

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD NO. 2

**ASPECTOS BIOÉTICOS Y SOCIOECONÓMICOS
DE LA SALUD**

*Dra. Nilia Victoria Escobar Yéndez,¹ Dr. Antonio Oliva Alonso²
y Dra. Zulema Gracia López.³*

RESUMEN

El enorme cambio ocurrido en ciencia y salud durante las últimas décadas ha conducido a una reformulación de la ética médica. El desarrollo reciente de la Bioética se caracteriza por el intento de conjugar los nuevos hechos propios de las ciencias biológicas con todos los valores, en sus principios, los que a menudo entran en conflicto en la práctica y resolverlos resulta fundamental para el arte de la medicina, en lo cual, además, se halla involucrada la responsabilidad social. En este trabajo se tratan de establecer puntos de encuentro entre bioética y asignación de recursos para la salud o de justicia sanitaria, es decir, entre la ética y la economía, dos disciplinas que -según la creencia contemporánea- viven de espaldas una de otra y, sin embargo, siempre han pertenecido a un mismo terreno, en el marco de una América Latina donde prevalecen los perfiles demográficos del subdesarrollo y la profunda desigualdad que desgarran a la Región. Por otro lado, se muestra que la formación profesional y ética del médico y el dominio de habilidades semiológicas, no reemplazables por la tecnología, aunque sin desprestigiar la trascendencia de ésta, son decisivas para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz.

Descriptores: SALUD; BIOÉTICA, FACTORES SOCIOECONÓMICOS

¹ *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesora Titular.*
² *Especialista de II Grado en Ginecoobstetricia. Profesor Auxiliar.*
³ *Estomatóloga. Dra. En Ciencias Filosóficas.*

INTRODUCCIÓN

La economía de la salud surgió en los Estados Unidos de Norteamérica como una subdisciplina de la economía, al inicio de la década de los setenta. Su aparición se debe, básicamente, a la necesidad de dar respuesta a dos problemas importantes: la contención de los costos y la equidad, en particular la cobertura incompleta y la eficiencia de los diversos tipos de servicios de salud.¹

En América Latina, los principales problemas de la organización de los servicios incluyen, además de la limitada cobertura, insuficientes medios para cubrir las demandas sanitarias de la población en términos de accesibilidad, integralidad y calidad, así como asignación y uso inadecuados y poco equitativos de los recursos, que derivan en grandes desperdicios. Así, la crisis que afecta a los países pobres ha alcanzado cifras alarmantes y el informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS muestra que: más de 2 000 millones de personas (40 % de la población mundial) viven en la pobreza; otros 1 000 millones de seres humanos sobreviven sin ingresos para satisfacer las necesidades básicas; cientos de millones padecen de malnutrición el más cruento e injusto de todos los padecimientos con que el subdesarrollo atormenta a la mayoría de los latinoamericanos.²⁻⁴

En la actualidad unos 200 millones de personas de la Región viven en la miseria, lo que determina que se hallen expuestas a un gran número de factores de riesgo, de manera que los grupos sociales más necesitados no tienen otra opción que vivir en cinturones de marginalidad que promueven el aislamiento y la ausencia de apoyo social, así como la baja autoestima. También se ven forzados a aceptar trabajos con mayor riesgo de contraer enfermedades o de quedar discapacitados, todo lo cual

contribuye a aumentar los períodos de desempleo; se promueven comportamientos antisociales que genera todo tipo de violencia. Por tanto, se enmarcan en el círculo vicioso de la pobreza que engendra más pobreza.^{3,5}

Nuestro Comandante en Jefe, Fidel Castro Ruz, expresó en un fragmento de la obra "La crisis Económica y Social del Mundo".

"En tanto la salud no sea considerada como un derecho fundamental del hombre y un deber de la comunidad, en tanto no se reconozca la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de la salud, en tanto no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escala nacional e internacional, en tanto no se luche frontalmente contra la pobreza, el hambre, la ignorancia y la insalubridad, poco será lo que podrá lograrse con el mejoramiento de la salud humana en el mundo subdesarrollado."

En este trabajo se intenta mostrar la interrelación de los aspectos bioéticos y socioeconómicos de la salud dentro del complejo mundo de hoy, donde en cada país del primer mundo, hay un tercer mundo de desamparados, y en cada uno de los del tercer mundo hay un primer mundo de privilegiados.

DESARROLLO

La Salud Pública en las próximas décadas en América Latina debe descansar sobre dos pilares sólidos: el desarrollo y la equidad.

La promoción y la protección de la salud pueden constituir la única solución posible a las necesidades de salud en las Américas, aunque no sea una solución instantánea; y este reto implica un proceso de transformación política, cultural y social que permita hacer de la salud en sí, no sólo una responsabilidad colectiva, sino una

prioridad. Ello trae consigo la generación de una cultura de la salud que garantice la promoción y protección de la vida como valor supremo y que la población pueda acceder a servicios oportunos, equitativos y universalmente disponibles.^{3,4}

La búsqueda de la equidad se basa en otorgar a la gente igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial individual y colectivo.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la iniquidad se refiere a las diferencias sistemáticas en materia de salud, que no sólo son innecesarias y evitables, sino que son injustas.^{3,5,6}

La economía analiza las distintas alternativas de elección en el nivel individual y social, y estudia el problema de la utilización de exiguos recursos. Así, el racionamiento y la escasez son una realidad, por lo cual, uno de los elementos cruciales para los economistas de la salud es el de la racionalización de los servicios en este sector.^{1,7-10}

El término "bioética" es de cuño reciente y lo introdujo el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1970 - 1971), quien argumentó la necesidad de crear una ciencia y un movimiento de científicos en el ámbito mundial para el desarrollo de una investigación multidisciplinaria que sirviera de puente entre la ética y las ciencias biomédicas.¹¹⁻¹⁶

En la práctica los principios éticos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía, decir la verdad al paciente y justicia) pueden resumirse en tres: beneficencia, autonomía y justicia. Según la beneficencia, que incluye los dos primeros, las ventajas derivadas de la aplicación de una técnica o procedimientos deben ser superiores a sus riesgos, ya que así no habrá conflictos en términos éticos; es decir, va dirigida al deber de contribuir al bienestar del paciente y se basa en prevenir o contrarrestar el mal o daño y en hacer o fomentar el bien.

El principio de autonomía (abarca ésta y el decir la verdad al paciente) indica que hay que respetar la decisión del paciente en cuanto a cantidad y tipo de tratamiento aplicado; o sea, es la capacidad de autogobierno que permite al paciente, en pleno uso de sus facultades, tener el derecho legal y moral de tomar sus propias decisiones y éstas tienen prioridad sobre las del médico y la familia.

El tercer principio es el de justicia, según el cual una actuación no puede considerarse ética si no resulta equitativa, es decir, si no está disponible para todos aquellos que lo necesiten.^{12,15,17}

Cada uno de ellos tiene una significación moral específica. El enfermo actúa guiado por el principio moral de "autonomía"; el médico, por el de "beneficencia", y la sociedad por el de "justicia".

Ello demuestra que en la relación médico-paciente siempre se hayan presente estas tres dimensiones y que es bueno que así sea.^{18,19}

Cabe destacar que en los últimos años la autonomía ha desplazado a la beneficencia como primer principio de la ética médica, cambiando el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y reorientando la relación del médico con éste hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona; ello es una respuesta a la confluencia de fuerzas sociopolíticas, legales y morales, que han influido profundamente en la ética médica.

En el marco de la atención de la salud, justicia generalmente se refiere a lo que los filósofos llaman "justicia distributiva", la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad.^{20,21}

El financiamiento de la salud es ahora el meollo de la política sanitaria y el problema de la justicia distributiva -paladín de la bioética de la política sanitaria- es ético y económico, una cuestión de principios y resultados.^{15,20,22-27}

El médico debe saber utilizar con rigor la tecnología, tener buen juicio y decidir apropiadamente, porque así lo exige su posición moral, su ética profesional.

Cuanto más sólidos y profundos sean sus conocimientos de la rama médica que ejerce, y mucho mayor su destreza para ponerla en función, más fácil le será actuar competentemente sobre bases más firmes.

Referirnos a tecnología en cualquier actividad humana representa, en términos generales, hablar de evolución, progreso, transformación positiva, superación; y el propósito ha de ser que ésta se aplique con precisión, oportunidad y eficiencia a toda persona, grupo humano o población que lo necesite y para lo cual constituye, consecuentemente, un beneficio.

Podemos aceptar que se hace un conveniente empleo de la tecnología cuando en la prevención primaria, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de uno o más pacientes se usan los recursos en forma racional, oportuna y por el tiempo y en las condiciones requeridas; de modo que siempre tendremos que considerar la universalidad de nuestro sistema de salud, su asequibilidad y base comunitaria.

La ética, la economía y la medicina pueden ayudarnos a comprender y resolver los conflictos de interés que pudieran surgir entre médicos, pacientes y sociedad en cuanto a la aplicación de procedimientos clínicos.^{6, 28, 29}

Así, la práctica de la medicina enfrenta al médico continuamente con dilemas de tipo ético. Muchas decisiones conflictivas obligan al facultativo a hacer juicios de valor, eligiendo un camino que respete las esperanzas y los deseos del enfermo, pero también las directivas de los políticos que, de acuerdo con la meta de salud para todos en el año 2000, favorecen más las inversiones para la sociedad en su conjunto que para el individuo aislado.

Ello implica no sólo una mayor preocupación por la medicina primaria, comunita-

ria o de familia, sino también por el desarrollo de los adelantos tecnológicos y terapéuticos, así como de la capacitación adecuada del personal de salud que va a manejarlos. Puede tratarse tanto de tratamientos brillantes como los trasplantes, como de diagnósticos obtenidos por medio de costosos métodos de los cuales los ejemplos más ostensibles son las técnicas de imagen (tomografía computadorizada, resonancia magnética, etcétera). Otro ejemplo son los nuevos prototipos de instrumental para la litotripsia biliar y renal. El alto costo de estos medios obliga a utilizarlos de manera selectiva, con indicaciones precisas y rigurosas, y es entonces cuando surge el conflicto de decidir quiénes deben beneficiarse de ellos y quiénes no.

En los últimos años han arreciado las críticas por el uso indebido de esos novedosos procedimientos y la repercusión que esto tiene sobre la relación entre costos y beneficios. Por una parte, las aspiraciones del paciente que desea ser examinado o tratado con la técnica más avanzada, coinciden a menudo con las del médico, quien favorece el desarrollo tecnológico, por lo que su empleo tiende a aumentar de forma indiscriminada, encareciendo la asistencia; por otra parte, los gobiernos se ven a menudo impotentes para frenar esta invasión tecnológica, cuyos éxitos no pueden permitir ser ignorados por la publicidad que los acompaña y porque, a veces, incluso parece involucrar el prestigio nacional.^{28, 30}

La evaluación sistemática de las prácticas médicas, especialmente las caras o peligrosas, así como de las innovadoras o discutidas, resulta necesaria, y puede mejorar la calidad de la atención al paciente, estimular la utilización de prácticas eficaces, reducir la confianza en las ineficaces, evitar el despilfarro y promover una utilización más racional de los recursos de salud. Por tanto, el costo de la evaluación de

las nuevas prácticas debe considerarse como una parte intrínseca del costo de la asistencia médica, que puede ayudar a reducir los gastos innecesarios y contendrá los costos. Por tanto, la evaluación de la tecnología médica se refiere no sólo a preguntas como "¿cuándo un médico debe pedir una prueba?", sino también "¿cuándo debe adquirir un hospital un nuevo aparato para hacer una prueba?".^{27 28}

Estas reflexiones no suponen de ninguna manera un rechazo a la tecnología, o incluso, a la investigación: Lo costoso no es la tecnología, sino la considerada superflua, mal utilizada; ésta no debe frenarse, sino racionalizarla, lo mismo debe decirse de la investigación.^{8, 29}

El papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino invertir mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costos.^{24 -27}

La economía de la salud como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y esto constituye un objetivo ético, por cuanto se infiere que resulta ético ser eficiente.

Lo más grave radica en que el mismo avance tecnológico repercute en una ampliación y profundización de la brecha que separa, en cuanto a salud, a ricos y pobres. La alta tecnología sirve cada vez más a un menor número de personas y, por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos. Se dice que vivimos en la época de los "derechos humanos", y parece que el más real es el derecho a morir por hambre y enfermedad, adonde poco o nada importa que una persona muera, y menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados, ya que por cada trabajador que muere hay decenas o centenas de ellos que se disputan el puesto.

Los adelantos científicos y los progresos de la tecnología médica permiten en la actualidad una increíble precisión en el diagnóstico y tratamiento de enfermos hasta hace poco insalvables, lo que garantiza incluso su curación a un alto costo.

Estos son logros que nadie puede objetar. Pero al mismo tiempo, ¿cuántos millones de niños mueren anualmente por causas previsibles a muy bajo costo?; ¿cuántos mueren por sarampión o tosferina, enfermedades que pueden evitarse con una vacunación oportuna?; ¿cuántos mueren por diarrea cuando con saneamiento básico y agua potable se puede evitar ese masivo infanticidio? y, ¿cuántos millones de niños y ancianos mueren por desnutrición en una época histórica de consumismo y derroche?; ¿cómo es posible que se gasten miles de millones de dólares en misiles y otros artefactos de destrucción, mientras que en la mayoría de los países subdesarrollados hay millones de personas que no tienen acceso a un simple analgésico?. Esta es la realidad ética de la economía de nuestros tiempos, de la economía de mercado y, frente a esta crisis de la salud, no se aprecia una verdadera solidaridad humana.

Hoy se requieren compromisos más serios y más revestidos de sentido social y de principios de solidaridad humana, es decir, se requiere de un nuevo esfuerzo; quizá más profundo, más revolucionario, más humanístico con miras a alcanzar la equidad y la justicia en la salud, como lo avizora la OMS en el sencillo lema "salud para todos", que refleja no sólo el nuevo pensamiento sobre la salud, sino un profundo cambio conceptual desde la ética hipocrática a la de nuestros días.^{31 - 33}

La peculiaridad de la salud como bien social hace de su atención la piedra de toque de la justicia en términos de "mínimos morales"; es decir, una política de salud que concilie la racionalización económica con la racionalidad ética, los criterios

deontológicos o de equidad con el "derecho" a la asistencia médica. En definitiva, salud es la justicia que sepamos administrar y, por tanto, ni la ética debe ignorar la economía ni viceversa; aquella sin ésta es vacía, ésta sin aquella es ciega.

"Mínima moralía", ética económica o economía moral sería la propuesta para el diálogo, hoy insoslayable, entre la economía y la ética médica en el marco de la política sanitaria. Las cuestiones de justicia, eficiencia y equidad en la atención a la salud ya no deben ser exclusivamente relevantes para el personal sanitario que trabaja en el nivel social de la macroasignación de recursos, sino también para el médico de cabecera en la microasignación de éstos, pues la realidad socioeconómica del costo de la salud no se encuentra al margen de la toma de decisiones clínicas.^{34 - 36}

La Economía de la Salud y la Ética Médica aportan elementos que posibilitan tomar decisiones clínicas más científicas y certeras; permiten conciliar la racionalización económica con la racionalidad ética, así como las prioridades epidemiológicas con las económicas, a fin de identificar las mejores opciones en la asignación de los insuficientes recursos disponibles.

La postura sensible que ocupa el médico en la sociedad no le confiere privilegios, sino una mayor responsabilidad social al preservar la cualidad moral de la relación sanitaria y la integridad de la persona del paciente, además de ser el guardián de los recursos del sector.

La decisión más dramática en el nuevo "Doctor's Dilema" es la asignación de escasos recursos para el tratamiento médico, tales como la hemodiálisis y los trasplantes de órganos": ¿Quién debe vivir cuando no todos pueden vivir?"; ¿Por qué la ineficiencia y la falta de equidad en los servicios de salud?".

La racionalidad bioética debe ser un acicate intelectual y moral para la transformación del sistema, del que no podrán

mantenerse al margen la teoría y la práctica de la justicia como nueva filosofía de la salud.

La Bioética es una disciplina en vías de exploración, cuyo discurso -aún insuficientemente estructurado y siempre necesitado de revisión-, debe estar tentativamente presente para ayudar a resolver los dilemas éticos que el desarrollo de la ciencia y la tecnología ofrecen en la atención y el cuidado de la vida y la salud.^{15, 25, 37 - 42}

Sustenta nuestro enfoque bioético y socioeconómico de la salud un fragmento de la Dra. Josefina Toledo Benedict, en su obra "La Ciencia y la Técnica en José Martí", que dice:

"Sólo una formación económico social superior, humana y equitativa es capaz de traducir los adelantos de la ciencia y la técnica en beneficio material y espiritual de toda la sociedad -no de una parte de ella- y de luchar consecuentemente por la paz como meta natural del hombre.

Y en esa escalada de amor, las fuerzas progresistas de la humanidad otorgarán anuencia definitiva a la pregunta-afirmación de José Martí": Para qué, si no para poner paz entre los hombres, han de ser los adelantos de la ciencia".

ABSTRACT

The colossal change in science and health care that has take place during the last decades as resulted in a reformulation of medical ethics. The recent outgrowth in Bioethics is characterized by the attempt of conjugating the new facts related particularly to the biological sciences with all the values, which often get into contradiction in practice. Besides, their solution -in which social accountability is involved - is essential for the medical sciences. In this work it is reported the common points between bioethics and the allocation of resources

for health care; that is to say, the relationship between ethics and economics, two subjects that - according to the contemporary belief - are back to back. However, they have always belonged to the same field in Latin America where the demographic profiles of under development and the stressed inequality that rends the region are predominant. Moreover, it is shown that the doctor's professional and ethical training together with the mastering of semiological abilities - that can not be replaced by technology although its prominence is not to be underestimated - are decisive for the exercise of a human, technical, ethical and socially effective medicine.

Subject headings: HEALTH; BIOETHICS; SOCIO-ECONOMIC FACTORS.

REFERENCIAS

1. El estado del arte de la economía de la salud (Editorial). Bol REDEFS 1995;1(2):1-4.
2. Martín Martín J. Eficiencia, instituciones y organización sanitaria. Una aproximación económica. En: Salud, Mercado y Estado. III Jornada Internacional de Economía de la Salud 1994:65-92.
3. Restrepo HE. Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en Salud Pública. Educ Med Salud 1995;29(1):76-91.
4. Musgrove P. La crisis económica y sus repercusiones en la salud y la atención de salud en la América Latina y el Caribe. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC: OPS, 1992:1098-121 (Publicación Científica nr.534).
5. Economía para el análisis del sector salud (Resumen de investigación). Bol REDEFS 1995;1(2):8-9.
6. Williamson JW. Evaluación del juicio clínico del médico. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC:OPS, 1992:374-81. (Publicación Científica Nr. 534).
7. Soberón G, Valdés Olmedo C. Investigación en políticas y en sistemas de salud: el interés de FUNSALUD. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 1. México:Fundación mexicana para la salud, 1994:23-39.
8. González Block MA, Zurita B, Frank J, Franco F, Arredondo A, Oneisser M, Ramírez R. Demanda y oferta de servicios: obstáculos a la mejoría del sistema de salud en México. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia No. 6. México:Fundación mexicana para la salud, 1994:15-54.
9. Mushkin SN. La salud como inversión. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC:OPS, 1992:265-88.
10. Anzola Pérez E. La atención del adulto mayor: un desafío para los 90. División de promoción y protección de salud. OPS/OMS, 1994:7-12. (Folleto).
11. Hans Martin S. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):391-8.
12. Salas Perea RS. Principios y enfoques bioéticos en la educación médica cubana. Educ Med Super 1996;10(1):28-37.
13. Kotow MH. Temas de bioética. En: Introducción a la bioética. 1.ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1995:81-98. (Colección El Mundo de las Ciencias).
14. Beca JP. Prioridades temáticas de bioética en América Latina y El Caribe. Bioética. Cuadernos del Pro-

- grama Regional de Bioética No. 1. 1. ed. OPS/OMS, 1995:11-8.
15. Mainetti JA. Bioética: una nueva filosofía de la salud. En: Bioética. Temas y Perspectivas. Washington, DC: OPS, 1990:215-7. (Publicación científica nr. 527)
 16. Tealdi JC. Qué es la Bioética. En: Filosofía y Salud. Compilación de Temas para la asignatura. 1ra. Parte. Ministerio de Salud Pública:ISCM de La Habana, 1994:246-9.
 17. Kotow MH. III. Fundamentos de Bioética. 1. Aspectos generales. En: Introducción a la Bioética. 1ra.ed. Santiago de Chile:Editorial Universitaria, 1995:51-5.
 18. Gracia D. Theorema. Introducción. La bioética médica. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):374-8.
 19. Piworka De A NA. Saber bien para hacer bien. En: Bioética: Temas y perspectivas. OPS/OMS, 1990:50-5. (Publicación científica nr. 527).
 20. Drane JF. Comentarios. Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):586-90.
 21. Kotow MH. IV.6. Bioética y salud pública: Políticas y recursos. En: Introducción a la bioética. Santiago de Cuba:Editorial Universitaria, 1995:128-35.
 22. Donabedian A, Weelwe JR, Wyezewianki L. Calidad, costo y salud: un modelo integrador. En: Investigaciones sobre servicios de salud; una antología. Washington, DC:OPS, 1992:809-27. (Publicación científica nr. 534).
 23. Nakanishi S, Yamada T, Scott AK, Yoshikawa A. Medical expenditures: Uncovering the costs of care. En: Japan's Health System: Efficiency and effectiveness in universal care. New York: Faulkner and Gray, 1993:63-79.
 24. Gómez Dantés O, Zorrilla P. La protección del consumidor en el campo de la salud. Economía y Salud. Documentos para el análisis y la convergencia. No. 4. México:Fundación mexicana para la salud, 1994:29-36.
 25. Fulton J. The role of physicians. En: Canada's Health Care System: Bordering on the possible. New York: Faulkner and Gray, 1993:65-87.
 26. Botella J. Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos, Nefrología 1994;14(Suppl 1):61-3.
 27. Gutiérrez Marlotte J. Implicación de los profesionales sanitarios en el control de gastos. Nefrología 1994;14 (Suppl 1):118-33.
 28. Villardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):399-404.
 29. Fineberg HV, Hiatt H. Evaluación de las prácticas médicas: argumentos para la valoración de la tecnología. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, DC:OPS, 1992:742-50. (Publicación científica nr. 534).
 30. Conde J. Aspectos económicos y organizativos del tratamiento de la insuficiencia renal crónica. Nefrología 1994;14(Suppl 1):3-9.
 31. Naranjo P. Del juramento hipocrático a la ética de la salud pública (editorial). Educ Med Salud 1994;28(1):3-6.
 32. Drane JE. Preparación de un programa de bioética de la OPS (conferencia). En: Bioética en América Latina y el Caribe. Seminario Taller Santiago-Chile. Publicación oficial del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. 1ra. ed. Santiago de Chile: Editorial Graphos Comunicaciones, 1995:20-35. (Edición Periodística Rebeca Uribe Fridman).
 33. Drane JE. Discursos. En: Bioética en América Latina y el Caribe. Seminario Taller Santiago-Chile. Publicación

- oficial del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. 1ra. ed. Santiago de Chile: Editorial Graphos Comunicaciones, 1995:10-9. (Edición Periodística Rebeca Uribe Fridman).
34. Rodríguez del Pozo P. Bioética y asignación de recursos en salud. Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 1. 1 ed. OPS/OMS, 1995:91-106.
 35. Tristram Engelhardt H, Cherry MS. La Bioética: Hito de las humanidades médicas. Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 1. 1 ed. OPS/OMS, 1995:55-64.
 36. Pellegrino ED. Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años. Bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 1. 1ra. ed. OPS/OMS, 1995:19-34.
 37. Alonso R. El paciente crónico y su entorno social. Nefrología 1994;14(Suppl 1):24-6.
 38. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?. Principios para la asignación de recursos escasos. Mesa Redonda. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5-6):570-85.
 39. Lázaro P. Evaluación de las tecnologías alternativas para el insuficiente renal crónico: Eficiencia, equidad. Nefrología 1994;14 (Suppl 1):49-60.
 40. Herardo L. La selección del paciente para el tratamiento sustituto de la insuficiencia renal crónica. ¿Es posible?. Nefrología 1994;14(Suppl 1):20-3.
 41. Temes JL. Calidad y costo de las técnicas de sustitución. Nefrología 1994;14 (Suppl 1):10-3.
 42. Felipe C, Naya M, Revilla R, Matesanz R. Impacto económico de la incorporación de nuevos avances biotecnológicos en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica en España. Nefrología 1994; 14(Suppl 1):111-7.

Dra. Nilia Victoria Escobar Yéndez, General Peraza # 231, entre 4 y 5, Reparto Flores. Santiago de Cuba