

EL OBJETO DE LA JUSTICIA SANITARIA: ELEMENTOS PARA SU RECONSTRUCCION

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 2, 1997/ 28-38

Dr. Pablo Rodríguez del Pozo*

INTRODUCCION

El gasto en asistencia sanitaria crece aceleradamente en casi todas las naciones modernas, pero no parece haber una mejora paralela, ni de los indicadores vitales, ni del acceso de los más pobres a los servicios de salud. Nos enorgullece salvar las vidas de algunos niños, gracias a la tecnología y a la pericia y esfuerzo de nuestros profesionales. Pero debería avergonzarnos saber que la mayoría de las muertes infantiles es causada por patologías evitables, como la diarrea infantil o las enfermedades infecciosas. Mientras tanto, se han elaborado numerosas teorías sobre la justicia sanitaria. Sin embargo, la búsqueda ha resultado, hasta ahora, bastante desalentadora, sin haberse llegado a dar, al respecto, con una teoría definitiva en su fundamentación y plenamente operativa en su implementación práctica. En este artículo se plantea que tal vez el desajuste no se encuentre en el componente intelectual de las teorías de justicia, sino en su componente material, esto es, en su *objeto* o, si se prefiere, en la *cosa* a distribuir; y se proponen algunos elementos a tener en cuenta para reconstruir tal *objeto*.

DERECHOS HUMANOS, NECESIDADES HUMANAS Y JUSTICIA

La teoría dualista de los derechos fundamentales, desarrollada por Gregorio Peces-Barba, considera que en el concepto de derechos fundamentales existen dos planos concurrentes: el axiológico y el jurídico-positivo.¹ El primero de ellos está referido a la existencia de unos valores al servicio de la persona humana y de su dignidad, y sobre él se erige la denominada "pretensión moral fundante" de tales derechos: por ejemplo, la igualdad ante la ley, o la potestad individual de fijarse autónomamente los propios planes de vida, sin otra interferencia que la ley. El plano jurídico-positivo se refiere a la inserción de tales valores en normas de derecho positivo, y consiste en la plasmación normativa de aquella "pretensión moral fundante". Esta aproximación, expuesta aquí muy esquemáticamente, no requiere mayores explicaciones cuando se estudian los derechos civiles y políticos, "derechos de contenido negativo", centrados en las libertades y garantías individuales, que se materializan por lo general mediante notas que establecen la abstención del Estado (de

* Doctor en Derecho por la Universidad Carlos III de Madrid. Médico y Abogado por la Universidad de Córdoba. Master en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor del Master en Bioética OPS/Universidad de Chile.

¹ Ver PECES-BARBA MARTINEZ, GREGORIO: Derechos fundamentales, 4ª edición (1ª Ed. 1973), Sec. de Publicaciones, Fctad. de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1983; pp. 25 y ss..

allí el contenido “negativo”) de interferir en la esfera de los derechos y libertades individuales: “Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”, dice, por ejemplo, el artículo 19 de la Constitución argentina.

Pero desde hace poco más de un siglo, junto a los derechos de contenido negativo, existen los denominados “derechos fundamentales de contenido positivo”, o derechos de prestación. Estos, como su denominación lo sugiere, no se satisfacen ya mediante una mera abstención del Estado, sino que su materialización exige de aquél la prestación de servicios, por sí o a través de terceros. Este es el caso del derecho a la educación. Aquí la teoría dualista sí que requiere un análisis adicional. En estos derechos, la pretensión moral fundante no consta un único elemento de tipo genérico (v.gr., la igualdad de oportunidades), sino que a su estructura constitutiva se añade un segundo componente, esta vez de tipo concreto, *material*, referido a los bienes o servicios pretendidos (v.gr., la enseñanza). Este último estará directamente vinculado a las *necesidades* de los individuos que deben ser satisfechas, como exigencia para la materialización del derecho de que se trate. Los bienes y servicios pretendidos quedarán plasmados en la ley y constituirán el *objeto* del derecho en cuestión (v.gr., la educación primaria y secundaria gratuitas). Como se trata de distribuir bienes y servicios o, si se prefiere, recursos escasos entre los titulares del derecho, aquí aparecen los problemas de justicia, y la necesidad de pensar en una distribución justa. El *objeto* de cada derecho será también el *objeto* de la justicia, entendido como “la cosa material” que aquélla pretende distribuir equitativamente, dando a cada uno lo que le es debido.

Este esquema es aplicable al derecho a la asistencia sanitaria. En este terreno, equivocadamente, las más recientes teorías de justicia han tendido a centrarse casi de manera exclusiva en la asistencia sanitaria curativa tal y como se ha desarrollado en los últimos decenios de este siglo, estimando que *toda* la oferta diagnóstica y terapéutica, actual y futura, compone el *objeto* de este derecho. Las diversas teorías sobre la justicia sanitaria parecen considerar implícitamente que la actual oferta médica es expresión de las *necesidades* a satisfacer en razón del componente material de la pretensión moral fundante. El razonamiento seguido parece ser: (a) existe una pretensión moral fundante de un posible derecho al cuidado de la salud, y tal pretensión tiene un componente *mate-*

rial: (b) este componente material se vincula directamente a las *necesidades* a ser satisfechas a los titulares de aquel derecho; (c) la oferta médica actual, con todo su impresionante despliegue diagnóstico y terapéutico, es una respuesta a aquellas *necesidades*, y constituye la mejor manera de reconocerlas (si bien de modo indirecto); luego, (d) los bienes y servicios pretendidos por los individuos en función de sus *necesidades* coinciden exactamente con la oferta médica actual y, por ello, ésta constituye el *objeto* del derecho a la asistencia sanitaria y, por lo tanto, el *objeto* de la justicia en materia de salud.

En las páginas que siguen se intentará ahondar sobre el problema del objeto de la justicia sanitaria, procurando señalar que hay algo que no cuadra en la fórmula recién presentada. Para ello se expondrá, en primer lugar, una teoría de las necesidades humanas en general y, en particular, de las necesidades humanas vinculadas a aquellas pretensiones morales, en su componente material, que sirven de base a los derechos fundamentales de prestación. Más adelante se entrará directamente en la teoría de la *necesidad asistencial*, presentando sus posibles elementos constitutivos. A partir de estos elementos se pretenderá llegar a la conclusión de que las *necesidades* asistenciales a satisfacer por el derecho a la asistencia sanitaria, o al cuidado de la salud, más que probablemente no coincidan con todo el despliegue diagnóstico y terapéutico ofrecido por la medicina actual. Será éste un intento de desvirtuar la visión que considera toda aquélla como el *objeto* de la justicia sanitaria. Se tratará, en suma, de llegar a la conclusión de que la oferta médica actual, tomada *in toto*, está lejos de constituir el *objeto único* de la justicia sanitaria. En particular, se intentará reflexionar sobre la necesidad de reconstruir tal *objeto* a partir de la teoría de las necesidades propuesta, si no queremos que la búsqueda de la justicia en materia sanitaria sea una tarea tan descorazonadora como hasta ahora.

LAS NECESIDADES HUMANAS

Muchas cosas son llamadas “necesidades”, aunque tal vez pocas cosas realmente lo sean. Es con este término nos referimos, por lo general, a cualquiera de los medios que requerimos para alcanzar fines, más allá de la relevancia de éstos. Así, hablaremos de cosas que necesitamos para sobrevivir, para obtener placer, o para satisfacer nuestros deseos y preferencias. No todas las cosas que decimos necesitar son, empero, estrictamente

necesidades conectadas al *objeto material* de un derecho fundamental, aun cuando los bienes capaces de satisfacerlas se encuentren en el mismo terreno, ni aunque tales bienes formen parte de nuestras preferencias y deseos. Parece conveniente, entonces, establecer pautas para reconocer las *necesidades* moralmente relevantes, en tanto vinculadas al elemento material de la pretensión moral fundante del derecho en cuestión.

Para tal fin, se ha propuesto a veces la distinción entre dos tipos de *necesidades*: (a) *necesidades básicas*: y (b) *instrumentales*. Las primeras estarán caracterizadas por ser *fundamentales* (en tanto su origen no está referido a otra necesidad) y *constitutivas* (en tanto no se vinculan a una circunstancia en particular). Las *necesidades instrumentales*, a su vez, serán *derivadas* (en tanto su origen está vinculado a otra necesidad) y *circunstanciales*. Puede sostenerse que las *necesidades básicas* tienen las siguientes propiedades:

a) *Son adscribibles objetivamente*.² Esto significa que podemos adscribirlas a una persona inclusive si ella no repara en que las tiene, y hasta si niega tenerlas, porque sus preferencias son diferentes de las *necesidades adscriptas*. Como dice Carlos Nino, las *necesidades adscribibles objetivamente* “son aquellas que están supeditadas a fines que no dependen de los deseos o preferencias de los agentes”.³

b) *Son objetivamente importantes*. Esto quiere decir que empíricamente les asignamos un peso especial a las reclamaciones basadas en ellas, y lo hacemos así de manera independiente de la importancia que les otorguen los individuos. De Lucas y Añón sostiene que “estamos en presencia de una necesidad humana básica (...) cuando podemos razonar y analizar una situación tal que su no satisfacción causa un daño o perjuicio (...) grave, tanto con relación a la supervivencia como al desarrollo de la persona como tal”.⁴

c) *Son universales*, significando esto que son iguales para todos, son características empíricas invariables de las personas, aun cuando la forma de provisión que se requiera en cada caso para su satisfacción pueda ser variable.

d) *Son cambiantes*, en el sentido de que si son empíricas es difícil pensar que puedan ser descubiertas todas ellas para todos los contextos, hasta formar una lista cerrada. De esta manera, algunas *necesidades* reputadas como *básicas* pueden a la postre, cambiando las circunstancias, venir a resultar derivadas.

Con estos caracteres, las *necesidades básicas* se pueden definir, con Ruth Zimmerling, diciendo que “*N* es una necesidad básica para *X* si y sólo si, bajo las circunstancias dadas en el sistema socio-cultural *S* en el que vive *X* y en vista de las características personales *P* de *X*, la no satisfacción de *N* le impide a *X* la realización de algún fin no contingente —es decir que no requiere justificación ulterior— y, con ello, la persecución de todo plan de vida”.⁵

El cuidado de la salud, evidentemente, cumple con todos los requisitos para ser considerada como una *necesidad básica*. Cualesquiera sean las metas escogidas por un individuo, y cualesquiera los caminos elegidos para alcanzarlas, se necesita de la salud para ello. Por esta razón la lucha contra la enfermedad, la liberación del proceso patológico o sus manifestaciones constituye una *necesidad básica*, y *la necesidad por excelencia*. Mario Bunge la considera como la *única necesidad básica* que no requiere justificaciones adicionales.⁶ Pero esta caracterización, así en crudo, si bien resulta convincente para pensar en los servicios para la salud como un derecho de prestación, nada nos dice con relación a los contenidos específicos de aquellas *necesidades* ni, por lo tanto, cuál sería en concreto el *objeto* de tal derecho. Las diversas teorías de justicia se limitan a considerar —al menos implícitamente— que la oferta médica actual no es otra cosa que la expresión cabal de las *necesidades asistenciales*, con lo cual toda aquella oferta vendría a constituir el *objeto* del derecho a la asistencia sanitaria y, por ende, el *objeto* de la justicia sanitaria.

En la sección siguiente se analizarán, en primer lugar, los conceptos de salud y enfermedad, para mostrar que una idea equivocada sobre ellos llevará, indefectiblemente, a equivocar también la

² Ver LUCAS, Javier de y María José Añón: “Necesidades, razones, derechos”, en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 55-81; p. 78.

³ NINO, Carlos S.: “Autonomía y necesidades básicas”, en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 21-34; p. 22.

⁴ LUCAS, Javier de y María José Añón: “Necesidades, razones, derechos”, citado; pp. 57-58, 61, 70 y 78.

⁵ ZIMMERLING, Ruth: “Necesidades básicas y relativismo moral”, en Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 35-54; p. 51.

⁶ Ver BUNGE, Mario: Treatise on Basic Philosophy. Vol. 8. “The Good and the Right”, Montreal, 1988.

idea de *necesidad asistencial*. Luego se recordará la teoría causal de la salud y de la enfermedad, demarcando allí el papel de la asistencia sanitaria actual, para hacer notar que ésta tiene efectos más bien restringidos en cuanto a la salud y la enfermedad. Se sostendrá que, si esto es así, tal asistencia mal puede ser vista como el *objeto* que primariamente satisface la *necesidad* relativa al estado de la salud, no pudiendo constituir, si no es reformulada críticamente, el *objeto* de la justicia sanitaria. En tercer término, se estudiará la estructura de la demanda asistencial, poniendo de manifiesto la diferencia, a veces abismal, existente entre *demandas* y *necesidades*, con el fin de poder señalar que el *objeto* de la justicia sanitaria resultará falso si es concebido sobre la base de las demandas y no de las *necesidades*. Por último, se plantearán algunas conclusiones.

TEORIA DE LA NECESIDAD ASISTENCIAL

El concepto de salud

Parece evidente, para muchos, que las intervenciones médicas están encaminadas a la protección y recuperación de la salud o, si se prefiere, a evitar y eliminar la enfermedad. Pero no es menos evidente que cuesta ver algunas de aquellas intervenciones, tales como la cirugía embellecedora, o el uso de los llamados “psicofármacos cosméticos”,⁷ como directamente vinculadas a la salud de las personas. A muchos, hoy, nos mueve a risa saber que, hasta no hace mucho, la masturbación juvenil era considerada una enfermedad;⁸ y nos

avergüenza enterarnos de que, en los EE.UU., a los esclavos que, pese al castigo, se escapaban una y otra vez de las plantaciones, nuestros colegas les diagnosticaban “drapetomanía”, enfermedad consistente en la necesidad compulsiva de huir de aquella vida de perros.⁹

Hoy parece estar aceptado que la masturbación adolescente está relacionada con la (saludable) experiencia del propio cuerpo; y es palmario que cualquier persona mínimamente valerosa, sana y cuerda, tratará de saltar a la libertad si se ve esclavizada. Estos ejemplos nos conducen a lo obvio: (a) que hay intervenciones médicas que, al menos a primera vista, no están directamente ligadas a la salud; o al menos no según el concepto más divulgado que de ella se tenga; y (b) que cada diagnóstico de enfermedad, formulado en un lugar y en un tiempo determinado, responde —en todo o en parte— a las pautas culturales propias de ese tiempo y lugar; y que, por lo tanto, los conceptos de salud y enfermedad, aun los más divulgados, no siempre están vinculados a la *necesidad básica* de asistencia sanitaria, capaz de dar sustento a un derecho humano fundamental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostuvo en 1946, en su documento fundacional, que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o impedimento”.¹⁰ Esta definición de salud ha recibido pocos elogios y muchas críticas. Se ha dicho que constituye un concepto demasiado amplio de salud, porque equipara ésta al bienestar y, casi, a la felicidad; que medicaliza cuestiones que pertenecen al terreno de la filosofía social,¹¹ y que amplía excesivamente las metas de

A título ilustrativo puede verse BEGLEY, Sharon: “One pill makes you larger, and one pill makes you small”, en Newsweek, 7 de febrero de 1994, pp. 36-43.

En un trabajo de H. Tristram Engelhardt Jr. se hace una exhaustiva crónica sobre la masturbación como enfermedad. El cuadro incluía uno o varios de los siguientes síntomas: dispepsia, estrechamiento uretral, epilepsia, ceguera, pérdida o disminución de la audición, vértigo, cefaleas, pérdida de memoria, conjuntivitis crónica, telangiectasias (arañas vasculares) palmoplantares, acné, etc. También cambios en los genitales externos: estiramiento del clítoris, congestión de los labios mayores, estrechamiento y acortamiento del pene. Hay documentados casos de ingresos hospitalarios de personas muy debilitadas cuya única enfermedad era la masturbación, o, en el mejor de los casos, el diagnóstico era de “anemia asociada a masturbación”, o “anemia de origen masturbatorio”. En el mismo artículo se muestran los cambios de clasificación que sufrió esta “enfermedad” en el Charity Hospital de Louisiana (Nueva Orleans). Año 1874, enfermedad de los órganos generativos masculinos; 1877, enfermedad del sistema nervioso central; 1884, enfermedad cerebrospinal; 1890, enfermedad del sistema nervioso central; 1906, enfermedad del sistema genitourinario. En 1933 fue quitada de la clasificación de enfermedades. ENGELHARDT, Tristram H., Jr.: “The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Health”, en CAPLAN, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives, Addison-Wesley Publishing Company, Readings, Massachusetts, 1981, pp. 267-280.

⁹ DANIELS, Norman: Just Health Care. Col. “Studies in Philosophy and Health Policy”, Cambridge University Press, Cambridge, 1985: pp. 29-30.

¹⁰ Para estudios sobre esta definición, ver: CALLAHAN, Daniel: “The WHO Definition of Health”, en MAPPES, Thomas A. y Jane S. Zembaty: Biomedical Ethics, 2ª edición (1ª Ed. 1981). McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1986, pp. 243-252. Allí se hace referencia, entre otras cosas, a las circunstancias históricas en las cuales se formuló la definición, aportación de gran valor hermenéutico.

¹¹ DANIELS, Norman: Just Health Care, citado, p. 29.

la medicina, creando falsos objetivos sanitarios, cuya prosecución sería una perversión del arte.¹² Se ha sostenido, igualmente, que esta definición imputa a los profesionales sanitarios responsabilidades de imposible cumplimiento.¹³ Son todas críticas bastante acertadas. Pero la definición de la OMS, con ser importante, es probable no haya tenido mayor impacto en el desarrollo del aparato médico actual, como no lo han tenido la mayoría de sus recomendaciones.

Es, en cambio, seguro que sí lo han tenido los conceptos que hoy parecen poseer nuestras sociedades sobre la salud y la enfermedad. Un concepto tal vez dominado por el culto a la juventud y la belleza, por la tendencia a medicalizar aspectos de la vida antes considerados "naturales" (p.ej., el embarazo, el duelo, la falta de talentos, inteligencia o curiosidad, la rebeldía juvenil, el envejecimiento del cuerpo, etcétera), por la negación de la muerte como hecho de la vida y por idea de que la muerte es un fracaso de la ciencia médica. El diagnóstico, en definitiva, es tanto un acto médico como social. El médico diagnostica desde sus conocimientos anatomofisiológicos. Pero también lo hace desde sus categorías, prejuicios y sentimientos, que no son otros que los de la sociedad en la que vive, en el momento en que le toca vivir. Por esto es que antes y ahora se han diagnosticado, y se siguen diagnosticando, "masturbaciones" y "drapetomanías".

Los conceptos de salud y enfermedad son centrales en la definición de la *necesidad* asistencial. Y, si bien las necesidades humanas y su satisfacción no son ahistóricas, cuando se trate de definir la *necesidad básica* a cuya satisfacción estará vinculada el *objeto* del derecho a la asistencia sanitaria, habrá que hacer un gran esfuerzo para desenmarañar aquellos conceptos de sus componentes puramente contingentes. Un falso concepto de salud nos llevará a establecer una noción equivocada sobre la *necesidad asistencial* y, por ende, sobre el *objeto* de la justicia sanitaria.

LAS CAUSAS DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

En la antigüedad clásica dos divinidades simbolizaban la lucha contra la enfermedad: Higeia y Asclepio. La primera de ellas era probablemente una emanación personificada de Atenea, diosa de la sabiduría y de la razón. Aunque identificada con la salud, Higeia no estaba relacionada con el tratamiento de los enfermos. Más bien su papel era el de guardiana de la salud, y simbolizaba la creencia de que los hombres pueden mantenerse sanos si viven de acuerdo con la razón. Por su parte Asclepio, hijo de Apolo, y de quien Hipócrates era tenido por descendiente, era el dios que curaba a los enfermos.

En un principio el culto a Higeia era predominante, pero a partir del siglo V a.C., cuando la medicina se convirtió en *tekné iatriké*, se racionalizó y obtuvo sus primeros éxitos, progresivamente se fue extinguiendo para ceder su puesto a Asclepio.¹⁴ Desde entonces, y hasta nuestros días, el predominio de la orientación terapéutica alimentó a lo largo de toda la historia el desarrollo de una ciencia médica más preocupada en curar que en prevenir, centrada en el individuo, más que en la población. Sin embargo, la orientación curativa de las ciencias médicas, especialmente impresionante en esta última mitad del siglo, parece no ser la causa directa e inmediata del mejoramiento de los indicadores de salud. Esto último estaría relacionado con otras causas.

Se ha demostrado que el mejoramiento de la salud de la población depende de factores diferentes de la atención sanitaria, como el mejoramiento del medio ambiente, la alimentación, la vivienda, la educación y la promoción sanitaria, factores que están alejados de los simples éxitos clínicos asistenciales terapéuticos.¹⁵ Decía William Beveridge (1879-1963), el autor del *Informe* de 1949 que dio lugar a la creación del National Health System británico: para lograr un adecuado

¹² KASS, Leon: "Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health", en CAPLAN, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Addison Wesley Publishing Company, Readings, Massachusetts, 1981, pp. 3-30; p. 4.

¹³ BANDMAN, Elsie E. y Bertram Bandman: "Health and Disease: A Nursing Perspective", en CAPLAN, Arthur L. y otros: *Concepts of Health...* citado: 1981, pp. 677-692, 683.

¹⁴ Ver DUBOS, René: *The Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change* (Reimpresión. 1ª edición 1959), Harper Colophon Books, Nueva York, 1979, pp. 129 y ss.

¹⁵ Las evidencias en este sentido son múltiples y concluyentes. Para estudios más detallados, ver AUMENTE, José: "La salud como derecho básico de la persona", en Cuadernos para el Diálogo, mayo de 1975, pp. 59-61, p. 61. CALLAHAN, Daniel: *What Kind of Life: The Limits of Medical Progress*, Simon and Schuster, Nueva York, 1990, pp. 174-175. DENTON, John A.: *Medical Sociology*, Houghton Mifflin, Boston, 1978, pp. 37 y ss.. DUBOS, René: *The Mirage of...* citado. ECKHOLM, Erik P.: *The Picture of Health: Environmental Sources of Disease*, W.W. Norton, Nueva York, 1977, 256 pp.: p. 206 y ss. EDITORIAL: "How Important is Medical Care in a National Health Program?", en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 9,

nivel de salud en una sociedad es necesario erradicar la ignorancia, la falta de higiene, la indigencia, el desempleo y la enfermedad. En ese orden. La erradicación de las cuatro primeras llevaría a minimizar la necesidad de luchar contra la enfermedad.¹⁶

La OMS, por su parte, en el *Informe Grundy-Mackintosh*, de 1975, ha sostenido que “la mejoría de la salud [en este siglo] le debe más a los cambios en el ambiente externo (...) no nos enfermamos por la falta de una terapia específica protectora, sino debido a que vivimos en un medio ambiente más saludable. En su preocupación por la minucia del diagnóstico y la patogénesis de la enfermedad, la medicina está en peligro de denegar lo que más

acusadamente la ha provisto de su más poderoso recurso, la manipulación medioambiental”.¹⁷ En otras palabras, como dice el profesor de Stanford, Victor Fuchs, “cuando el resto de las variables determinantes del nivel sanitario permanecen constantes, la contribución adicional de la asistencia médica es, para ese nivel sanitario, muy pequeña en las naciones modernas”.¹⁸

Esto sugiere que la asistencia sanitaria típica de la oferta médica de nuestros actuales sistemas de salud poseen, en general, un alcance limitado en cuanto al mejoramiento de la salud de los individuos de una determinada población. De esta manera, no debería suponerse que las necesidades relativas al cuidado de la salud coinciden con aque-

- Nº 1, South Burlington Vt., 1988, pp. 7-10. EPSTEIN, Arnold M., Robert S. Stern and Joel S. Weissman: “Do the Poor Cost More? a Multihospital Study of Patients’ Socioeconomic Status and Use of Hospital Resources”, en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 322, Nº 16, 19 de abril de 1990, pp. 1122-1128. FARQUHAR, John W.: “Changes in American Lifestyle and Health”, en HAMNER, James E. III y Barbara J. Sax Jacobs (editores): *Marketing and Managing Health Care. Health Promotion and Disease Prevention*, The University of Tennessee Center for the Health Services, Memphis Tenn., 1983, pp. 125-142. FEE, Elizabeth: “Henry E. Sigerist: From the Social Production of Disease to Medical Management and Scientific Socialism”, en *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Suplemento Nº 1, Oxford University Press, Nueva York, 1988, pp. 127-150. FIELDING, Jonathan, E.: “Successes of Prevention”, en *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 56, Nº 3, Oxford University Press, Nueva York, 1978, pp. 274-302. FOEGE, William H.: “Budgetary medical Ethics”, en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 4, Nº 3, South Burlington, Vt., septiembre de 1983, pp. 249-251. FRECH, H.E. III, y Paul B. Ginsburg: *Public Insurance in Private Medical Markets: Some Problems of National Health Insurance*, American Enterprise Institute for Public Research, Washington D.C., 1978: Apéndice “A”, pp. 71 y ss. HADLEY, Jack: *More Medical Care, Better Health? An Economic Analysis of Mortality Rates*, The Urban Institute Press, Washington D.C., 1982. ILLICH, Iván: *Némesis médica. La expropiación de la salud (Medical Nemesis)*, Random House, NY, 1976, trad. cast. de Juan Tovar, revisada por V. Borremans y V. Petrovitsch, 3ª reimpresión (1ª edición castellana 1978), Joaquín Moritz-Planeta, México D.F., 1987. KERVASADOU, Jean de, John R. Kimberley y Victor G. Rodwin: *The End of an Illusion: The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations*, Col. Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, University of California Press, Berkeley y Los Angeles, 1984, p. 56 y ss. McKEOWN, Thomas y C.R. Lowe: *Introducción a la medicina social*, tr. de Rutilio Riestra, revisada por Carlos Santos-Burgoa, 2ª edición (1ª edición 1981), Colección Salud y Sociedad, Siglo XXI Editores, México D.F., 1985 (versión castellana de *An Introduction to Social Medicine*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1974). McKEOWN, Thomas: *Los orígenes de las enfermedades humanas*, tr. Jordi Beltrán, Col. “Serie Gral. Los Hombres” (dir. Gonzalo Pantón), Crítica, Barcelona, 1990 (versión castellana de *The Origins of Human Disease*, Basil Blackwell, Oxford, 1988). McKEOWN, Thomas y R.G. Brown: “Medical Evidence Related to English Population Changes in the XVIIIth Century”, en *Population Studies*, Nº IX, año 1955, pp. 119-141. McKEOWN, Thomas: “Behavioral and Environmental Determinants of Health and their Implications for Public Policy”, en CARLSON, Rick J. y Robert Cunningham (editores): *Future Directions in Health Care: a New Public Policy*, Ballinger Press, Cambridge Mass., 1978, pp. 21-38. McKEOWN, Thomas: *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?*, tr. de Pedro Larios, revisada por Carlos Santos-Burgoa, Siglo XXI Editores, México D.F., 1982 (*The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Nuffield Provincial Hospitals Trusts, 1976), pp. 157 y ss. NAVARRO, Vicente: “The Crisis of the International Capitalist Order and its Implications on the Welfare State”, en McKINLAY, John B. (editor): *Issues in the Political Economy of Health Care*, Col. Contemporary Issues in Health, Medicine and Social Policy, Tavistock Publications, Nueva York, 1984, pp. 107-140, p. 113. SAN MARTIN, Hernán: *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud*, 2ª edición (1ª edición 1981), Ciencia-3, Madrid, 1984, pp. 101-340. SAN MARTIN, Hernán, con Jean de Butler, Víctor Sandoval, Marie-Claude Brachet y Guy Ferran y con Vicente Pastor y Aldeguer (para la edición española): *Salud pública y medicina preventiva*, 2ª edición (1ª edición 1986) (*Abbrégé de santé publique et médecine préventive*, Masson París, 1985), Masson, Barcelona, 1989. STAMLER, Jeremiah: “Scientific Evidence for Health Care promotion and Disease Prevention”, en HAMNER, James E. III y Barbara J. Sax Jacobs (editores): *Marketing and Managing Health Care. Health Promotion and Disease Prevention*, The University of Tennessee Center for the Health Services, Memphis Tenn., 1983, pp. 11-23.
- ¹⁶ Ver WILLIAMS, Karel y John Williams (compiladores): *Antología de Beveridge (A Beveridge Reader)*, Allen & Unwin, Londres, 1987, tr. Carmen López Alonso Colección Ediciones de la Revista del Trabajo, Nº 30, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.
- ¹⁷ GRUNDY, F. Y J.M. Mackintosh: *The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe: A Review of Trends in Undergraduate and Postgraduate Education in Nineteen Countries*, Serie Monograph Nº 34, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975, p. 450.
- ¹⁸ FUCHS, Victor R.: “Economics, Health and Post Industrial Society”, en McKINLAY, John B.: *Economics and Health Care*, Colección The Milbank Readers, Nº 1, The MIT Press, Cambridge, Mass., 1981, pp. 1-30; p. 3.

lla oferta, dada su capacidad limitada para satisfacerlas, por muy espectacular e impresionante que aquélla sea. Si la salud y la enfermedad se vinculan a otro tipo de intervenciones, parece equivocado pensar que el *objeto* del derecho al cuidado de la salud es la oferta médica actual. Reconocer el papel más bien secundario que desempeña la actual oferta asistencial en nuestra salud, y reformular críticamente sus patrones y contenidos, es, con toda nitidez, indispensable para reconstruir el *objeto* de la justicia sanitaria.

La estructura de la demanda asistencial

Los economistas suelen definir la *demand*a como “la cantidad total de un determinado bien o servicio que el consumidor desea y puede comprar a cada precio posible durante un determinado período de tiempo”.¹⁹ En esta definición, hay al menos dos elementos bien diferenciados: (a) las necesidades o deseos del consumidor, y (b) el potencial económico del consumidor. En los mercados de bienes y servicios, la demanda tenderá a incrementarse toda vez que aquellos dos elementos crezcan. Pero en materia sanitario-asistencial, la demanda presenta algunas características especiales.

La demanda individual de asistencia sanitaria se derivaría de la idea de la existencia de un nivel óptimo de salud, el cual cada uno compara con su estado de salud presente. Si a resultas de tal comparación se pretende alcanzar un mejor nivel de salud, la persona va en busca de atención médica. No obstante: (a) es normal que las personas realmente ignoren tanto su estado presente de salud, y el que podrían realmente alcanzar, cuanto los tratamientos disponibles y el diferente grado de eficacia de cada uno de ellos, y (b) serán los profesionales quienes tengan a su cargo establecer lo uno e informar sobre lo otro.²⁰ Para comprender la estructura

de la demanda asistencial es necesario, entonces, analizar —en primer lugar— el problema del desconocimiento del paciente sobre su salud y sobre las posibilidades de la medicina y, sobre todo, centrarse en el papel de las expectativas del paciente sobre la medicina moderna. En segundo término, es preciso abordar el fenómeno de la relación de “agente” entre el profesional y el paciente, y el problema de la llamada “demanda inducida”.

El paciente ignorante y sus expectativas

Dentro del consultorio existe una muy desigual relación de poder y conocimientos. El paciente cuenta (si puede) sus síntomas, y el médico diagnostica e indica el tratamiento. Empero, el paciente no sabe, ni se atreve, a efectuar sus propias elecciones entre los diversos tratamientos disponibles. No está, sin embargo, libre de expectativas.

Los logros, a veces asombrosos, de la medicina moderna, generan en los pacientes una inmensa fe en su eficacia. Así, ponen ilusiones irrealmente altas en la capacidad de la asistencia médica para mejorar la salud y, muchas veces, demandan servicios, atribuyéndoles la eficacia que no poseen.²¹ Más aún, los pacientes tienden a pensar que en tanto más costoso, complicado o inclusive riesgoso o doloroso resulte un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más eficaz será.²² Como dicen John y Barbara Ehrenreich, “la tecnología médica (...) es tan compleja y mitificada como la tecnología espacial. Y el paciente ha sido educado mediante todas las noticias sobre las ‘hazañas espaciales’ de la medicina —trasplantes de corazón, diálisis renal, medicamentos maravillosos, terapia nuclear, etc.— para esperar algún pequeño milagro en su propio caso: una nueva y prodigiosa droga u operación. Y los milagros, por su misma naturaleza no son ni explicables ni entendibles”.²³ En de-

¹⁹ RUCHLIN, Hirsch S. y Daniel C. Rogers: *Economics and Health Care*, Charles C. Thomas, Publisher. Springfield, Ill, 1973, p. 55.

²⁰ Ver MOONEY, Gavin H.: *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books, Ltd., Londres. 1986; capítulo 6, y en especial p. 74 y pp. 83 y ss.

²¹ Ver GINZBERG, Eli: *American Medicine. The Power Shift*, Rowman & Allanheld, Totowa N.J., 1985, pp. 9-10.

²² Ver COE, Rodney M.: *Sociología de la Medicina (Sociology of Medicine)*, McGraw-Hill. NY. 1970, tr. Luis García Ballester y R. María Martínez Silvestre). 2ª edición (1ª edición 1973) Colección Alianza Universidad N° 55, Alianza Editorial, Madrid, 1979. ENGEL, George L.: “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, en CAPLAN, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley, Publishing Co., Readings, Mass., 1981, p. 589-607; p. 594. RICARDO-CAMPBELL, Rita: *Business, Health Care Costs and Competition*, “Working Papers in Economics” E-91-6, The Hoover Institution, Stanford University, Stanford Ca., 1991, p. 36.

²³ EHRENREICH, Barbara y John: *The American Health Empire: Power, Profits, and Politics (A Report from the Health Policy Advison Center)*, Vintage Books, Nueva York, 1970, p. 11; sobre el papel de los medios de comunicación como formadores de falsas expectativas con respecto a la medicina curativa, ver BARSKY, Arthur J.: *Worried Sick: Our Troubled Quest for Wellness*, Little, Brown & Co., Boston y Toronto, 1988; cap. 5, pp. 81 y ss. y en especial pp. 97 y ss.

finitiva pues, “la exigencia del profano es la medida de su creencia ingenua en las posibilidades ilimitadas de la medicina”.²⁴

Existe, pues, en los pacientes, una tendencia a demandar bienes y servicios diagnósticos y terapéuticos, casi exclusivamente en razón de las expectativas creadas acerca de la eficacia de la medicina curativa, y por la fe, a veces ciega, que los usuarios depositan en la ciencia.²⁵ Pero las expectativas no reflejan necesariamente *necesidades*. Si buena parte de la demanda está basada en aquellas, no es difícil concluir en que la *demanda total* de bienes y servicios médicos no es expresión directa de las *necesidades* de servicios para el cuidado de la salud. Sobre esta base, el concepto de *necesidad asistencial* será, pues, más restringido que el de *demanda*. Y el *objeto* del derecho a la salud será menos extenso que la demanda total de bienes y servicios para su cuidado.

La relación de agencia y la demanda inducida

Pero no son solamente las expectativas de los individuos con respecto a las posibilidades de la ciencia las responsables de la disociación entre demanda de asistencia sanitaria, por un lado, y *necesidades* asistenciales, por el otro. Hay otros aspectos que caracterizan la formación de la demanda de asistencia sanitaria y que tienden a profundizar tal desconexión: (a) que la más importante demanda sobre el uso de recursos sanitarios proviene principalmente del proveedor clave, el médico, más que de los usuarios; (b) que los usuarios en muy poca medida pueden sopesar el tipo de asistencia que han recibido o están recibiendo;

y (c) que, como los pacientes frecuentemente *desean* los servicios médicos de manera urgente, ven limitada la posibilidad de establecer comparaciones entre varios proveedores.²⁶

Gavin Mooney sostiene que, para poder hablar de soberanía en una relación proveedor-cliente, las siguientes tres preguntas deben poder ser contestadas afirmativamente: (1) ¿Acepta el individuo que es él la persona más indicada para juzgar sobre su propio bienestar?; (2) ¿Es el individuo capaz de juzgar su propio bienestar?; y (3) ¿Desea el individuo realizar el juicio apropiado?²⁷ En el caso de la asistencia a la salud está claro que sólo en muy contadas ocasiones las tres respuestas serán por la afirmativa. Por esta razón se dice que el profesional es el *agente* del paciente para tomar por él las decisiones relativas a la demanda de asistencia sanitaria.²⁸ Así, el proveedor de asistencia, el profesional, es a la vez el demandante, mucho más que el propio paciente.²⁹ En este marco, resulta muy difícil distinguir entre las *necesidades* del paciente como demandante de bienes y servicios, y los pareceres personales o los *intereses* del médico como solicitante de ellos. Por no mencionar los intereses del denominado “complejo médico-industrial”.³⁰ Esto lleva comúnmente al fenómeno de la “demanda inducida”, que se puede definir como “la solicitud, por parte de los médicos, de la prestación de sus propios servicios, o los de sus colegas y asociados, según sus criterios personales, sus preferencias e intereses”.

Nuevamente, si una parte sustancial de la demanda de bienes y servicios para la salud está inducida por los criterios personales del proveedor, sus preferencias, expectativas e intereses (al

²⁴ KLOTZ, H.P.: “La medicina en el año 2000”, en DJIAN, Jacqueline (compiladora): *La medicina contemporánea (La médecine contemporaine, Gallimard, París, 1969, versión castellana de Julieta Campos), Siglo XXI Editores, México D.F., 1969; pp. 315-323; p. 321.*

²⁵ Existen también otros elementos capaces de reafirmar, desde esta vertiente mítica, la asombrosa expansión de la demanda asistencial. V. Fuchs encuentra al menos dos: la declinación de la importancia de la familia y el debilitamiento del papel tradicional de la religión, tras lo cual los grupos poblacionales reaccionarían buscando en la asistencia sanitaria un moderno sustituto de la familia y de la religión. En cuanto a la primera, no cabe duda del papel cada vez menor de la familia en la asistencia sanitaria, centrada ahora en el hospital, en la tecnología, en la alta especialización, en los requerimientos de personal altamente calificado y en las residencias asistidas para ancianos. En lo que respecta a la religión, el autor considera que los médicos están cubriendo una demanda que pertenecía a sacerdotes, rabinos o pastores, porque muchas personas “encuentran mayor confianza en las batas que en las sotanas, y centro médico más impresionante que una catedral”. Y agrega “la verdad es que para muchas personas es ‘el corazón de un mundo sin corazón... el espíritu de unas condiciones sin espíritu’”. FUCHS, Victor R.: “Economics, Health and...”, citado, p. 15.

²⁶ Ver ABEL-SMITH, Brian: *Value for Money in Health Services. A Comparative Study*, 3ª edición (1ª edición 1976), Heinemann Educational Books Ltd., Londres, 1985, p. 46.

²⁷ MOONEY, Gavin H.: *Economics, Medicine and...*, citado, pp. 60-61.

²⁸ Ver MOONEY, Gavin H.: *Economics, Medicine and...*, citado; capítulo 6, pp. 73-87.

²⁹ Ver MAYNARD, Alan: “The Public and Private Regulation of Health Care Markets”, en SASS, Hans-Martin y Robert U. Massey: *Health Care Systems (Moral Conflict in European and American Public Policy)*, Serie Philosophy and Medicine, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988, citado, pp. 133-166; p. 141 y 142.

³⁰ Ver WOHL, Stanley: *The Medical Industrial Complex*, Harmony Books, Nueva York, 1984.

igual que los del complejo médico-industrial), es evidente que la demanda total de bienes y servicios médicos no es, tampoco por esta razón, expresión de las *necesidades* de servicios para el cuidado de la salud. Se puede llegar, por este otro camino, a que el concepto de *necesidad asistencial* resultará más restringido que el de demanda. Y a que el *objeto* del derecho a la salud, y de la justicia sanitaria, será menos extenso que la demanda total de bienes y servicios para su cuidado.

REFLEXIONES FINALES

Toda teoría sobre la justicia sanitaria debe poseer, como componente central, una noción clara sobre el *objeto* de la justicia, o *la cosa* a distribuir. Si tal noción es equivocada, difícilmente esa teoría pueda estar acertada.

El *objeto* de la justicia sanitaria, esto es, aquellas prestaciones requeridas para la satisfacción del cuidado de la salud como derecho, está directamente vinculado a las *necesidades humanas básicas* en el terreno de la salud. Así, es menester establecer perfectamente cuáles son tales necesidades si se pretende identificar también el *objeto* de la justicia sanitaria.

Muchas veces se identifican las *necesidades asistenciales* con la *demandas asistenciales*, pero en modo alguno son idénticas. La demanda asistencial aparece como la resultante no sólo de necesidades básicas, sino de un cúmulo de factores ajenos a ellas: un determinado concepto cultural de salud y de enfermedad viciado de sesgos y prejuicios, unas expectativas irreales de los pacientes (y los médicos) sobre las posibilidades de la medicina, y unos criterios e intereses de los profesionales y de la industria que los llevan a inducir la demanda asistencial.

El *objeto* de la justicia sanitaria, construido sobre la base de la *demandas asistenciales* y no sobre las *necesidades básicas*, terminará por ser un *objeto* equivocado. Los elementos antes mencionados servirán para caracterizar las *necesidades asistenciales* y para ayudar a reconstruir con mayor precisión, sobre las necesidades así definidas, el *objeto* de la justicia en materia de salud.

En suma, como dice Daniel Callahan, debe pensarse que el derecho a la asistencia sanitaria no es el derecho a la satisfacción de todas las expectativas de los pacientes y a todos los criterios personales e intereses de los profesionales: "Si creemos que es obligación del sistema asistencial como un todo satisfacer todas y cada una de las 'necesidades' individuales curativas, permitiendo que el deseo, la demanda, la investigación y las posibilidades científicas determinen qué cuenta como necesidad, la tarea [de construir una teoría de la justicia sanitaria] será infructuosa y desesperanzada".³¹⁻³²

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Abel-Smith, Brian: Value for Money in Health Services. A Comparative Study, 3ª edición (1ª edición 1976), Heinemann Educational Books Ltd., Londres, 1985.
- Aumente, José: "La salud como derecho básico de la persona", en Cuadernos para el Diálogo, mayo de 1975, pp. 59-61.
- Bandman, Elsie, E. y Bertram Bandman: "Health and Disease: A Nursing Perspectives", en Caplan, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1981, pp. 677-692.
- Barsky, Arthur J.: Worried Sick: Our Troubled Quest for Wellness, Little, Brown & Co., Boston y Toronto, 1988.
- Begley, Sharon: "One pill makes you larger, and one pill makes you small", en Newsweek, 7 de febrero de 1994, pp. 36-43.
- Bunge, Mario: Treatise on Basic Philosophy, Vol. 8, "The Good and the Right", Montreal, 1988.
- Callahan, Daniel: "The WHO Definition of Health", en Mappes, Thomas A. y Jane S. Zembaty: Biomedical Ethics, 2ª edición (1ª Ed. 1981), McGraw-Hill Book Company, Nueva York, 1986, pp. 243-252.
- Callahan, Daniel: What Kind of Life: The Limits of Medical Progress, Simon and Schuster, Nueva York, 1990.
- Coe, Rodney M.: Sociología de la Medicina (Sociology of Medicine, McGraw-Hill, NY 1970, tr. Luis García Ballester y R. María Martínez Silvestre), 2ª edición (1ª edición 1973). Colección Alianza Universidad Nº 55, Alianza Editorial, Madrid, 1979.

³¹ CALLAHAN, Daniel: What Kind of... citado, p. 239.

³² No establecer esta diferencia fue lo que llevó a, por ejemplo, la President's Commission a afirmar que un derecho a la asistencia sanitaria establecería "demandas imposibles sobre los recursos de la sociedad". Ver PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH: Securing Access to Health Care. The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services. Vol. II, U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1983; Vol. I, p. 10.

- Daniels, Norman: *Just Health Care*, Col. "Studies in Philosophy and Health Policy", Cambridge University Press, Cambridge, 1985.
- Denton, John A.: *Medical Sociology*, Houghton Mifflin, Boston, 1978.
- Labos, René: *The Mirage of Health: Utopias, Progress, and Biological Change* (Reimpresión, 1ª edición 1959), Harper Colophon Books, Nueva York, 1979.
- Eckholm, Erik. P.: *The Picture of Health: Environmental Sources of Disease*, W.W. Norton, Nueva York, 1977.
- Editorial: "How Important is Medical Care in a National Health Program?", en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 9, N° 1, South Burlington Vt., 1988, pp. 7-10.
- Ehrenreich, Barbara y John: *The American Health Empire: Power, Profits, and Politics* (A Report from the Health Policy Advisory Center), Vintage Books, Nueva York, 1970.
- Engel, George L.: "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". en Caplan, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Co., Readings, Mass., 1981, pp. 589-607.
- Engelhardt, Tristram H., Jr.: "The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Health". en Caplan, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, Addison-Wesley Publishing Company, Readings, Massachusetts, 1981, pp. 267-280.
- Eptein, Arnold M., Robert S. Stern and Joel S. Weissman: "Do the Poor Cost More? A Multihospital Study of Patients' Socioeconomic Status and Use of Hospital Resources". en *The New England Journal of Medicine*, Vol. 322, N° 16, 19 de abril de 1990, pp. 1122-1128.
- Farquhar, John W.: "Changes in American Lifestyle and Health", en Hamner, James E. III y Barbara J. Sax Jacobs (editores): *Marketing and Managing Health Care. Health Promotion and Disease Prevention*, The University of Tennessee Center for the Health Services, Memphis Tenn., 1983, pp. 125-142.
- Fee, Elizabeth: "Henry E. Sigerist: From the Social Production of Disease to Medical Management and Scientific Socialism", en *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Suplemento N° 1, Oxford University Press, Nueva York, 1988, pp. 127-150.
- Fielding, Jonathan E.: "Successes of Prevention", en *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, Vol. 56, N° 3, Oxford University Press, Nueva York, 1978, pp. 274-302.
- Foegen, William H.: "Budgetary medical Ethics", en *Journal of Public Health Policy*, Vol. 4, N° 3, South Burlington, Vt., septiembre de 1983, pp. 249-251.
- Frech, H.E. III, y Paul B. Ginsburg: *Public Insurance in Private Medical Markets: Some Problems of National Health Insurance*, American Enterprise Institute for Public Research, Washington D.C., 1978, Apéndice "A".
- Fuchs, Victor R.: "Economics, Health and Post Industrial Society", en McKinlay, John B.: *Economics and Health Care*. Colección The Milbank Readers, N° 1, The MIT Press, Cambridge, Mass., 1981, pp. 1-30.
- Ginzberg, Eli: *American Medicine. The Power Shift*, Rowman & Allanheld, Totowa N.J., 1985.
- Grundy, F. y J.M. Mackintosh: *The Teaching of Hygiene and Public Health in Europe: A Review of Trends in Undergraduate and Postgraduate Education in Nineteen Countries*, Serie Monograph N° 34, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
- Hadley, Jack: *More Medical Care, Better Health? An Economic Analysis of Mortality Rates*, The Urban Institute Press, Washington D.C., 1982.
- Kass, Leon: "Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health", en Caplan, Arthur L., H. Tristram Engelhardt, Jr. y James J. McCartney (editores): *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*. Addison-Wesley Publishing Company, Readings, Massachusetts, 1981, pp. 3-30.
- Kervasadoui, Jean de. John R. Kimberley y Victor G. Rodwin: *The End of and Illusion: The Future of Health Policy in Western Industrialized Nations*, Col. *Comparative Studies of Health Systems and Medical Care*. University of California Press, Berkeley y Los Angeles, 1984.
- Klotz, H.P.: "La medicina en el año 2000", en Djian, Jacqueline (compiladora): *La medicina contemporánea (La médecine contemporaine*, Gallimard, París, 1969, versión castellana de Julieta Campos), Siglo XXI Editores, México D.F., 1969.
- Lucas, Javier de y María José Añón: "Necesidades, razones, derechos", en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 55-81.
- Maynard, Alan: "The Public and Private Regulation of Health Care Markets", en SASS, Hans-Martin y Robert U. Massey: *Health Care Systems. (Moral Conflict in European and American Public Policy)*, Serie *Philosophy and Medicine*, N° 30, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, Holanda, 1988, pp. 133-166.
- McKeown, Thomas y C.R. Lowe: *Introducción a la medicina social*, tr. de Rutilio Riestra, revisada por Carlos Santos-Borgoa, 2ª edición (1ª edición 1981), Colección *Salud y Sociedad*, Siglo XXI Editores, México D.F., 1985 (versión castellana de An Introduction to Social Medicine, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1974).
- McKeown, Thomas y R.G. Brown: "Medical Evidence Related to English Population Changes in the

- XVIIIth. Century”, en *Population Studies*, N° IX, año 1955, pp. 119-141.
- McKeown, Thomas: “Behavioral and Environmental Determinants of Health and their Implications for Public Policy”, en Carlson, Rick J. y Robert Cunningham (editores): *Future Directions in Health Care: a New Public Policy*. Ballinger Press, Cambridge, Mass., 1978; pp. 21-38.
- McKeown, Thomas: *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?*, tr. de Pedro Larios, revisada por Carlos Santos-Burgoa, Siglo XXI Editores, México D.F., 1982 (*The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, Nuffield Provincial Hospitals Trusts, 1976).
- McKeown, Thomas: *Los orígenes de las enfermedades humanas*, tr. Jordi Beltrán. Col. “Serie Gral. Los Hombres” (dir. Gonzalo Pantón). Crítica, Barcelona, 1990 (versión castellana de *The Origins of Human Disease*, Basil Blackwell, Oxford, 1988).
- Mooney, Gavin, H.: *Economics, Medicine and Health Care*, Wheatsheaf Books, Ltd., Londres, 1986.
- Navarro, Vicente: “The Crisis of the International Capitalist Order and its Implications on the Welfare State”, en McKinlay, John B. (editor): *Issues in the Political Economy of Health Care*. Col. *Contemporary Issues in Health, Medicine and Social Policy*, Tavistock Publications, Nueva York, 1984, pp. 107-140.
- Nino, Carlos S.: “Autonomía y necesidades básicas”, en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 21-34.
- Peces-Barba Martínez, Gregorio: *Derechos fundamentales*, 4ª edición (1ª ed. 1973), Sec. de Publicaciones, Fctad. de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 1983.
- Ricardo-Campbell, Rita: *Business, Health Care Costs and Competition*, Serie Working Papers in Economics E-91-6, The Hoover Institutions, Stanford University, Stanford Ca., 1991.
- Ruchlin, Hirsh S. y Daniel C. Rogers: *Economics and Health Care*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, Ill, 1973.
- San Martín, Hernán, con Jean de Butler, Víctor Sandoval, Marie-Claude Brachet y Guy Ferran, y con Vicente Pastor y Aldeguer (para la edición española): *Salud pública y medicina preventiva*, 2ª edición (1ª edición 1986) (*Abrégé de santé publique et médecine préventive*, Masson París, 1985), Masson, Barcelona, 1989.
- San Martín, Hernán: *La crisis mundial de la salud. Problemas actuales de planificación, organización y gestión de los servicios de salud*, 2ª edición (1ª edición 1981), Ciencia-3, Madrid, 1984.
- Stamler, Jeremiah: “Scientific Evidence for Health Care promotion and Disease Prevention”, en Hamner, James E. III y Barbara J. Sax Jacobs (editores): *Marketing and Managing Health Care. Health Promotion and Disease Prevention*, The University of Tennessee Center for the Health Services, Memphis Tenn., 1983, pp. 11-23.
- Williams, Karel y John Williams (compiladores): *Antología de Beveridge (A Beveridge Reader)*, Allen & Unwin, Londres, 1987, tr. Carmen López Alonso, Colección Ediciones de la Revista del Trabajo, N° 30, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1990.
- Wohl, Stanley: *The Medical Industrial Complex*, Harmony Books, Nueva York, 1984.
- Zimmerling, Ruth: “Necesidades básicas y relativismo moral”, en *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, N° 7, Dpto. de Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, Alicante, 1990, pp. 35-54.