

¿Medicina basada en el mercado o medicina basada en el paciente?

Market-based medicine or patient-based medicine?

Dr. Pablo R. Justich^a

RESUMEN

La atención de la salud ha evolucionado a través de los siglos pasando de un modelo teocéntrico hacia un modelo centrado en el hombre, su entorno y su sociedad. El proceso de globalización neoliberal ha modificado las relaciones entre los componentes del sistema de salud y la población. La activa participación de organismos como la Organización Mundial de Comercio, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial junto al complejo industrial tecno-sanitario tienden a convertir la atención de la salud en un modelo centrado en la economía. Esto impacta negativamente en todos los actores del proceso de atención de la salud y produce un efecto desfavorable respecto de la atención humanizada. El análisis de cada sector en particular y sus interacciones nos muestra los efectos de este cambio. Se proponen alternativas para cada sector que contribuyan a un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno familiar y social.

Palabras clave: *humanismo, capitalismo, sistemas de salud, salud pública.*

ABSTRACT

The health care has evolved over the centuries from a theocentric model to a model centered on man, environment and society. The process of neoliberal globalization has changed the relationship between the components of the health system and population. The active participation of organizations such as the World Trade Organization, the International Monetary Fund and the World Bank by the techno-medical industrial complex tends to make the health care in a model focused on economy. This, impacts negatively on all components in the process of health care and have an adverse effect on the humanized care. The analysis of each sector in particular and their interactions shows the effects of this change. Alternatives are proposed for each sector to contribute to a model of care focused on the patient, their family and the social environment.

Key words: *humanism, capitalism, health systems, public health.*

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.146>

INTRODUCCIÓN

Si entendemos a la medicina como arte y ciencia de curar, aceptamos que una parte esencial

de nuestra profesión implica un acto profundamente humano. No hay arte sin nuestro compromiso afectivo y creativo. Resultaría difícil aceptar que practicamos una “técnica” de curar, o que justifiquemos todo por la ciencia sin valorar el impacto que tiene la palabra y el gesto en cada acto nuestro.

Para que el médico y el paciente gocen de una relación humanizada debe existir deseo y voluntad de que esto ocurra, en un entorno que facilita y recrea condiciones adecuadas para ello.

Por diversas razones, en ocasiones actuamos de tal modo que nuestro paciente no recibe el trato más humano posible, y a la recíproca, no nos sentimos tratados “humanamente”. El objetivo de este trabajo es analizar las principales causas de esta situación, partiendo del análisis del contexto y sus condicionamientos al individuo.

Globalización neoliberal y sociedad

Durante las últimas décadas las sociedades occidentales sufrieron profundas transformaciones socioeconómicas, en las cuales la salud no está exenta. Una de las principales es la instalación de la llamada globalización neoliberal, que atravesó la economía y prácticamente todos los niveles de acción y participación social. En el modelo ecológico de determinación de la salud,¹ hay un impacto de estos cambios en casi todos los niveles de la misma, y la atención humanizada de la salud es un reflejo claro de ello.

La economía centrada en el “mercado” instaló al consumo de bienes, las transacciones económicas, la posesión de objetos, etc. como el eje en torno del cual se deben organizar

a. Hospital La Vega.
Murcia, España.

Correspondencia:
Dr. Pablo R. Justich:
pablojustich@gmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 17-11-2014
Aceptado: 17-11-2014

las sociedades. Aquellas cuestiones que se regían por lógicas o concepciones no centradas en lo económico, debieron adaptarse a reglas de la hipotética “mano invisible”² que supuestamente regula las economías modernas.

Contexto histórico de la atención de la salud

En sus orígenes el cuidado de la salud tuvo como eje la religión (modelo “teocéntrico”). Luego pasó a ser concebida como un fenómeno del hombre y su relación con el entorno (Hipócrates: aguas, aires y lugares);³ pasando a constituir un modelo “antropocéntrico”. A finales del siglo XVIII y principios del XIX la salud comenzó a ser comprendida como un fenómeno social: el eje era el hombre, su entorno familiar y ambiental, todo en relación con el marco social. La salud deja de entenderse como un fenómeno solo individual y es interpretada como un hecho también colectivo. Con Johann Peter Frank (Alemania, 1745-1821) surge el concepto de Salud Pública y el estudio sistemático de la relación entre pobreza y enfermedad, Estado y salud, etc.

En este proceso se destacan dos hitos:

- 1902. Se crea la Organización Panamericana de la Salud, primer organismo sanitario supranacional de importancia (PAHO-OPS).
- 1946. Se funda la Organización Mundial de la Salud (WHO-OMS).

Desde entonces se vivió una verdadera revolución en la medicina, acompañada por la comunidad científica y por muchos Estados que dieron pasos fundamentales hacia un nuevo modelo sanitario. La salud pasó a tener su eje en el hombre como parte de un tejido social, superando las fronteras de los Estados.

Se logró, entre otras cosas, un mayor conocimiento de las enfermedades, especialmente las predominantes en la primera etapa de la transición epidemiológica; una marcada disminución de la mortalidad materno-infantil; un aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer, etc. El primer gran éxito de esta estrategia es la erradicación de la viruela en 1977. Durante la conferencia de Alma Ata de 1978 se definió un camino viable para lograr el objetivo principal “Salud para todos en el año 2000”. Todo parecía ir a mejor.

Sin embargo nuevos vientos de cambio modificaron negativamente ese rumbo con el surgimiento de un nuevo fenómeno social en occidente: la globalización neoliberal. Con el final de la guerra fría, se produce un cambio determinante en la economía occidental: el poder

se vuelve unipolar e impone el establecimiento de reglas político-económicas basadas en el liberalismo neoclásico. El “mercado” se transforma en el principal actor de la economía y todo control o participación estatal es denostado. La salud fue transformándose conceptualmente en una mercancía y como tal, regida por reglas mercantilistas.

En América estas reglas fueron definidas en 1989 bajo la firma del “Consenso de Washington” y en Europa, en 1992 con la firma del “Tratado de Maastricht”. Ambos obligaban a los Estados firmantes a implementar planes económicos centrados en políticas monetarias y fiscales restrictivas; liberalización de la actividad económica, financiera y el comercio; privatización de organismos estatales y desregulación de los marcos legales y normativos de la economía. La salud no quedó exenta de esta nueva forma de pensamiento hegemónico. Mediante los Programas de Ajuste Estructural (PAE) se impuso:

- Desregular los sistemas sanitarios.
- Convertir los centros públicos en privados.
- Implementar co-pagos por la atención.
- Reducir la cobertura sanitaria implementando seguros privados.
- Desarticular los programas de seguridad social y programas de salud de carácter público.

La agenda sobre intervención en políticas de salud a nivel internacional pasó a ser gobernada por el Banco Mundial (BM) creado en 1944 (Acuerdos de Bretton Woods) en detrimento de la OMS (documento invertir en salud 1993, objetivos para el desarrollo del milenio, etc.).⁴

Un banco pasó a decidir cómo, cuánto y dónde invertir en salud. Tan lógico como que la OMS se encargase de definir las nuevas reglas financieras internacionales.

A nivel macroeconómico se establecieron nuevas reglas de juego:

1. Los presupuestos de salud deberían ser dinamizadores de la economía.
2. El gasto en salud debería administrarse según reglas del mercado.
3. El derecho a la propiedad intelectual estará por encima del derecho a la vida.

Una nueva moral se establece en torno a la salud pública: “...Nosotros no desarrollamos estos fármacos para el mercado indio, seamos honestos, los desarrollamos para los pacientes occidentales que se lo pueden permitir...”. (Foro para la Industria Farmacéutica, Londres, 2013).⁵

En 1995, con la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) se impone para

la industria farmacéutica y tecno-sanitaria la misma lógica de protección de patentes que para la industria en general.

En 2001 la Ronda de DOHA (Qatar) restringe a mínima expresión las excepciones humanitarias a las patentes de medicamentos y tecnología médica.

Podríamos decir que la evolución final de la salud tiende hacia un modelo *mercado*centrico.

Impacto de la evolución de un modelo sanitario centrado en el mercado

Vamos a proponer un análisis basado en un modelo ecológico. Desde el punto de vista social, existe una clara interacción entre el modelo de globalización neoliberal (GN), la determinación social de la salud y la transición epidemiológica. La economía de mercado influye en casi todos los niveles de determinación de la salud, con mayor impacto en los llamados determinantes sociales (Figura 1). En relación a la influencia sobre el modelo de transición epidemiológica, se ha observado que los cambios socioeconómicos inherentes a este modelo, no solo no han generado una evolución hacia

instancias superadoras, sino que en casos como Argentina o Brasil, lo han hecho hacia modelos de polarización epidemiológica o inversión del proceso de transición, con el crecimiento relativo de patología infecciosa, carencial o relacionada con parto y puerperio (Figura 2).⁶

Análisis del impacto de la globalización neoliberal sobre los diferentes actores del sistema de salud

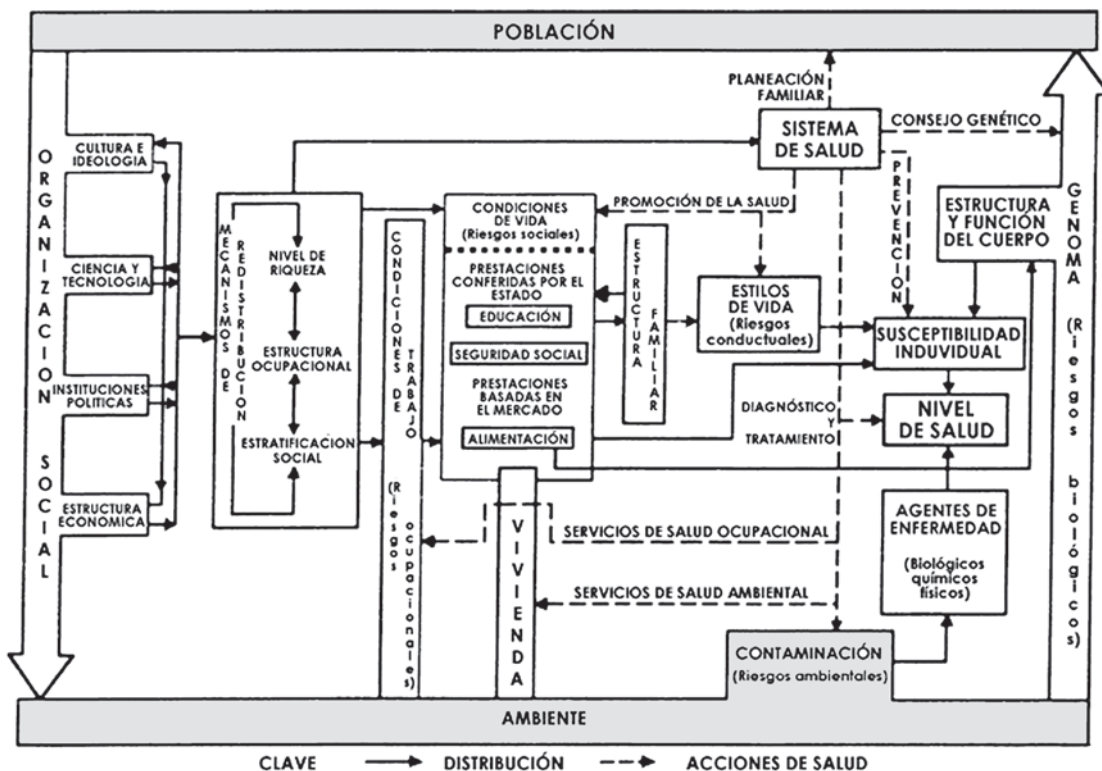
Proponemos realizar un análisis en 5 niveles y sus interacciones directas, partiendo desde lo macro (Instituciones gubernamentales), pasando por diferentes niveles de acción, hasta llegar al paciente (Figuras 3 y 4).

El mercado, imperfecto por la presencia de monopolios, oligopolios y reglas de juego asimétricas, afecta a todos los niveles de atención de la salud.

Mercado, organismos internacionales y gobierno

Si observamos la evolución de las políticas de salud propuestas por los diferentes organismos sanitarios internacionales (OIS), notamos que más

FIGURA 1.



Modificado de: Frenk J. "La salud de la población. Hacia una nueva salud pública". La ciencia desde México/133. México: Fondo de Cultura Económica, 1994:98-108

FIGURA 2

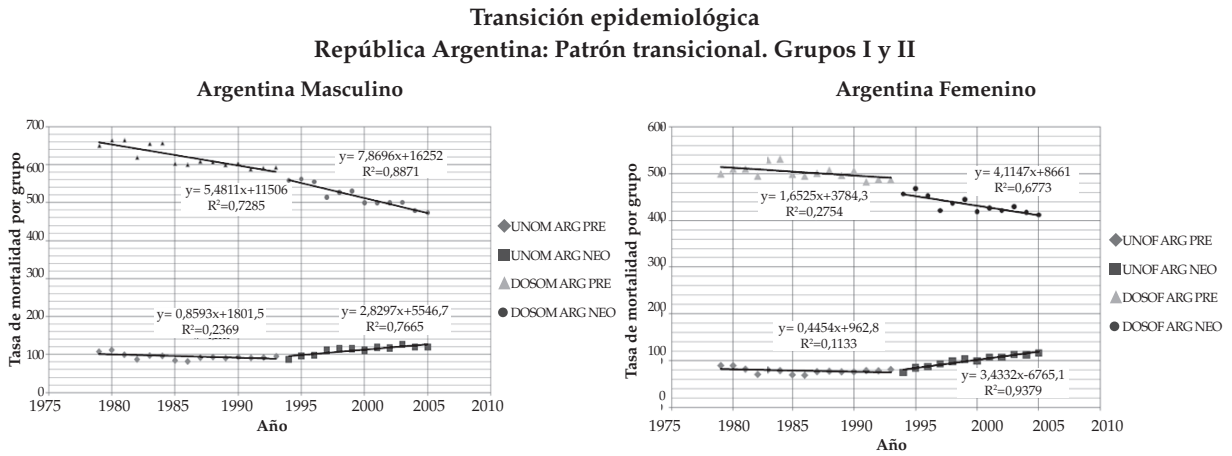


FIGURA 3

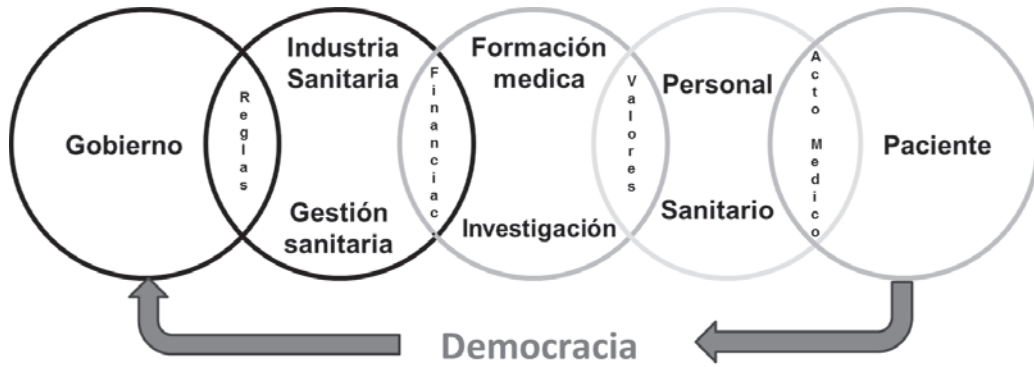
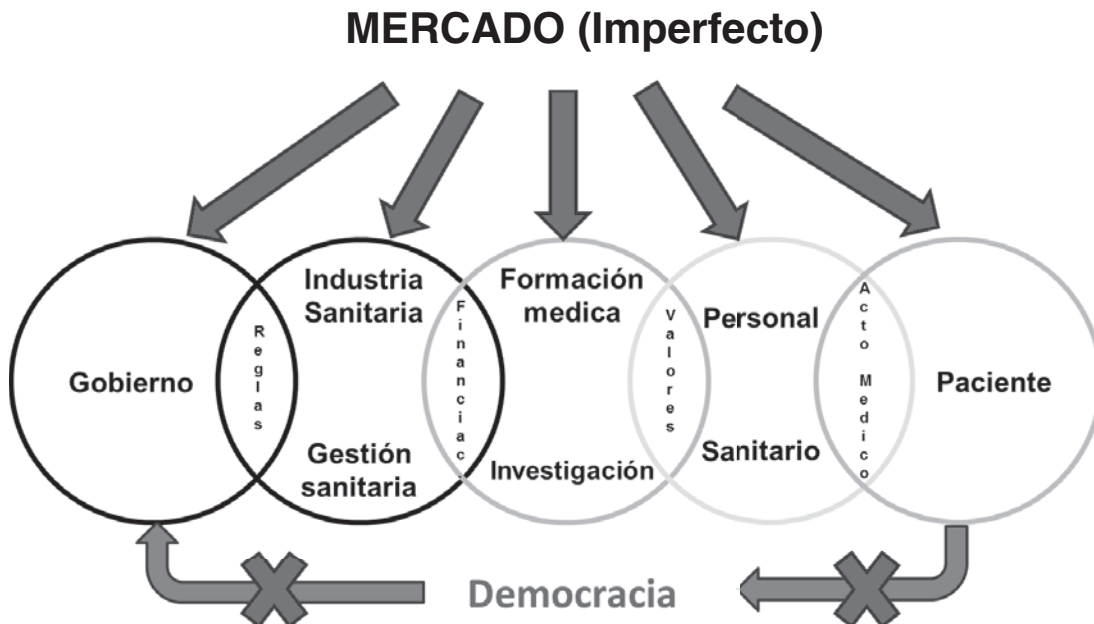


FIGURA 4



allá de iniciativas específicas, no parece haber un proyecto sanitario a la altura de Alma Ata. Las políticas se reducen a programas que en mayor o menor medida atienden a cuestiones concretas, pero no a una cosmovisión sanitaria. Hay un silencio preocupante ante las graves discordancias entre las necesidades de acciones, tecnologías sanitarias y desarrollo industrial farmacéutico que demanda la población mundial y los intereses de la industria tecno-sanitaria.

Tanto los OIS como los gobiernos occidentales en general, dejan librado al mercado el desarrollo tecno-sanitario, lo que deriva en un desvío de conocimientos y recursos desde lo necesario hacia lo rentable. La imposición del consumo de tecnologías novedosas (no siempre adecuadas desde el punto de vista costo-beneficio), obliga a desviar porciones importantes de los presupuestos de salud, restándolas a medidas del alto impacto sanitario. Sabemos que lo que se invierte en prevención, promoción y protección de la salud redundará en una población más sana, mientras que la utilización de recursos de última tecnología tiene costos elevados y beneficios más individuales que colectivos.

Numerosos estudios demostraron los efectos devastadores que han tenido los PAE exigidos por WB-BM y IMF-FMI, especialmente en países en vías de desarrollo.^{7,8}

Mercado, industria tecnosanitaria y gestión sanitaria

Este sector asumió mayor protagonismo durante el proceso de globalización. Hoy asumimos como normal que el desarrollo tecnológico prefiera las áreas más lucrativas y con orientación a los países o pacientes de mayores ingresos, muchas veces desatendiendo a los de menor ingreso y mayor vulnerabilidad. Por interés en algunos casos, o desinterés en otros, se dejan de producir tratamientos de gran efectividad y relativo bajo costo. Un ejemplo llamativo es la tendencia en algunos países desarrollados a la desaparición de cefalosporinas de 1^{ra} generación y presentaciones de gran rendimiento posológico de aminopenicilinas, lo que conlleva la prescripción de costosos antibióticos de 2^{da} o 3^{ra} línea en patologías prevalentes que no lo requieren.⁹

También se utilizan técnicas de dudosa ética para la promoción de productos (dádivas, prescripciones costosas a cambio de incentivos, etc.).

La extrapolación de estrategias de gestión basadas en el mercado, a la gestión sanitaria

conduce a estrepitosos fracasos al ignorar variables relacionadas con la atención de la salud. Cuando se pretende gerenciar un sistema sanitario como si fuese una fábrica, se ignoran conceptos elementales de nuestro arte-ciencia. Cabría preguntarse si pueden ser necesarios los mismos minutos para asistir a un paciente en un barrio pobre en una situación de crisis, que una consulta para retirar una receta médica de un antihipertensivo de última generación. Impacta también de forma negativa la tendencia a priorizar la atención de tipo institucional en detrimento de la atención personalizada (guardias médicas, domicilios, servicios de ambulancias para patología banal, etc.).

La imposición de estrategias mercantilistas a la atención de la salud, pretende llevarnos a un nuevo concepto: "Medicina Basada en la Eficiencia" con los peligros que conlleva considerar la eficiencia en términos económicos y no de morbilidad, mortalidad, calidad de vida, etc.

Mercado, formación médica e investigación

Si consideramos que los dos pilares fundamentales sobre los que se basa nuestra profesión son el conocimiento científico y el esencial enfoque humanístico que tiene el acto médico, parecería razonable pensar que ambas áreas deberían ser desarrolladas y enseñadas en profundidad desde el pre-grado. No obstante, en muchos programas de formación médica actuales, encontramos que el espacio curricular destinado a Ética, humanización del acto sanitario, relación médico-paciente, es escaso. Asimismo dentro del enfoque científico, se fomenta el interés por lo exótico o infrecuente, relacionando el diagnóstico con observaciones que ponen lo académico por encima de lo humano. De este modo el diagnóstico tiende a convertirse en un fin en sí mismo y no un vehículo para mejorar la vida de nuestros pacientes.

La investigación suele tornarse elitista y sus resultados se proponen como verdades incuestionables descalificando aquellas cuestiones de difícil cuantificación, pero a la vez vitales para el paciente, como son el tiempo de consulta, la calidad del vínculo médico-paciente, la atención personalizada, etc.

La investigación tiende a quedar relegada a grandes centros o a instituciones que cuentan con financiamiento y que no siempre están exentas de conflictos de intereses. El culto a la investigación científica frecuentemente carece de la humildad necesaria para asumir que existen sesgos, muchas veces inapreciados, que pueden

rebatir los conceptos establecidos. Bastaría con leer publicaciones de hace 20 o 30 años para darnos cuenta de que lo que entonces resultaba evidente, hoy puede ser inadmisibile. Los profesionales de la salud que no integran instituciones líderes en la investigación quedan relegados a una categoría menor. Casi sin poder participar de la construcción de conocimiento y siendo actores principales de la atención médica, se convierten en meros usuarios del conocimiento impuesto.

Como sociedad deberíamos preguntarnos sobre *quién* investiga, *por qué* investiga, *qué* investiga y *quiénes ganan* con lo que se investiga. No siempre la declaración de conflictos de interés responde estas preguntas.

Mercado y personal sanitario

Los profesionales de la salud muchas veces percibimos que hubo un proceso que convirtió a la Medicina de una profesión independiente en una dependiente (asalariado, prestador, etc.). Este cambio no está relacionado solo con cuestiones de organización de un sistema sino que modifica aspectos esenciales de la práctica cotidiana. El primer tema que debemos enfrentar, y sin tabúes, es el de la plusvalía. Comenzaremos por definirla:

Plusvalía

1. f. Acrecentamiento del valor de una cosa por causas extrínsecas a ella (Real Academia Española).¹⁰
2. Expresión monetaria del valor que el trabajador asalariado crea por encima del valor de su fuerza de trabajo y que se apropia gratuitamente el capitalista. Esto es, la expresión monetaria del plustrabajo.¹¹

A la relación central y prioritaria del acto médico como es la que existe con el paciente, se agregan nuevos actores: las corporaciones tecno-sanitarias y aseguradoras, los gestores administrativos, etc. Su aporte en la humanización de la salud y la aplicación del conocimiento científico es muy pobre, pero su protagonismo en decisiones sanitarias es determinante. Desde el punto de vista económico son quienes se apropian de la plusvalía, quedándose con una porción sustantiva de los recursos destinados a la atención de la salud.

Así, estas causas extrínsecas al acto médico se apropian de los recursos destinados a la salud: los costos de gestión sanitaria, el lucro de la industria tecno-sanitaria y farmacológica, los seguros de responsabilidad profesional, los fármacos

y tratamientos de alto costo y relativa eficacia, la realización de exámenes complementarios innecesarios, etc.

Desde el punto de vista del personal sanitario, cuanto mayor es el peso de la plusvalía, se deberán atender más pacientes para poder garantizar la subsistencia económica del médico. El tiempo creciente que demanda la formación profesional, es tiempo que se resta a la asistencia.

Otros actores que modificaron negativamente la relación entre el paciente y el sistema de salud son aquellos letrados que distorsionaron el concepto de justicia convirtiendo el litigio en un negocio. El daño que causan no es solo el relacionado con el caso en que litigan sin fundamentos, sino también en la respuesta reactiva que el colectivo sanitario asume para evitar este flagelo. El concepto de medicina defensiva (se solicitan exámenes complementarios innecesarios y costosos o interconsultas sin fundamento, o se prescriben medicaciones más por miedo que por juicio clínico), resta recursos al sistema de salud, y establece un escollo para la relación médico-paciente al generar el prejuicio de que quien atendemos es también quien nos puede demandar por tecnicismos. Afortunadamente son pocos los juicios que prosperan y obedecen a causas justas, pero el impacto sobre la atención de la salud no es proporcional a esta realidad.

Mercado y pacientes

Así como el paciente es visto como un *Cliente* por el sistema de salud, existe un cambio en la percepción de la propia salud por parte de la sociedad, asimilándola a una *Mercancía*. Entre los cambios profundos en la relación médico-paciente vemos:

- Se exigen resultados con celeridad, rótulos y diagnósticos precisos ante cada consulta (aun por patología banal).
- Se confía más en la erróneamente supuesta objetividad de exámenes complementarios muchas veces innecesarios y costosos por sobre el valor de la palabra y de una adecuada semiología.
- Un acto médico no es percibido como completo si no lleva algún tratamiento tangible, especialmente fármacos sintomáticos.
- Se valora más el *Servicio* (rapidez, atención domiciliaria, etc.) que la atención personalizada por un médico de cabecera.

Otra salud es posible

El rumbo que tomó la salud como

consecuencia de la mercantilización, puede ser modificado de un modo favorable, y este artículo intenta proponer un debate serio sobre los distintos niveles de decisión.

Mejorar la relación médico-paciente

Es imprescindible reconocer que el vínculo médico-paciente es la piedra fundamental en que se basa un sistema de salud. Puede estar influenciado por múltiples variables, pero no pueden faltar dos elementos: vocación y confianza.

La vocación es la condición *sine qua non* del buen ejercicio profesional. Es la que motiva a relacionarse con los pacientes del mejor modo, hace que los conocimientos posean un valor superior a su simple adquisición, y que se reconozca al bienestar del paciente como nuestro máspreciado objetivo.

La confianza del paciente es vital para la relación. Sin ella, el valor de la palabra se esfuma, la aceptación de los mejores consejos y tratamientos se relativiza, y la oportunidad de una relación estrecha, íntima y profunda, se banaliza.

Mejorar la formación médica y la investigación

Formación
Debemos priorizar en la formación de los profesionales, temas como atención humanizada, ética, prescripción responsable, etc. Centrar la atención en lo infrecuente o exótico, indirectamente le resta importancia a lo prevalente, que es lo más trascendente para mejorar la vida de nuestros pacientes. Deberíamos enseñar que gastar mucho no es lo mismo que gastar bien y que la medicina defensiva solo sirve para derrochar recursos que en vez de destinarse a cuidar la salud, se destinan a maximizar los beneficios empresariales.

La universidad debería mantenerse ajena a intereses económicos espurios y convertirse en el faro que oriente la formación médica hacia una salud con excelencia académica y basada en la ética como doctrina.

Investigación

Se debería fomentar la investigación con sentido social, cuyo principal fin sea lograr mejor salud para la mayor cantidad posible de personas. Cuando lo rentable se prioriza por sobre lo necesario, se está decidiendo que los más vulnerables sean los primeros en desatenderse al momento de investigar. La comunidad médica debería ser protagonista, y no prestarse a investigar sin contemplar un fin social en sus objetivos.

Mejorar la industria tecno-sanitaria y la gestión sanitaria

La industria tecno-sanitaria es un sector de gran importancia para la salud pero sus intereses económicos se deberían articular con las reales necesidades de la población y no a la inversa. Las líneas directrices sobre qué se investiga y para quién se produce, no deberían ser independientes del control estatal y de los OIS. Entender que este sector se regule solo por reglas de oferta y demanda, es no comprender su objetivo fundamental. Cuando rentabilidad económica y prevalencia de enfermedades se contraponen, debería quedar claro que la prioridad es la población.

Deberíamos repensar los modelos de gestión centrándolos en la perspectiva sanitarista y utilizando bajo su órbita los recursos administrativos más idóneos y no a la inversa. Una gestión de salud dirigida por sanitaristas tendría más posibilidades de éxito sanitario que una gestión dirigida por gerentes o banqueros. Se deberían establecer mecanismos de realimentación de la información con pacientes y personal sanitario. Una innecesaria intermediación solo aporta elevados costos asociados a una burocracia evitable y resta recursos a la atención directa de los pacientes.

Podemos construir una gestión sanitaria moderna desde nuevos paradigmas, donde la "calidad" esté por encima de la cantidad o la rentabilidad y donde los gestores puedan interpretar que la diversidad y complejidad de la atención médica no puede ser sometida exclusivamente a valoraciones numéricas o de tiempo máximo de consulta.

Mejorar los gobiernos y organismos internacionales

En todo cambio estructural, es necesaria una actitud clara y valiente de los gobernantes. Si velan por los intereses de la población más que por intereses sectoriales, se abren numerosos caminos para resolver problemas sanitarios postergados o desatendidos. El control de la atención sanitaria, sus resultados y los recursos requeridos, no pueden estar ajenos a los organismos responsables (OIS, gobiernos). La regulación de investigación y producción tecno-sanitaria es una obligación indelegable.

En Argentina, deberíamos pensar en crear un sistema nacional de salud y seguridad social con máxima cobertura, financiamiento adecuado, regionalización de la atención médica, sin superposiciones, enfocado en necesidades de

la población y no solo en las de organismos de gestión, intermediarios, prestadores, etc.

A nivel internacional, seguramente estaríamos más cerca de lograr “Salud para todos” si la WHO-OMS establece la estrategia y el WB-BM se dedica a financiarla que si dejamos en manos de este último las prioridades de la salud de nuestros países.

Reflexión

En nuestra formación, muchos tuvimos la posibilidad de aprender sobre la esencia de la medicina, cosas que no siempre están en los libros. Maestros de la talla de Florencio Escardó, Carlos Gianantonio, Mario Rípoli, Alberto Agrest, etc. dejaron un mensaje que nos obliga a mirar nuestra profesión despojándonos de nuestros intereses. Muchos diagnósticos y tratamientos que hoy son una verdad absoluta, dentro de 50 años seguramente serán absurdos, pero algo seguirá siendo incuestionable: mirar a los ojos, estrechar la mano, escuchar con atención, hablar con afecto y querer a nuestros pacientes. ■

REFERENCIAS

1. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1994. Págs. 98-108. (La ciencia desde México; N° 133).
2. Stiglitz J. There is no invisible hand. The Guardian [Internet]. 20 de diciembre de 2002. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/education/2002/dec/20/highereducation.uk1/print>. [Acceso: 25 de octubre de 2014].
3. Hipócrates. Tratado de Hipócrates de los ayres, aguas y lugares. Bonafon F, Korais A, traductores. Madrid: de la Calle de la Greda; 1808.
4. Maset Campos P. Globalización y organismos internacionales sanitarios. En: Sánchez Bayle M, Colomo Gómez C, Repeto Zilbermann C, eds. *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones por la Defensa de la Sanidad Pública; 2005. Págs. 119-64.
5. La farmacéutica Bayer no fabrica medicamentos ‘para indios’, sólo para los que ‘pueden permitírselos’. *El Mundo* [Internet]. 20 de enero de 2014. Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2014/01/24/52e210d5e2704e36188b456b.html>. [Acceso: 20 de octubre de 2014].
6. Justich Zabala P. Impacto de la Globalización Neoliberal en Sudamérica. Murcia: Académica Española; 2012.
7. Stuckler D, Basu S. The International Monetary Fund’s effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *Int J Health Serv* 2009;39(4):771-81.
8. Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med* 2008;5(7):e143.
9. Vademecum.es [Internet]. Madrid: Vidal Vademecum Spain; 2014. Amoxicilina. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-amoxicilina-j01ca04>. [Acceso: 12 de agosto de 2014].
10. Diccionario de la lengua española. 22° ed. [Internet]. Madrid: Real Academia Española; 2001. Plusvalía. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=plusval%C3%ADa>. [Acceso: 12 de mayo de 2014].
11. Wikipedia. La enciclopedia libre. [Internet]. San Francisco: Fundación Wikipedia; 2014. Plusvalor. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Plusvalor>. [Acceso: 8 de mayo de 2014].