

Desigualdad y salud*

Vicente Ortún Rubio

La contribución de las desigualdades socioeconómicas a la salud

La situación socioeconómica de una persona, su clase social, medida a través de la renta, la educación, la profesión o alguna combinación de las anteriores, crea mayores diferencias en el estado de salud –mortalidad y morbilidad– entre las personas que cualquier otro factor de riesgo conocido (como el tabaco).

En todos los países de la OCDE las tasas de mortalidad de las clases sociales menos aventajadas son mayores que las de las clases mejor situadas social y económicamente, tanto en hombres como en mujeres. En Gran Bretaña, el país con mejores datos sobre desigualdades socioeconómicas en salud y en el que se han realizado el mayor número de investigaciones, la esperanza de vida al nacer de la clase social más aventajada (clase I) es ocho años mayor que la de la clase trabajadora (clase V). La probabilidad de morir antes de los 15 años es el doble en los grupos de menor renta que en los de mayor renta. Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad, también en Gran Bretaña, en la clase V doblan las de la clase I.

Estas diferencias en estado de salud por clases sociales se evidencian de forma consistente en el tiempo y no se explican ni por diferencias genéticas, ni por el impacto de los servicios sanitarios ni por diferencias en estilos de vida ni por una movilidad social disminuida que haga que aquéllos con peor salud acaben en ocupaciones de menor cualificación. Este último hecho, no obstante, tiene una ligera influencia.

Las desigualdades en renta son más explicativas de las diferencias en estado de salud entre países desarrollados que los niveles medios de la renta per cápita. La relación entre distribución de la renta y salud ha sido establecida para distintos países, por diferentes investigadores, y con distintos indicadores de salud.

La deprivación relativa, el determinante más importante de la salud

Waldman (1992) encontró que manteniendo constante la renta del 20% más pobre de la población, cuanto más altas eran las rentas del 5% más rico de esas mismas poblaciones, mayor era su tasa de mortalidad infantil. El resultado esperable sería el contrario, que manteniendo constantes las rentas del 20% más pobre, la mejora del 5% más rico se tradujera en una menor mortalidad infantil. El que no sea así sugiere un efecto de la desigualdad en la renta sobre la salud, común, en este caso, a países pobres y ricos.

La transición epidemiológica supone que la deprivación absoluta pierde relevancia y pasa a ganarla la deprivación relativa (Wilkinson, 1996). Esto explica que para un momento dado renta y salud están asociadas de forma claramente inversa en los países en vías de desarrollo y dejan de estarlo en los países desarrollados.

Si la pobreza relativa explica, en los países desarrollados, las desigualdades en estado de salud convendrá avanzar en el conocimiento de los vínculos entre ambas variables. Se han sugerido diversos canales psicosociales de conexión entre pobreza relativa y mala salud. Existen incluso datos fisiológicos (antioxidantes en plasma, niveles de cortisona) que proporcionan alguna pista sobre tal relación, así como algún error histórico derivado de tomar como pautas de normalidad anatómica las derivadas del estudio de los cadáveres (los asilos de pobres proporcionaban los cadáveres a las Facultades de Medicina). Durante un tiempo se inventó una enfermedad nueva, la atrofia adrenal idiopática, porque se adoptó como norma de tamaño las crecidas glándulas adrenales de los cadáveres de los pobres que resultaban de un estrés prolongado.

La forma en que una sociedad está organizada (cuánta pobreza relativa existe y cómo se vive) es posiblemente la influencia más importante sobre la salud de nuestras sociedades. Wilkinson (1996) revisa evidencia cualitativa para explicar cómo las sociedades con mayor cohesión social (Reino Unido durante las guerras mundiales, Japón en su período de crecimiento económico, los países comunistas en

sus primeros estadios, Italia del Norte en relación a Italia del Sur) tienen menores desigualdades y mejor salud.

En resumen, se desconoce cómo el determinante más importante del estado de salud individual, la situación socioeconómica, actúa. Se controlan eventuales variables mediadoras obvias (dieta, tabaquismo, obesidad, estrés, exposición a tóxicos y agentes infecciosos...) pero existe escasa evidencia para señalar a cualquiera de ellas como explicativa de las diferencias entre clases altas y clases bajas: subsisten importantes residuales no explicados.

De la situación hasta aquí descrita se derivan:

IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN Y PARA LA INVESTIGACIÓN

a) La fuerte conexión entre situación socioeconómica y estado de salud hace que sea imprescindible en los estudios clínicos evitar el posible efecto confusor de una clase social baja a la hora de, por ejemplo, atribuir el asma infantil al fumar pasivo o la menor inteligencia a la intoxicación por plomo.

b) La investigación de la conexión entre situación socioeconómica y salud resulta prioritaria para entender la etiología de las enfermedades y poder actuar sobre los costes (sanitarios y de otro tipo) de las desigualdades. Confirmada la pobreza relativa como causante de una mala salud, el reduccionismo científico irá proporcionando las claves de conexión fisiológica y social.

c) Conviene evitar una medicalización de los problemas sociales (la fatiga crónica, la cleptomanía, o la adicción al juego) lo que no supone renunciar al rol cataplasmático de la medicina: si no puede actuarse sobre la desigualdad socioeconómica hay que paliar los efectos adversos que ésta provoca en la salud de los individuos.

d) El desconocimiento de los factores mediadores no impide iniciativas políticas, susceptibles en cualquier caso de ser evaluadas en cuanto a efectividad. El Ayuntamiento de Barcelona, por ejemplo, tiene una tradición importante en el estudio de las diferencias socioeconómicas en salud que han propiciado incluso intervenciones socio-sanitarias –junto con la Generalidad de Cataluña– dirigidas a la reducción de tales desigualdades. Los barrios de la ciudad más deprimidos social y económica-

mente presentan una mortalidad infantil, una mortalidad general y una esperanza de vida peores que el resto de la ciudad. La disponibilidad de tres encuestas de salud (1983, 1986 y 1992) ayuda a analizar la evolución de las desigualdades en salud en cuanto a salud percibida, conductas relacionadas con la salud y utilización de servicios sanitarios, complementando así el análisis de la evolución de la mortalidad. Las desigualdades socioeconómicas en mortalidad prematura han aumentado durante el período 1983-1994 como consecuencia del SIDA y de las muertes por sobredosis (Borrell, 1997).

e) Resulta muy limitado tratar de reducir la desigualdad en salud considerando tan sólo la redistribución en el gasto sanitario, gasto que puede llegar incluso a ser regresivo en un esquema de financiación proporcional, como el español, y utilización no siempre ajustada a necesidad. De nuevo, la composición del gasto (orientación hacia la atención primaria, importancia de la prevención primaria) resulta más determinante que su volumen total.

CONTRADICCIONES Y CONCORDANCIAS ENTRE EFICIENCIA Y EQUIDAD

La tradición económica insiste en la contradicción entre eficiencia y equidad (en la necesidad de efectuar compensaciones entre ambos criterios, por tanto) con el discurso de que el sesgo igualitario destruye los incentivos, distorsiona los mecanismos de transmisión de información en el mercado y crea individuos irresponsables.

Se define la eficiencia como la producción al menor coste social los bienes y servicios que más valore la sociedad. La validez del concepto de eficiencia como criterio que trata de maximizar una función de bienestar social ético-axiomática depende de la legitimidad del proceso de decisión social que lleva a su establecimiento y del grado en que dicha función de bienestar social refleje valores sociales compartidos.

Se define equidad como lo que cada sociedad piensa sobre las diferencias en salud, valor variable en el espacio y en el tiempo –dependiente de la trayectoria social previa– e influido, claro está, por las concepciones teóricas de equidad (libertarios, utilitaristas, rawlsianos...) ¹.

Sin embargo, no siempre existe contradicción entre eficiencia y equidad en sanidad. A veces se produce concordancia.

Concordancia entre mejorar la eficiencia y mejorar la equidad

Cuando la economía no puede hacer nada por la salud, la salud si puede hacer algo por la economía. El mundo en su historia, y muchos países en vías de desarrollo en la actualidad, cuando combatir el paludismo (o la oncocercosis) era bueno para la agricultura y también para la salud de la población.

Concordancia: Desigualdad perjudicial para el crecimiento

Lo que impulsa el desarrollo económico es una productividad creciente. Las mejoras en la productividad son consecuencia del progreso tecnológico que se difunde por inversiones en capital de equipo, capital humano y a través del comercio. Hay datos convincentes que vinculan la productividad a las inversiones en capital humano: educación primaria, atención básica a la salud, nutrición y planificación de la familia.

La buena salud además de ser un objetivo en si misma, trae aparejados importantes beneficios económicos para los países en vías de desarrollo. El mejoramiento de la salud y de la nutrición aumentan la productividad de los trabajadores, reduce el número de días en que se sienten enfermos y prolonga su vida económicamente activa.

En los países en vías de desarrollo, la salud y la nutrición también influyen a largo plazo en la productividad y la producción porque afectan a la capacidad y motivación del niño para aprender. La morbilidad y la malnutrición en los primeros años de vida pueden retrasar el desarrollo mental, y las enfermedades y los episodios de hambre reducen tanto la capacidad del niño como su escolarización.

Sobre una población limitada y enferma no puede construirse un desarrollo económico sostenido, condición a su vez necesaria para mejorar el estado de salud. Por otra parte, las malas condiciones sanitarias restringen el poblamiento en áreas ricas en recursos naturales: la oncocercosis limita los asentamientos humanos, la

tripanosomiasis africana impide el desarrollo pecuario, el paludismo dificulta el desarrollo agrícola y turístico. De ahí que en muchos países subdesarrollados exista concordancia entre los objetivos del desarrollo económico y los de mejora del estado de salud de la población a través del saneamiento básico, la prevención y la atención primaria en general.

Diversos estudios recientes respaldan la hipótesis de que la desigualdad resulta perjudicial para el crecimiento (las desigualdades en renta y salud están estrechamente asociadas). En aquellas sociedades con más desigualdad las demandas de redistribución fiscal –con sus efectos distorsionadores– son también más altas, lo que origina una menor tasa de crecimiento (Persson y Tabellini, 1994). No hay aquí contradicción entre eficiencia y equidad.

También la desigualdad en renta se vincula con un menor crecimiento a través de la inestabilidad política. Las desigualdades, especialmente si se perciben injustas, alimentan el descontento social y aumentan la inestabilidad política y económica lo que reduce la inversión. Esta relación inversa entre desigualdad y crecimiento ha sido contrastada por Alesina y Perotti (1996) para una muestra de 71 países del mundo con datos referidos al período 1960-1985. Dos conexiones adicionales entre reducción de la desigualdad y crecimiento vienen dadas por la mayor educación y por la reducción de las tasas de fertilidad.

Conflictos que se presentarán entre eficiencia y equidad:

a) La eficiencia definida sobre cantidad y calidad de vida supone asignar recursos a las personas que más puedan beneficiarse de ellos. Esto entra fácilmente en contradicción con las nociones socialmente más prevalecientes de equidad donde reina la regla del rescate (obligación sentida de salvar una vida con independencia del coste implicado) y el criterio de asignar los recursos sanitarios a quien esté peor.

b) En el momento de ordenar prestaciones según coste-efectividad resulta difícil no mezclar de forma prematura e inconsciente los criterios de eficiencia y equidad. Así, la inclusión de los costes indirectos (valor de la producción perdida –dirigida o no al mercado– debido a cese actividad o disminución de la productividad por enfermedad) será rechazada por muchas personas dado que visualizan que perju-

dica a enfermos mentales y población no activa. De poco serviría argumentar que tanto los costes directos como los indirectos afectan a la riqueza de la sociedad (y por tanto a sus niveles de salud y a su capacidad de gasto en servicios sanitarios) y que resulta más conveniente introducir el criterio de equidad de forma explícita.

c) La menor tributación de las rentas de capital en comparación con las rentas del trabajo perjudica la equidad y tiene difícil abordaje sin sacrificio de eficiencia. Las diferencias en movilidad entre capitales y trabajo, particularmente el menos cualificado, ayudan a explicar un hecho que tiende al empeoramiento.

d) La prevención primaria puede desplazar a la izquierda la distribución de la enfermedad pero no altera esa distribución.

e) La promoción de la salud puede resultar más efectiva en las capas de población más educadas.

SOLUCIÓN DE LA CONTRADICCIÓN ENTRE EFICIENCIA Y EQUIDAD

Existe consenso entre los economistas al concebir la función de bienestar social como una función matemática consecuencia explícita de los postulados ético-axiomáticos adoptados, postulados que forzosamente incorporan juicios acerca de las comparaciones interpersonales de utilidad. La legitimación de tales funciones de bienestar social depende, como ya se ha señalado, de la participación pública y del grado en que refleje valores sociales compartidos.

La **solución teórica** a las contradicciones entre eficiencia y equidad viene a través de una función social de bienestar no-lineal que refleje los valores de equidad de la mayoría de la población. Constituye un problema empírico estimar los parámetros requeridos para tal función.

En la **práctica** prevalece un proceso implícito de establecimiento de prioridades (decidir quién recibe qué) aunque aparecen ya excepciones en países o estados que han establecido prioridades de forma explícita: Holanda, Noruega, Suecia, España, Nueva Zelanda y Oregón. Oregón ha tendido al racionamiento por exclusión (se especifican los servicios cubiertos), Nueva Zelanda al racionamiento mediante guías de buena práctica, sin exclusiones categóricas, que pueden adaptarse a las circuns-

tancias individuales de cada paciente, y Holanda ha mezclado los dos enfoques. El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: Ambos niveles están comprometidos. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso y el abanico de opciones para enfrentarse a los problemas que el establecimiento de prioridades plantea es bastante amplio (Saltman y Figueras, 1997):

- continuar con el establecimiento implícito de prioridades difuminado entre decisiones clínicas y procedimientos administrativos;
- utilizar listas de espera;
- introducir copagos para servicios de baja prioridad, con las exenciones y techos que sean adecuados;
- limitar la disponibilidad de algunos servicios a través de listas positivas o negativas del estilo de las empleadas para medicamentos;
- concentrar los recursos en servicios de efectividad probada;
- introducir la valoración y regulación de tecnologías;
- desarrollar guías de buena práctica clínica para establecer prelación de acceso;
- proporcionar información a usuarios sobre efectividad y calidad de los servicios, para estimular una utilización adecuada;
- definir un proceso para el establecimiento de prioridades;
- transferir la responsabilidad de algunos servicios sanitarios al sector privado; y/o
- establecer una relación de las prestaciones a financiar públicamente.

Las soluciones analíticas, tipo estimar parámetros de una función de bienestar social para medir la aversión a la desigualdad, no excluyen a la política: Dado que los parámetros relevantes de una función de bienestar social son inherentemente políticos y muy difíciles de definir y estimar, debe darse mucha importancia a los procesos de formación de valores sociales y de establecimiento de consensos como forma práctica de resolver las contradicciones entre eficiencia y equidad.

El establecimiento de prioridades sanitarias y la determinación de los servicios sanitarios a

cubrir públicamente constituyen un terreno donde la formación y expresión de los valores sociales resulta determinante. Ahora bien, existen otras formas para que los ciudadanos consigan mayor soberanía: Posibilitar la elección de servicios respecto a los cuales los usuarios tengan información —y voluntad— suficiente para estimar la calidad, utilizar la disponibilidad a pagar como expresión de preferencias, mejorar la tutela de los derechos, o establecer mecanismos de supervisión de la gestión sanitaria —preferentemente local— más efectivos (Del Llano et al, 1998).

LA SALIDA DE LA TRAMPA DE LA POBREZA

Cuanto más elevada es la renta media per cápita en un país, mayores son las probabilidades de que sus habitantes disfruten de una vida larga y saludable. La intensidad del efecto disminuye a medida que los ingresos se elevan. El aumento de la renta tiene mayor repercusión en las poblaciones pobres porque los recursos adicionales se utilizan para adquirir artículos de primera necesidad (alimentos, vivienda) particularmente beneficiosos para la salud. Debido a que la pobreza influye poderosamente en la salud, no sólo el ingreso per cápita es significativo; la distribución del ingreso y el número de personas que viven en la pobreza es igualmente importante.

Pueden distinguirse en el mundo dos familias de políticas que han tenido éxito en la reducción de la mortalidad. Por un lado los **países de crecimiento económico rápido** (Corea del Sur, Hong Kong...), crecimiento orientado al empleo y **que utilizan recursos para mejorar el gasto sanitario** (también ha habido países de rápido crecimiento económico con apenas repercusión en la salud de la población). Por otro lado **países más igualitarios, que han priorizado los servicios sociales** (educación y sanidad, intensivos en mano de obra relativamente barata) y han conseguido espectaculares mejores en los indicadores de salud pese a no haber registrado un gran crecimiento económico (China antes de las reformas, Sri Lanka, Costa Rica, el estado indio de Kerala...).

La salida de la trampa de la pobreza, que llega a ser dinástica, requiere tanto de un aumento de la riqueza agregada de una economía

como de una redistribución de la misma: no necesariamente del capital (redistribución de la tierra) como del producto por la vía de garantizar la nutrición de subsistencia y proporcionar los servicios básicos de salud pública. Aunque algunas recomendaciones enfatizan el crecimiento y otras la redistribución, Dasgupta (1993) con sus modelos de vinculación entre nutrición y productividad muestra que la insistencia exclusiva en crecimiento o redistribución es equivocada. Ambas políticas han de adaptarse para escapar de la trampa de la pobreza.

Existe una relación positiva y significativa entre aumento de la renta por persona y mejora de la esperanza de vida al nacer, pero esta relación se establece principalmente a través del impacto que tenga el producto nacional de un país en, primero, las rentas de los pobres, y, segundo, el gasto en salud pública (Sen 1998). Una vez incluídas estas dos variables en la relación entre esperanza de vida y PIB per cápita, la relación se desvanece.

LA FINANCIACIÓN SANITARIA, CLAVE DE BÓVEDA DE LAS REFORMAS SANITARIAS

La superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre. El típico individuo-económico-racional compraría cobertura aseguradora únicamente cuando la indemnización esperada más su valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras han de cubrir con la prima la indemnización media prevista y los gastos de administración y marketing. Y ahí está el problema: que el coste de producir aseguramiento depende de quien compre el aseguramiento (lo que no ocurre con el coste de producir embutidos u ordenadores) y que lo racional es que sólo lo compren aquéllos que originarán pérdidas a la aseguradora por lo que también es racional que la aseguradora no lo ofrezca, con lo cual el mercado no existe. (Mas Colell 1994 para una reflexión actualizada sobre este teorema de Rothschild-Stiglitz)

Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más

baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Lo relevante del acceso al seguro sanitario ha de ser su universalidad con independencia del estado de salud de los individuos aunque no necesariamente con independencia de otros factores individuales.

Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento (sería la solución de Coase). Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar ese aseguramiento.

EUROPA Y AMÉRICA: ¿CAMINOS SEPARADOS?

Europa y América parecen seguir caminos muy divergentes en este terreno de la financiación pública de la sanidad. Los conservadores británicos omiten la palabra privatización en sus programas educativos y sanitarios para poder romper techos electorales y con ello dar otra muestra de la desconfianza europea en un abuso de los mecanismos de mercado y de la reivindicación poblacional de una gestión pública transparente (por democracia y por eficiencia). En América, en cambio, Colombia, Argentina, Perú, México parecen seguir la estela de Pinochet, en Chile, al fomentar el protagonismo de las aseguradoras privadas (Puig 1998).

NOTAS

* El trabajo originalmente presentado en el Seminario de la UIMP, septiembre de 1997, sobre Enfermedad y Sociedad a finales del siglo XX, se ha beneficiado de los comentarios de los profesores José Luis Barona y María Angeles Durán así como de su presentación pública, en Guatemala el 30 de junio de 1999, en un foro patrocinado por la Unión Europea sobre Reformas del Sector Salud.

¹ *Concepciones teóricas de equidad.* Las teorías libertarias consideran equitativa cualquier distribución final de bienes que resulte del mercado, siempre y cuando las dota-

ciones iniciales de recursos se hayan obtenido legítimamente. En esta misma corriente de pensamiento es posible encontrar enfoques algo menos radicales. En efecto, algunos autores proponen la existencia de un 'mínimo decente', de tal manera que el Estado debería garantizar que nadie se situara por debajo de un determinado nivel de consumo para ciertos bienes o servicios, como la atención sanitaria. Las tesis libertarias se basan en planteamientos individualistas cuya aplicación al sector sanitario está muy cuestionada. El primer teorema de la Economía del Bienestar afirma, en efecto, que el mercado es capaz, sin necesidad de intervención pública, de conseguir una situación de óptimo paretiano, siempre que se cumplan los requisitos de un modelo de competencia perfecta: gran número de agentes sin capacidad de influencia en los precios, ausencia de restricciones a la entrada, inexistencia de rendimientos crecientes a escala, información perfecta entre los agentes del mercado y mercados completos. Bajo estas condiciones los agentes tratando de maximizar su bienestar individual maximizan el de la sociedad en su conjunto. Esta afirmación se deriva de la concepción individualista según la cual el individuo es considerado el mejor juez de su propio bienestar... Pero los mercados fallan en sanidad (especialmente en lo que se refiere a una información, imperfecta y asimétrica).

Los utilitaristas definen como objetivo la utilidad total definida como la suma de utilidades individuales. Los recursos sanitarios deberían, pues, asignarse a quien más utilidad pudiera obtener de ellos... no existe preocupación alguna por la justicia del proceso redistributivo... no se plantea explícitamente una teoría de la justicia (en cualquier caso la imposibilidad de las comparaciones interpersonales de utilidad hacen esta teoría poco operativa).

Para Rawls la acción redistributiva del Estado debe centrarse en maximizar los beneficios de los individuos menos favorecidos... Aversión extrema a la desigualdad y no admisión de compensaciones entre equidad y eficiencia.

Amartya Sen, finalmente, cree que la redistribución debe guiarse tratando de igualar las capacidades básicas de los individuos, no su consumo de bienes.

BIBLIOGRAFÍA

- ALESINA A, PEROTTI R. (1996): «Income distribution, political instability, and investment». *European Economic Review*; 40: 1.203-1.228.
- BORRELL C, PLASENCIA A, PASARÍN I. (1997): «Widening social inequalities in mortality: the case of a southern european city». *Journal of Epidemiology and Community Health*; 51: 659-667.
- DASGUPTA P. (1993): *An inquiry into well-being and destitution*. Oxford, Clarendon Press.
- DEL LLANO et al. (1998): *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Ed. Masson, 654 páginas.
- LÓPEZ G, ORTÚN V. (1998): *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Madrid, Ed. Encuentro, 155 páginas.
- MAS COLELL A. (1994): «Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud». En G. López Casasnovas (dir): *Análisis económico de la sanidad*. Barcelona, Departamento de Sanidad de la Generalidad de Cataluña, pp. 63-75.
- PERSSON T, TABELLINI G. (1994): «Is inequality harmful for growth?» *American Economic Review*; 84: 600-621.
- PUIG J. (1998): *Managing the conflict between competition and risk selection in health sector reforms*. Barcelona, Universidad Pompeu Fabra. Puede solicitarse a jaume.puig@econ.upf.es
- SALTMAN R, FIGUERAS J. (1997): «European Health Care Reform. Analysis of current strategies». *WHO Regional Publications, European Series, n.º 72*, Copenhagen. Versión española publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- SEN, Amartya (1993): «Mortality as an indicator of economic success and failure». *The Economic Journal* 1998; 108(enero): 1-25. Existe traducción española de una versión previa de este artículo: Sen A., La vida y la muerte como indicadores económicos. *Investigación y Ciencia*, julio, pp. 6-13.
- WALDMAN R.J. (1992): «Income distribution and infant mortality». *Quarterly Journal of Economics*; 107: 1.283-1.302.
- WILKINSON R. (1996): *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. Londres, Routledge, 1996.

