

**Lázaro P. La equidad. Capítulo 4. En: Evaluación de tecnología médica. M/C/Q Ediciones. Valencia, 1994.**

---

#### **4. LA EQUIDAD.**

Las reflexiones sobre la equidad son cada vez más consideradas en la investigación en servicios de salud y junto con la eficiencia, la equidad es un tema clave en la evaluación socioeconómica en los servicios de salud [1-5]. La economía, como ciencia, trata de contribuir a conseguir el máximo bienestar social a partir de los recursos disponibles, por lo tanto, un aspecto económico fundamental es la adecuada distribución de los recursos. La importancia del análisis de la equidad se basa en que uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud de cualquier país es garantizar el acceso de la población a las tecnologías efectivas. Un sistema sanitario es equitativo en la medida que ofrezca a todos los ciudadanos la misma oportunidad de recibir el procedimiento o servicio acorde con el nivel de necesidad de cada uno; dicha oportunidad debe ser independiente de factores económicos, geográficos, culturales, o étnicos, entre otros. Dado que un sistema inequitativo proporcionaría más atención a ciudadanos con menor necesidad, y menor atención a ciudadanos más necesitados, el desarrollo de medidas que propicien la equidad es un objetivo ético. Esta responsabilidad ética afecta a las autoridades sanitarias que deciden sobre planificación y asignación de recursos, a los agentes sociales, y entre otros, también afecta a los profesionales del sistema que de una u otra forma están distribuyendo, con sus decisiones, los limitados recursos entre distintos pacientes con distintas necesidades.

En los sistemas de salud, la equidad es una noción cuyas definiciones son controvertidas. El concepto de equidad puede tener diversas acepciones en los servicios de salud. Cullis y West, distinguen entre desigualdades entre pacientes y desigualdades entre clases sociales. Las primeras a su vez las dividen en equidad horizontal (igual tratamiento a los iguales) y equidad vertical (desigual tratamiento a los desiguales) [6]. Fuchs define cuatro criterios para establecer un óptimo sistema económico en relación con la asistencia sanitaria (uno de ellos es la óptima distribución de los servicios). Los cuatro criterios tienen que ver con la equidad, y además como regla general para alcanzar tales óptimos, Fuchs desarrolla el concepto de “equidad marginal,” según el cual el valor del último dólar de los recursos dedicados a la salud aumentaría la satisfacción humana en la misma

medida que el valor del último dólar dedicado a otros propósitos [4]. Según este concepto, la equidad en el campo de la salud incluye elementos ajenos al sistema sanitario, puesto que la sociedad podría elegir invertir sus limitados recursos en otras formas también deseables para promover su bienestar, no necesariamente a través de los sistemas de salud.

Uno de los estudios clásicos de equidad es el estudio de Le Grand en relación con la salud según clase social en Gran Bretaña [3-7]. Independientemente de las definiciones de equidad, salud, y clase social, Le Grand relaciona la utilización de servicios de salud con la incidencia de enfermedad por clase social. La tabla 1 expresa el porcentaje de personas con enfermedad crónica limitante, enfermedad aguda, o una de las dos, estandarizados por edad y sexo en cada grupo socioeconómico en Inglaterra y Gales en 1972. Se observa que la probabilidad de enfermedad aumenta según disminuye la clase socioeconómica.

<b>Tabla 1</b>			
<b>Personas que se definen “enfermas” en cada grupo socioeconómico como porcentaje de cada grupo en Inglaterra y Gales, 1972</b>			
<b>Grupo socioeconómico</b>	<b>Enfermedad crónica limitante</b>	<b>Enfermedad aguda</b>	<b>Enfermedad crónica o aguda</b>
<b>I (Profesional)</b>	<b>9,5</b>	<b>6,7</b>	<b>14,4</b>
<b>II</b>	<b>9,6</b>	<b>7,2</b>	<b>14,6</b>
<b>III</b>	<b>10,3</b>	<b>7,6</b>	<b>15,8</b>
<b>IV</b>	<b>12,5</b>	<b>8,1</b>	<b>17,8</b>
<b>V</b>	<b>14,5</b>	<b>9,0</b>	<b>20,4</b>
<b>VI (Obreros manuales no especializados)</b>	<b>17,1</b>	<b>10,9</b>	<b>24,1</b>

Fuente: Le Grand J. [3,7]

A continuación calculó el porcentaje de enfermos pertenecientes a cada grupo socioeconómico en relación con el total nacional y lo puso en relación con el porcentaje de gasto del Servicio Nacional de Salud británico para calcular el gasto por persona (tabla 2). Esta tabla demuestra que aproximadamente el 15% de los enfermos pertenecen a las clases sociales I y II, sin embargo, estos grupos consumen el 19% del gasto sanitario. En el otro extremo, el 29% de los enfermos pertenecen

a las clases V y VI, pero sólo reciben el 26% del gasto sanitario. De tal forma que el ratio de gasto por persona enferma es 1,41 (un 41% mayor) en los grupos más favorecidos en comparación con los más desfavorecidos. Como las cifras de enfermedad las obtuvo en base a la encuesta familiar general, que en Gran Bretaña se realiza anualmente, se podría considerar que el concepto de equidad que subyace en el trabajo de Le Grand intenta equilibrar el gasto sanitario con la demanda.

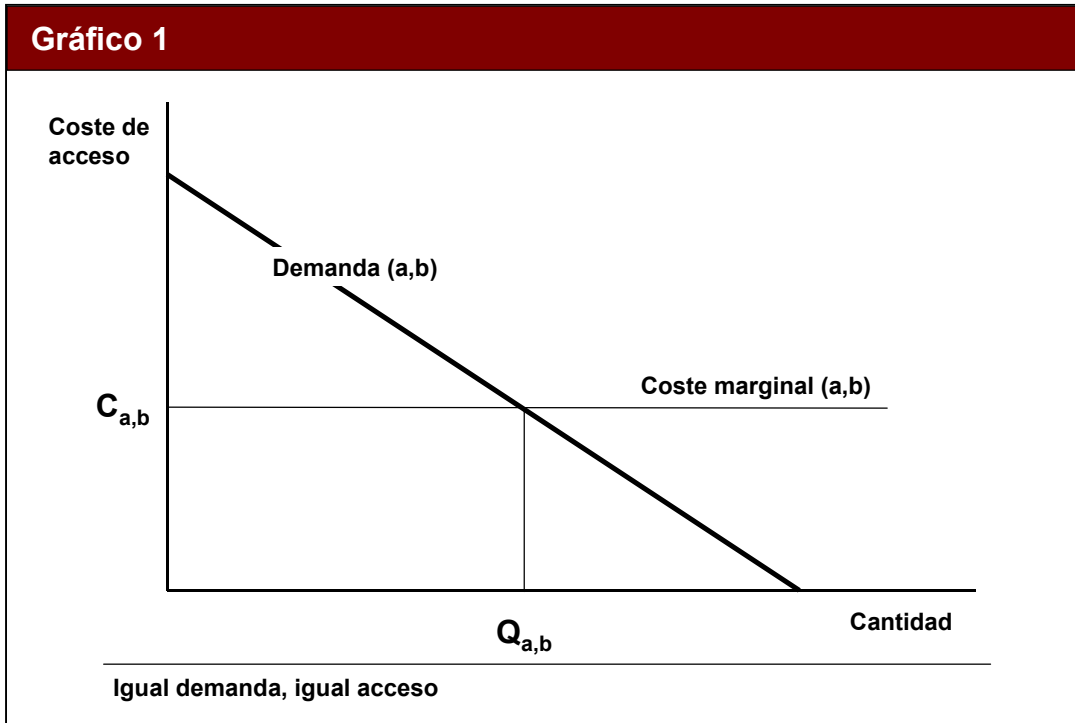
<b>Tabla 2</b>			
<b>Distribución de gasto público en atención sanitaria en Inglaterra y Gales, 1972</b>			
<b>Grupo socioeconómico</b>	<b>% del total con enfermedad crónica o aguda</b>	<b>% del gasto sanitario</b>	<b>Ratio de gasto por persona enferma</b>
<b>I y II</b>	<b>14,8</b>	<b>18,8</b>	<b>1,41</b>
<b>III</b>	<b>19,4</b>	<b>20,5</b>	<b>1,17</b>
<b>IV</b>	<b>36,7</b>	<b>34,6</b>	<b>1,05</b>
<b>V y VI</b>	<b>29,1</b>	<b>26,2</b>	<b>1,00</b>
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Le Grand J. [3,7]

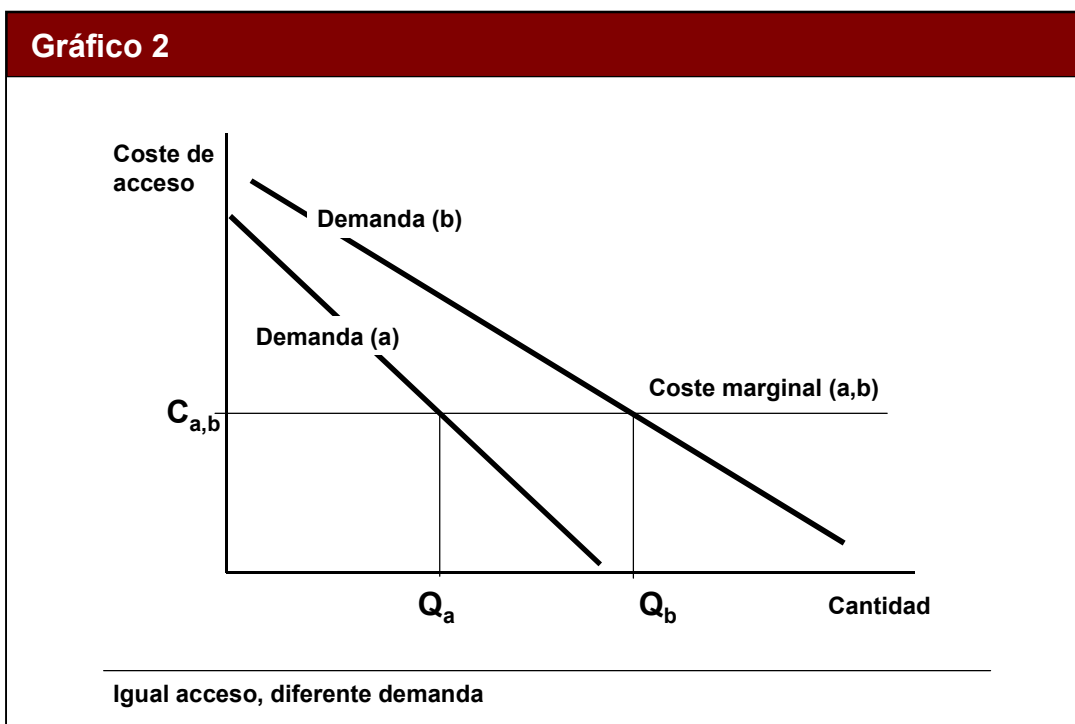
Mooney [3] llega a proponer hasta siete conceptos para discutir definiciones alternativas de equidad: la equidad puede ser entendida como 1) igual gasto per cápita; 2) iguales recursos per cápita; 3) iguales recursos para igual necesidad; 4) igual acceso para igual necesidad; 5) igual utilización para igual necesidad; 6) igual satisfacción marginal de la necesidad; y 7) igual salud.

La distinción entre gasto (definición 1) y recursos (definiciones 2 y 3) se debe a que los precios del tiempo de los profesionales, y de los bienes y servicios que componen los recursos de salud pueden variar de una región a otra en un mismo país. La diferencia entre acceso (definición 4) y utilización (definición 5) consiste en que el acceso es un fenómeno dependiente de la oferta, mientras que la utilización depende tanto de la oferta como de la demanda (o necesidad). Es decir, igual acceso significa que dos (o más) individuos se enfrentan a los mismos costes para usar un servicio médico. Si los usan igualmente o no, dependerá de su valoración sobre su uso, es decir de su demanda.

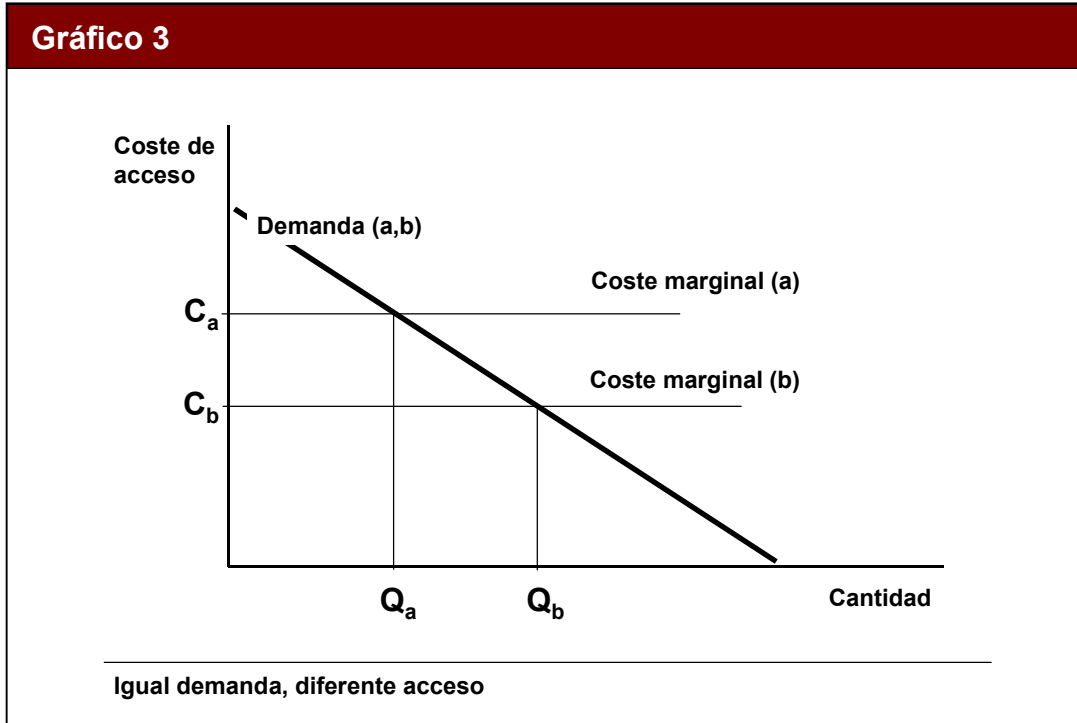
Varios aspectos de este fenómeno pueden ser explicados con los esquemas siguientes. El gráfico 1 muestra que cuando dos individuos (a y b) pertenecientes a distintas clases sociales, o que viven en



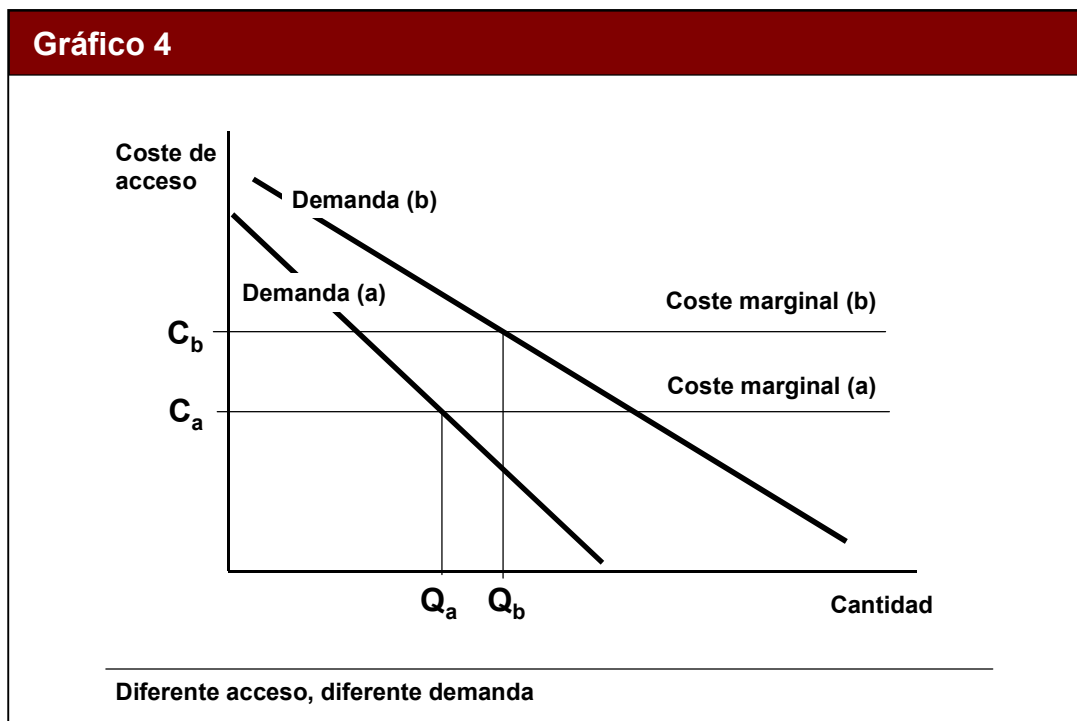
distintas provincias, se enfrentan al mismo coste de acceso, es decir  $C_a = C_b$  (por ejemplo, pueden vivir a la misma distancia del hospital), y cuando la demanda del servicio es la misma, entonces la cantidad de servicios (utilización) que recibe cada uno es la misma ( $Q_a = Q_b$ ).



Pero incluso, si el coste de acceso es el mismo, la utilización puede ser diferente porque depende de la demanda. La demanda tiene grandes variaciones geográficas y de otros tipos, entre otras razones

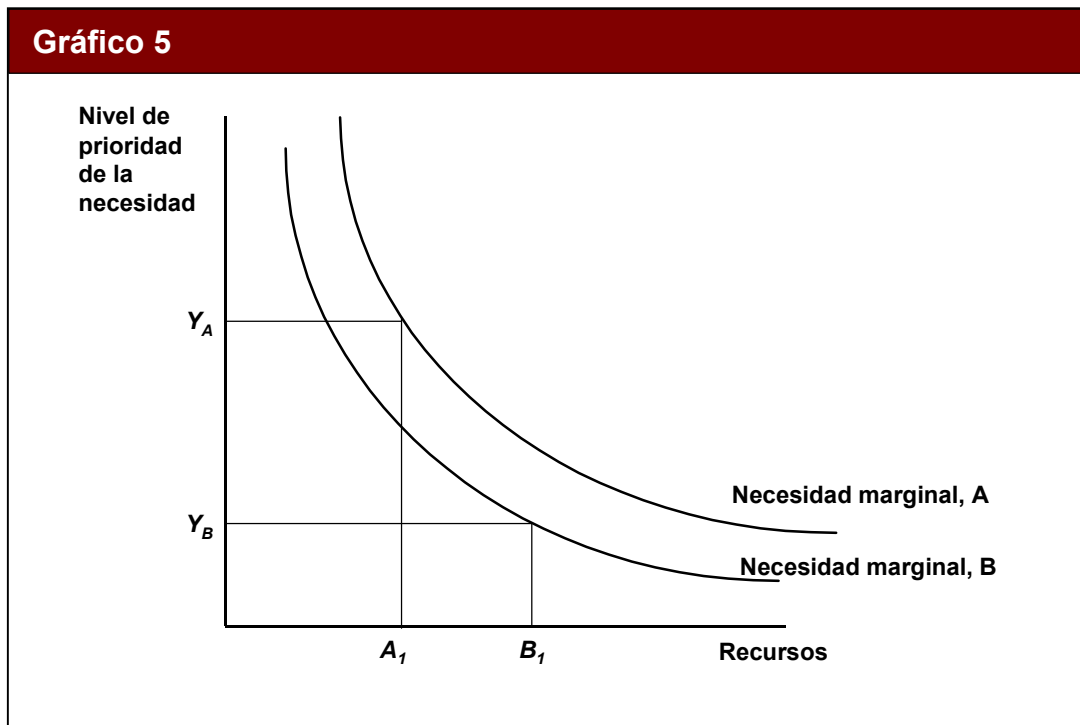


porque en el sector de la salud parte de la demanda es inducida por los proveedores. Si la demanda es mayor en la región b (gráfico 2), la cantidad de servicios que recibe el individuo a ( $Q_a$ ) es menor que la que recibe el individuo b ( $Q_b$ ). Si los individuos tienen diferente coste de acceso, pero la misma demanda (gráfico 3) la utilización también es diferente: a mayor coste de acceso, menor

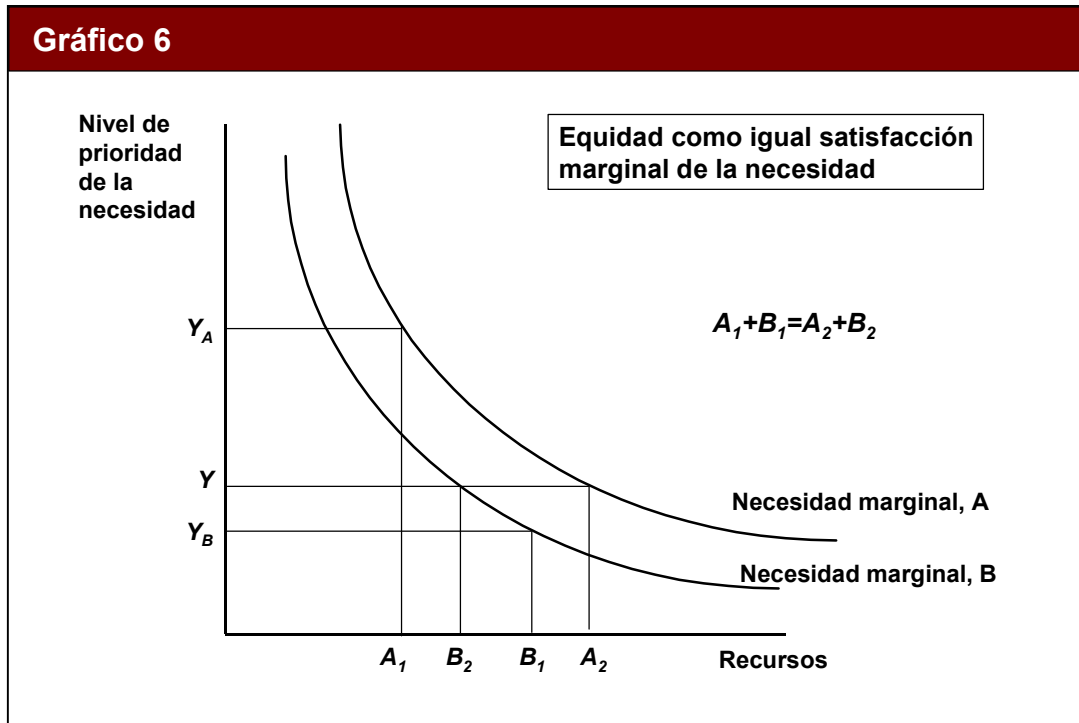


utilización, y viceversa. Finalmente, si los individuos tienen diferente coste de acceso y la demanda del servicio es diferente, la cantidad de servicios puede ser mayor o menor dependiendo de las diferencias en el coste de acceso y en la demanda (gráfico 4). Estos esquemas ayudan a comprender la diferencia conceptual entre acceso y utilización.

El concepto de equidad como “igual satisfacción marginal de la necesidad” (definición 6) significa que los recursos deben distribuirse de tal forma que satisfagan las necesidades ordenadas según prioridad hasta un mismo nivel. Por ejemplo, supongamos que las necesidades de las regiones (u hospitales) A y B ordenadas según el nivel de prioridad son como aparecen en el gráfico 5. Según

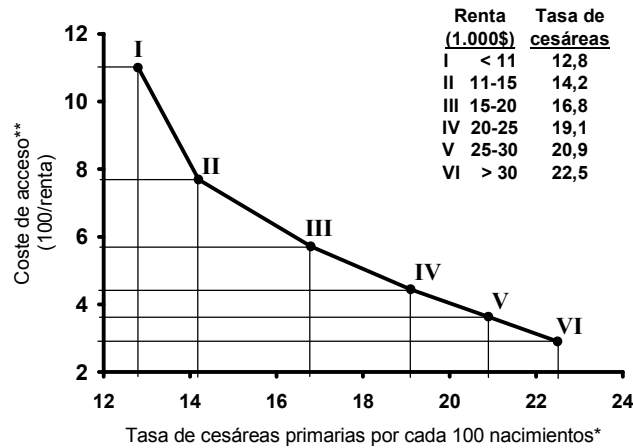


aumente la cantidad de recursos asignados se podrá satisfacer hasta un determinado nivel de prioridad de la necesidad. Supongamos que a la región A se le asignan unos recursos  $A_1$  y a la región B unos recursos  $B_1$ . Las necesidades satisfechas en la región A son  $Y_A$ , y en la región B son  $Y_B$ . Igualar la satisfacción marginal de la necesidad, requiere una distribución de los recursos totales ( $A_1+B_1$ ) de tal forma que ambas regiones satisfagan el mismo nivel de prioridad. Esta distribución de los recursos ( $A_2$  y  $B_2$ ), como muestra el gráfico 6, produciría la misma satisfacción marginal de la necesidad ( $Y$ ) en ambas regiones con los mismos recursos disponibles ( $A_1+B_1=A_2+B_2$ ).



A pesar de que no exista sólo una forma posible de definir la equidad, en general el concepto de “igual acceso para igual necesidad” es el concepto más admitido en los sistemas de salud, y así lo entiende la OMS en su programa “Tecnología apropiada para la Salud” (ATH/GLO), precisamente a partir del desarrollo conceptual de Mooney [1,3].

Asumiendo como definición de equidad igual acceso para igual necesidad [3], el análisis se debe centrar en los factores de acceso y factores de necesidad. En un sistema equitativo dos pacientes con la misma necesidad que habiten en distintas regiones o pertenezcan a distintas clases sociales, tendrían la misma probabilidad de acceso a un determinado procedimiento. Cabasés refiere que el acceso a la asistencia sanitaria tiene diferentes aspectos: físico, administrativo, financiero y cultural. El acceso físico se garantiza con una adecuada distribución geográfica de los recursos sanitarios [8]. El acceso está determinado no sólo por la distribución equitativa de los recursos sino también por otra gran cantidad de factores entre los que pueden citarse la clase socioeconómica, tiempo en lista de espera, transporte, o pérdida de salario por baja laboral, entre otros [9]. Uno de los factores puede ser la renta personal. Por ejemplo, en el condado de Los Angeles, en California, las tasas de cesáreas están fuertemente asociadas con la renta familiar. Aplicando los esquemas de los gráficos 8 a 11 al caso de las cesáreas en Los Angeles (gráfico 7), se observa cómo las mujeres con mayor coste de acceso

**Gráfico 7****Coste de acceso y tasa de cesáreas. Los Angeles, EEUU 1982-83.**

\* 214.788 mujeres de 18 a 34 años de edad.

\*\* El coste de acceso en el eje vertical ha sido calculado como el inverso de la media de cada intervalo de clase para la renta familiar. Para evitar decimales engorrosos, el valor obtenido se ha multiplicado por 100.

Fuentes: Gould JB et al. [10] y Lázaro P. [9].

(más pobres) reciben 12,8 cesáreas por cada 100 nacimientos, mientras que a las mujeres con menor coste de acceso (con mayor nivel de renta) se las practican 22,5 cesáreas por cada 100 nacimientos [9,10]. Estas cifras no quieren necesariamente decir que la tasa de uso apropiado sea 22,5 ó 12,8 puesto que el estudio no es un estudio de uso apropiado. Lo que quiere decir es que la cantidad de servicios que se proporcionan (utilización) depende del coste de acceso. Y si las necesidades fuesen similares algún grupo está recibiendo menos de lo necesario y algún grupo está recibiendo más atención de la necesaria, en consecuencia la distribución de procedimientos no es equitativa.

El coste de acceso, no sólo se refiere al precio en el punto de consumo o al nivel de renta, sino que tiene que ver también con la cultura. Por ejemplo, se ha objetivado que en los EEUU las mujeres con más grado de educación reciben más mamografías que las mujeres con menor nivel educativo [11]. La distancia geográfica entre el lugar donde vive el paciente y el lugar donde se presta el servicio es también un elemento de coste de acceso. Por ejemplo, los sujetos que viven cerca de la consulta (menor coste de acceso) acuden más veces a la consulta médica que los que viven más alejados (con mayor coste de acceso) [12].

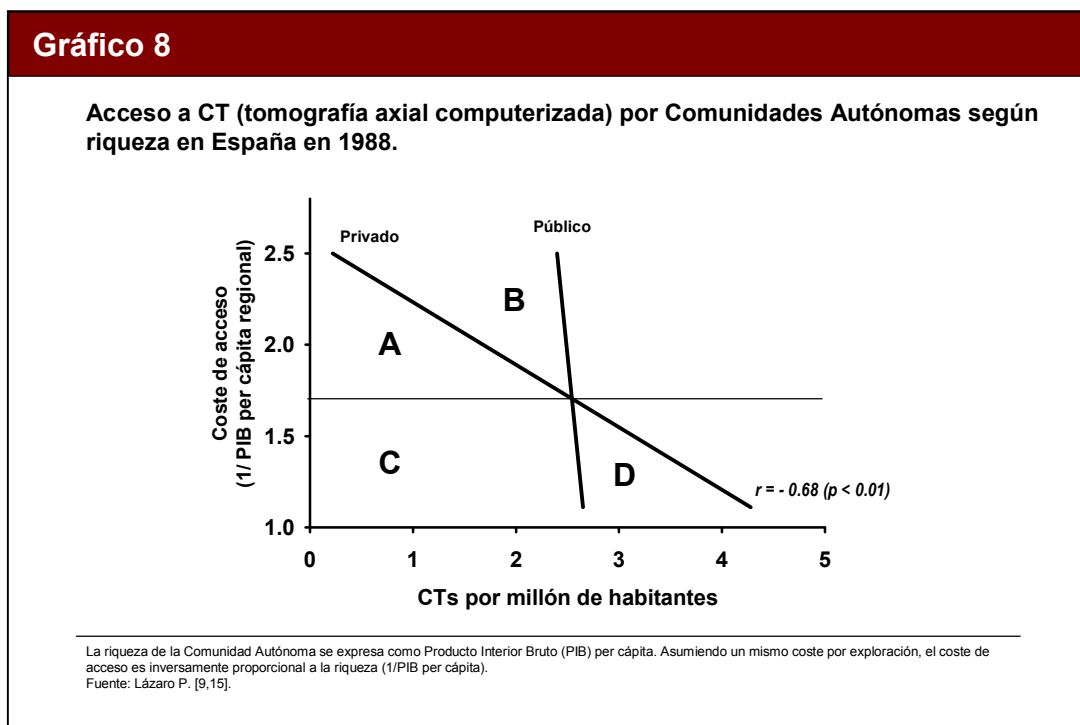


En otras ocasiones, el coste de acceso a la tecnología puede ser el tiempo en lista de espera. Los pacientes generalmente tienen un tiempo de espera, excepto en casos de urgencia, y por lo tanto, si pueden elegir, elegirán el médico o institución que les ofrezca una espera que el paciente estime razonable. Sin embargo, en muchas ocasiones el paciente no puede elegir, como ocurre en algunos sistemas públicos, en algunas pólizas de seguros, o cuando necesita la aplicación de una tecnología cuya disponibilidad es limitada o está regulada. Un buen ejemplo de estos casos son los trasplantes de órganos. Por ejemplo, en el caso de los trasplantes de riñón, el coste de acceso (tiempo en lista de espera) se asocia de forma negativa con el número de trasplantes por millón de habitantes (utilización) en los análisis inter-países en Europa, donde a su vez, el número de pacientes en lista de espera tiene una correlación negativa con la riqueza del país [9,13]. Estas desigualdades inter-países no necesariamente expresan desigualdades intra-país. Por ejemplo, no hay evidencia de que exista inequidad intra-país en el acceso al trasplante de riñón en el caso de España [13,14].

En España, la práctica totalidad de la población tiene cobertura sanitaria pública, es decir que el precio en el punto de consumo es cero para los ciudadanos españoles; el problema es que el precio no es el único predictor de la probabilidad de acceder al procedimiento, hace falta además que el procedimiento esté disponible para el paciente. Algunos estudios previos han demostrado en nuestro país, que la distribución de ciertos tipos de recursos sanitarios no es equitativa [15-17] y que existen desigualdades en la salud [17-23].

Un ejemplo ilustrativo es el cateterismo cardíaco: En el año 1988, en España había 1,85 salas de hemodinámica por cada millón de habitantes, pero tres comunidades autónomas (CCAA) tenían más del doble de la media nacional, y tres CCAA no disponían de ninguna sala [15]. En el año 1991, la mitad (24/49) de los hospitales que realizaban cateterismo cardíaco estaban localizados en dos provincias (14 en Madrid y 10 en Barcelona), y tres CCAA no disponían de dicha tecnología [24]. Estos datos indican que por provincia o CCAA, no hay “iguales recursos per cápita,” y aunque son un índice de desigualdad, establecer que no hay “igual acceso para igual necesidad” requeriría realizar estudios adicionales.

El acceso a la tecnología, y por lo tanto la equidad, puede ser diferente en diferentes regiones en función de la riqueza regional y del papel que puedan desempeñar el sector y público privado en cuanto a su política de inversiones. Este hecho puede ser ilustrado con el ejemplo de los CTs en España. En el año 1988, en España había instalados 4,39 CTs por millón de habitantes. Sin embargo, la distribución regional era inhomogénea [15]. Desagregando la distribución de CTs por sectores se evidenció: 1) una correlación positiva entre el número de CTs por millón de habitantes privados y la riqueza de la Comunidad Autónoma, y 2) una independencia del número de CTs por millón de habitantes en relación con la riqueza en la distribución de los CTs públicos [9,15]. De tal forma que, asumiendo un coste similar de la exploración, se puede considerar como coste de acceso el inverso de la riqueza de la Comunidad Autónoma. El gráfico 8 muestra la relación entre el coste de acceso en el eje vertical (el inverso del PIB per cápita expresado en millones de pts. para cada una de las 17 comunidades autónomas españolas) y el número de CTs por millón de habitantes en el eje horizontal, tanto para en el sector público como privado. En el caso del sector privado existe una correlación negativa entre el coste de acceso y el número de CTs por millón de habitantes, mientras que el sector público distribuye los CTs de forma independiente de la riqueza regional. Es decir, la cantidad de servicios (utilización) que puede proveer el sector privado depende del coste de acceso, mientras que la utilización en el sector público es independiente de la riqueza regional.



Este ejemplo (gráfico 8) puede resultar útil para comprender cómo el sector público puede contribuir a corregir desigualdades: Supongamos que el punto donde se cortan las líneas de demanda de CTs del sector público y privado nos sirve para trazar una línea horizontal\* que separa las comunidades autónomas españolas en las de coste de acceso alto (regiones pobres) y coste de acceso bajo (regiones ricas). Con esta línea y con las líneas de demanda se nos forman cuatro zonas A, B, C, y D. Las zonas A y B pobres, y las zonas C y D ricas. Los habitantes pertenecientes a las regiones incluidas en la zona A tienen acceso tanto a la exploración en un CT público como privado. Pero los habitantes de las regiones incluidas en la zona B, si no existiese el sector público no tendrían acceso a una exploración con CT. Los habitantes de las regiones incluidas en la zona C tienen acceso tanto a una exploración en el sector público como en el privado. Mientras que las regiones incluidas en la zona D (con un exceso de capacidad de compra), tienen acceso a la exploración sólo en el sector privado.

Similares hallazgos, en cuanto al análisis de la equidad, se han objetivado para otras tecnologías en España, entre ellas la litotricia extracorpórea por ondas de choque, la radiología vascular, las gammacámaras, y las unidades de radioterapia [15].

### **Acceso, necesidad, y calidad asistencial.**

El concepto de equidad como “igual acceso para igual necesidad” incluye no sólo elementos relacionados con el acceso y la necesidad, sino también relacionados con el procedimiento a que se accede. Si añadimos la dimensión de calidad asistencial “igual acceso al procedimiento” se transformaría en “igual acceso a procedimientos de igual calidad.” Por ejemplo, supongamos que en la región A la probabilidad de acceder a una determinada tecnología es del 80%, que es la misma que en la región B (tabla 3). De manera que se podría concluir que el acceso es equitativo. Sin embargo, la mortalidad asociada con la aplicación de la tecnología en la región A es del 15% y en la región B del 5%. En consecuencia, en ambas regiones la enfermedad sigue su curso natural en el 20% de los pacientes, que son los que no acceden a la tecnología ( $100\% - 80\% = 20\%$ ). Pero en la región A fallecen el 12% ( $80\% \times 15\%$ ), mientras que en la región B fallecen el 4% ( $80\% \times 5\%$ ), y por lo tanto mejoran el 68% de los pacientes en la región A y el 76% de los pacientes en la región B.

---

\* Esta línea en 1988 era de aproximadamente 590.000 pts de PIB per cápita.

**Tabla 3**

<b>Equidad: Igual acceso a procedimientos de distinta calidad</b>		
	<b>Región A</b>	<b>Región B</b>
<b>Acceden</b>	<b>80%</b>	<b>80%</b>
<b>Mortalidad</b>	<b>15%</b>	<b>5%</b>
<b>Curso natural</b>	<b>20%</b>	<b>20%</b>
<b>Mueren</b>	<b>12%</b>	<b>4%</b>
<b>Mejoran</b>	<b>68%</b>	<b>76%</b>

Esta dimensión de la equidad en función del acceso y la calidad asistencial, puede ser explorada con el ejemplo de la hemodinámica en España: en el año 1979, en España el 72% de las unidades de hemodinámica tenían rendimientos inferiores al mínimo [25]. En ocho unidades la posible causa era utillaje insuficiente y en otras ocho personal insuficiente. En el año 1988, el 21% de las instalaciones radiológicas de las salas de hemodinámica en funcionamiento en España ofrecían imagen digital, el 22% eran salas biplano, y el 49% llevaban más de 10 años de funcionamiento [15]. En 1991 más de la mitad de los hospitales que realizaban ACTPs hicieron menos de 100 procedimientos [24]. Si a estos hechos les añadimos el grado de variabilidad que pueda existir en la formación de los profesionales, en los criterios de indicación, y en los tipos de dispositivos utilizados en la angioplastia, no es difícil imaginar la hipótesis de que en España existe variabilidad en la calidad de la ACTP. De tal manera, que podría ocurrir que dos pacientes tengan la misma probabilidad de acceder a la tecnología, pero distinta probabilidad de obtener la misma calidad y en consecuencia, distinta probabilidad de obtener los mismos resultados.

#### **El conflicto entre eficiencia y equidad.**

Un conflicto suficientemente identificado en los servicios de salud es el grado de incompatibilidad entre eficiencia y equidad. Como ha señalado Drummond, pocas personas se atreverían a

manifestarse en contra de la equidad, pero conviene destacar que la reducción de desigualdades podría tener un precio que consistiría en abandonar otros beneficios [1-3,26]. Algunas circunstancias que podrían facilitar el acceso podrían poner en oposición a la eficiencia con la equidad. Esta contradicción es especialmente notable en casos de insularidad o para ciudadanos que habitan en áreas lejanas o mal comunicadas. Ello quiere decir que proporcionar igual acceso a los habitantes que habitan en áreas remotas que a los de una gran ciudad, supone un alto coste, y en consecuencia se reduce la eficiencia [2,27]. En estas ocasiones la elección representa un difícil dilema. La opción dependerá del aspecto más desajustado y de la prioridad social. Este conflicto entre eficiencia y equidad sería mejor comprendido si se realizasen investigaciones apropiadas para poder mejorar el adecuado uso de los recursos sanitarios. Cochrane también relaciona de alguna manera la eficiencia y equidad: “Es seguro que se debería dar prioridad a encontrar qué tratamientos son eficaces, y después asegurar que esos tratamientos sean administrados de manera eficiente a todos los que los necesitan” [28]. Por lo tanto podemos entender que el acceso a la eficacia del tratamiento debe ser igual para cada paciente que lo necesite y que el sistema lo haga de manera eficiente, lo cual implícitamente pone en relación la apropiada distribución y uso de recursos con el acceso a ellos.

La promoción de la equidad, o dicho de otra manera, la lucha contra las desigualdades, tiene dos niveles: el análisis de la evidencia disponible (papel de la investigación) y la toma de decisiones políticas. En este aspecto resulta notable la iniciativa de la propuesta Black para la disminución de desigualdades en Inglaterra [29]. El debate suscitado por el informe Black ilustró sobre la necesidad de disponer de investigaciones que expliquen las interrelaciones entre clase social, nivel de salud, y uso de servicios sanitarios [29-31]. Este tipo de investigación aportaría alternativas concretas para intervenir desde los servicios sanitarios en la reducción de desigualdades y enfocaría el debate en términos científicos.

## EQUIDAD: CONCEPTOS ESENCIALES

- La definición de equidad en el sector de la salud no está exenta de controversia. Los posibles conceptos incluyen:
  - Igual gasto per cápita
  - Iguales recursos per cápita
  - Iguales recursos para igual necesidad
  - Igual acceso para igual necesidad
  - Igual utilización para igual necesidad
  - Igual satisfacción marginal de la necesidad
  - Igual salud(El concepto más admitido es “igual acceso para igual necesidad”)
- Otros conceptos de equidad:
  - Equidad marginal*: El valor de la última peseta de los recursos dedicados a la salud aumentaría la satisfacción humana en la misma medida que la última peseta dedicada a otros propósitos.
  - Equidad horizontal*: Igual tratamiento a los iguales.
  - Equidad vertical*: Desigual tratamiento a los desiguales.
- En el análisis de la equidad, existen problemas en definir y/o medir:
  - Las clases y grupos sociales
  - Las desigualdades en el acceso
  - Las desigualdades en la utilización de servicios
  - Las desigualdades de salud
- La equidad debe ser considerada en un contexto de investigación multidisciplinario. En particular, la economía puede contribuir a mejorar la comprensión de:
  - Los conceptos de necesidad y demanda
  - El conflicto entre eficiencia y equidad
  - La relación entre oferta y demanda por una parte, y acceso y utilización por otra.
- El precio en el punto de consumo no es el único determinante del acceso, otros factores, tales como la renta, el nivel educativo, las listas de espera, la distancia geográfica, pueden contribuir a distinta utilización de servicios.
- La demanda inducida por los proveedores (médicos) contribuye a proveer distinta cantidad de servicios para una misma necesidad.
- En España se ha observado una distribución no equitativa de ciertas tecnologías, en general en relación con el patrón inversor del sector privado.
- El sector público puede desempeñar un importante papel en la corrección de desigualdades.
- El desarrollo de la equidad es un imperativo ético en los servicios de salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Mooney GH. Economic aspects of the global programme for appropriate health care technology (ATH/GLO). Aberdeen, United Kingdom: Health Economics Research Unit, Department of Community Medicine; 1986. Report N° 0068S.
2. Drummond M, Stoddart G, Labelle R, Cushman R. Health economics: an introduction for clinicians. *Annals of Internal Medicine* 1987;107:88-92.
3. Mooney GH. Just health care: only medicine? En: *Economics, medicine and health care*. London: Harvester Wheatsheaf, 1989:107-26.
4. Fuchs VR. The Economic Approach. En: *The Health Economy*. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts: 11-46, 1986.
5. Scott-Samuel A. Social Inequalities in Health: Back on the Agenda. *The Lancet* 1986:1084-5.
6. Cullis JG, West PA. Health Care Policy Problems. En: *The Economics of Health*. Editado por Martin Robertson & Co. Ltd.: 217-295. Oxford, U.K., 1979.
7. Le Grand. The distribution of public expenditure: the case of health care. *Economica* 1978;45.
8. Cabasés Hita J. Financiación de la atención sanitaria. *Gaceta sanitaria* 1988;5:65-67.
9. Lázaro P. Access cost versus price: Reflections on equity in health care services. PH 230A. Health Systems Organization and Financing. UCLA School of Public Health. Los Angeles, CA, USA, 1990.
10. Gould JB, Davey B, Stafford R. Socioeconomic differences of cesarean section. *N Engl J Med* 1989;321:233-9.
11. Center for Disease Control. Morbidity and Mortality Weekly Report. September 14, 1990.
12. Williams SJ. Ambulatory Health Care Services. En: Williams SJ, Torrens PR, editores. *Introduction to Health Services*. Third Edition. New York: John Wiley & Sons, 1988:124-59.
13. Lázaro P. Evaluación de las tecnologías alternativas para la insuficiencia renal crónica: Eficiencia, equidad. *Nefrología* 1994;14(Supl 1):49-60.
14. Matesanz R. Diferencias geográficas en el acceso a los tratamientos sustitutivos: Diálisis y trasplante. *Nefrología* 1994;14(Supl 1):93-110.
15. Lázaro P. Evaluación de servicios sanitarios: La alta tecnología médica en España. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria, 1990.
16. Freire Campo JM. Cobertura sanitaria en España y equidad. Simposio sobre Igualdad y Redistribución de la Renta; 1993 Mayo 24-28; Madrid. Madrid: Fundación Argentaria, 1993.
17. Rodríguez M, Calonge S, Reñé J. Spain. En: Doorslaer EV, Wagstaff A, Rutten F, editores. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford, U.K.: Oxford University Press, 1993:201-18.
18. Alonso Caballero J, Murillo Fort, Antó Boque JM. Estudio de las desigualdades de salud en Barcelona. Marco teórico y evidencia empírica. En: *Salud y equidad. Informes, ponencias y comunicaciones de las VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990:387-98.
19. Casi Casanellas A, Moreno Iribas C. Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev San Hig Pú* 1992;66:17-28.
20. Lardelli Claret P, Luna del Castillo JD, Masa Calles J, et al. Desigualdades en salud: la mortalidad perinatal e infantil en España. *Gac Sanit* 1993;7:21-6.

21. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. *Gac Sanit* 1988;2:4-12.
22. Borrel C, Arias A. Desigualtats de mortalitat en els barris de Barcelona, 1983-89. *Gac Sanit* 1993;7:205-20.
23. García Gil C, Solano A. Salud y desigualdad social. *Med Clin (Barc)* 1993;100:296-8.
24. Mainar Tello V, Gómez Recio M, Martínez Elbal, Pan M. Registro nacional de actividad de hemodinámica y cardiología intervencionista en los años 1990 y 1991. *Rev Esp Cardiol* 1992;45:622-6.
25. Esplugas E, Betriu A. Estado actual (1979) de la hemodinámica en España. *Rev Esp Cardiol* 1981;34:95-9.
26. Mooney GH. The inefficiency of medical ethics. En: *Economics, medicine and health care*. London: Harvester Wheatsheaf, 1989:88-106.
27. Dupuis HM. Limits to medicine. *Health Policy* 1986;6:207-9.
28. Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London, England: Nuffield Provincial Hospitals Trusts: 1972.
29. Black D. *Inequalities in health. Report of a research working group (Black report)*. Londres: Department of Health and Social Security, 1980.
30. Le Grand J. Equity in the distribution of health care: the British debate. En: Doorslaer EV, Wagstaff A, Rutten F, editores. *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Oxford, U.K.: Oxford University Press, 1993:348-55.
31. Smith GD, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ* 1990;301:373-7.

---

Pablo Lázaro y de Mercado  
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)  
C/Cambrils 41-2  
28034 Madrid  
Spain  
Phone: 34-91-7310380  
FAX: 34-91-7302893  
e-mail: [plazaro@taiss.com](mailto:plazaro@taiss.com)  
[www.taiss.com](http://www.taiss.com)