueden conseguir muchos más efectos beneficiosos que los que normalmente se asumen". Gestión Clínica y Sanitaria, Primavera, vol. 3, nº 1, p.40.
- LYNCH, J. et al. (2000): Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions. BMJ; 320: 1200-4.
- MACKENBACH, J. y STRONKS, K. (2002): A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. BMJ, 325:1029-1032.
- MACKENBACH, J.P. (2003): Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *lancet*; 362: 1409-14.
- MENEU, R. (2003): "El valor de la asistencia sanitaria". Humanitas. Humanidades Médicas 2003, 1(3):209-214.
- MUNTANER, C. y LYNCH, J. (1999): Income inequality, social cohesion and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. Int J Health Services; 29:59-81.
- OLIVA, J. (2003): "Equidad y Salud" Resumen y comentario de Sen, A: "Why Health Equity". Gestión Clínica y Sanitaria, vol.5, nº 1, pg. 34.
- OLIVA, J. (2000): "¿Existe relación entre gasto sanitario y resultados de salud?", GCS, 2 (1), p. 29.
- PUIG-JUNOY, J. ORTÚN, V. y ONDATEGUI, S. (2000): "Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud". Gaceta Sanitaria; 14(5):378-385.
- RICO, A. (2001): "La desigualdad económica contribuye a aumentar la mortalidad". Comentario de Wagstaff A, van Doorslaer E. "Income inequality and health: What does the literature tell us? Annu. Rev. Public Health 2000; 21: 243-67. Gestión Clínica y Sanitaria, vol. b3 nº 2, pg. 69.
- RODRÍGUEZ, M. (2000): "El nivel socioeconómico influye negativamente en el tiempo de espera de los pacientes". Gestión Clínica y Sanitaria, vol. 2, nº 4, p.123.
- RODRÍGUEZ, M. (1992): "Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad", Revista de Economía, 12:61-65.
- RODRÍGUEZ, M., CALONGE, S. y REÑÉ, J. (1992): "Análisis de la (in)equidad en la financiación y la provisión de los servicios en el sistema sanitario español", XI Jornadas de Economía de la Salud, pp. 543-562;
- RODRÍGUEZ, M. (2003): "El informe Black. La Biblia de las desigualdades sociales en salud", resumen y comentario de Townsend P. and Davidson N (eds.): *The Black Report*. En Gestión Clínica y Sanitaria, vol. 5, nº 1, p. 42.
- RODRÍGUEZ, M. (1992): Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad, revista de economía nº12.
- SATURNO, J., HERNÁNDEZ (1995): los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios rev esp salud pública: 69: 163-175
- SEN, A. (1987): On Ethics and Economics, Oxford & New York: Basil Blackwell, 1987. Traducción al español, Alianza Editorial; Amartya Sen. Sobre Ética y Economía.
- SEN, A. (2002): Why health equity? Health Econ; 11: 659-666.
- SEN, A. (1992): Inequality Re-examined. Harvard University Press. Cambridge, M.A., Clarendon Press: Oxford.
- SEN, A. (1987): On Ethics and Economics, Oxford & New York: Basil Blackwell, 1987. Traducción al español, Alianza Editorial; Amartya Sen. Sobre Ética y Economía.
- TOWNSEND, P. y DAVIDSON, N. (eds.) (1992): The Black Report, en Townsend P, Davidson N and Whitehead M: Inequalities in Health. The Black Report and The Health Divide, Penguin Books, second edition, London.
- WAGSTAFF, A. y VAN DOORSLAER, E. (2000): Income inequality and health: What does the literature tell us? Annu. Rev. Public Health; 21: 243-67.
- WILKINSON, R. (1999): Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.
- ZWEIFEL, P., FELDER, S. y MEIERS, M. (1999): *Ageing of Population and Health Care Expenditure: a Red Herring?* Health Economics, 8:485-496