

** Versões preliminares deste artigo foram apresentadas nas VIII Jornadas de Economia de la Salud, em Las Palmas de Gran Canaria, e num encontro do Health Economist's Study Group na Universidade de Brunel. Agradeço os comentários que vários participantes nestas reuniões fizeram ao trabalho; e em particular as apreciações detalhadas de Gavin Mooney, Alan Maynard, Julian Le Grand e Tony Culyer. Os argumentos principais e erros que possam subsistir são, todavia, da minha inteira responsabilidade.*

*** Professor da Disciplina de Economia da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública - Portugal*

Justiça Social no Domínio da Saúde *

João Pereira **

No debate europeu sobre equidade na saúde uma questão fundamental tem recebido fraca atenção por parte dos investigadores. Trata-se da especificação dos objetivos de determinado sistema de saúde e da forma como podem ser interpretados para permitir a monitorização de políticas.

Este artigo passa em revista atuais e potenciais contribuições para esta área de estudo. Adota como perspectiva que o significado de equidade na saúde depende, de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social, e que este, por sua vez, depende de juízos de valor ou pontos de vista da sociedade, tal como articulados por indivíduos, grupos ou governos. Esta abordagem permite-nos escolher racionalmente as regras de distribuição que melhor se adaptam ao conjunto de valores duma sociedade e, subsequentemente, aplicá-las como escala de medição para avaliar o sucesso da política de saúde. Após uma exposição sumária da abordagem, a parte principal do artigo discute três teorias concorrentes da sociedade - a Libertária, a Liberal e a Socialista-Democrática - bem como as principais regras de distribuição delas decorrentes. Estas últimas, propostas na literatura econômica e filosófica, são analisadas criticamente. A parte final do artigo avança com algumas conclusões e caminhos para investigação futura.



INTRODUÇÃO

Nos países europeus, o problema das desigualdades sociais na saúde gerou, durante a década de 80, um enorme esforço de investigação no sentido de medir e explicar tais assimetrias e, eventualmente, de promover maior equidade no setor.

Ao tentar estabelecer um programa de investigação sobre o tema, Julian Le Grand (1986) argumentava que uma questão básica a ser respondida dizia respeito aos objetivos da política do setor, e fazia notar com certo desânimo que *o debate não chegou ainda a ser*

enquadrado nas discussões filosóficas da sociedade em geral. Vários autores dedicaram-se recentemente a corrigir esta lacuna da literatura (1), mas todos eles, sem exceção, apresentam apenas uma explicação parcial que deixa em aberto muitas questões de interesse.

(1) Ver, por exemplo, Le Grand (1987), Mooney (1987), e Culyer (1987).

O presente trabalho tem como objetivo aperfeiçoar a compreensão do debate ao adotar uma abordagem alternativa cuja finalidade é encontrar o elo em falta na análise da especificação dos objetivos de um sistema de saúde. Simultaneamente passa em revista, de forma crítica, as reais e potenciais contribuições para uma definição do conceito de equidade na saúde, evidenciando as suas vantagens, desvantagens e adequabilidade para aplicação.

ABORDAGEM

Este artigo adota como perspectiva que o significado de equidade em saúde e em cuidados de saúde depende, de forma crucial, da maneira como se define o conceito de justiça social, e que este, por sua vez, depende de juízos de valores, ou seja, dos pontos de vista da sociedade tal como articulados por indivíduos, grupos ou governos. Em vez de remeter este relacionamento para formulações de base disciplinária — como outros autores têm feito — tentou-se retratar a forma como os objetivos de equidade na política de saúde, assim como pontos de vista mais gerais sobre justiça social, estão dependentes da opinião geral da sociedade. Esta abordagem permite-nos escolher as regras de distribuição que melhor se adaptem ao conjunto de valores duma sociedade e, subseqüentemente, pô-las em prática como escala de medição para avaliar do sucesso dessa política.

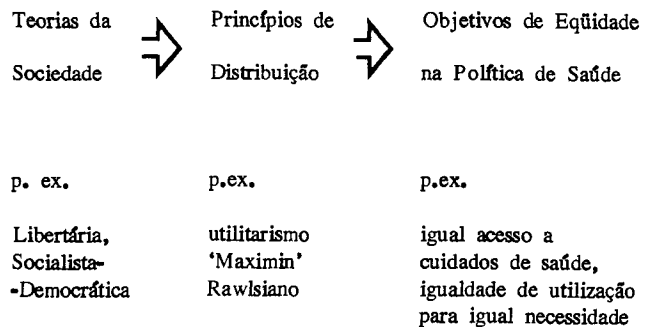
A idéia geral pode ser ilustrada através da Figura I. Há três níveis fundamentais na especificação dos objetivos de equidade no campo da saúde. Para começar temos indivíduos ou grupos perfilhando opiniões largamente diferenciadas sobre organização socio-econômica (teorias de sociedade); estas, por seu turno, implicam pontos de vista diferentes sobre justiça social (princípios de distribuição); e, por fim, estes princípios são aplicados ao campo da saúde e constituem o padrão de medição dos efeitos das decisões coletivas (objetivos de equidade em política de saúde). Deste modo, estes últimos só podem ser devidamente compreendidos se considerados à luz dos dois primeiros níveis.

O motivo da opção por esta abordagem aparece em toda a sua dimensão quando da determinação dos critérios de avaliação a utilizar na escolha entre os diferentes princípios de distribuição. Três linhas mestras sugeridas na literatura são, primeiro, que um prin-

cípio deverá possuir reduzidos requisitos de informação; segundo, que deve ser facilmente compreensível; e terceiro, que deveria ser possível obter uma distribuição de recursos que seja simultaneamente equitativa e Pareto-eficiente (ver Rawls, 1971; Sen, 1977; Pazner e Schmeidler, 1978).

FIGURA I

Formulação de Objetivos na Área da Saúde



Le Grand (1984) sugere, contudo, que o critério mais importante, ou seja, *aquele perante o qual estes outros ficam reduzidos a posição perfeitamente secundária, é o da sua aceitabilidade intuitiva...* (isto é, um critério que) *... conduza ao consenso geral.* Mas isto mais não faz que trazer-nos de volta à questão crucial dos juízos de valor. Um critério de equidade aceitável para Le Grand pode ou não sê-lo para outros cidadãos. Se o conceito, de fato, 'reunir o consenso geral' entre todos eles, então é, com certeza, porque são mais ou menos idênticos não só nos seus valores básicos de organização da sociedade, como também na importância que atribuem à questão da equidade. Eis pois o motivo que me leva a tomar em consideração as teorias da sociedade e a sua relação com as regras de distribuição. Isto não quer dizer que a escolha de princípios de distribuição ficará reduzida à identificação daquele que melhor se coadunar com o conjunto de valores de uma sociedade — pois podemos argumentar que a sua especificidade e o seu potencial de aplicação empírica são igualmente importantes — mas teremos progredido no sentido da clarificação de dúvidas quanto à sua aceitabilidade num determinado contexto.

Se assentarmos nas teorias de sociedade como ponto de partida, como convirá então ordená-las? Culyer et al (1981) fornecem-nos uma hipótese de ordenação que permite uma perfeita distinção entre duas bases éticas de política de saúde: uma abordagem profundamente 'individualista', que considera o acesso aos cuidados de saúde em termos praticamente iguais aos do acesso a quaisquer outros bens de consumo disponíveis no mercado, ou seja, como uma parte do sistema retributivo da sociedade; e uma abordagem francamente 'coletivista' que considera o acesso aos cuidados de saúde como um direito do cidadão, de modo algum dependente da distribuição da riqueza ou dos rendimentos. Embora estes autores tenham demonstrado que esta dicotomia de pontos de vista se revelara extremamente útil na compreensão dos objetivos e da 'performance' de certos sistemas de saúde, o caso é que não se apresenta suficientemente discriminatória para englobar toda a variedade de princípios de distribuição propostos pela literatura como potencialmente aplicáveis ao debate sobre desigualdade na saúde.

Barr (1987) apresenta-nos uma ordenação que mais se aproxima dos nossos requisitos. Começa por estabelecer uma distinção entre três teorias: a Libertária, a Liberal e a Coletivista; e salienta simultaneamente, em relação a esta última ideologia, as diferenças entre os pontos de vista Fabiano (Socialista Democrático) e Marxista. Esta abordagem assemelha-se à que foi adotada por George e Wilding (1985) e Telfer (1976).

Neste artigo limitar-me-ei à análise dos três primeiros pontos de vista, que apelidarei de: Conservador/Libertário; Liberal e Socialista Democrático. No seu conjunto, refletem um largo espectro das idéias das sociedades modernas (2). Sob cada um destes títulos serão analisados tanto os princípios de distribuição clássicos como os mais recentemente propostos pela literatura econômica e filosófica; e isto porque eles representam os valores básicos inerentes às respectivas teorias de organização sócio-econômica. As regras de distribuição são igualmente avaliadas à luz dos critérios atrás sugeridos, em particular o seu potencial de aplicação ao caso português.

CONSERVADORES/LIBERTÁRIOS

Os Conservadores/Libertários são os atuais herdeiros do 'liberalismo' do século XIX. Os seus valores fundamentais são a liberdade, o individualismo, e, possivelmente, a desigualdade. Só através da aceitação de que a liberdade (definida como a ausência de coação) tem precedência sobre todos os outros valores é que se conseguirá chegar ao âmago da posição Con-

(2) A exclusão das análises Marxistas sobre justiça não tem grande importância já que, algo paradoxalmente, uma das características dessa literatura é o seu relativo sub-desenvolvimento no que toca a conceitos de distribuição equitativa. De fato, os que têm sido sugeridos não são substancialmente diferentes dos discutidos sob o ponto de vista Socialista-Democrático (p. ex., Igualdade e Capacidades Básicas). O leitor interessado deverá consultar Wood (1986), Roemer (1986) e Sen (1987).

ANÁLISE

(3) A precedência da liberdade sobre os outros valores conduz à vulgarização do termo 'Libertário'. Na análise que se segue, utilizá-lo-ei alternadamente com 'Conservador'.

servadora sobre eqüidade (3). É sempre um meio necessário e suficiente para atingir outros tantos fins desejáveis, incluindo uma maior igualdade:

Uma sociedade que coloca a liberdade em primeiro plano acabará por atingir — como se de um feliz sub-produto se tratasse — não só maior liberdade, como também maior igualdade... (Essa sociedade) ... garante aos desfavorecidos de hoje a oportunidade de se tornarem nos privilegiados de amanhã, e, no decurso dessa evolução, permitirá a quase todos, de alto a baixo, gozar uma vida mais cheia e mais rica.

(Friedman e Friedman, 1982)

Para os Conservadores, individualismo é também complemento de liberdade. Quanto menos restringido um indivíduo for nas suas escolhas, maior será o bem-estar social. Neste encadeamento, aquilo que os outros apelidam de problemas sociais, para os Conservadores não constitui mais do que problemas resultantes de causas individuais e que requerem, inevitavelmente, ação individual para a sua resolução. A desigualdade em saúde não é, assim, um problema da política governamental, mas antes da responsabilidade e da escolha de cada um.

Em face de tais pontos de vista, a própria noção de eqüidade aparece destituída de sentido para os Conservadores/Libertários. Segundo Hayek (1960), qualquer distribuição só poderá ser classificada de justa ou injusta se tiver sido causada pela ação, ou inação, do indivíduo. Além disso, a prossecução de políticas igualitárias por um governo é incompatível com a noção de liberdade, pois acabará indubitavelmente por conduzir à coerção e a efeitos prejudiciais sobre o individualismo, pondo em risco a harmonia social.

Nozick (1974) apresenta o clássico argumento Libertário de eqüidade na sua teoria de distribuição em função da *titularidade*. O seu princípio básico é que cada um é titular daquilo que possui desde que o tenha adquirido de forma justa, ou seja: como produto do seu trabalho, através de herança, ou pela via da redistribuição pelo Estado de títulos adquiridos ilegalmente. Uma distribuição específica para ser ou não considerada equitativa apenas dependerá da via utilizada para a atingir. As suas implicações para a eqüidade na saúde são bastante diretas. Nenhum cidadão tem direito a cuidados de saúde, a não ser que os tenha adquirido pela via do mercado. Qualquer tentativa de redistribuição de recursos seria, por si só, considerada uma injustiça, mesmo que a sua finalidade fosse a de criar incentivos para aqueles que utilizem de forma menos eficaz os serviços de saúde (p. ex., os menos

instruídos e os pobres). A teoria também não atribui qualquer importância aos desafortunados, já que considera ser uma mera questão de destino que uns nasçam saudáveis enquanto que outros são atormentados por problemas crônicos de saúde; como também não reconhece sentimentos de compaixão ou generosidade dos saudáveis para com os enfermos, que frequentemente se traduzem, na prática, pela contribuição de subsídios para os serviços de saúde (Culyer, 1980). Por fim, omite reconhecer o papel desempenhado pelos haveres recebidos a título de bens sociais (por exemplo, formação médica) assim como pela ignorância do consumidor no mercado dos cuidados de saúde, e os efeitos externos do seu consumo.

Considerando as conseqüências extremas da teoria de Nozick em termos de política social e de saúde, alguns Libertários sugeriram a criação de uma espécie de grelha de segurança, ou seja, um nível abaixo do qual nenhum indivíduo poderia descer.⁽⁴⁾ Tal abordagem — frequentemente designada como o *mínimo decente* — é, portanto, uma possível regra de distribuição de cuidados de saúde sob a égide do Libertarismo. No entanto, a chave da sua operacionalidade está em que exige um juízo de valor quanto ao que constitui o tal mínimo decente ou social, e os seus proponentes têm-se mostrado relutantes em defini-lo com exatidão. No domínio da saúde, só Enthoven (1980), através da sua proposta de um Plano de Saúde por Escolha do Consumidor, se aproxima de uma tal definição. Em vez de critérios, propõe uma lista de “serviços básicos de saúde” cuja prestação caberia à HMO — *Health Maintenance Organization*. Mas isto está longe de nos garantir que, no fim, ficaremos com uma idéia clara daquilo que constitui o mínimo decente, visto que ele não nos apresenta nenhuma justificação concreta sobre a colocação, ou não, na tal lista, de certos tipos de cuidados. Em última análise, a distinção que faz entre planos de opção elevada ou baixa sugere que se poderá escolher o ‘mínimo decente’ por referência aos custos médios das categorias atuariais. Ora isto parece-nos um princípio algo injusto para a distribuição de cuidados de saúde.

Em suma, o discurso Conservador/Libertário sobre equidade revela pouca utilidade para o debate da desigualdade na saúde. A adesão dogmática à teoria de que não é injustiça a atual distribuição coloca os Libertários à margem da preocupação generalizada com o problema. As suas opiniões sobre justiça social também não refletem, manifestamente, as preocupações igualitárias expressas em documentos legais dos mais diversos países no que se refere ao acesso aos cuidados de saúde. Temos por fim que, sempre que propuseram princípios de distribuição para a proteção das necessi-

(4) Ver, por exemplo, Flew (1987).

dades extremas de alguns indivíduos, esses princípios se revelaram claramente falhos da especificidade, da clareza e da operacionalidade que se procura.

LIBERAIS

Os valores Liberais assemelham-se, em muitos aspectos, aos dos Libertários, sendo a principal diferença que os primeiros os não subscrevem de forma absolutista. Barr (1987) sintetiza as principais características do discurso Liberal como a análise da sociedade em termos de indivíduos; a propriedade privada como contingente do atingimento dos objetivos da política mais do que como um elemento essencial da sua doutrina; e a comunhão de opiniões sobre justiça social que, por vezes, possuem implicações igualitárias. Poder-se-ia ainda argumentar que o seu pragmatismo é pontuado por uma forte vertente humanista.

As noções Liberais sobre liberdade e individualismo explicam-se melhor como sendo a tentativa de moderar, na prática, os excessos dos conceitos Conservadores/Libertários. Isto transparece claramente do argumento de Beveridge (1945) segundo o qual *liberdade é mais do que estar-se livre do jugo do poder arbitrário dos governos; é estar-se livre da servidão econômica resultante da Indigência, da Miséria Abjecta e de outros males sociais*. Ou, segundo o ponto de vista de Keynes (1946), *o individualismo, se puder ser expurgado dos seus efeitos e abusos, é a melhor salvaguarda da liberdade pessoal no sentido de que ... permite alargar sobremaneira o exercício da escolha pessoal*. Não é portanto surpreendente descobrir que os Liberais acreditam que as desigualdades devem e podem ser atenuadas. Convém, contudo, sublinhar que a sua visão de equidade não é propriamente igualitária, mas sim uma visão que pretende melhorar as condições dos mais desfavorecidos, quer se trate dos pobres, dos sem-instrução, ou dos doentes crônicos.

Têm sido sugeridos vários princípios de distribuição na literatura que supostamente refletem os valores Liberais. Segundo Barr (1987), as duas mais influentes teorias de justiça social — o Utilitarismo e o 'Maximin' Rawlsiano — pertencem, sem sombra de dúvida, à tradição Liberal. A primeira, na sua interpretação clássica, considera equitativa uma distribuição em que se encontre maximizado o somatório das utilidades individuais. É todavia difícil de entender por que é que alguns autores vêem o *utilitarismo* como uma teoria de distribuição equitativa. Por um lado, é ponto perfeitamente assente que uma distribuição igualitária só pode resultar sob a égide dos princípios clássicos do utilitarismo se houver preferências idênticas (Culyer, 1980). Há no entanto um argumento mais forte, apre-

sentado no conhecido comentário de Sen (1973), segundo o qual a *maximização do somatório de utilidades individuais é soberanamente indiferente à distribuição inter-pessoal daquele somatório*. As atividades ou pessoas às quais são atribuídos recursos dependem, pura e simplesmente, das comparações de utilidade. Assim, se um indivíduo rico responde melhor a um determinado tipo de tratamento do que um pobre, a regra de decisão utilitária impõe que é àquele primeiro que devem ser atribuídos maiores recursos. Poderá dizer-se que é eficiente a distribuição dali resultante, mas é pouco provável que ela se identifique com o conceito de equidade da maioria das pessoas. Há, ainda, vários problemas técnicos associados ao utilitarismo, todos eles inevitavelmente relacionados com a impossibilidade de estabelecer comparações interpessoais de utilidade. Com efeito, a identificação de uma justa distribuição utilitária depende de uma tão vasta gama de fatores empíricos — tão difíceis de obter — que se revela improdente tentar aplicá-la à saúde e aos cuidados de saúde. Além do mais, estes fatores não são diretamente deduzíveis do próprio princípio, o que ainda mais vem complicar a tarefa.

A teoria do 'Maximin' de John Rawls (1971) tem merecido grande atenção da parte dos economistas. Esta teoria faz da justiça um objetivo inflexível, ao propor que a política social deve procurar maximizar a posição dos menos favorecidos. Rawls refere um conjunto de bens cuja produção e distribuição, sugere ele, não deveriam ser deixadas ao critério dos próprios indivíduos. Estes "bens sociais primários" incluem as liberdades básicas: liberdade de movimentação e de escolha da ocupação num cenário de oportunidades justas; poder e regalias da função; rendimentos e riqueza; e as bases sociais do respeito próprio. Rawls imagina então um hipotético 'ponto de partida' em que cada indivíduo agisse sob um 'véu de ignorância'. Num tal contexto, o indivíduo racional mostrar-se-ia adverso ao risco e escolheria como esquema de preferência uma situação em que fosse maximizada a posição dos mais desfavorecidos. O que o impele para tal opção não é tanto a compaixão para com os menos favorecidos, mas antes o medo de que ele próprio possa vir a tornar-se num desses elementos mais desfavorecidos da sociedade, uma vez levantado o véu da ignorância.

Segundo Le Grand (1987), a aplicação do 'Maximin' Rawlsiano ao campo da saúde determina que as desigualdades (tanto na saúde como nos cuidados de saúde) só se justificam quando resultem a favor dos menos favorecidos. Le Grand critica a consagração de semelhante regra como linha mestra da política de saúde por dois motivos. Primeiro porque levanta um sem-número de dificuldades de ordem teórica e

(5) Com efeito, incluir tanto a saúde como os cuidados de saúde implicaria trocas compensatórias com outros bens sociais primários tais como rendimentos e riqueza e, inevitavelmente, comparações de utilidade que Rawls decididamente pretende evitar (Arrow, 1974).

(6) O próprio Daniels admite francamente que o seu trabalho não pressupõe a aceitabilidade da teoria de Rawls (Daniels, 1981).

prática; por exemplo, deveremos definir os menos favorecidos em termos do seu consumo global de bens primários, ou em termos de saúde ou cuidados de saúde? Além disso, estaremos a ser realistas ao supor que será fácil estabelecer a distinção entre as desigualdades que beneficiam os menos favorecidos e as que o não fazem? Poder-se-ia acrescentar que o princípio sugere implicitamente que uma distribuição equitativa seria aquela em que todos os indivíduos baixariam à situação de saúde da pessoa mais doente. A segunda crítica contém uns certos laivos de libertarismo: é que o 'Maximin' conduziria à redistribuição em favor daqueles cujo pior estado de saúde, ou cujo inadequado consumo de cuidados de saúde, ou cuja própria indigência seriam o resultado das suas próprias decisões. Teoricamente, no entanto, a aplicação direta (por Le Grand) do princípio Rawlsiano ao campo da saúde é demasiadamente ambiciosa, já que nem a saúde nem os cuidados de saúde foram classificados pelo próprio Rawls como bens sociais primários (5). Daniels (1981) sugere que a estratégia mais promissora de alargamento da teoria 'Maximin' ao campo da saúde é a de incluir num mesmo enquadramento os serviços de saúde e as instituições apostadas em proporcionar uma justa igualdade de oportunidades. Tal abordagem, contudo, apenas terá como efeito o de reduzir a definição de equidade a igualdade na oportunidade de acesso a cuidados de saúde (6). Assim, embora esta interpretação pareça estar em perfeita sintonia com as preocupações da política de saúde de países europeus como Portugal ou o Reino Unido, o caso é que produz o infeliz efeito de tornar redundante a sua estrutura teórica. Ficamos reduzidos a uma simples interpretação de equidade que é problemática, e nenhuma ideia de como se poderá aplicar o conceito a uma análise concreta.

Uma engenhosa e recente tentativa de aplicação do utilitarismo à saúde é a fórmula da *maximização da saúde*. Esta fórmula apreende a essência das preocupações Liberais com a equidade e, embora ainda numa fase embrionária de desenvolvimento, merece contudo a atenção dos investigadores da desigualdade. As suas raízes podem-se encontrar em trabalhos que procuram examinar a *externalidade de preocupação* (*caring externality*) no campo da saúde (Culyer, 1971). Embora esta investigação tenha sido inicialmente concebida como uma explicação do alargado apoio em favor do financiamento público de cuidados de saúde, indiretamente ela tem implicações sobre o tipo de equidade por que deve nortear-se a política do setor. Culyer (1971) parte do princípio que é a quantidade de sofrimento, mais do que a sua distribuição, que constitui a base da relação da externalidade. Isto sugere que a preferência por um maior consumo de cuidados deve-

ria constituir argumento nas funções de utilidade dos mais favorecidos, em vez de igualdade de consumo de cuidados (Lindsay, 1969), pois é o próprio subconsumo pelos indigentes (implicitamente associado a maior sofrimento) que impõe uma 'desutilidade' externa aos outros.

Parece ter-se desenvolvido uma certa confusão na literatura quanto à verdadeira definição de equidade que se deve extrair da abordagem da 'externalidade de preocupação'. Mooney (1987) opina que é 'igualdade de utilização para igual necessidade'. O próprio Culyer (1976) sugere que *ela pende para uma noção igualitária de 'cuidados igualmente disponíveis para indivíduos em idênticas situações de doença', ou seja, o 'comunismo na doença'*. Nenhum destes conceitos abrange de forma satisfatória aquilo que é talvez o critério mais importante da análise de Culyer (1971): a situação de saúde dos 'indigentes' como causa da inquietação. As pessoas preocupam-se com os outros não por estes serem pobres ou desprovidos de recursos, mas por serem ou estarem doentes. Embora na prática sejam normalmente os ricos a demonstrarem caridade para com os pobres, o caso é que nada impede intrinsecamente que haja compaixão, e portanto também generosidade, para com a pessoa rica e doente. Isto incita a que seja a situação de saúde o foco da política de distribuição, e não os rendimentos, o bem-estar, as comodidades, ou os bens sociais primários. A saúde não é, contudo, um bem transacionável; nestas condições, como se conseguirá desenvolver uma consistente definição de equidade? Aparentemente só existem duas vias logicamente defensáveis. Por um lado, considerar equitativa uma distribuição quando haja um consumo otimizado de bens que favoreçam a saúde; por outro, considerar inerentemente equitativa toda e qualquer ação que maximize a saúde da comunidade. Em ambos os casos, o realce é posto na maximização/otimização mais do que na distribuição; na plenitude mais do que na relatividade.

Só a segunda versão parece ter suscitado interesse, embora se encontre obviamente num estágio inicial de desenvolvimento. Alguns economistas da Universidade de York, no Reino Unido, argumentaram recentemente que a *maximização da saúde*, quando medida através dos anos de vida ajustados pela qualidade (*QALY's* = *Quality Adjusted Life Years*), ou outro padrão semelhante, poderá incorporar as preocupações distributivas da política de saúde e, por encadeamento, ser considerada como princípio de equidade (Culyer, 1987; Williams, 1988). Pode entender-se que a maximização da saúde deriva logicamente da abordagem da 'externalidade de preocupação', visto englobar os seus principais aspectos: a situação de saúde como

o foco das preocupações; um ponto de vista mais absolutista do que relativista; e um papel para a compensação exógena. No entanto, a maximização dos *QALY's* continua a ser um tópico controverso entre os profissionais de saúde (Smith, 1987) e até entre os economistas (West, 1988). Argumenta-se, particularmente, que a regra da maximização ignora as preocupações distributivas de sistemas públicos tais como o SNS. Parafraseando Sen (1973) em relação ao utilitarismo, poder-se-ia afirmar que a maximização do somatório dos estados de saúde individuais é soberanamente indiferente à distribuição interpessoal desse somatório. Os apologistas da abordagem *QALY* poderiam, com certa justeza, contrapor que isto é uma crítica escusada e vã, uma vez que não é possível redistribuir saúde entre as pessoas. Tal argumento ignora, no entanto, uma questão fundamental. Consideremos o caso de dois indivíduos: 'A' relativamente rico, instruído, e bem alimentado; e 'B', pobre e relativamente ignorante dos métodos duma produção de saúde eficaz. Ambos sofrem da mesma doença e foram sujeitos ao mesmo tratamento. Mas, por causa das suas características pessoais e ambientais, 'A' consegue reagir melhor ao tratamento e ganhar assim um maior número de *QALY's*. Deverá então a política de saúde redistribuir recursos a pessoas como a 'A'? É evidente que muito poucos concordariam com semelhante princípio.

De momento, a tese da maximização continua a ser prejudicada pela relutância dos seus proponentes de a defenderem ativamente e de desenvolverem as suas implicações. O aperfeiçoamento teórico de um princípio de equidade *QALY* requer muito mais do que simplesmente remeter para os políticos a sua definição precisa. Em termos genéricos, é preciso demonstrar que uma maximização *QALY* adequadamente ponderada deverá produzir resultados em harmonia com as preocupações de equidade, e também que resultados desagradáveis não constituem característica significativa. Mas, mesmo que isso seja conseguido, remanescerão dúvidas quanto à adequabilidade da teoria. Especialmente porque o volume de informação necessário poderia vir a revelar-se inconciliável com o óbvio critério de que um princípio deve conter reduzidos requisitos de informação. Como também não deveríamos subestimar as reais limitações do próprio padrão *QALY*; por exemplo, problemas de medição ou a forma como trata a questão do risco e incerteza (7). Além disso, embora teoricamente não se apresentem problemas, é muito provável que, na prática, a maximização dos *QALY* pudesse traduzir-se numa excessiva concentração nos efeitos dos procedimentos médicos, em detrimento de outras atividades promotoras de saúde. Haveria a tendência de descurar desigualdades geradas fora

(7) Ver West (1986) para uma análise deste tipo de problemas.

do sistema de cuidados de saúde, a menos que existissem dentro dele oportunidades de compensação. Finalmente, poderíamos também rejeitar a própria idéia de maximização da saúde como principal objetivo dos sistemas de saúde. É claro que seria preciso um ousado exercício de imaginação para crer que ela não deveria constituir um objetivo, ou mesmo que, tecnicamente, não será o melhor caminho a seguir. No entanto, os sistemas de saúde revelam constantemente a suprema importância de outros objetivos: a demonstração de compaixão ou a não-exclusão de certo tipo de usuários, por exemplo. A não-discriminação é claramente uma importante característica dos objetivos da política de saúde de diversos países. (8) Pode ser que o objetivo global dos cuidados médicos seja de fato a maximização da saúde, mas também que uma organização específica encarregue da sua implementação (como, por exemplo, um Serviço Nacional de Saúde) tenha objetivos adjacentes (tais como garantir igual acesso para igual necessidade) que tomem precedência numa eventual troca compensatória.

O discurso Liberal sobre equidade constitui um potencial e significativo contributo para a compreensão das questões levantadas pelo debate da desigualdade em saúde. É hoje geralmente aceite que as formulações clássicas do Utilitarismo e do 'Maximin' Rawlsiano têm que ser ultrapassadas se se pretende atingir uma formulação adequada das preocupações com a equidade no campo da saúde. As concepções mais recentes propostas pelos economistas revelam contudo um certo potencial como linha de orientação para a formulação e monitorização de uma política concisa. Resta no entanto bastante caminho a percorrer no que respeita à operacionalidade de tais princípios e, efetivamente, permanecem dúvidas quanto à sua capacidade de refletir as preocupações de sistemas de saúde tipo SNS que pretendem promover a equidade em saúde.

SOCIALISTAS-DEMOCRÁTICOS

O Socialismo é geralmente diferenciado das filosofias Liberais e Conservadoras/Libertárias pela sua adesão ao coletivismo. Isto pode revelar-se enganoso na medida em que alguns escritores socialistas realçam cada vez mais a importância dos mercados competitivos. Além do mais, o coletivismo é melhor interpretado como um meio de atingir um objetivo do que como componente de um conjunto de valores sociais. Como acontece com as outras teorias, através de reflexão sobre os referidos valores sociais poderemos obter uma compreensão mais aprofundada de como a equidade deve ser definida. Embora existam várias correntes no socialismo, gostaria de aqui me debruçar sobre uma

(8) Ver Pereira (1990) para uma discussão de objetivos de equidade na política de saúde portuguesa.

das formas que se tem revelado especialmente influente em debates sobre desigualdade e saúde — e sobretudo porque a criação de sistemas públicos de cuidados de saúde, com expresso empenhamento no acesso universal, tem sido freqüentemente associada aos seus objetivos. No Reino Unido, este ponto de vista é por vezes designado como o socialismo Fabiano. Utilizarei o termo de Socialismo-Democrático para englobar aquela mais vasta área de raciocínio que deriva da revisão do Marxismo levada a cabo por Eduard Bernstein no virar do século, e que hoje em dia encontra expressão política em partidos da Internacional Socialista.

Segundo George e Wilding (1985), há três valores centrais na base ética do Socialismo Democrático — liberdade, camaradagem e igualdade. A concepção de liberdade é mais extensa que as dos dois grupos anteriormente analisados. Para além do mero exercício da escolha individual, ela estende-se até ao requisito de que toda e qualquer pessoa tenha segurança económica. Assim, se houver uma grande desigualdade de recursos ou de poder económico, alguns indivíduos encontrar-se-ão em verdadeira posição de sujeição a outros e, como tal, não pode existir liberdade. Por muito importante que isto possa ser, a maioria dos escritores salienta que é a noção de camaradagem que mais apela para o coração da mensagem Socialista-Democrática. Camaradagem é um termo maldefinido, mas que normalmente evoca preferências por cooperação, altruísmo e participação, mais do que por competição ou interesse pessoal. A camaradagem também põe a tônica nos deveres e no bem da comunidade, acima dos direitos ou exigências individuais.

O elemento crucial parece ser, no entanto, a igualdade, uma vez que os outros valores lhe estão invariavelmente associados. Definir precisamente o que ela significa tem-se contudo revelado um óbice constante. O campo da saúde constitui exemplo flagrante. Embora os objetivos da política igualitária do tipo evidenciado em países com Serviços Nacionais de Saúde estejam freqüentemente associados com o ponto de vista Socialista-Democrático, a literatura apresenta grande escassez de princípios de distribuição bem-definidos e operacionais. A maior parte das vezes as discussões são apresentadas num vazio teórico. Esta falta de clareza e de desenvolvimento tem sido dolorosamente sentida pelos Socialistas-Democráticos defensores dos sistemas tipo SNS no debate sobre desigualdade na saúde.

Uma argumentação relativamente grosseira sustenta que o critério mais apropriado para a distribuição de recursos é em função da *necessidade*. Aparentemente, bastaria que as necessidades fossem empiricamente identificadas para que os objetivos da saúde

e de outros serviços sociais fossem perfeitamente determinados e especificados. Se pusemos de parte esta sugestão, não tanto por as necessidades serem moralmente relativas (ao fim e ao cabo já foram executados trabalhos válidos sobre a definição objetiva e a medição de necessidades de saúde — p. ex. Culyer, 1983), mas essencialmente por elas se revelarem instrumentais para um objetivo superior, então uma grande parte do debate no campo socialista gira à volta da escolha entre igualdade de recursos e igualdade de bem-estar como regras de distribuição.

A clássica noção de justiça do Socialismo Democrático é frequentemente designada por *igualitarismo*. Isto é, às vezes, interpretado como sendo a equalização dos benefícios líquidos individuais (p. ex., estado de saúde) ou, uma vez que se parta do princípio de que alguns atributos não podem ser materialmente distribuídos, a equalização de oportunidades individuais com vista aos mesmos benefícios. Uma das características dos recentes contributos para a literatura sobre saúde e política social têm sido as longas discussões sobre as possíveis distinções dentro desta abordagem e os objetivos paralelos de política que as mesmas implicam (9). A questão de relacionar definições igualitárias de política com a sua base económica ou filosófica tem no entanto sido praticamente ignorada. Em economia, tem havido contributos importantes para a especificação de objetivos igualitários (ver, por exemplo, Atkinson, 1982; Klappholz, 1972; Roemer, 1986); mas não podemos deixar de sentir que a falta de análises rigorosas e consistentes relacionadas com a saúde se deve ao fato de se manter demasiado elusivo o conceito de igualitarismo como princípio de distribuição. Na literatura filosófica há também uma longa tradição de conceitualização do igualitarismo. Numa importante análise, Dworkin (1981) estabeleceu uma distinção entre as duas noções-chave de igualdade de bem-estar e igualdade de recursos, defendendo que todo e qualquer igualitarismo eticamente defensável exige a equalização dos recursos postos à disposição do público, e não o seu bem-estar ou utilidade. Igualdade de bem-estar implica que:

(9) Ver em O'Higgins (1987) uma interessante análise.

um esquema de distribuição trata os indivíduos como iguais quando distribui ou transfere recursos entre eles até ao ponto em que mais nenhuma transferência os poderia colocar em maior igualdade de bem-estar.

Em contrapartida, a igualdade de recursos:

trata-os como iguais quando distribui ou transfere por forma a que mais nenhuma transferência

poderia deixar a sua quota-parte dos recursos totais em maior situação de igualdade.

(Dworkin, 1981, pp. 185-186)

No entanto estas distinções apenas levantam novas questões. A igualdade de bem-estar no campo da saúde exigirá uma igualdade de saúde, ou o atingimento de níveis iguais de utilidade? A igualdade de recursos exigirá simplesmente igualdade de acesso (ou de oportunidade de acesso), ou exigirá a utilização de recursos em iguais quantidades? Deverão as definições ser aplicadas em relação aos cuidados de saúde fornecidos pelo Estado ou em relação a todos os recursos, públicos e privados?

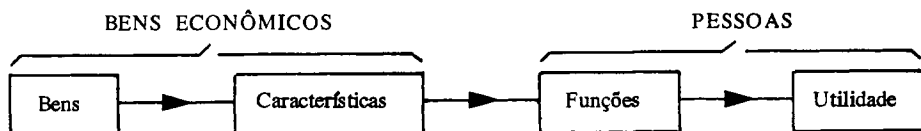
Parece inútil prolongar a procura duma base conceitual para uma política de saúde equitativa adentro do igualitarismo. Argumentei num trabalho recente (Pereira, 1988) que no conceito de *Capacidades Básicas* de Sen (1980) existe uma formulação mais promissora das preocupações Socialistas-Democráticas. Este conceito fornece uma clarificação para o debate sobre se a equalização de recursos, ou de bem-estar, deveria ser objeto de política ao analisar o processo de transmissão de bens (recursos) para resultados finais (bem-estar), defendendo que o que importa é a capacidade das pessoas de transformar os bens em funções humanas (como a capacidade de trabalhar). Além do mais, esta abordagem é uma nova forma de especificar objetivos de equidade de saúde; de como deveremos agir para os atingir; de como o processo deve ser monitorizado; e, ao mesmo tempo, aborda alguns temas comuns às linhas principais da economia da saúde. Merece assim uma atenção muito mais marcante por parte dos investigadores interessados no debate da desigualdade em saúde.

O argumento das *Capacidades Básicas* pode ser exemplificado através da Figura II. Do lado esquerdo está o mundo dos bens de consumo, que tem sido o ponto de focagem tradicional da ciência econômica ao analisar os problemas da distribuição. Estes bens são transformados em produtos intermédios mais fundamentais apelidados de 'características' segundo a abordagem de Lancaster (1966). Uma focalização nas características conduzir-nos-ia a interpretar a procura de cuidados de saúde como uma procura de fatores tais como a eficácia clínica, a assistência pelo Médico de Família, e assim por diante. Passando para o mundo das pessoas, a maneira como os indivíduos utilizam as características dos bens para produzir atividades humanas é descrita por Sen como 'funções' (p. ex., ganhar a sua vida, procurar formas de lazer, gozar de boa saúde etc). Tipicamente a maioria dos economistas não consideraria problemática a ligação das fun-

ções à utilidade. Sen discorda, afirmando que, embora níveis mais elevados de utilidade estejam associados a melhores funções, a ligação não é de modo nenhum direta. Por exemplo, suponhamos que, uma vez mais, nos defrontássemos com o problema de distribuir recursos entre dois indivíduos: o 'A' que, apesar de fisicamente incapacitado, apresenta um moral invariavelmente otimista, e o 'B' que não sofre de nenhuma doença em particular, e tem uma elevada utilidade marginal de rendimento, mas que por ser, no fundo, essencialmente pessimista, se encontra na realidade em pior situação do que o 'A' em termos de utilidade total. Basearmos-nos na utilidade conduziria a uma distribuição preferencial a favor do 'B' o que não parece muito justo. Isto porque não aparece em parte nenhuma da análise aquilo que a maioria consideraria como as necessidades maiores de 'A'. Se, por outro lado, nos basearmos nas funções, a interpretação da necessidade torna-se fundamental e permite incorporá-la como informação extra-utilidade. Encontramos aqui ecos das já velhas advertências dos economistas da saúde de que as necessidades devem ser vistas como instrumentais para a realização do desejado estado-final (no exemplo acima, ser capaz de se mover de um lado para o outro) e que o sucesso de uma política de saúde deve ser avaliado *em termos das mudanças nos atributos individuais* (Culyer, 1980).

FIGURA II

A Cadeia desde os Bens até à Utilidade



Fonte: Sen (1980)

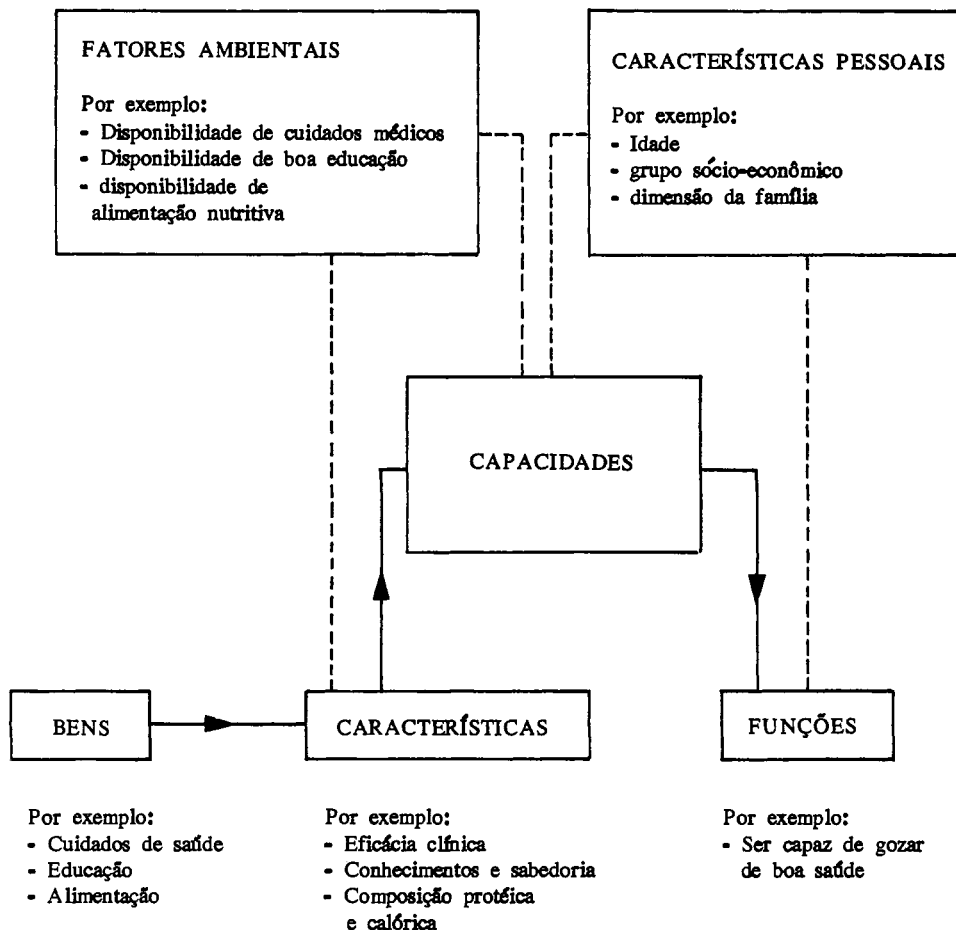
Sen afirma ainda que, em termos de equidade, o fato de uma pessoa estar a funcionar de uma certa maneira nos interessa menos do que o fato de esse indivíduo ter ou não a capacidade de assim fazer. Donde que a igualdade de capacidades básicas seja o princípio de equidade primordial. Esse argumento aparece refletido nas preocupações de equidade em saúde em que os objetivos políticos são geralmente

definidos em termos do acesso de um indivíduo a cuidados de saúde, mais do que da sua utilização. O basear-nos nas funções poderia implicar que uma pessoa devesse usar continuamente os serviços médicos, ao passo que a idéia crucial é a de que as pessoas deveriam poder fazê-lo quando assim decidissem. Este elemento da escolha é geralmente considerado importante, embora francamente menos no universo das capacidades básicas em que Sen inclui aspectos como a capacidade de as pessoas satisfazerem as suas necessidades nutricionais, de vestuário, de habitação e, fundamentalmente, no aspecto que nos interessa, de gozarem de boa saúde.

A proposta de Sen de tratar as questões da distribuição em termos das capacidades básicas das pessoas tem vantagens óbvias. Em primeiro lugar, é defensavelmente a mais coerente e operacional formulação dos valores Socialistas-Democráticos encontrada na literatura. No entanto é interessante notar que, embora camaradagem e igualdade estejam presentes, o princípio de capacidades básicas se apóia muito mais na noção de liberdade: isto é, que as pessoas deveriam possuir segurança econômica e social. Em termos analíticos isto sugere que a dimensão do conjunto de oportunidades das pessoas é mais importante do que o ponto específico nesse conjunto que acaba por ser escolhido.

A importância da abordagem de Sen na análise do problema da equidade em saúde pode ser apreendida através da Figura III, que apresenta um esquema de produção da função 'boa saúde'. O estado de saúde atingível depende, neste esquema, das capacidades de funcionar que as pessoas têm à sua disposição. Estas capacidades são, por seu turno, determinadas pelos bens (p. ex., cuidados de saúde, educação, alimentação) ou, mais diretamente, pelas características dos bens (eficácia clínica, conhecimentos e sabedoria e composição protéica e calorífica). De uma forma importante, as características dos bens estão relacionadas com fatores ambientais (disponibilidade de cuidados médicos, de boa educação, de alimentação nutritiva) e características pessoais (p. ex., idade, nível sócio-econômico, dimensão da família etc). Assim, se um indivíduo é ou não capaz de atingir um estado saudável dependerá do seu acesso a bens produtores de saúde, e da sua titularidade de funções produtivas de saúde, em si próprios determinados, em parte, pelo acesso aos bens de consumo. Em suma, no que diz respeito à equidade, igualdade de capacidades implica igual acesso aos benefícios da saúde.

FIGURA III

A Produção de Saúde na Abordagem das
"Capacidades Básicas"

Há também implicações importantes para a análise econômica na abordagem de Sen, dado que tem muito em comum com modelos de produção familiar (também apelidados de capital humano), que se baseiam no estudo pioneiro de Becker (1965). Esta linha de investiga-

ção tem considerado a importância de *inputs* tais como tempo e restrições monetárias na produção de bens fundamentais geradores de utilidade. No modelo de procura da saúde de Grossman (1972), os indivíduos produzem um certo capital de saúde durável, que pode ser acumulado, e que ao mesmo tempo pode exigir manutenção através de investimento em características humanas não-genéticas e em características dos bens. Os bens domésticos fundamentais — capacidade de trabalhar, de gozar a vida etc — coincidem em todos os pontos com as funções de Sen. O que as distingue é que os escritores tradicionalmente interessados pelo capital humano não consideram normalmente problemática a ligação entre funções e utilidade. Sen, por outro lado, sublinha que quaisquer dois indivíduos, ou até o mesmo indivíduo em épocas diferentes, podem fazer escolhas idênticas quando confrontados com o mesmo conjunto de capacidades, e no entanto vir a encontrar níveis de utilidade bastante diferentes. Logo, a nossa atenção deveria centrar-se no conjunto de capacidades. Muellbauer (1987) afirma que numa análise empírica este problema não é insuperável: *O que é importante é que as relações que determinam o conjunto de capacidades são relativamente universais, e que as variáveis determinantes e as funções escolhidas são relativamente perceptíveis.* Na sua réplica a Muellbauer, Sen referiu-se a um outro ponto de discórdia em relação à abordagem do capital humano: que as funções são 'produzidas' tanto fora como dentro do ambiente doméstico (Sen, 1987). Mas, mais uma vez, este problema poderia ser resolvido através da generalização do modelo de procura de saúde de modo a considerar os efeitos das alterações exógenas sobre as atividades domésticas (como em Birch, 1987, por exemplo).

O debate Socialista-Democrático sobre equidade desde há muito que se revela fonte de grande confusão na procura de princípios orientadores que sejam simultaneamente específicos, claros e operacionais, apesar de existirem poucas dúvidas quanto à importância daquele ponto de vista ideológico na criação de instituições que procuram assegurar a existência de justas oportunidades para todos os cidadãos. Nos últimos anos, no entanto, têm-se realizado importantes trabalhos sobre a explicação das preocupações societárias com as questões da distribuição e sobre a própria definição do conceito de equidade. Estes trabalhos merecem uma atenção mais pormenorizada do que a que lhes tem sido atribuída até agora. Sobretudo, eles parecem conter concepções que os economistas poderiam continuar a desenvolver na análise da desigualdade em saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

Este artigo passou em revista aspectos normativos do debate sobre desigualdade em saúde que só muito recentemente começaram a ser abordados por economistas e outros cientistas da área social. Existe hoje um largo consenso no sentido de que apreender as implicações éticas dos diversos princípios de distribuição constitui pré-requisito para compreender por que é que as pessoas se preocupam com a desigualdade, como é que ela deve ser medida, o que é que a provoca, e como devem as políticas equitativas ser formuladas e monitorizadas. O atual estudo deverá servir como suporte conceitual a futuras análises empíricas que procurem um melhor entendimento do problema da desigualdade em saúde bem como das estratégias alternativas para combatê-la. Já demasiada investigação sobre o tema tem posto o carro à frente dos bois ao identificar distribuições desiguais sem tomar em consideração se elas são ou não, simultaneamente, inequitativas. Seria interessante e encorajador encontrar futuros trabalhos empíricos rigorosamente enquadrados em abordagens que reflitam os objetivos, explícitos ou implícitos, de políticas de saúde nacionais.



In the European debate on equity in health and health care a crucial question has received scant consideration. It concerns the precise specification of a health system's objectives and the manner by which they can be suitably interpreted to permit monitoring of implemented policies.

This article is an attempt to review actual and potential contributions to this area of study. It adopts the view that the meaning of equity in the health domain depends crucially on how social justice is defined and that this in turn depends on value judgements or the views of society held by individuals, groups or governments. Such an approach allows one to choose principles of distribution which are in agreement with a society's value set and subsequently to apply them as the correct yardstick for measuring the success of policy.

Following an initial exposition of the approach, the main body of the article discusses the question of competing theories of society — Libertarian, Liberal and Democratic Socialist — and appraises the various distribution principles, to be found in the economic and philosophical literature, which they imply. The final section offers some brief conclusions and avenues for further research.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, A. B. — *Social Justice and Public Policy*. Harvester Press, Brighton, 1982.
- BARR, N. — *The Economics of the Welfare State*. Weidenfield and Nicolson, London, 1987.
- BECKER, G. — “A theory of the allocation of time”. *Economic Journal*, Vol. n: 299, pp. 493–517, 1965.
- BEVERIDGE, W. — *Why I am a Liberal*. Jenkins, London, 1945.
- BIRCH, S. — *The Demand for Health: Extensions to the Human Capital Model*. Unpublished DPhil thesis, University of York, 1987.
- CULYER, A. J. — “Medical care and the economics of giving”. *Economica*, Vol. 38, n: 51, pp. 295–303, 1971.
- CULYER, A. J. — *Need and the National Health Service*. Martin Robertson, London, 1976.
- CULYER, A. J. — *The Political Economy of Social Policy*. Martin Robertson, Oxford, 1980.
- CULYER, A. J. — (ed.) *Health Indicators*. Martin Robertson, Oxford, 1983.
- CULYER, A. J. — “Commodities, characteristics, capabilities, utilities and the quality of life”. Paper presented to the IRISS Conference 1987, University of York, 11–12 November, 1987.
- CULYER, A. J.; MAYNARD, A.; WILLIAMS, A. — “Alternative systems of health care provision: an essay on motives and beams”. In: M. Olson (ed.) *A New Approach to the Economics of Health Care*. American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981.
- DANIELS, N. — “Health care needs and distributive justice”. *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 10, n: 2, pp. 146–179, 1981.
- DWORKIN, R. — “What is equality?” *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 10, n: 3 and 4, pp. 185–246 and pp. 283–345, 1981.
- ENTHOVEN, A. — *Health Plan: The Only Practical Solution to the Soaring Cost of Medical Care*. Addison-Wellesley, Reading, Mass., 1980.
- FLEW, A. — “Inequality is not injustice”. *Economic Affairs*, June-July, pp. 34–37, 1987.
- FRIEDMAN, M.; FRIEDMAN, R. — *Free to Choose*. Penguin, London, 1980.
- GEORGE, V.; WILDING, P. — *Ideology and Social Welfare*. Routledge and Kegan Paul, London, 1985.
- GROSSMAN, M. — *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. National Bureau of Economic Research, New York, 1972.
- HAYED, F. A. — *The Constitution of Liberty*. Routledge and Kegan Paul, London, 1960.
- KEYNES, J. M. — *The General Theory of Employment, Interest and Money*. (1936) MacMillan, London, 1946.
- KLAPPHOLZ, K. — “Equality of opportunity, fairness and efficiency”. In: M. Peston and B. Corry (eds.) *Essays in Honour of Lord Robbins*. Weidenfield and Nicolson, London, 1972.
- LANCASTER, K. J. — “A new approach to consumer theory”. *Journal of Political Economy*, vol. 74, pp. 132–157, 1966.

- LE GRAND, J. — "Equity as an economic objective". *Journal of Applied Philosophy*. Vol. 1, n: 1, pp. 39–51, 1984.
- LE GRAND, J. — "Inequalities in health and health care: a research agenda". In: G. Wilkinson (ed.) *Class and Health: Research and Longitudinal Data*. Tavistock, London, 1986.
- LE GRAND, J. — "Equity, health and health care". In: "Three Essays on Equity". SunTory Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines: Welfare State Project. Discussion Paper n: 23, London School of Economics and Political Science, 1987.
- LINDSAY, C. M. — "Medical care and the economics of sharing". *Economica* Vol. 36, n: 144, pp. 351–362, 1969.
- MOONEY, G. H. — "What does equity in health mean?". *World Health Statistics Quarterly*, n: 4, 1987.
- MUELLBAUER, J. — "Professor Sen on the standard of living". In: A. Sen. *The Standard of Living*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
- NOZICK, R. — *Anarchy, State and Utopia*. Basic Books, New York, 1974.
- O'HIGGINS, M. — "Egalitarians, equalities and welfare evaluation". *Journal of Social Policy*. Vol. 16, n: 1, pp. 1–18, 1987.
- PAZNER, E. A.; SCHMEIDLER, D. — "Egalitarian equivalent allocations: a new concept of economic equity". *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 92, n: 369, pp. 671–687, 1978.
- PEREIRA, J. — "The economic interpretation of equity in health and health care". Paper presented to the VIII Jornadas de Economía de la Salud. Gran Canarias, May, 1988.
- PEREIRA, J. — "Equity objectives in Portuguese health policy". *Social Science and Medicine*, Vol. 31, n: 1, pp. 91–94, 1990.
- RAWLS, J. — *A Theory of Justice*. Harvard University Press. Cambridge, Mass., 1971.
- ROEMER, J. — "Equality of resources implies equality of welfare". *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 101, pp. 751–784, 1986.
- SEN, A. — *On Economic Inequality*. Clarendon Press. Oxford, 1973.
- SEN, A. — "Rational fools: a critique of the behavioural foundations of economic theory". In: *Choice, Welfare and Measurement*. Basil Blackwell, Oxford, 1982. pp. 84–106, 1977.
- SEN, A. — "Equality of what?". In: *Choice, Welfare and Measurement*. Basil Blackwell, Oxford, 1982, pp. 353–369, 1980.
- SEN, A. — *The Standard of Living*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
- SMITH, A. — "Qualms about QALY's". *The Lancet*, vol. 1, p. 1134, 1987.
- TELFER, E. — "Justice, welfare and health care". *Journal of Medical Ethics*, Vol. 2, n: 3, pp. 107–111, 1976.
- WEST, P. — "What is wrong with QALY's?". Paper presented to a meeting of the Health Economists Study Group, University of York, January, 1986.
- WILLIAMS, A. — "Ethics and efficiency in the provision of health care". In: J. M. Bell and S. Mendus (eds.) *Philosophy and Medical Welfare*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988.
- WOOD, A. — "Marx and equality". In: J. Roemer (ed.) *Analytical Marxism*. Cambridge University Press, Cambridge, 1986.