

La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Informe SESPAS 2010

Miguel A. Ramiro Avilés^a y Félix Lobo^{b,*}

^a Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III, Madrid, España

^b Departamento de Economía, Universidad Carlos III, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2010

Aceptado el 14 de septiembre de 2010

Palabras clave:

Salud pública

Ética

Eficiencia económica

Paternalismo

RESUMEN

Objetivos: En España, en tiempos recientes, algunas voces han puesto en cuestión ciertas políticas de salud pública por posibles invasiones de la libertad personal. El objetivo del capítulo es responder a dichas voces con argumentos éticos y económicos que justifican tales políticas.

Métodos: El presente trabajo plantea la corriente de opinión y sus características. Después, partiendo de Stuart Mill, expone los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía personal y justicia, y algunos conceptos correlativos pertenecientes al plano de la eficiencia económica: efectos externos, monopolio, información incompleta y asimétrica, relación de agencia, bienes públicos y selección adversa. También se hace somera mención a la justicia o la equidad en economía, y al Estado del bienestar y los sistemas sanitarios públicos. Se discute también la justificación y los límites de las actuaciones «paternalistas» por parte del Estado.

Conclusión: El respeto a la libertad individual no sólo no se opone, sino que exige, la adopción de medidas de salud pública. Si esas actuaciones cumplen ciertos requisitos, no sólo no limitan sino que protegen y amplían la libertad individual.

© 2010 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Grounding public health policies in ethics and economic efficiency. SESPAS report 2010

ABSTRACT

Keywords:

Public health

Ethics

Economic efficiency

Paternalism

Objectives: In recent times, various voices in Spain have questioned public health policies as an assault to personal freedom. The present article aims to respond to these voices with ethical and economic arguments.

Methods: The scope and characteristics of this current of opinion are described. Then, starting with John Stuart Mill, the ethical principles of non-maleficence, beneficence, personal autonomy and justice, as well as related concepts taken from economic efficiency, such as externalities, monopoly, incomplete and asymmetric information, agency relationship, public goods and adverse selection, are discussed. A short mention is made of equity in economics, the welfare state and public health systems. The justification for paternalist actions by the state, as well as limits to these actions, are briefly discussed.

Conclusion: Respect for individual freedom does not exclude the implementation of public health actions but rather demands the adoption of such policies. If these actions comply with certain conditions, they do not limit individual freedom but rather serve to protect it.

© 2010 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Objetivo y limitaciones del trabajo

Las tensiones entre libertad individual y medidas en defensa de la salud pública tienen larga historia. Nos referimos, sobre todo, a las acciones estatales tendentes a defender o promover la salud colectiva, pero también en algún caso a medidas colectivas que tratan de garantizar la asistencia sanitaria individual. En España estas polémicas se han recrudecido recientemente con la legislación restrictiva del tabaco y las bebidas alcohólicas, los programas contra la obesidad o la vacunación contra la gripe A (H1N1). Y es que tenemos aquí un perfecto laboratorio para

estudiar las fricciones que en un estado social de Derecho se producen entre las decisiones individuales y sus repercusiones sociales. Justificar adecuadamente estas actuaciones estatales cobra así una especial importancia. Si al Estado y a otras organizaciones sociales se les imponen límites para no condicionar la libertad individual, parece que lo mismo ha de ocurrir con la libertad individual cuando impone costes a otras personas, a la colectividad o al Estado.

El propósito de este trabajo es establecer un marco de referencia teórico para enfocar la discusión, con base en la ética y en la eficiencia económica. El recurso a la economía goza de una gloriosa tradición: Adam Smith era profesor de filosofía moral y John Stuart Mill, además de publicar *Sobre la libertad* en 1859, donde defendía la libertad moral y económica de los individuos frente al Estado, escribió en 1848 sus *Principios de economía política con algunas de sus aplicaciones a la filosofía social*.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: flobo@eco.uc3m.es (F. Lobo).

Puntos clave

- El discurso práctico jurídico y económico está informado por unos principios éticos que deben tenerse en consideración al formular las reglas aplicables a la salud pública.
- En todo Estado de Derecho respetuoso con un pluralismo social estructural hay una tensión entre las decisiones individuales, amparadas en la autonomía y la libertad personal, y las medidas de salud pública, que debe resolverse de modo que no dañen a terceras personas ni a las personas que las realizan, y no tengan consecuencias sociales negativas.
- La libertad de mercado es correlativa con la libertad individual, pero la economía plantea la intervención del Estado para resolver los fallos del mercado y para lograr una más equitativa distribución de la riqueza. Pero el Estado tiene un papel potencial, pues también tiene fallos y su intervención no es siempre una panacea para resolver los del mercado.
- Todas las actuaciones del poder público que afectan a derechos o deberes de los ciudadanos requieren una justificación, y las medidas salubristas también. Las argumentaciones deben acompañarse de comunicación, diálogo, pedagogía y persuasión.
- Los principios inspiradores de la justificación son los de una ética pública no excluyente y de mínimos, cuyo reflejo normativo está en la Constitución. Estos principios básicos son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Esta teoría supone que la ética no puede ser exclusivamente subjetiva, ni relativista, sino que hay argumentos racionales para valorar la bondad o maldad de un comportamiento.
- En la [tabla 1](#) aparecen los ejemplos de conceptos económicos que se han hecho corresponder en este trabajo con los principios éticos mencionados.
- El paternalismo «blando», asimétrico, libertario o «políticas tutelares asimétricas», es «una nueva frontera prometedora».
- Las intervenciones de salud pública debidamente configuradas pueden lograr que las personas gocen de una mayor esfera de libertad individual.

Aunque relacionadas, la ética y la economía están en planos diferentes. La ética pertenece al orden de lo moral: trata de discernir lo bueno de lo malo. La economía tiene, como ciencia, autonomía. Sólo pretendemos recordar algunos ejemplos económicos que se corresponden con los principios éticos, para sugerir, ordenar y reforzar argumentos en defensa de actuaciones de salud pública que afectan a la libertad individual. Así, a las razones morales que pueden justificarlas podremos añadir razones económicas. Pero, claro está, si hay una razón moral, ésta será suficiente aunque no haya una razón económica para la intervención.

Como, además, muchas veces se esgrime la economía para impedir, en defensa de intereses particulares, actuaciones de salud pública, conviene recordar algunos conceptos de teoría económica elemental para comprobar si dicha apelación es rigurosa o no vale nada. Deliberadamente nos centramos en cuestiones de eficiencia y no en problemas de distribución, equidad o justicia distributiva, porque nos parecen más sugerentes las correspondencias ética-eficiencia económica que las correspondencias ética-equidad.

Exponemos primero algunas ideas básicas; luego mencionamos ciertas leyes, políticas y polémicas públicas españolas relevantes. La sección tercera destaca la importancia de la justificación de las

Tabla 1
Principios éticos y conceptos económicos tratados

Ética (principios)	Economía (ejemplos)
No maleficencia	Efectos externos negativos Monopolio
Autonomía	Información incompleta Información asimétrica Relación de agencia
Beneficencia	Bienes públicos Selección adversa
Justicia	Justicia/equidad Estado del bienestar Bienes tutelables públicamente

intervenciones públicas en la libertad personal. La cuarta expone los principios éticos fundamentales, así como algunos conceptos de eficiencia económica que se corresponden con ellos. Después de un apunte sobre la interrelación de estos principios se plantean las conclusiones y los puntos clave expuestos. La organización del trabajo queda clara en la [tabla 1](#).

Ideas básicas de partida

Arrancamos de John Stuart Mill, quien en *Sobre la libertad* formuló una de las ideas de mayor calado en el pensamiento occidental moderno: «El único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno cualquiera de sus miembros es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno Derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente»¹. Aquí tenemos, al tiempo, una defensa cerrada de la libertad individual y un criterio para justificar la actuación pública y para limitarla, pues para recortar la libertad deberá probarse que existe daño para terceras personas.

En economía, la libertad de mercado es correlativa con la libertad individual. En un mercado competitivo no hay razón de eficiencia para que el Estado intervenga. Pero los mercados no generan incentivos para producir bienes públicos, y en la producción de bienes privados los mercados pueden no cumplir las condiciones de la competencia. Para corregir estos fallos, la economía plantea la intervención del Estado que puede mejorar el funcionamiento del mercado², y además es indispensable para lograr una más equitativa distribución de la riqueza. El artículo «inaugural» de la economía de la salud, de Arrow, se dedica a los fallos del mercado en la asistencia sanitaria³: «La conclusión de que las características de la asistencia sanitaria como bien económico abocan a fallos del mercado generalizados es compartida tanto por partidarios de la economía del bienestar paretiana como por los defensores de marcos teóricos alternativos.... La conclusión básica de que un sistema de mercados privados conduce a una asignación ineficiente de los recursos permanece intacta»⁴.

El Estado tiene algunas ventajas para la intervención en los mercados, pero lo que predicamos es que ante un fallo del mercado el Estado tiene un papel potencial², pues también presenta fallos y su intervención no es una panacea para resolver los del mercado^{2,5,6}.

En este trabajo tratamos precisamente de establecer las argumentaciones éticas, y las correlativas basadas en la eficiencia económica, que justifican intervenciones estatales de defensa, mantenimiento o promoción de la salud pública, y la acción

colectiva para garantizar asistencia sanitaria individual a quien la necesita.

Este empeño es prioritario. Le Grand⁷ ha recordado que el cáncer, las enfermedades del corazón y las cerebrovasculares o la diabetes son las enfermedades de nuestro tiempo y están relacionadas con consumos individuales «excesivos», de tabaco, grasas y azúcar, alcohol y drogas, y con el sedentarismo. Y habría que añadir factores tales como la contaminación atmosférica, las políticas de transporte, las condiciones de trabajo, el urbanismo... Evitar estas enfermedades y los costes económicos y sociales que generan exige cambios en las políticas (públicas y privadas) y en las conductas personales, pero con ello entra en liza la libertad personal.

Legislación, políticas y polémicas públicas en España

En el artículo 43 de la Constitución española, protección de la salud individual y tutela de la salud pública van de la mano, incluso mediante la imposición de deberes, para lograr la efectividad del Derecho. Este precepto se ha desarrollado, por los distintos niveles de gobierno, en numerosas normas jurídicas, generales (Ley 14/1986, General de Sanidad o Ley Orgánica 3/86, de medidas especiales en materia de salud pública...) y especiales, como la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, hoy sometida a revisión. En ocasiones el proyecto legislativo ha naufragado (caso de la restricción a las bebidas alcohólicas en 2006–2007). Actualmente se tramita una Ley de Salud Pública incluida entre las medidas del Plan de Derechos Humanos aprobado por el gobierno en 2008. También las autoridades desarrollan programas de salud pública que podrían afectar a los derechos individuales. Un ejemplo es la innovadora Estrategia por la Nutrición, la Actividad Física, contra la Obesidad y por la Salud (NAOS), del Ministerio de Sanidad⁸.

La cuestión es que hoy, en nuestro país, se debate sobre la legitimidad de estas normas y de estos programas de salud pública. Sus oponentes alegan que se entrometen en la esfera privada y atentan contra la libertad individual, que la diana de la acción política deberían ser programas informativos, educativos y asistenciales, no prohibiciones. La importancia de estas discusiones es capital, porque si un programa de salud pública se deslegitima está condenado al fracaso. En el debate han intervenido «líderes de opinión» de todo tipo, incluso el ex presidente del gobierno José María Aznar⁹. Algunos llegan a poner en duda el fundamento científico de los daños causados por el tabaquismo^{10,11}.

Una parte de las opiniones son, claro, interesadas. Es conocido el activismo de las industrias del tabaco, del alcohol y de la alimentación, para influir en la opinión pública y en los órganos y cargos públicos. El llamado *Club de fumadores por la tolerancia* utiliza en su denominación un valor muy relacionado con el de la libertad. Otras veces son posturas precipitadas impulsadas por la esperanza de ganar posiciones en el debate político.

Diversas organizaciones científicas y profesionales, así como muchas publicaciones, han explicado los fundamentos científicos de la legislación y los programas de salud pública, como el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo¹², poniendo mucho peso en el otro plato de la balanza, el de los beneficios esperados en salud a cambio de las hipotéticas restricciones a la libertad individual.

Justificación y argumentación

Todas las actuaciones del poder público que afectan a derechos o deberes de los ciudadanos requieren una justificación. Además

de guardar proporcionalidad con el fin buscado y no afectar al contenido esencial del Derecho, requieren una explicación racional para ser legítimas en un Estado de Derecho. La Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo justifica sus preceptos apelando a pruebas científicas, a costes económicos, al Derecho a respirar aire limpio, a la influencia de la publicidad o a la protección de los menores y de las mujeres.

Para fundamentar las medidas salubristas no basta recitar normas jurídicas o principios económicos. Es ineludible justificarlas con una argumentación que permita llegar a acuerdos razonables, mediante un intercambio capaz de eliminar las malas razones y las que parecen buenas pero no lo son¹³. Además de este criterio de racionalidad, deben observarse los de consistencia y coherencia (con el sistema y con el resto de decisiones) y el consecuencialista (que las consecuencias resulten aceptables y no hagan peligrar bienes y estados de cosas valiosos)¹⁴. Finalmente, la justificación se ha de cimentar en valores y principios éticos, ya que en todo discurso práctico, como el económico o el jurídico, las razones éticas son las últimas y prevalecen frente a cualquier otra de tipo instrumental o estratégico¹³.

La finalidad de justificación y argumentación es, pues, aportar buenas razones con las cuales legitimar la actuación de los poderes públicos y convencer a los destinatarios de la bondad o necesidad de la decisión. Deben acompañarse de comunicación, diálogo, pedagogía y persuasión, imprescindibles para fraguar alianzas entre las organizaciones ciudadanas, las administraciones y las empresas que más pueden influir en los factores que afectan a la salud¹⁵. En términos jurídicos, se busca la eficacia de la norma sin necesidad de recurrir al uso de la fuerza¹³.

Principios éticos y su correspondencia en la eficiencia económica

Ética de mínimos, principios de la bioética y «principalismo»

Los valores y los principios inspiradores de los argumentos que componen la justificación son los propios de una ética pública no excluyente, cuyo reflejo normativo está en la Constitución¹⁶. Esta ética se caracteriza por ser formal, procedimental y de mínimos: no predetermina opciones religiosas ni ideológicas. Es un ámbito de libertad en el cual las personas pueden elegir o decidir, amparándose en sus derechos y libertades, sin ser molestados por el Estado ni por terceras personas.

Esta ética de mínimos se puede componer con los principios básicos de la bioética, formulados por Beauchamp y Childress: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia¹⁷. Aunque hayan sido sometidos a revisión crítica, generalmente son aceptados y se han tenido en cuenta en las normas jurídicas reguladoras de la salud pública y la investigación biomédica en los ámbitos nacional, regional y universal. Estos principios son la herramienta que vamos a utilizar para responder a cuestiones, problemas y dilemas que se suscitan en la esfera de la salud. Comprenden otros posibles principios secundarios y todos tienen fundamento en la dignidad humana, que exige un respeto mínimo debido a la condición de ser humano que hace que su vida o integridad no puedan ser canjeadas ni sustituidas por ningún otro valor social¹⁸.

Esta teoría principalista supone aceptar que la ética no puede ser exclusivamente subjetiva ni relativista, sino que hay argumentos racionales para valorar la bondad o maldad de un comportamiento. Sin embargo, debe advertirse que el principalismo, como cualquier otra teoría ética, presenta grados de indeterminación y no evita todos los conflictos. Esto último se debe a que los principios son inconmensurables, son *prima facie* y no están jerarquizados¹³. Esto significa, primero, y a diferencia de otras posiciones¹⁹, que no es posible saber cuál de los principios

es el mejor porque no se pueden comparar entre sí; segundo, que obligan, siempre y cuando no entren en conflicto entre sí; y tercero, que no hay reglas previas que den prioridad a un principio sobre otro, salvo en caso de conflicto, situación en que a la vista de sus concretas circunstancias sí será posible establecer la prioridad¹⁴.

El principio de «no maleficencia», los efectos externos y el monopolio

El principio de «no maleficencia» impone no realizar acciones dañinas para terceras personas y puede fundamentar limitaciones a la voluntad personal. Son ejemplos el internamiento en un centro sanitario si la enfermedad es contagiosa, la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados, etc.

En economía, su correlato son los efectos externos, consecuencias de la conducta de los agentes que afectan negativamente a otros, imponiéndoles costes que no pueden por sí solos evitar y por los que nada paga el causante del efecto, como la contaminación industrial o el humo del tabaco que respiran los fumadores pasivos. También hay efectos externos positivos, beneficios de los que se pueden aprovechar otros sin pagar nada por ellos, como es el caso de la investigación básica. El mercado genera efectos externos negativos en demasía, pues quienes los producen no cargan con sus costes y el coste social supera al coste privado. Son un «fallo del mercado» que impide alcanzar la eficiencia que la sociedad logra en condiciones de competencia.

Coase postuló que si no hay costes de transacción (los implicados en alcanzar un acuerdo y hacerlo obligatorio) las partes siempre pueden concluir un acuerdo que «internaliza» el coste externo y permite recobrar la eficiencia²⁰. Además, la distribución inicial de los derechos (de propiedad) no influye, y cualquiera que sea puede llegarse a un resultado eficiente (si bien la distribución de derechos condiciona la distribución del bienestar). Pero los costes de transacción son casi siempre positivos y los efectos externos no pueden ser manejados por la mano invisible del mercado, ni mediante convenios puramente privados².

Para evitar estas ineficiencias es, pues, necesaria la intervención estatal, por ejemplo prohibiendo contaminar. Sin embargo, las prohibiciones son rígidas, generan «errores de salto» y sus costes pueden superar sus beneficios. Los impuestos «tipo Pigou», relacionados con el volumen de producción/contaminación, pueden ser preferibles. Allegan recursos para el fisco, dan flexibilidad e incentivos más finos a las empresas para adoptar tecnologías limpias y mejoran el bienestar social, porque su efecto negativo se supera por la eliminación de la contaminación. Los impuestos sobre la gasolina o el tabaco tienen estas ventajas.

Otra intervención flexible y eficiente, de rasgos comunes con la anterior, son las licencias transmisibles para contaminar, unidas a la fijación de un tope máximo a la contaminación total.

En la lucha contra los efectos directos y los externos de la adicción al tabaco, la panoplia de intervenciones es muy extensa: información, educación, tratamientos médicos subvencionados, impuestos y prohibiciones. Le Grand⁷ ha propuesto, incluso, la compra obligatoria por los fumadores de licencias anuales, sugerencia airadamente criticada por los medios de comunicación británicos. La prohibición de fumar en lugares cerrados se está generalizando justificadamente, pues no es fácil de sustituir por las otras soluciones²¹.

El principio de no maleficencia y las políticas de salud pública no se agotan en la relación entre ciudadano y gobierno, sino que hay otros actores que se ven favorecidos, por ejemplo, por el consumo de tabaco o alcohol, y desfavorecidos por su limitación y descenso. Por el contrario, no obtienen ningún beneficio privado si destacan los perjuicios individuales o colectivos que originan.

La economía hace ya siglos que proporciona una teoría crítica rigurosa del monopolio como estructura de mercado ineficiente que debe ser combatida con políticas, reglamentaciones y organismos defensores de la competencia. Esta teoría también proporciona alguna justificación de eficiencia a intervenciones estatales de salud pública. El traficante/monopolista de drogas puede explotar al adicto porque éste no puede prescindir de ellas o sustituirlas. Entonces la cantidad demandada no disminuye aunque el precio aumente mucho (demanda rígida), y tiene lugar una gran transferencia de rentas desde los consumidores al vendedor. Los adictos delinquen para conseguir recursos y las rentas monopolísticas se emplean improductivamente o destructivamente para mantener la posición monopolística, lo que aquí significa extorsión, violencia y crimen.

El principio de «autonomía», la información incompleta y asimétrica, y la relación de agencia

El principio de «autonomía» significa que toda persona tiene suficiente competencia para ejercitar sus derechos y juzgar lo que más le conviene: a nadie se le puede imponer cómo debe vivir, qué plan de vida o proyecto de florecimiento humano debe seguir.

No obstante, no todos ni en todas las ocasiones tenemos la misma capacidad para ejercer nuestra autonomía. Podemos llegar a ser incompetentes básicos por falta de información, por sometimiento a presiones internas o externas, o por carecer de razón²². Entonces no se evalúan suficientemente los riesgos o los beneficios, se es incapaz de salvaguardar los bienes que consideramos valiosos, o no se discierne qué es lo que más conviene atendiendo a los propios intereses.

Con este principio se correspondería el supuesto económico de información perfecta de los agentes, sometido a revisión por los brillantes avances de la moderna economía de la información²³. Así como en el plano de la ética no hay autonomía sin información, en el plano de la economía no hay soberanía del consumidor, mercado competitivo ni eficiencia sin información completa de los agentes.

La teoría de la «adicción racional» de Becker y Murphy²⁴, según la cual los adictos anticipan plenamente los costes y los beneficios de sus acciones, ha sido criticada precisamente por la dificultad de admitir y probar empíricamente que cuentan con información completa²¹. Se justifican así regulaciones y actividades informativas y educativas de los poderes públicos, por ejemplo la obligación de facilitar formularios con explicaciones detalladas para prestar el consentimiento informado ante una intervención sanitaria. El desarrollo histórico de agencias garantes de la seguridad, la eficacia y la calidad de los medicamentos y los alimentos, y más recientemente de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, puede interpretarse también como un esfuerzo creciente del Estado por ayudar a los profesionales sanitarios, los pacientes y los ciudadanos en general a tomar las complejas decisiones a las cuales obligan el progreso técnico y la complicada sociedad actual, basada en el riesgo²⁵, y que no pueden tomar individualmente con su limitada información individual.

La información, además de incompleta, puede no repartirse por igual, es decir, puede ser asimétrica^{26,27} y generar ineficiencias en muy diversos mercados. Se da entre médicos y pacientes como entre abogados o asesores financieros y sus clientes, y origina un conjunto de interacciones que designamos «relación de agencia», todo ello consecuencia del principio de especialización. Así como la ética ha creado, en defensa de la autonomía del paciente, construcciones que van desde el juramento hipocrático hasta el moderno movimiento en refuerzo de su capacidad de decisión²⁸, así también la eficiencia económica exige que prevalezcan las

preferencias y los intereses del paciente. Prohibir que los médicos vendan medicamentos o sean propietarios de un laboratorio farmacéutico tiene esta doble justificación ética y económica.

El principio de «beneficencia», los bienes públicos, la selección adversa y el paternalismo

El tercer principio es el de «beneficencia» y señala una obligación positiva de prevenir, evitar o rechazar un daño, y de hacer o promover el bien. Esta obligación positiva supone que 1) si una persona está expuesta a un riesgo de pérdida significativa de su bienestar, intereses o valores, 2) el Estado y sus agentes, o un tercero, están obligados a realizar acciones u omisiones que lo eviten, 3) siempre y cuando éstas no supongan riesgos o pérdidas significativos. Mediante esos tres puntos se legitima la acción «paternalista», pues interfiriendo en la libertad de acción de una persona se evita que se dañe a sí misma.

Somos conscientes de que el paternalismo, fundado sobre el principio de beneficencia, tiene mala prensa, a pesar de que su presencia es inevitable porque la sociedad no está formada por un grupo de suicidas irreflexivos que no valoran ningún tipo de bienes, sino por una mayoría de personas reflexivas y racionales²⁹. Así, las campañas obligatorias de vacunación, o la obligación de tener un seguro de salud, son dos ejemplos de que el Estado interfiere en la libertad individual de la persona para evitar un perjuicio y promover un bien.

Ciertamente, en correspondencia con el principio de beneficencia debe mencionarse el concepto económico de «bien público», un caso extremo de los efectos externos positivos. La economía define los bienes públicos de forma elegante y concisa: el coste marginal de incluir a una persona en su disfrute tiende a cero, y el coste marginal de excluirla tiende a infinito^{30,31}. Dicho de otra forma, un bien público puede consumirse simultáneamente por muchos (no rivalidad) y no podemos excluir a nadie de su disfrute (no exclusión). La cuestión es que el mercado no produce los bienes públicos por falta de incentivos, ya que aparece el polizón o aprovechado que disfruta del bien pero no quiere pagarlo. Tienen entonces que ser financiados por el Estado mediante impuestos obligatorios. Otra justificación económica puramente «liberal» de la intervención del Estado. La coincidencia terminológica entre «bienes públicos» y «salud pública» no es casual. Cuando el término «salud pública» se usa para designar acciones que no consisten en asistencia sanitaria individual (aunque la pague o la suministre el sector público), nos queremos referir básicamente a «bienes públicos».

La correspondencia entre el principio ético y el concepto económico es aquí útil porque la eficiencia también exige, al menos en ciertos casos, no sólo la financiación estatal con contribuciones obligatorias sino, además, la obligatoriedad del consumo del bien público. La inmunización generada por las vacunas es un bien público y por ello las financia el Estado³². Pero no sería eficiente que las vacunaciones fueran financiadas con tributos y no tuvieran carácter obligatorio. Si una persona rechaza la vacunación se beneficia de la inmunización general conseguida por los que sí se vacunaron, y si se niega un grupo suficientemente numeroso puede impedir la rotura de la cadena infecciosa y frustrar el objetivo de la campaña de vacunación. La seguridad de los medicamentos que genera la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha de ser financiada con contribuciones forzosas, pero además las fichas técnicas y los prospectos que aprueba son información obligatoria que los laboratorios farmacéuticos no pueden contradecir en su publicidad.

La obligatoriedad de un seguro de salud puede fundamentarse en el principio de beneficencia, pero también, aunque sea un bien privado, en la eficiencia económica, en concreto en las asimetrías

de información generalmente presentes entre aseguradoras y asegurados, pues éstos tienen mejor información sobre sus riesgos de salud. De ellas deriva la «selección adversa». Si el asegurador no puede distinguir entre individuos de alto y bajo riesgo debe calcular la prima media. Los individuos de bajo riesgo (que saben que lo son) no comprarán ese seguro, porque la prima no refleja su riesgo real. Así, quedan en el grupo sólo los individuos de más alto riesgo y los ingresos del asegurador resultan insuficientes para cubrir las indemnizaciones esperadas. Si el asegurador eleva las primas para reflejar los riesgos más altos que quedan en el grupo, otro segmento de riesgos relativamente bajos abandona, llevando otra vez a la empresa a experimentar pérdidas^{4,33}. Está implícito un comportamiento oportunista de los compradores de alto riesgo, quienes ocultan su mala salud, consiguen una ganga y la aseguradora pierde dinero³⁴.

El proceso de la selección adversa es un proceso dinámico; no significa simplemente que los riesgos buenos quedan sin seguro y los riesgos malos asegurados. Eso puede ser sólo la primera ronda de la espiral, en la que luego entran sucesivamente personas con riesgos crecientemente malos en rondas posteriores³³. Con riesgos que se distribuyen continuamente, los contratos con prestaciones más completas pueden entrar en una «espiral mortal» que acaba con ellos^{33,35,36}.

También puede ocurrir que las aseguradoras tengan información suficiente sobre el asegurado, lo que les incentiva a seleccionar a propósito individuos de bajo riesgo y manipular los contratos para atraer a los sanos y alejar a los enfermos⁴. Es la «selección de riesgos» propiamente dicha o «desnatado» del mercado (*cream skimming* en inglés), que se enraíza en la oferta, mientras que la selección adversa se enraíza en la demanda. Ambos fenómenos no son independientes. La aseguradora «desnatará» y distorsionará más sus ofertas cuanto menos información tenga, es decir, cuanto más selección adversa haya en la situación de partida^{32,33}.

El fallo del mercado y la ineficacia resultante están bien claros y fueron formalizados por Rotschild y Stiglitz³⁷, quienes demostraron que con selección adversa y para el caso de dos grupos (malos y buenos riesgos) no puede haber un equilibrio del mercado con un contrato común o de grupo, y sólo hay equilibrio con contratos separados si la porción de malos riesgos es reducida.

Las consecuencias son una alta inestabilidad e incluso inviabilidad de los mercados de seguros sanitarios; una ineficacia generalizada, pues dependiendo de los costes contractuales los riesgos bajos o los altos no pueden conseguir la cobertura que desean; para las personas más enfermas y con menor renta, el seguro y la asistencia pueden resultar inalcanzables siendo quienes más lo necesitan^{36,5}; y las continuas salidas (bancarrotas) y entradas de aseguradoras del mercado tienen costes sociales apreciables³⁶.

Selección adversa y selección de riesgos proporcionan, pues, una razón de eficiencia muy fuerte para que el Estado intervenga mediante seguros obligatorios y públicamente subsidiados⁴. Así, la intervención estatal puede hacer que mejore el bienestar social. Si todas las personas participan en un seguro común, de modo que los bajos riesgos subsidian a los altos, el seguro más completo compensa el subsidio⁵.

En los sistemas sanitarios públicos (con financiación pública y cobertura universal) como el nuestro, la selección adversa desaparece por definición (sólo hay un grupo que combina todos los riesgos). Pero este fallo del mercado sólo justifica la financiación pública, no la prestación y la gestión de servicios directamente por el Estado. Igualmente hay que anotar que en los sistemas públicos pueden aparecer formas de selección de riesgos propiamente dicha («desnatado»). Igualmente hay que reparar en que los costes de administración de un sistema público son mucho menores que los de un sistema de seguros privados subsidiados².

La selección adversa se hace corresponder en este trabajo con el principio de beneficencia y no con el de autonomía, aunque su origen está en la información asimétrica. El problema aquí no es de autonomía sino de mercado incompleto: dificultades para contratar un seguro adaptado al riesgo personal. La intervención pública haciendo obligatorio el seguro y subvencionándolo significa hacer el bien especialmente en beneficio de los grupos de menor renta o mayor riesgo.

Dicho todo esto, queda acotar las actuaciones benefactoras/paternalistas, pues su exceso restringiría la propia autonomía. Se trata de salvaguardarla cuando la persona es un incompetente básico, y de que el Estado no interfiera en la conducta de los competentes. Si bien la incompetencia básica es, en principio, requisito necesario para la intervención paternalista, no es suficiente, ya que las consecuencias deben suponer una «pérdida significativa». Además, el objetivo de la intervención paternalista debe ser que la conducta sea consciente, autónoma y responsable (paternalismo blando), no que sea menos peligrosa (paternalismo duro). Las pérdidas significativas no justifican medidas paternalistas si la persona tiene toda la información, no está coaccionada y su comportamiento es racional según su escala de valores.

Podemos ahora preguntarnos: ¿justifica el principio de beneficencia condicionar a las personas para proteger o mejorar su propia salud? ¿Puede el poder ejercerse justificadamente por el propio bien de un miembro de la sociedad? ¿Renegaremos de la proposición canónica de Mill? Habrá que buscar un equilibrio que permita conseguir los objetivos de salud y al tiempo respetar la autonomía personal³⁸, evitando sobre todo la estigmatización del comportamiento³⁹.

Efectivamente, el paternalismo «blando» está desarrollándose con distintos matices. El paternalismo asimétrico⁴⁰ quiere ayudar con grandes beneficios a los que cometen errores, pero imponiendo costes pequeños a los que son racionales. Para Repullo, que lo denomina «políticas tutelares asimétricas», es «una nueva frontera prometedora»⁴¹. El «paternalismo libertario» de Sunstein y Thaler quiere «preservar la libertad de elegir» al tiempo que las instituciones conducen las decisiones de la gente hacia su propio bienestar⁴², utilizando recursos como reglas bien diseñadas en defecto de decisión expresa (como el silencio positivo de nuestra ley de trasplantes), o contextos motivadores. Entre los economistas, Le Grand ha defendido que se liberen horas para realizar ejercicio en el horario de trabajo⁷. Tanto Repullo⁴¹ como López Casanovas⁴³ citan medidas de este tipo apoyadas por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: si en el restaurante quieres más sal, tienes que levantarte para coger el salero.

El principio de justicia

El principio de justicia incorpora una dimensión social, a diferencia de los anteriores, y se cumple cuando la distribución de las cargas y los beneficios se hace de manera equitativa. Requiere eliminar todo trato diferenciado injustificado que reporte un beneficio o un perjuicio, o imponga una barrera, a una persona o un grupo. La igualdad, tanto en su dimensión formal como material, impone tratar de forma igual a los iguales y de forma desigual a los desiguales⁴⁴, lo que en economía se llama equidad horizontal y vertical. Se admite una diferenciación de trato si no es arbitraria. La igualdad consiste primero en que no se toman en consideración elementos físicos, socioeconómicos ni culturales para diferenciar conductas y su regulación jurídica. La igualdad formal exige, además, considerar y dotar de relevancia normativa a ciertos atributos para justificar un trato diferenciado para los diferentes.

La igualdad material, por su parte, iguala a todas las personas, con el fin de que las más desfavorecidas puedan alcanzar sus

planes de vida, igual que las más aventajadas. Implica un deber de actuación positiva para eliminar los obstáculos que dificulten el igual disfrute por los ciudadanos del mayor número de derechos fundamentales. Aconseja, pues, acciones afirmativas, apoyos específicos destinados a prevenir o compensar las desventajas de ciertos colectivos para participar en la vida política, económica, cultural y social (por ejemplo, políticas de fomento del empleo de personas mayores de 45 años). También puede aconsejar medidas de discriminación inversa, que establezcan una preferencia basada en determinados rasgos pretendidamente sospechosos a la hora de distribuir bienes en especial escasos⁴⁵ (por ejemplo, reserva de puestos de trabajo para personas con discapacidad).

Para la economía en general, y la economía de la salud en particular, la justicia distributiva, la equidad, es una preocupación central^{46,47}. También en España se le ha prestado gran atención^{48–50}. El mercado no genera equidad y la eficiencia es compatible con cualquier grado de desigualdad, por lo que en muchos países se admite con generalidad que los poderes públicos adopten medidas para corregir desigualdades que resultan odiosas para muchos de sus ciudadanos. El Estado del bienestar es uno de los progresos más notables del siglo xx, parangonable a la conquista de los derechos civiles a partir del siglo xviii y de los derechos políticos desde el siglo xix. Uno de sus pilares son los sistemas sanitarios públicos que se justifican básicamente por estas razones de equidad (aunque también puede esgrimirse alguna razón de eficiencia, como hemos visto con la selección adversa). Proporcionan asistencia sanitaria individual, un bien técnicamente privado que se financia con fondos públicos porque, por su naturaleza, se considera merecedor de tutela social.

La estrategia de este artículo se dirige a la correspondencia entre principios éticos y eficiencia, por lo que solamente haremos cuatro apuntes en materia de justicia económica.

Primero, que «la equidad en salud... es un concepto multidimensional»⁵¹. Incluye los resultados alcanzados y la capacidad de alcanzarlos, va más allá de la mera distribución de asistencia sanitaria y exige su integración con los restantes aspectos de la justicia social y la equidad en general. Los criterios de justicia pueden ser diversos: ¿Seguiremos la posición utilitarista, la máxima asistencia o salud para el máximo número, o el criterio de Rawls²⁹ en favor de los más desfavorecidos o cubrir sólo las necesidades básicas? ¿Igualdad de oportunidades? ¿Un turno equitativo para realizarse en términos de salud en el juego de la vida?⁵² ¿Igualdad de resultados en salud?⁵³. Es también complicado definir qué se debe entender por necesidad sanitaria, si éste es el criterio a seguir para lograr la equidad horizontal en la prestación de los servicios sanitarios. ¿Es toda desigualdad injusta? ¿Son relevantes las decisiones personales, por ejemplo un estilo de vida insalubre, para enervar las actuaciones públicas igualitarias, como defiende Le Grand?

Segundo, que el sistema sanitario tenga que ser público por razones de equidad quiere decir que ha de ser financiado con impuestos o contribuciones a la seguridad social ampliamente expandidas, para que la renta individual no condicione el disfrute del servicio. Pero la equidad no exige que prestación y gestión de servicios sean realizadas directamente por el sector público, sino que es compatible con combinaciones diversas de sector público y privado.

Tercero, los sistemas públicos de salud no son condición suficiente para conseguir la igualdad en términos de salud, como se ha confirmado en Reino Unido^{54–57} y los recientes hallazgos acerca de las diferencias de mortalidad según su distribución geográfica en nuestro país atestiguan⁵⁸. La salud es resultante de muchos factores y no sólo, ni quizás principalmente, del sistema sanitario, por lo que la estrategia de salud en todas las políticas, a la que se dedica este informe, también viene exigida por motivos de justicia o equidad.

Finalmente apuntamos que las políticas de salud pública pueden tener un importante resultado redistributivo, pues quienes más sufren determinados problemas (drogas, tabaquismo, alcoholismo u obesidad) son los grupos sociales menos favorecidos. Niveles bajos de renta y de educación dan a las personas menos oportunidades de autoprotgerse, informarse y aprender.

Relación entre los cuatro principios éticos, argumentos de eficiencia y ampliación de la libertad personal

Muchas veces es necesario contemplar los cuatro principios éticos anteriores en su mutua relación, y además tener en cuenta las consecuencias de las acciones individuales. Es cuestión complicada la de los efectos externos negativos que irradian al conjunto de la sociedad y no a personas dañadas concretas y que derivan de ciertas conductas individuales. La viabilidad de los sistemas sanitarios desarrollados se ve afectada por la incorporación de innovaciones tecnológicas y por el envejecimiento, pero también por factores de riesgo de enfermedad evitables (tabaco, alcohol y la creciente obesidad), basados en decisiones, sin duda influidas por las condiciones sociales, pero al menos en parte también personales.

¿Podemos denegar tratamiento a un fumador empedernido que no se esfuerza en abandonar el hábito, por los perjuicios económicos que va a imponer a la sociedad y, por tanto, en menoscabo de otros aunque éstos no sean personas identificables? ¿Qué valor tiene la autonomía personal? ¿Podemos prohibir la realización de un comportamiento que, bajo determinadas condiciones, sólo afecta a la salud del fumador? ¿Qué daño se le está causando al fumador a quien se deniega un tratamiento? ¿Qué coste debe asumir la sociedad? ¿Qué distribución de recursos debe producirse para que otra persona con una enfermedad laboral reciba ese mismo tratamiento? ¿Qué responsabilidad tiene el Estado por permitir, y en ocasiones incentivar, la realización de comportamientos que son peligrosos o dañinos para la salud? ¿Cómo resolver este conflicto entre principios? ¿Hasta dónde debe llegar la interferencia estatal? No hay una única respuesta correcta dada en abstracto. Las circunstancias del caso serán un elemento importante en el proceso de ponderación de los principios. Son muchos los factores que intervendrán a la hora de construir la regla normativa que resolverá ese hipotético caso. De ahí que sea tan importante que en los órganos de decisión de estas políticas se cuente con la opinión de expertos en derechos humanos y bioética.

Así, con los cuatro principios éticos examinados, incluso cuando entran en conflicto, y con argumentos económicos como los mencionados, podemos justificar políticas de salud pública incluso limitadoras de la libertad personal y actuaciones colectivas basadas en la equidad para garantizar la asistencia sanitaria individual. Pero nuestra tesis va más allá. Sostenemos que estas políticas de salud pública no sólo no restringen necesariamente la libertad civil individual, sino que por el contrario pueden ampliarla. Uniendo estas perspectivas, Sen ha destacado que la salud es una condición del desarrollo personal en libertad y, por tanto, de gran importancia para el desarrollo socioeconómico pleno^{59,60}. Una colectividad más sana es más libre, pues los ciudadanos individualmente tienen más capacidad de elección y la sociedad puede dedicar los recursos que antes invertía en asistencia sanitaria a otras finalidades.

Conclusiones

En España recientemente se han cuestionado las políticas de salud pública que condicionan la conducta individual. El objetivo de este artículo ha sido responder a tales críticas con argumentos

éticos y con categorías económicas. Combinándolas, al modo de los economistas clásicos, pueden construirse sólidas justificaciones de dichas políticas y también de las medidas colectivas garantes de la asistencia sanitaria individual.

Partiendo de la concepción liberal de Stuart Mill, hemos expuesto los principios éticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía personal y justicia, y algunos conceptos correlativos pertenecientes al plano de la eficiencia económica: efectos externos, monopolio, información incompleta y asimétrica, relación de agencia, bienes públicos y selección adversa. También se ha hecho somera mención a la justicia o equidad en economía, al Estado del bienestar y a los sistemas sanitarios públicos.

Sin embargo, sigue siendo cuestión grave acotar las actuaciones benefactoras/paternalistas del Estado, pues su exceso restringiría la propia autonomía. Hoy, con distintos nombres y matices (paternalismo blando, asimétrico, libertario, políticas tutelares asimétricas) se quiere compatibilizar y ampliar la concepción de Stuart Mill, considerando que se puede preservar la libertad individual al tiempo que se actúa desde los poderes públicos promoviendo el bienestar individual y colectivo. A nuestro entender, ésta es una tendencia bien encaminada.

Nuestra tesis va más allá de la mera justificación de las políticas de salud pública. No sólo pueden no ser lesivas de la libertad civil individual sino que, en ciertas condiciones, pueden ampliarla. La salud es una condición del desarrollo personal en libertad y, además, de gran importancia para el desarrollo socioeconómico pleno de una sociedad.

Por otro lado, la política económica y las políticas de salud pública son, al fin y al cabo, política. Hirschman habló de las retóricas de la reacción y la intransigencia⁶¹. Recordarlas es útil en este contexto. La retórica de la futilidad es la de aquellos que consideran que el mundo tiene ya poco remedio y no vale la pena emprender ninguna acción de gobierno porque nada conseguiremos cambiar. Una variante de esta actitud en nuestro campo es limitar la acción pública a programas informativos, educativos y de asistencia sanitaria individual, y considerar que establecer prohibiciones y obligaciones por leyes de salud pública no es el remedio adecuado.

Por nuestra parte entendemos que, sobre el fundamento de las argumentaciones y justificaciones expuestas desde la ética y la economía, y en las condiciones dichas, pueden ser imprescindibles ciertas leyes condicionantes de conductas personales para definir unas reglas de juego fundamentales a fin de evitar daños a otros, mantener la autonomía personal y promover el bien y la justicia. Nada impide, además, desarrollar adicionalmente programas informativos, educativos o asistenciales.

Financiación

M.A. Ramiro es miembro del equipo de investigadores del proyecto *El tiempo de los derechos* del programa Consolider – Ingenio 2010 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (CSD2008-00007).

Contribuciones de autoría

La autoría corresponde por igual a ambos firmantes.

Conflicto de intereses

Ninguno. Únicamente cabe mencionar que F. Lobo fue presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición desde julio de 2005 hasta septiembre de 2008. Dicha

agencia aparece mencionada en el texto. Las palabras positivas sobre la estrategia NAOS son contribución de Miquel Porta.

Agradecimientos

Agradecemos los comentarios de los revisores, de Juan Oliva y de Miquel Porta.

Bibliografía

1. Mill JS. On Liberty. En: Mill JS, editor. On liberty and other essays. Oxford: Oxford University Press; 1991. V. esp. de Azcárate Rodríguez Salmones Sobre la libertad. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
2. Stiglitz J, Heertje A, Perlman M, et al. El papel económico del Estado. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 1993. Prólogo de MA Lasheras M, Merino. V. esp. de Pascual Encuentra de The economic role of the state. Oxford: Basil Blackwell; 1989.
3. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of health care. *Am Econ Rev.* 1963;53:941–73. V. esp. de Carbajo A, Calvet E. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas Información Comercial Española. 1981;574:47–63.
4. Hurlay J. An overview of the normative economics of the health sector. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editores. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 55–118.
5. Stiglitz J. Replanteamiento del papel económico del Estado: bienes privados suministrados públicamente. En: López-Casasnovas G, editor. Análisis económico de la sanidad. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1994. p. 19–48.
6. Albi E. Público y privado. Un acuerdo necesario. Barcelona: Ariel; 2000.
7. Le Grand J. The giants of excess: a challenge to the nation's health. The Beveridge memorial lecture, 2007, presented to The Royal Statistical Society on Monday, October 22nd, 2007. [Consultado 3/2/2010]. Disponible en: http://www.healthengland.org/legrand/Beveridge_Memorial_Lecture_2007.pdf.
8. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia por la nutrición, la actividad física y la prevención de la obesidad. Madrid: AESA; 2005.
9. Aznar cuestiona las campañas de tráfico en un acto de los productores de vino. *El País.* 4 de mayo de 2007; p. 28 (col. 1-3).
10. Sabater F. Con uve minúscula. *El País.* 16 de enero de 2006; p. 13–4 (col. 1-5).
11. Sala i Martín X. Limitar nuestra libertad. *La Vanguardia.* 17 de octubre de 2005; p. 27 (col. 1-3).
12. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Disponible en: <http://www.cnpt.es/>.
13. Atienza M. Bioética, Derecho y argumentación. Bogotá: Temis; 2004.
14. De Lora P, Gascón M. Bioética. Principios, desafíos, debates. Madrid: Alianza Editorial; 2009.
15. Subirats J. El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit.* 2001;15:259–64.
16. Peces-Barba G. Ética, poder y Derecho. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales; 2000.
17. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics, 4th ed. New York: Oxford University Press; 1994. V. esp. de Gracia T, Júdez FJ, Feito L y Gracia D. Principios de ética médica. Barcelona: Masson; 2002.
18. Peces-Barba G. La dignidad humana desde la filosofía del Derecho. Madrid: Dykinson; 2004.
19. Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: EUEMA; 1989.
20. Coase R. The problem of social cost. *J Law Econ.* 1960;3:1–44.
21. López Nicolás A, Viudes A. El control del tabaquismo desde la perspectiva de la economía. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:9–23.
22. Murphy J. Incompetence and paternalism. *Archiv fur Rechts-und Sozialphilosophie.* 1974;60:465–86.
23. Stiglitz J. Information and the change in the paradigm in economics. *Am Econ Rev.* 2002;92:460–501.
24. Becker G, Murphy K. A theory of rational addiction. *J Polit Econ.* 1998;96:675–700.
25. Beck U. Risk society. Towards a new modernity. V. ing. de M. Ritter. London: Sage; 1992.
26. Akerloff G. The market for 'lemons': qualitative uncertainty and the market mechanism. *Q J Econ.* 1970;84:488–500.
27. Spence M. Job market signalling. *Q J Econ.* 1973;87:355–74.
28. Faden R, Beauchamp T. A history and theory of informed consent. Oxford: Oxford University Press; 1986.
29. Rawls J. A theory of justice. Cambridge (Mass.): Harvard University Press; 1971. V. esp. de González MD. Teoría de la justicia. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1979.
30. Samuelson PA. The pure theory of public expenditure. *Rev Econ Stat.* 1954;36:387–9.
31. Musgrave RA. The theory of public finance. Kogakusha Tokyo: McGraw Hill; 1959. V. esp. de Lozano Irueste JM, prólogo de Fuentes Quintana E. Teoría de la hacienda pública. Madrid: Aguilar; 1968.
32. Zweifel P, Breyer F. Health economics. Oxford: Oxford University Press; 1997.
33. Cutler D, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editores. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 563–643.
34. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. 5.^a ed. Nueva York: Pearson Prentice Hall; 2007.
35. Feldman R, Dowd B. Must adverse selection cause premium spirals? *J Health Econ.* 1991;10:350–7.
36. Van de Ven W, Ellis RP. Risk adjustment in competitive health plan markets. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editores. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 755–845.
37. Rothschild M, Stiglitz J. Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information. *Q J Econ.* 1976;90:629–49.
38. Dworkin G. Moral paternalism. *Law Philos.* 2005;24:305–19.
39. Goffman E. Stigma. Upper Saddle River (New Jersey): Prentice Hall; 1963.
40. Camerer C, Isacharoff S, Loewenstein G, et al. Regulation for conservatives: behavioral economics and the case for "asymmetric paternalism". *Univ PA Law Rev.* 2003;151:1211.
41. Repullo Labrador JR. Políticas tutelares asimétricas: conciliando preferencias individuales y sociales en salud pública. *Gac Sanit.* 2009;23:342–7.
42. Sunstein CR, Thaler RH. Libertarian paternalism. *Univ Chic Law Rev.* 2003;70:1159–202.
43. López Casasnovas G. Una visión de futuro de las políticas de salud. *Gac Sanit.* 2009;23:458–61.
44. Bobbio N. Igualdad y libertad. Introducción de Peces Barba G. Barcelona: Paidós; 2002.
45. De Asís R. La igualdad en el discurso de los derechos. En: López JA, Del Real JA, editores. Los derechos entre la ética, el poder y el Derecho. Madrid: Dykinson; 2000. p. 149–68.
46. Van Doorslaer E, Rutten F, Wagstaff A, editores. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1992.
47. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. En: Culyer AJ, Newhouse JP, editores. Handbook of health economics, Vol. 1. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 1803–62.
48. Calonje S, Rodríguez M. Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad. *Papeles de Economía Española.* 1998;76:259–72.
49. Urbanos RM. La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987–1995. *Hacienda Pública Española.* 2000;139:153–60.
50. López Nicolás A, editor. Desigualdades, equidad y eficiencia en salud y servicios sanitarios. Número monográfico de Cuadernos Económicos de Información Comercial Española (ICE). Ministerio de Industria, Comercio y Turismo; 2008.
51. Sen A. Why health equity? En: Anand S, Peter F, Sen A, editores. Public health, ethics and equity. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 21–33. También en *Health Econ.* 2002;11:659–66. (Texto del discurso principal ante la Tercera Conferencia Internacional de la International Health Economics Association, *The economics of health: within and beyond health care*; York, 23 de julio de 2001).
52. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the «fair innings» argument. *Health Econ.* 1997;6:117–32.
53. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *J Health Econ.* 1993;12:431–57.
54. Black D, Morris JN, Smith C, et al. Inequalities in health. Report of a research working group (The Black Report). Londres: DHSS 1980. (La versión original puede consultarse en la página de la Socialist Health Association: <http://www.sohealth.co.uk/Black/black.htm>. Hay una edición inglesa en formato libro en Pelican Series, Penguin Books, 1982).
55. Acheson D. Independent inquiry into inequalities in health. Report. Londres: The Stationery Office; 1998.
56. United Kingdom, Department of Health. Tackling health inequalities: governing for health summit, 17–18 October 2005, QEII Conference Centre, Summit programme. London: Department of Health; 2005.
57. United Kingdom. Department of Health. Tackling health inequalities. Status report on the programme for action. London: Department of Health; 2005.
58. Benach J, editor. Estudio geográfico de la mortalidad en España: análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios. Madrid: Fundación BBVA; 2007.
59. Sen A. Health in development. *Bull World Health Organ.* 1999;77:619–23.
60. Sen A. Development as freedom. New York: Alfred Knopf; 1999.
61. Hirschman AO. The rhetoric of reaction. Perversity, futility, jeopardy. Cambridge (Mass.): Harvard University Press; 1991. V. esp. de Segovia T. Retóricas de la intransigencia. México: Fondo de Cultura Económica; 1991.