

---

# **SALUD Y TERRITORIO: REFLEXIÓN TEÓRICA SOBRE LA RELACIÓN EQUIDAD/EFICIENCIA EN LA SALUD<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Investigación financiada parcialmente con recursos portugueses a través del Centro de Investigación y Desarrollo en Matemáticas y Aplicaciones del Departamento de Matemática (CIDMA) de la Universidade de Aveiro (Portugal), dentro del proyecto UID/MAT/04106/2013 financiado por el Proyecto 3599-Promover un Fondo de Desarrollo Económico y Financiero (3599-PPCDT) y FEDER a través de COMPETE 2020, Programa Operacional Competividade e Internacionalização (POCI).



*Gonçalo Alves de Sousa Santinha  
Kelly Patricia Murillo  
Eugénio Alexandre Miguel Rocha  
Carlos Alberto García González*

## INTRODUCCIÓN

En particular, en las dos últimas décadas, la toma de decisiones en el ámbito de la salud ha tenido que adaptarse a un mundo cambiante, tanto a nivel de las tendencias políticas (con una disminución del papel del Estado en favor de un mercado en funcionamiento libre y competitivo) como desde el punto de vista de las restricciones financieras. La decisión sobre la afectación y distribución de recursos ha sido, por tanto, escenario de un intenso debate en la arena académica y política. Sin embargo, las decisiones sobre la naturaleza, el alcance y la distribución de los recursos que deben aportarse son complejas, implicando, no solo criterios técnicos, sino también juicios de valor y la creación de consensos políticos. Esta cuestión es aún más apremiante en una coyuntura de contención de gastos, en la que la demanda de una utilización más racional de recursos (eficiencia) gana mayor relieve, provocando cierta tensión con el principio de equidad.

La influencia de la dimensión territorial en los procesos de toma de decisiones en salud ha adquirido, a la luz de este contexto, una atención creciente en el pasado reciente. En primer lugar, por el reconocimiento de que las persistentes disparidades sociales son espacialmente contextualizadas, en la medida en que el territorio no es neutro en relación con la aparición y el desarrollo de fenómenos sociales y económicos. Por ejemplo, no es indiferente para una actividad ubicarse en un área urbana o rural, en un área central o

periférica, en la medida en que el territorio es diferenciado en los recursos (naturales, patrimoniales, culturales, humanos, institucionales y físicos) que lo caracterizan y en la capacidad que posee para combinar estos distintos factores y generar procesos de desarrollo. Segundo, por el recrudescimiento del interés en juntar las políticas de ordenación del territorio con las de la salud. Es cierto que la percepción del impacto del ordenamiento del territorio en la salud de las poblaciones no es nueva, teniendo incluso raíces en el siglo XIX, cuando los centros urbanos, particularmente en Europa y en los Estados Unidos, fueron afectados por epidemias de enfermedades infectocontagiosas (por ejemplo, cólera, tuberculosis) a raíz de los desplazamientos masivos de poblaciones de las zonas rurales a las zonas urbanas en el marco de la revolución industrial. Pero esta relación ha adquirido un nuevo nivel a medida que se ha ido percibiendo el alcance de la definición de salud por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), pues no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que el ambiente construido produce efectos en el bienestar físico, mental y social de los ciudadanos.

En este capítulo presentamos una reflexión teórica sobre la relación equidad / eficiencia en la salud en una óptica territorial, con dos grandes tópicos:

- Factores que influyen en la demanda y la oferta de atención de salud, teniendo como punto de partida la relación condiciones de acceso / concentración de servicios de salud;
- Otros factores de naturaleza más amplia (es decir, no adoptando una perspectiva centrada exclusivamente en la asistencia sanitaria).

Este capítulo está organizado como se explica a continuación. El apartado 2 describe las principales características y relación entre los conceptos de equidad y eficiencia. A continuación, se analiza en particular el caso de América Latina. En el apartado 3, son confrontadas las condiciones de acceso con la concentración de servicios de salud. En el apartado 4, se hace una revisión general de los principales factores de naturaleza más amplia que influyen en la demanda y la oferta de servicios de salud. Las observaciones y comentarios finales son dadas en el apartado 5.

## **1. EQUIDAD Y EFICIENCIA EN LA SALUD**

El debate en torno al concepto de equidad no es consensual. En la mayoría de los casos, la equidad se encuentra fuertemente asociada a la idea de justicia

social, cuyo concepto queda marcado esencialmente por el trabajo realizado por Rawls (1958, 1971). En general, Rawls busca establecer los principios morales que deben estar en la base de una sociedad justa. Al velar por el bienestar del grupo de los más desfavorecidos, garantizándoles mejores condiciones frente a cualquier otra alternativa existente, Rawls reconoce la importancia de conceder a las personas una verdadera igualdad de oportunidades. Así, la demanda de justicia está ligada a la idea de equidad y, en cierto sentido, tendrá que derivar de ella. En el caso de los autores, el concepto de equidad presenta un carácter de alguna subjetividad, variando con la temática y las circunstancias (Nicholls, 2001; Lucy, 1981).

Los trabajos desarrollados por Lucy (1981) y Nicholls (2001) se presentan como excelentes guías conceptuales sobre diferentes formas de tipificar equidad. Según los autores, tres ópticas distintas pueden, desde luego, ser identificadas:

- Equidad en una óptica estricta de igualdad. De acuerdo con esta perspectiva, se está ante la idea de servicios igual para todos los ciudadanos. Ahora bien, dos problemas se plantean desde el principio: por un lado, hay una imposibilidad física de distribuir los servicios de forma equidistante de toda la población y, por otro, una igualdad de recursos no implica una automática igualdad de resultados;
- Equidad en una óptica basada en la demanda o en preferencias. La distribución de servicios en esta perspectiva está asociada a su uso, así como a la noción de umbrales mínimos para justificar su existencia en determinados lugares y, por mayoría de razón, a la densidad de población (idea de potencial demanda). Sin embargo, queda por aclarar cómo determinar esos mismos umbrales mínimos, en términos de cantidad y calidad, para cada uno de estos servicios y cuáles son las consecuencias de su ausencia en determinados lugares con menor demanda;
- Equidad en una óptica de necesidades. En cierto modo, esta idea defiende que los que más necesitan determinados servicios deben tener prioridad. La cuestión que aquí se plantea es la definición y la determinación de las necesidades, que pueden ser vistas de forma general (por ejemplo, bajo rendimiento, pobreza) o específica para cada servicio.

A pesar de estas distinciones, los autores acaban por enfatizar la importancia de adoptar la equidad en la distribución de recursos / servicios en una óptica de necesidades. En efecto, por lo que se refiere al caso específico de la salud (en general) y de la asistencia sanitaria (en particular), la cuestión de las

disparidades desde hace mucho tiempo, incorporando en los análisis conceptuales la dimensión de la justicia social con la preocupación general de si para satisfacer las necesidades de los ciudadanos en la prestación de cuidados (Viana, Fausto y Lima, 2003; Howse, 2012). De una forma simple, hay necesidad cuando se verifica una diferencia entre lo existente y lo deseado.

Aunque se encuentran enfoques distintos en la bibliografía existente sobre la equidad en salud, en parte reflejando diferencias históricas y culturales (Macinko y Starfield, 2002; Kelly et al, 2007), el enfoque basado en esta noción de equidad implica el reconocimiento de que todos deben tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial de salud, remitiendo, por lo tanto, el análisis al campo político e incorporando valores morales y éticos. Por lo tanto, la equidad en la atención de salud se suele considerar en una doble perspectiva (Mooney y Jan, 1997, Starfield, 2001): horizontal (personas con necesidades similares deben ser tratadas de forma análoga) y vertical (las personas con diferentes necesidades deben ser tratadas de forma distinta en proporción con las correspondientes diferencias). En otras palabras, igualdad para necesidades análogas y diferenciación para necesidades distintas. Por lo tanto, está aquí subyacente una lógica de discriminación positiva frente a los que más lo necesitan (Macinko y Starfield, 2002).

Operacionalmente, esto significa que debe haber igual acceso a la atención de salud para necesidades iguales, igual uso para necesidades iguales e igual calidad de cuidados para todos. De acuerdo con Penchansky y Thomas (1981), el concepto de accesibilidad incluye cinco dimensiones, a saber costes (financiación y capacidad de pagar de los usuarios), calidad (organización de los servicios para acomodar a los usuarios), aceptación (si responde a las necesidades y expectativas de los clientes), disponibilidad (volumen y tipo) y proximidad (distribución geográfica), significando las tres primeras potenciales barreras de naturaleza socioeconómica y las dos últimas de naturaleza geográfica. Ahora bien, abordar esta cuestión implica percibir cuáles son las diferencias en los determinantes de la salud (es decir, las condiciones que influyen en la salud de las poblaciones) que se consideran injustos / innecesarios, en los que son parte integrante otros factores además de la atención de salud per se (Campos y Simões, 2011): características y comportamientos individuales, ambiente físico y medio ambiente socioeconómico. Por otra parte, esta percepción de que el acceso a cuidados es solo uno de los factores sociales que afectan la salud ha conducido, en un pasado reciente, a un renovado interés de las ciencias sociales en estudiar las relaciones causales de las desigualdades en salud (Peter, 2001).

Paralelamente a estas cuestiones de equidad en salud, es importante subrayar el importante papel que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desempeñado en otro campo de análisis: el desempeño de los sistemas de salud. En efecto, al lanzar el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 – Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud, la OMS no solo presentó una comparación entre diversos sistemas de salud (en una óptica de intercambio de información y aprendizaje), sino que también contribuyó a ampliar el debate en torno a la cuestión de la eficiencia en la afectación de recursos en la atención de salud. En el sentido lato, la eficiencia puede ser entendida como el empleo de medios en términos de maximización, es decir, de capacidad de obtener el mayor rendimiento posible a partir de un determinado conjunto de medios (Araujo, 2002). En otras palabras, la eficiencia se refiere al mejor uso de los recursos, esto es, producir la máxima cantidad de resultados frente a determinados recursos o, alternativamente, alcanzar determinados resultados con la menor cantidad posible de recursos.

Alcanzar la eficiencia en la afectación de recursos en la atención de salud significa, por lo tanto, maximizar los beneficios de salud para la sociedad con el mínimo posible de costos en la prestación del cuidado, lo que operacionalmente implica percibir la relación entre los recursos utilizados y los resultados obtenidos. Jacobs et al (2006) explican de forma simple esta cuestión: un determinado servicio consume un conjunto de  $M$  recursos físicos, evaluado en  $X$  por la sociedad (costos); después de un proceso de transformación, estos recursos conducen a la producción de  $S$  resultados, que la sociedad evalúa de forma agregada en  $Y$  (beneficios); la eficiencia en este caso será la relación  $Y/X$ , a la que comúnmente se designa *costo-eficiencia*.

La decisión sobre la afectación y distribución de recursos (costos y beneficios) ha sido una preocupación permanente en el campo de las políticas públicas en general y escenario de debate esencialmente en el campo de las ciencias políticas y económicas. El economista Key (1940, p.1138), desde hace cerca de siete décadas, lanzaba el siguiente desafío: “¿En qué base se va a asignar  $X$  para la actividad en lugar de asignarlos a actividad  $B$ , o en lugar de permitir al contribuyente utilice el dinero para su propósito individual?”. En efecto, la complejidad inherente a las decisiones de esta naturaleza está asociada, no solo a cuestiones técnicas y metodológicas, sino también a una multiplicidad de juicios de valor sobre los beneficiarios y aún a la creación de consensos políticos. Esta cuestión es aún más acuciante en una coyuntura, por un lado, de contención de gastos en el sector de la salud, en el que la demanda de eficiencia gana una mayor preponderancia y, por otra, de incremento tanto del

número de ancianos y de portadores de enfermedades crónicas como de las propias expectativas de los ciudadanos, y por eso mismo la idea de equidad es valorada.

En este contexto, es natural que en diversas situaciones haya cierta tensión entre estos dos principios en los procesos de toma de decisión: ¿cuánto se debe sacrificar de la eficiencia a favor de la equidad y viceversa? La decisión que debe tomarse debe basarse en una metodología que ayude a ponderar la relación equidad y eficiencia y que sea capaz de conjugar la multiplicidad de factores que forman parte de este trade-off, para dotar a los responsables políticos de información necesaria y suficiente para realizar las respectivas deliberaciones. Ahora bien, la afectación y la distribución de recursos en la atención de salud, teniendo en cuenta los principios de eficiencia y equidad presuponen un enfoque multidimensional y deben analizarse bajo varias perspectivas.

Una de las cuestiones que se ha debatido, particularmente en el ámbito político, teniendo en cuenta la afectación y distribución de recursos en la atención de salud, se relaciona precisamente con la relación atención de salud / territorio. En su forma más simple, la lógica detrás de la tensión existente en los procesos de toma de decisión puede ser enunciada de la siguiente forma esquemática: se reconoce la existencia de disparidades territoriales en la salud (en general) y en los cuidados (en particular); la oferta de servicios en múltiples unidades descentralizadas aumenta la equidad de acceso (disminuyendo distancias y tiempos de desplazamiento); la centralización de los servicios en pocas unidades amplía el volumen de cuidados, responde en mayor número a casos más complejos (lo que consecuentemente promueve la experiencia de los profesionales) y disminuye los costos medios de producción; por eso mismo, la centralización promueve la eficiencia; pero al proporcionar un aumento de distancias, tiempos y costos de desplazamiento se está contribuyendo a una reducción de la equidad de acceso. De una forma sencilla, es, pues, en la relación condiciones de acceso/ concentración de servicios que se centra en la problemática arriba mencionada.

### **1.1 Equidad y eficiencia en América Latina**

La serie de reformas adoptadas en América Latina en los años 80 y en los 90, asumieron modelos de salud estandarizados y basados en políticas de mercado que han producido una serie de dificultades en el acceso efectivo a los servicios de salud, un deterioro en la calidad y una deficiente asignación de los



recursos en la prestación de los servicios médico - asistenciales, poca capacidad redistributiva del gasto público en salud y un debilitamiento de la función de rectoría que debe cumplir el Estado sobre su sistema de salud (Pérez y Arrivillaga, 2017). Pasados 30 años desde que se iniciaron en América Latina los procesos de ajuste y reformas, la eficiencia y la equidad continúan siendo dos aspectos centrales de los sistemas de salud (Vargas, Vázquez, Molina, Moggollón y Unger, 2008). Las anteriores problemáticas colocan en evidencia la relevancia de la dimensión territorial en las políticas de salud (Chiara, 2016).

Pocos países latinoamericanos con el propósito o la expectativa de mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad en los servicios de salud, sus reformas incorporaron un modelo denominado competencia gestionada o pluralismo estructurado (modelo que surgió en Estados Unidos en la década de los 60); este modelo con variaciones en algunos países presenta dos elementos comunes: el primero relacionado con la separación de la financiación y la provisión de los servicios de salud. El segundo con la incorporación de un intermediario que se responsabiliza directamente o mediante contratación de la prestación de los servicios de salud para su población afiliada (Vargas, et al., 2008).

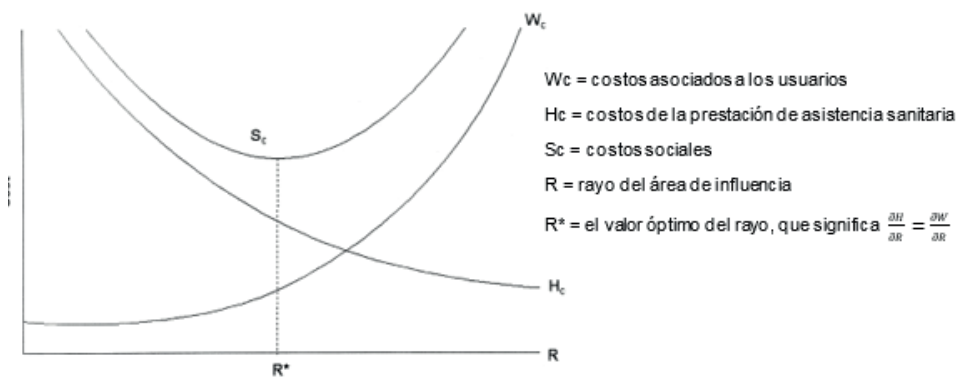
A finales de la primera década del siglo XXI en América Latina se hace evidente la reaparición de la Atención Primaria de Salud (APS). La renovada APS en las Américas, en comparación con la adoptada en 1978 en la Conferencia de Alma Ata, se centró en el sistema de salud en su conjunto, en la importancia de la equidad y la solidaridad y en la incorporación de principios nuevos como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad; además de que los servicios de salud deben ser congruentes con las necesidades locales (territoriales) de salud (Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2007). En los últimos años, se vienen adelantando reformas al sector de la salud basadas en la renovada APS en algunos países latinoamericanos; sin embargo, todavía tienen varios desafíos, a saber:

*Dotar los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera, mejorar la gobernanza, la calidad de la atención y los sistemas de información, reducir las inequidades en salud, ampliar coberturas, prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional y el cambio del perfil epidemiológico y aumentar la capacidad resolutiva del sistema público de salud (Giraldo y Vélez, 2013).*

## 2. CONDICIONES DE ACCESO VS. CONCENTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Lidiando con la relación condiciones de acceso / concentración significa, desde luego, percibir cuáles son los factores que influyen en los costos de, por un lado, acceder a los servicios (lado de la demanda) y, por otro, prestar los servicios (lado de la oferta). Estos factores se abordan normalmente en la bibliografía de referencia en una doble óptica: i) en la búsqueda de una mejor distribución geográfica de los servicios de salud, teniendo en cuenta determinadas restricciones financieras y ii) para intentar justificar el cierre de determinados servicios de salud. Aunque en estas referencias se observan diferentes enfoques, se parte del trabajo desarrollado por Khan, Ali, Ferdousy y Al-Mamun (2001) para el análisis en cuestión. El argumento presentado por los autores es el siguiente: percibiendo la relación entre el costo de los cuidados prestados y el costo de acceso a esos cuidados, y admitiendo que ambos varían con el área de influencia de los servicios, es posible reflexionar sobre cuál es la irradiación. Es decir, se queda con una noción del tiempo de recorrido o de la distancia a recorrer deseable frente a determinadas restricciones económico-financieras. Para ello, los autores presentan una metodología de minimización de costos (sociales) para planear la distribución geográfica de servicios de urgencia de obstetricia a 20 distritos de Bangladesh, teniendo en cuenta los costos de prestar (lado de la oferta) y de acceder a los servicios (lado de la demanda). En la Figura 1 se esquematiza la relación en cuestión.

**Figura 1. Relación costo/rayo del área de influencia de un prestador de asistencia sanitaria**



Fuente: Khan et al (2001)

La lectura del esquema permite verificar que, por un lado, desde el punto de vista de la prestación de servicios, cuanto mayor sea el área de influencia, menor los costos por embarazo y menor es el número de servicios necesarios y, por otro lado, en la perspectiva de la prestación de servicios se busca, cuanto mayor sea el área de influencia, mayores los costos de desplazamiento y de oportunidad, lo que, a su vez, desalienta a las mujeres a desplazarse y, consecuentemente, aumenta las tasas de mortalidad y morbilidad (luego, mayores costos para la salud la sociedad). Por lo tanto, el enfoque se basa en la minimización del costo social (como sumatoria de los dos tipos de costes: oferta y demanda), que adopta una función en forma de U (relación costo / irradiación) y cuyo valor óptimo del radio es aquel en que se verifica el menor costo promedio social. Dada la relación existente entre las variables, el cálculo del radio permite determinar también el tamaño y el número de los servicios necesarios. Además, cabe señalar que para el territorio analizado, los autores concluyen que los costes sociales mínimos corresponden a una irradiación media de 10 km, es decir, un área de influencia de 314 km<sup>2</sup> para cada servicio.

Siguiendo este razonamiento, ahora es importante percibir las dimensiones a considerar tanto en los costes asociados a la demanda como en los costes asociados a la oferta. Sobre la base del mismo estudio, desde el punto de vista de los costes asociados a la demanda, los autores consideran, por un lado, los costes de desplazamiento (distancia y transporte) y, por otro, los costes de oportunidad a su vez influenciados por las características (por ejemplo, ingresos, alfabetización, edad) y clínicas de los usuarios, características territoriales (que a su vez repercuten en el tiempo empleado en el desplazamiento) y las consecuencias de la no utilización de los servicios (con implicaciones en la tasa de mortalidad y morbilidad). Aunque los criterios encontrados en la bibliografía sobre estas cuestiones no son unánimes, proporcionan a pesar de todo un buen indicador sobre las preocupaciones que los responsables políticos deben tener al tomar decisiones de esta naturaleza. En cuanto a la distancia o al tiempo del recorrido, diversos autores asumen por defecto que el tiempo de desplazamiento a la atención de salud no debe exceder los 30 minutos (Shuman, Hardwick y Huber, 1973; Goodman, Fisher, Stukel, y Chang, 1997; Luo y Wang, 2003). En la mayoría de los casos, la mayoría de las personas que sufren de depresión, depresión, de ansiedad, de ansiedad y de ansiedad. Sin embargo, cabe señalar que todos estos tiempos de desplazamiento se consideran como normas, independientemente de la densidad de población.

Un factor que diversos estudios apuntan en esta discusión es el hecho de que hay una relación entre la distancia a la atención de salud y su uso: cuando la primera aumenta, el segundo disminuye. Se observa que uno de los trabajos precursores en el análisis de esta ocurrencia fue desarrollado por Shannon y Dever (1974), alegando que los habitantes de áreas más cercanas a la atención de salud eran los que más utilizaban esos servicios. En el presente trabajo, Whitehouse (1985) menciona que los individuos que realizan desplazamientos más largos para la atención de salud (más de 5 km) se encuentran en una situación mucho más desventajosa frente a los demás, hecho después comprobado por Knox y Pinch (2000), argumentando que los ciudadanos que viven a mayores distancias tienden a ignorar los síntomas que presentan en lugar de desplazarse a los proveedores de atención primaria de salud. En cuanto al efecto de la distancia en la utilización de la atención sanitaria, es importante mencionar los trabajos desarrollados por Ingram, Clarke y Murdie (1978) y Santana (2005), todos identificando una correlación estadísticamente significativa entre la utilización de servicios de urgencia y de consultas externas y la distancia recorrida. Otros autores, como por ejemplo Lucas-Gabrielli, Nabet, y Tonnellier (2001) argumentan que el factor distancia es una barrera observable, no solo en los usuarios, sino también en los propios visitantes de las personas hospitalizadas.

En esta línea de argumentación, los territorios que presentan peores condiciones de acceso a servicios de salud y a profesionales de salud tienden a ser los de carácter rural, con menor densidad demográfica, inferior disponibilidad y opciones de transporte y cuya población presenta menores rendimientos e índices de transporte escolar (Mattson, 2010). En este contexto, es importante subrayar el estudio llevado a cabo por Smith, Humphreys y Wilson (2008), en el que se muestra que los habitantes de las zonas rurales no solo tienen un menor acceso a cuidados primarios de salud, como por consiguiente efectúan diagnósticos y tratamientos tardíos. Además, una característica adicional de estos territorios de carácter rural consiste en el elevado número de ancianos que presentan proporcionalmente. Esta es la razón que conduce a diversos autores (por ejemplo, Mattson, 2010) a argumentar incluso que, dadas las tendencias demográficas crecientes de envejecimiento poblacional, esta cuestión será aún más apremiante, en la medida en que los ancianos son de los grupos de edad que más utilizan los servicios de salud, principalmente los cuidados primarios, pero también de los que más limitaciones poseen desde el punto de vista de la movilidad.

Esta diferencia también puede considerarse al nivel del tipo de servicios prestados y de los recursos humanos existentes (Joseph y Phillips, 1984; Santana, 2010). En general, los niveles de servicios de salud existentes tienden a estar disponibles geográficamente de forma diferenciada: mientras que la atención primaria de salud se encuentra más pulverizada por el territorio, ya los cuidados hospitalarios y de carácter diferenciado se concentran más en las zonas urbanas, mostrando que cuanto mayor es la especialización de los cuidados mayor la irradiación de los servicios más especializados frente a los servicios básicos / generales. Esto, en las palabras de Joseph y Phillips (1984), hace que la atención sanitaria sea un bien más complejo de lo que se podría suponer, en la medida en que la disponibilidad de servicios depende también de los atributos organizativos del sistema.

La situación de heterogeneidad descrita entre las áreas urbanas y rurales-menor disponibilidad de cuidados y mayores desplazamientos está normalmente justificada por el hecho de que las áreas geográficas de baja densidad demográfica no tienen capacidad de sostener grandes y especializadas unidades de atención de salud dados los elevados costos a estos asociados (Lucas-Gabrielli et al, 2001). Sin embargo, como señala Van Teijlingen y Pitchforth (2010), las áreas rurales no pueden quedar desprovistas de servicios de salud por una cuestión de equidad de acceso, de lo contrario podría estar incluso a perpetuarse, lo que Hart (1971) designó por inversa: las personas con más necesidad de cuidados (como es el caso de los ancianos y de los que habitan en áreas rurales) son las que reciben menor atención de salud.

Sin embargo, hay que señalar que el factor de distancia entre los ciudadanos y los cuidadores y su comportamiento (uso) no puede analizarse en una perspectiva tan lineal en la medida en que la mayor o menor utilización de la asistencia sanitaria por parte de las poblaciones no se debe solo a la existencia y localización per se de servicios. En otras palabras, la mera existencia de servicios de salud en la proximidad no es garante exclusiva o suficiente de su utilización. Desde el punto de vista de los propios servicios de salud, hay otras circunstancias que también interesa considerar, como (Santana, 2005): las características de utilización, los costes asociados al uso (como el tiempo empleado), la calidad y la cantidad de recursos físicos y humanos que estos servicios ofrecen (por ejemplo, número de camas, disponibilidad de servicios de urgencia, adecuación del transporte público, calidad de las instalaciones y de la atención, número de profesionales de salud, presencia de medios complementarios de diagnóstico de alta tecnología).

Estas cuestiones relacionadas con la localización y las condiciones de acceso a la atención, aunque no totalmente recientes (Hensher, Edwards y Stokes, R, 1999), han estado cada vez más en el centro del debate académico y político, a medida que las políticas de salud se centran esencialmente en la contención de los gastos, con grandes cambios en la organización, gestión y dimensión hospitalaria, incitando consecuentemente una óptica de racionalización de recursos y de centralización / concentración de servicios. Es en este sentido que interesa ahora percibir cuáles son los factores que influyen los costos de prestar los servicios, e sea, dirigir la revisión bibliográfica para una comprensión de los costos asociados a la oferta. El ya mencionado estudio de Khan et al (2001) aporta una contribución inicial interesante sobre los factores que afectan la prestación de los servicios de salud. Los costos se pueden considerar de acuerdo con dos perspectivas diferentes: i) en una óptica temporal, es decir, considerando la inversión inicial (construcción de las infraestructuras) y los costos de operación y mantenimiento; ii) teniendo en cuenta los costes fijos y los costes variables, que dependen de la dimensión (número de equipos y recursos humanos, utilización de medicamentos, productos de laboratorio, consumibles), lo que a su vez repercute en la zona geográfica de influencia. Una vez más, aunque los criterios encontrados en la bibliografía sobre estas cuestiones no son unánimes, proporcionan, a pesar de todo, un buen indicador sobre las preocupaciones que los responsables políticos deben tener al tomar decisiones de esta naturaleza.

En efecto, el creciente enfoque para medir la eficiencia económica en los servicios de salud ha conducido a numerosos estudios sobre la evaluación del impacto del volumen de producción hospitalaria en la estructura de costes, analizando consecuentemente la relación economías de escala/dimensión hospitalaria expresada por el número de profesionales de la salud o de las camas). Una forma de lograr cambios en el volumen de producción consiste precisamente en la concentración de medios de producción y en la especialización por intermedio de la fusión hospitalaria, ya sea adoptando una lógica de unión física de los servicios de salud integrantes con desactivación de ciertas unidades, en una óptica de fusión / complementariedad en red con la reorganización de la gestión y de los cuidados prestados (OPSS, 2010).

Es amplia la bibliografía que reporta las innumerables ventajas derivadas de la fusión hospitalaria para el aumento de la eficiencia en los servicios de salud, señalando que, en general, resultan de una disminución de los costos de producción por ganancias en economías de escala (ejemplo Sinay, 1998). La

noción de economías de escala está asociada a aumentos en la productividad o decrementos en el costo promedio de producción (Samuelson y Nordhaus, 2001). Su aplicación al caso de los servicios de salud se ilustra de forma sencilla por Azevedo (2011), donde la reducción de costes es posible por el aumento de la eficiencia, en la medida en que la explotación de economías de escala permite una disminución de redundancias (disminución de los servicios por duplicado), disminución de la capacidad infrautilizada, mejora en la gestión y los procesos de producción y reducción de los costes administrativos. Otra de las ventajas, según Harris, Ozgen y Ozcan, (2000), se deriva del hecho de permitir a los hospitales un mayor poder de negociación con los proveedores, pudiendo beneficiarse de costos unitarios inferiores. Por otro lado, según Halm, Lee y Chassin (2002) y Com-Ruelle, Or y Renaud, (2008, p. 1), la explotación de economías de escala por parte de los servicios de salud permite, incluso, una mejora de los resultados clínicos, dada la variedad y especialización de los cuidados existentes en unidades de gran tamaño.

El análisis de los diversos estudios empíricos existentes sobre esta cuestión muestra, a pesar de todo, una ausencia de unanimidad en cuanto a los resultados obtenidos. Posnett (1999) y Jones et al (2009) afirman que no hay evidencia empírica que justifique esta nueva generación de cuidados en la búsqueda de ganancias en economías de escala y reducción de costos, que ha conducido al cierre de diversas unidades de salud y a la centralización de los servicios en hospitales cada vez mayores. En efecto, lo que varios autores apuntan es que las ganancias asociadas a economías de escala solo se verifican para hospitales de pequeña y mediana dimensión, es decir, cuyo número de camas no sea superior a 200 o en el caso de unidades de cuidados intensivos, no supere los 400 (Posnett, 1999). En otras palabras, lo que estos autores exponen es que, aunque las economías de escala acarrearán ventajas potencialmente grandes, a partir de cierto punto pasan a observarse rendimientos decrecientes, es decir, deseconomías de escala, verificándose, por lo tanto, una relación en 'U' entre los costos medios y la dimensión hospitalaria.

La demanda de la fusión hospitalaria para el aumento de la eficiencia en los servicios de salud se deriva de la idea de que la expansión del tipo de cuidados resulta en una disminución de los costos de producción por ganancias en economías de gama (Preyra y Pink, 2006). Ahora bien, las economías de gama surgen cuando una determinada organización adquiere ventajas en proporcionar un número variado de servicios. En general, los estudios que se centran en esta cuestión buscan verificar si hay mayor eficiencia (relación costo/

resultados) combinar en el mismo servicio de salud consultas externas con internamientos o mantener los cuidados en unidades diferenciadas. A semejanza de las economías de escala, sin embargo, también el debate en torno a las ventajas y/o desventajas en integrar/diversificar, se muestran inconclusos (véase Weaver y Deolalikar, 2004; Preyra y Pink, 2006).

Hablando de la relación condiciones de acceso/concentración de servicios de salud, es importante subrayar que su análisis solo gana todo su sentido si se considera en un contexto más amplio, teniendo presentes, de forma conjunta, criterios económicos y sociales territorialmente contextualizados. Y, por lo tanto, a los factores que influyen la demanda y la oferta de servicios de salud antedichos, es necesario añadir otros de naturaleza más amplia.

### **3. FACTORES DE NATURALEZA MÁS AMPLIA QUE INFLUYEN EN LA DEMANDA Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD**

En este punto, la demanda y la oferta de servicios de salud se discutirá en torno a dos cuestiones concretas: por una parte, la necesidad de considerar el impacto social, económico y político que los servicios sanitarios provocan a nivel local, territorios menos desarrollados; por otro, la importancia de atender a los comportamientos y estilos de vida en una óptica de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Con relación a la primera cuestión, son varios los estudios que apuntan a cómo la dimensión de las redes sociales y económicas existentes o el conocimiento y la información presentes sobre asuntos relacionados con la salud también ayudan a diferenciar los territorios rurales de los más urbanos (Smith et al., 2008). Por eso mismo, a la heterogeneidad desde el punto de vista de la disponibilidad / accesibilidad geográfica a la atención de salud, conviene reflexionar sobre otras restricciones de naturaleza económica y social, como el rendimiento y la alfabetización, con consecuencias en el acceso a la información y la percepción del estado de salud o de enfermedad (Santana, 2010).

Es precisamente por esta razón que varios autores argumentan que la localización de un servicio de salud puede aportar mayores ventajas, especialmente en las áreas más rurales, no solo porque permite un mayor y más rápido acceso a los cuidados por sí, sino también porque, junto con otros servicios y equipos puede crear lo que determinados autores designan por sentido de lugar o



de pertenencia (Cromley y Shannon, 1986, Golledge y Stimpson, 1987), donde los ciudadanos interactúan y ejercen diversas actividades, creando más y fortificando, así como redes sociales y económicas. En este ámbito, conviene subrayar el estudio desarrollado por Kearn (1991), argumentando que los servicios de salud no deben ser encarados en una óptica puramente funcionalista, sirviendo igualmente como espacios de encuentro, de convivencia e incluso de discusión en torno a la temática de la salud y de la atención de salud, promoviendo así un mayor sentido de participación colectiva y participación pública. Es en este sentido que Mohan (1998) apunta al referir que los movimientos sociales colectivos, que estos servicios provocan, añaden un significado adicional a la simple consideración de la oferta de los servicios. Por otro lado, el propio sentido de lugar o de pertenencia referido está positivamente asociado al bienestar de los individuos. El estudio desarrollado por Theodori (2001) viene precisamente a demostrar esta relación y se inserta en la misma línea de argumentación de otros autores que relacionan el entorno con la percepción del estado de salud / bienestar (ejemplo James y Eyles, 1999).

Estos motivos ayudan a percibir porqué diversos autores plantean algunas dudas en relación con las potenciales ventajas derivadas de la fusión hospitalaria, especialmente cuando ello implica el cierre de diversas unidades de salud, en particular en áreas rurales. Pero otros factores también pueden ser referidos, como el impacto en la economía local (Holmes, Slifkin, Randolph y Poley, 2006), en el estado de salud de los habitantes, particularmente a nivel de los ancianos y de las familias con menores ingresos (Hart et al, 1991) el nivel socio psicológico de las poblaciones (James, 1999) o incluso en el ámbito de la política local (Lucas-Gabrielli et al, 2001).

La comprensión de los factores referidos viene, pues, a poner en discusión la relevancia de los contextos locales, el papel de los servicios de salud más allá de la vertiente directa de la atención y la importancia que las comunidades atribuyen al entorno, reforzando también el valor de si adoptar una percepción más global de los determinantes de la salud y no tan centrada en la atención sanitaria stricto sensu. Es en esta perspectiva que se inserta el concepto de promoción de la salud, proceso que, de acuerdo con la Carta de Ottawa (OMS, 1986), pretende crear condiciones para que los ciudadanos aumenten su capacidad de controlar los factores determinantes de la salud, en el sentido de mejorarla. A través de este proceso de comprensión de las causas de salud, “se altera la percepción del concepto de salud y se demuestra que, sí es necesaria la información” (Miranda y Loureiro, 2010) arriba hacia abajo “también

es fundamental que la decisión política se base en la realidad local” (Miranda y Loureiro, 2010).

Los esfuerzos iniciados en una lógica de promoción de la salud proceden también de la necesidad de combatir la frecuencia de las enfermedades crónicas y la persistencia de algunas enfermedades infecciosas, encontrar respuestas adecuadas al envejecimiento de la población y disminuir los gastos de la asistencia sanitaria. Es en este contexto que surge una mayor apuesta en políticas salutogénicas, basadas en la adopción de comportamientos saludables y en la creación de ambientes que faciliten elecciones también más saludables, y una mayor corresponsabilización de la salud entre las entidades que actúan en este ámbito y las comunidades. La promoción de una cultura de ciudadanía, con el objetivo de reforzar la alfabetización en salud, la capacitación y la participación de los ciudadanos, es, de este modo, esencial para la obtención de ganancias en salud.

Por otra parte, la apuesta a la promoción de la salud también debe reforzar el papel que la atención primaria de la salud puede desempeñar en este ámbito. La Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2011) viene precisamente a alertar sobre la necesidad de que los sistemas de salud apuesten en este nivel de cuidados como medio de atender a los determinantes de salud como un todo y de este modo disminuir las desigualdades existentes. En este contexto, Starfield (2011) afirma que la atención primaria de salud constituye una política social promotora de equidad. Es cierto que la importancia de asociar las cuestiones sociales a la salud no es nueva, con raíces en el siglo XIX. Los trabajos entonces desarrollados por Engels y Virchow en el contexto europeo levantaron el velo sobre cómo las condiciones sociales estaban relacionadas con el estado de enfermedad (Waitzkin, 1981). En la década de 1970, influenciada por el abordaje de las necesidades básicas del desarrollo social (Hoadley, 1981), esta perspectiva ganó un nuevo aliento y proyección internacional con la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), alentando a todos los pueblos a apostar por la atención primaria de la salud. Pero la adopción de esta perspectiva más amplia no ha sido fácil, ya sea por la existencia de una corriente de opinión que aboga que los cuidados primarios se deben centrar más en la cuestión curativa, ya sea porque en muchos lugares la oferta de cuidados presenta un peso excesivo de las vertientes curativas y prescriptor. Pero el revitalizar del papel de los cuidados primarios de acuerdo con esta nueva perspectiva puede revelarse, en las palabras de Macdonald (1993), el caballo de Troya de la atención de salud.

Es en este contexto de adopción de una visión más amplia y social de la salud que surge también la idea de salud en todas las políticas (health in all policies). Aunque en la Declaración de Alma-Ata, la noción de salud en todas las políticas se enmarca formalmente en 2006 durante la presidencia finlandesa de la UE, partiendo de la premisa de que la mejora de la salud es un objetivo transversal a diversos sectores y abogando un enfoque de la salud de forma integrada e intersectorial (Ståhl Wismar, Ollila, Lahtinen y Leppo, 2006).

Diversas ocurrencias en el ámbito de la salud pasan entonces a ser consideradas por diversos autores como malos problemas, es decir, problemas de difícil resolución dadas las complejas interdependencias que existen en su alrededor, justificando por ello la implicación de diferentes actores de distintos sectores bajo la autoridad de la salud en todas las políticas. Kickbusch (2010) presenta el caso de la obesidad como un ejemplo representativo de este factor, en la medida en que tanto el problema como la solución son de naturaleza sistémica. En 2013, tras el debate en la 8ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, se publica la Declaración de Helsinki, en la que la idea de salud en todas las políticas adquiere especial relieve, así como un documento de apoyo a la aplicación de esta perspectiva en cada país, titulado Health in All Policies Framework for Country Action. Es visible, pues el apoyo institucional que existe en torno a este concepto tanto con el objetivo de reducir las disparidades observadas, bien con la persuasión de adoptar procesos de formulación de políticas de salud construidos de forma interinstitucional e intersectorial.

#### **4. OBSERVACIONES Y COMENTARIOS FINALES**

En este capítulo se pretendió mostrar el alcance de las cuestiones a tener en cuenta para poder manejar la relación equidad /eficiencia en el ámbito de la salud en una óptica territorial. La reflexión efectuada mostró que esto implica desde luego percibir, por un lado, qué factores influyen en las condiciones de acceso a los servicios de salud (acceso geográfico y económico) y, por otro, lo que influye en la prestación de estos servicios, que por su propia a la vez tiende a favorecer la concentración en la doble perspectiva dimensión (economías de escala) y variedad (economías de gama).

Desde el punto de vista de los factores que influyen en la demanda, hay que tener en cuenta los costes de desplazamiento (distancia y transporte) y los costes de oportunidad, que están influenciados por las características socioeconómicas (ejemplo rendimiento, alfabetización, edad) y clínicas de los usuarios, las

características territoriales (que, a su vez, repercuten en el tiempo empleado en el desplazamiento) y las consecuencias de la no utilización de los servicios (con implicaciones en la tasa de mortalidad y morbilidad).

Por lo que se refiere a los costes de desplazamiento, aunque varios estudios apuntan al hecho de que existe una relación inversa entre la distancia a la asistencia sanitaria y su uso (cuando la primera aumenta, el segundo disminuye), los criterios adoptados no son unánimes y varía en función de la mayor o menor especialización de la atención de salud.

Por ejemplo, los criterios más utilizados son, por un lado, la asignación de un área de influencia de los servicios de salud basada en el número de habitantes frente al tipo de atención prestada (y respondiendo a la necesidad de tener una relación número de residentes por médico adecuado para cada unidad territorial) y, por otra, la definición de una distancia máxima de desplazamiento o tiempo de recorrido a la atención de la salud (siendo el tiempo de 30 minutos más referido por la bibliografía).

A pesar de todo, en este contexto, la bibliografía tiende a apuntar al hecho de que las áreas rurales presentan niveles de atención de salud menores y peores condiciones de acceso a servicios de salud y a profesionales de salud, imponiendo a sus habitantes desplazamientos mayores comparados con las áreas más urbanas, con las debidas repercusiones en su estado de salud.

Además, son territorios caracterizados por una menor densidad demográfica, inferior disponibilidad y opciones de transporte y población con menores rendimientos e índices de escolaridad, lo que, según algunos estudios, tiene implicaciones en la demanda de atención de salud. Por lo tanto, un análisis que busque maximizar la utilización y / o minimizar las distancias a la atención de salud deberá también tener en cuenta otros aspectos, como un factor de dificultad asociado a barreras geográficas (calidad de las vías de comunicación, medios de transporte), diferentes pesos para grupos socioeconómicos distintos (incorporando cuestiones como el rendimiento y los niveles de edad), las restricciones sociales y culturales (por ejemplo, la alfabetización) y la densidad de población.

A nivel de los factores que afectan el costo de la prestación de los servicios de salud, el creciente enfoque para medir la eficiencia económica de los servicios de salud ha conducido a innumerables estudios sobre la relación economías de escala / dimensión hospitalaria y economías de gama / variedad hospitalaria. Especialmente en el contexto actual de contención de costos, diversos

autores apuntan a las potenciales ventajas de concentración de atención de salud. Como tal, varias reformas se han entablado en esta óptica, en la que se privilegia la fusión hospitalaria con el fin de reducir costos por el aumento de eficiencia a través de dicha concentración. Sin embargo, aunque las economías de escala y de gama acarreen ventajas potencialmente grandes, los resultados no logran ser consensuados. Por lo que se refiere a las economías de escala, por ejemplo, varios estudios apuntan que desde cierto punto (se presentan 200 camas hospitalarias) se pasa a deseconomías de escala. En cuanto a las economías de gama, los resultados son aún más dispares y dependen del tipo de servicios en cuestión. Así, la demanda de eficiencia por esta vía debe ser analizada con especial atención. Sin embargo, la delineación de políticas también debe implicar un conjunto de otros ámbitos de actuación más allá de estos, en particular: el impacto para los usuarios en términos de desplazamiento, la dimensión de las redes sociales y económicas existentes o el conocimiento y la información presentes en las áreas menos desarrolladas sobre cuestiones relacionadas con la salud, las consecuencias de la localización de un determinado servicio de salud, en el sentido de pertenencia de la población de un determinado lugar o incluso la importancia de iniciativas asociadas a la promoción de la salud. Por ello, combatir la marginación en el acceso a la asistencia sanitaria de personas que viven en territorios de baja densidad, puede implicar una perspectiva de discriminación positiva, que implica la existencia de servicios en áreas cuya demanda (existente o potencial) no alcanza umbrales mínimos desde un punto de vista estrictamente económico-financiero, siempre que, evidentemente, se pueda salvaguardar una dimensión mínima de cuidados y de profesionales que garantice una adecuada calidad de servicio.

A la par de este tipo de intervenciones, también debe pensarse en formas de movilidad, en algunos casos complementarios, en otras alternativas tanto a nivel de las personas (por ejemplo, fomento del transporte colectivo), ya sea a nivel de los servicios (potenciando la prestación en unidades móviles) o incluso sin perspectiva el desplazamiento físico, aprovechando el potencial de las tecnologías de información y comunicación. La adopción de esta perspectiva (discriminación positiva) implica, al mismo tiempo, considerar la salud de una forma más amplia, no tan centrada en la vertiente curativa y prescriptora, sino más bien adoptando una percepción más global de los determinantes de salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, F. (2002). *Introdução à Economia*. Coimbra: Almedina.
- Azevedo, H. (2011). *Economías de escala em Centros Hospitalares*. Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, A. y Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Com-Ruelle, L., Or, Z. & Renaud, T. (2008). The volume-outcome relationship in hospitals: lessons from the literature. *Issues in health economics*, 135, 1-4.
- Cromley, E. & Shannon, G. (1986). Locating ambulatory medical care facilities for the elderly. *Health Services Research*, 21, 499-514.
- Chiara, M. (2016). Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 10-22. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys15-30.tpps>
- Giraldo, A. y Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384-392. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Golledge, R. & Stimson, R. (1987). *Analytical Behavioral Geography*. London: Croom Helm.
- Goodman, D., Fisher, E., Stukel, T. & Chang, C. (1997). The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer always better? *American Journal of Public Health*, 87(7), 1144-50.

- Halm, E., Lee, C. & Chassin, M. (2002). Is volume related to outcome in health care? a systematic review and methodologic critique of the literature. *Annals of Internal Medicine*, 137(6), 511-520.
- Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*. 297(7696), 405-412.
- Hart G., Pirani, M. & Rosenblatt, R. (1991). Causes and consequences of rural small hospital closures from the perspective of mayors. *Journal of Rural Health*, 7(3), 222-245.
- Harris, J., Ozgen, H. & Ozcan, Y. (2000). Do mergers enhance the performance of hospital efficiency? *Journal of the Operational Research Society*, 51(7), 801-8.
- Hensher, M; Edwards, N. & Stokes, R. (1999). International trends in the provision and utilisation of hospital care. *BMJ*, 319, 845-8.
- Hoadley, B. 1981. The Quality Measurement Plan (QMP). *The Bell System Technical Journal*, 60: 215-273.11.
- Holmes, G. M., Slifkin, R. T., Randolph, R. K., & Poley, S. (2006). The Effect of Rural Hospital Closures on Community Economic Health. *Health Services Research*, 41(2), 467-485. <http://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00497.x>
- Howse, K (2012). Healthy ageing: the role of health care services. *Perspectives in Public Health*, 132(4), 171-177. <http://dx.doi.org/10.1177/1757913912444805>
- Ingram, D. R., Clarke, D. R. & Murdie, R. A. (1978) Distance and the decision to visit an accident and emergency department. *Social Science and Medicine* 12, 55-62.
- Jacobs E. A., Chen A. H., Karliner L. S., Agger-Gupta N, & Mutha S. (2006). The Need for More Research on Language Barriers in Health Care: A Systematic Review and Proposed Research Agenda. *Milbank Quarterly*; 84(1):111-33.
- James, A. (1999). Closing rural hospitals in Saskatchewan: on the road to wellness? *Social Science and Medicine*, 49(8), 1021-1034.
- Jones, P., Hillier, D. & Comfort, D. (2009) Primary health care centers in the UK: putting policy into practice. *Property Management*, 27(2) ,109-118.
- Joseph, A. y Phillips, D. (1984). *Accessibility and utilization: geographical perspectives on health care delivery*. New York: Harper and Row.



- Khan, M., Ali, D., Ferdousy, Z. & Al-Mamun, A. (2001). A cost-minimization approach to planning the geographical distribution of health facilities. *Health Policy and Planning*, 16(3): 264-272.
- Kearns, R. (1991). The place of health in the health of place. *Social Science and Medicine*, 33(4), 519-530.
- Kelly, M. P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J., Bergman, V., Mackenbach, W. J., ... Pope, C. (2007). Constructing the evidence base on the social determinants of health; A guide. WHO Commission on the Social Determinants of Health, (November), 337. Recuperado a partir de marzo 15 de 2108, [http://www.who.int/social\\_determinants/knowledge\\_networks/add\\_documents/mekn\\_final\\_guide\\_112007.pdf%5Cnhttp://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_final\\_report\\_102007.pdf](http://www.who.int/social_determinants/knowledge_networks/add_documents/mekn_final_guide_112007.pdf%5Cnhttp://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf)
- Key, V. (1940). The lack of a budget theory. *American Political Science Review*, 34(6), 1137-1144.
- Kickbusch, I. (2010). Health in All Policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. In Kickbusch, I; Buckett, K (eds) *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*, Australia: Department of Health, Government of South Australia.
- Knox, P. & Pinch, S. (2000). *Urban social geography*. Harlow: Pearson Educational.
- Lucas-Gabrielli, V., Nabet, N. & Tonnellier, F. (2001). *Les soins de proximité: une exception française?* Paris: Credes.
- Lucy, William (1981). Equity and planning for local services. *Journal of the American Planning Association*, 47(4), 447-457.
- Luo, W. & Wang, F. (2003). Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region. *Environment and Planning B: Planning and Design*. 30, 865-884.
- Macinko, J. & Starfield, B. (2002). Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, 1(1), 1-20.
- Macdonald JJ. (1993). *Primary Health Care: Medicine in its place*. Earthscan.
- Mattson, J. W. (2010). Aging and mobility in rural and small urban areas: A survey of North Dakota. *Journal of Applied Gerontology*, 30, 700-718.
- Miranda, N. & Loureiro, I. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.

- Mohan, J. (1998). Explaining geographies of health care. *Health and Place*, 4(2), 113-124.
- Mooney, G., & Jan, S. (1997). Vertical equity: Weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy*, 39, 79-87.
- Nicholls, Sarah (2001). Measuring the accessibility and equity of public parks: a case study using GIS. *Managing Leisure*, 6(4), 201-219.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS. [https://doi.org/ISN 92 75 32699 1](https://doi.org/ISN%2092%2075%2032699%201)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). Declaración política de Río sobre determinantes. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Rio de Janeiro, Brasil.
- Penchansky, R. & Thomas, J.W. (1981) The concept of access Definition and relationships to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-140.
- Pérez, SL y Arrivillaga, M. (2017). Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus*, 3(2), 32-49. Recuperado a partir de <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/salutemscientiaspiritus/article/view/1791>
- Peter, F. (2001). Health Equity and Social Justice, *Journal of Applied Philosophy*, 18 (2). <https://doi.org/10.1111/1468-5930.00183>
- Preyra, C. & Pink, G. (2006). Scale and scope efficiencies through hospital consolidations. *Journal of Health Economics*, 25(6): 1049-1068.
- Posnett, J. (1999). Is bigger better? concentration in the provision of secondary care. *BMJ*, 319, 1063-1065.
- Rawls, J. (1958). Justice as fairness. *Philosophical Review*, 67 (1958), 164-194.

- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. Samuelson, P y Nordhaus, W. (2001). *Economía*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Samuelson, P y Nordhaus, W. (2001). *Microeconomics*. Boston: Irwin McGraw-Hill.
- Santana, P. (2005). *Geografías da saúde e do desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- Santana, P. (2010). Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. In: SIMÕES, J. *30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado* (pp 21-82). Coimbra: Almedina.
- Shannon, G. & Dever, G. (1974). *Health care delivery: spatial perspectives*. New York: McGraw Hill.
- Shuman, L., Hardwick, C. & Huber, G. (1973). Location of ambulatory care centers in a metropolitan area. *Health Services Research*, 8(2): 121-38.
- Sinay, U. (1998). Pre- and post-merger investigation of hospital mergers. *Eastern Economic Journal*, 24: 83-97.
- Smith, K., Humphreys, J. & Wilson, M. (2008). Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56-66.
- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (2006). Health in all policies: Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 31(3), 545-566.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(15), <https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-15>
- Theodori, G. L. (2001). Examining the effects of community satisfaction and attachment on individual well-being. *Rural Sociology*, 66(4), 618-628.
- Van teijlingen, E. & Pitchforth, E. (2010). Rural maternity care: can we learn from Wal-Mart? *Health and Place*, 16 (2), 359-364.
- Vargas Lorenzo, I., Vázquez Navarrete, L., Molina, P. de la C., Mogollón Pérez, A., y Unger, J. P. (2008). Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación

- española. Informe SESPAS 2008. *Gaceta Sanitaria*, 22(Supl 1), 223-229. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76096-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76096-5)
- Viana, A., Fausto, M. y Lima, L. (2003). Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspetiva*, São Paulo, 17(1), 58-68.
- Waitzkin, H (1981). The social origins of illness: A neglected history. *International Journal of Health Science*, 11(1): 77-103.
- Weaver, M. & Deolalikar, A. (2004). Economies of scale and scope in Vietnamese hospitals. *Social Science and Medicine*, 59(1): 199-208.
- Whitehouse, C. (1985). Effects of distance from surgery on consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 290(6465), 359-362.