



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Correal-Muñoz, Camilo Alejandro; Arango-Restrepo, Pablo

Aspectos bioéticos en la salud comunitaria

Persona y Bioética, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 194-212

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ASPECTOS BIOÉTICOS EN LA SALUD COMUNITARIA

BIOETHICAL ISSUES IN COMMUNITY HEALTH

ASPECTOS BIOÉTICOS NA SAÚDE COMUNITÁRIA

Camilo Alejandro Correal-Muñoz¹

Pablo Arango-Restrepo²

Resumen

La investigación y las intervenciones que se realizan desde la salud comunitaria requieren de criterios y pautas que consideren las particularidades de este trabajo en contraste con disciplinas que han elaborado códigos de ética para su desarrollo.

Algunos principios ofrecen aspectos fundamentales para tener en cuenta, tales como la dignidad y el respeto, la protección, la autonomía, la justicia distributiva, la equidad, la interculturalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad. Con estas consideraciones iniciales, algunas organizaciones e instituciones han formulado pautas, códigos y principios que van conformando ese cuerpo de conocimientos adecuado al trabajo en salud comunitaria, aunque sigue siendo necesario un mayor desarrollo del tema y una consolidación de estos aspectos para que sean más considerados e incluidos en las iniciativas que se llevan a cabo en colectivos. Este artículo hace una revisión inicial del concepto de salud comunitaria y sus elementos fundamentales, para luego exponer los principios éticos que deben guiar el trabajo en salud comunitaria y revisar algunos de los que se han propuesto desde organizaciones e instituciones que, de una u otra manera, trabajan en el tema para finalmente proponer algunas reflexiones que contribuyan a consolidar una orientación bioética de la investigación y la intervención desde la salud comunitaria.

PALABRAS CLAVE: servicios de salud comunitaria, medicina comunitaria, bioética. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2014.18.2.9

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO

Correal-Muñoz CA, Arango-Restrepo P. Aspectos bioéticos en la salud comunitaria. pers.bioét. 2014; 18(2). 194-212. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.9

1 Médico, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad de La Sabana. Colombia. camilo.correal@unisabana.edu.co

2 Médico ortopedista, Doctor en Bioética. Universidad de La Sabana. Colombia. pablo.arango@unisabana.edu.co

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-05-20
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-05-21
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-08-07
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2014-08-14

ABSTRACT

The research and interventions that are made from the community-based health require criteria and guidelines to address the peculiarities of this work in contrast to disciplines that have developed codes of ethics for their development.

Some principles provide key aspects to be taken into consideration, such as dignity and respect, protection, autonomy, distributive justice, equity, interculturality, intersectorality and interdisciplinarity. With these initial considerations, some organizations and institutions have developed guidelines, codes and principles that shape this body of knowledge ideally suited for working in the community health area, although a further elaboration and consolidation of these aspects still needs to be taken more into consideration and included in the initiatives being undertaken in the collectives.

This paper does an initial review of the concept of community health and its key elements, to then expose the ethical principles that should guide the work within the community health area and examine some of those that have been proposed by organizations and institutions which, one way or another, work in the field to finally propose some thoughts that contribute to consolidating a bioethics orientation of the research and involvement from the community health services.

KEYWORDS: Community health services, community medicine, bioethics. (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

A pesquisa e as intervenções que se realizam na saúde comunitária requerem critérios e normas que considerem as particularidades desse trabalho em comparação a disciplinas que têm elaborado códigos de éticas para seu desenvolvimento.

Alguns princípios oferecem aspectos fundamentais para serem considerados: a dignidade e o respeito, a proteção, a autonomia, a justiça distributiva, a equidade, a interculturalidade, a intersectorialidade e a interdisciplinariedade. Com essas considerações iniciais, algumas organizações e instituições têm formulado normas, códigos e princípios que vão conformando esse corpo de conhecimentos adequado ao trabalho em saúde comunitária, embora continue sendo necessário um maior desenvolvimento do tema e uma consolidação desses aspectos para que sejam mais considerados e incluídos nas iniciativas que se realizam em coletivos.

Este artigo faz uma revisão inicial do conceito de saúde comunitária e seus elementos fundamentais para, em seguida, expor os princípios éticos que devem guiar o trabalho em saúde comunitária e revisar alguns dos quais foram propostos, provenientes de organizações e instituições que, de uma ou outra maneira, trabalham no tema. Finalmente, propõem-se algumas reflexões que contribuam para consolidar uma orientação bioética da pesquisa e da intervenção a partir da saúde comunitária.

PALAVRAS-CHAVE: serviços de saúde comunitária, medicina comunitária, bioética. (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

El trabajo comunitario adquiere cada día mayor relevancia, y se debe seguir en el proceso de aportar criterios bioéticos para su realización dado que no se encuentra mucha documentación sobre pautas ajustadas a las particularidades del trabajo en comunidad que ofrezcan claridad sobre las orientaciones necesarias.

En los últimos años se han expuesto distintas miradas sobre la salud de las poblaciones, que van más allá de lo aportado previamente por la salud pública con otras aproximaciones conceptuales tales como la salud comunitaria, la salud familiar, la medicina social, etc. Estas disciplinas surgen en el intento de establecer puentes entre la medicina y el abordaje de la salud colectiva, ya que su separación no se ha superado para lograr una mejor intervención en los problemas de salud y sus soluciones (1).

El saber de la medicina es la enfermedad y su objeto la persona enferma, para lo cual se ha dado su desarrollo técnico, tecnológico y metodológico; en tanto que la salud pública se ocupa de la salud como un fenómeno colectivo que puede lograrse o modificarse en el entorno y en el ámbito poblacional, y que debe procurar las mejores condiciones de protección involucrando las instancias administrativas, políticas, económicas, etc. En esta lógica se entienden las características propias de cada disciplina, así como también la necesidad de tender puentes de comunicación y acción sobre grupos y colectivos para integrar los aportes que cada campo específico puede hacer; de hecho, “la enfermedad en potencia es lo que actualmente llamamos *riesgo*, en su sentido más amplio” (2), y a su vez este riesgo es un objetivo de la salud pública que también se ha venido

incluyendo en la medicina preventiva. La medicina curativa se ejerce en los centros de atención mientras que la salud pública está afuera, así que deben acercarse para lograr su integración y acción conjunta.

En la práctica cotidiana de los proyectos de investigación o de intervención en comunidades se llevan a cabo constantemente abordajes sobre los colectivos sin que obedezcan a claras y definidas orientaciones bioéticas y, con frecuencia, se han realizado con escasas comprensión de la comunidad que se interviene. No se pueden concebir procesos que pretendan modificar aspectos de las comunidades sin antes lograr una buena comprensión de sus asuntos particulares. Antes de intervenir es necesario que se haya indagado, investigado y escrutado la realidad de la comunidad logrando de manera suficiente el reconocimiento de todas sus características y aspectos propios. Esta situación frecuente es el llamado que seguimos para avanzar en la estructuración de orientaciones bioéticas cada vez más ajustadas y específicas a esta realidad.

SALUD COMUNITARIA

El concepto de “salud comunitaria”, en el que se integran otras áreas de conocimiento además de las de la salud, concibe la ampliación del campo de acción incluyendo distintos factores, tales como el medioambiente, el contexto socioeconómico, la dinámica cultural desde abordajes diversos que introducen en algunos planteamientos dimensiones comunicativas, epidemiológicas, éticas y políticas, entre otras. Se comprende, desde la mirada de la enfermedad, no solo como un acontecimiento individual o privado, sino como algo que transcurre en el denso tejido social y ecológico en el cual se inserta la vida personal y se define como la estrategia que intenta

EN LA PERSPECTIVA DE LA SALUD, LA COMUNIDAD HA DE ENTENDERSE COMO UN ESPACIO SOCIAL EN FUNCIÓN DE LAS POSIBILIDADES COLECTIVAS DE PARTICIPACIÓN Y TOMA DE DECISIONES ANTE LOS PROBLEMAS, SIN ASUMIRLA COMO UN CONJUNTO DE PERSONAS IGUALES DESCONOCIENDO ASÍ LA INDIVIDUALIDAD Y LAS RELACIONES

llevar y aplicar los programas de salud al nivel local de cada comunidad con el apoyo y la participación activa de sus miembros (3).

En la perspectiva de la salud, la comunidad ha de entenderse como un espacio social en función de las posibilidades colectivas de participación y toma de decisiones ante los problemas, sin asumirla como un conjunto de personas iguales desconociendo así la individualidad y las relaciones (4). La pertenencia a una comunidad debe involucrar una participación activa que no solo contemple una coincidencia geográfica, racial o de otro tipo. La comunidad así constituida es como un ser vivo: altamente dinámica, irreductible e impredecible. Por estas razones, cobra aún más valor la necesidad de un conocimiento profundo tanto de la comunidad misma como de su dimensión cultural, histórica y social, y de las características de su contexto. Son estos elementos los que irán permitiendo la transición de la comunidad objeto de investigación, a aquella sujeto de este proceso, partícipe, activa y colaboradora para el logro de objetivos y beneficios tanto para los agentes externos como para ella misma y sus individuos.

La comunidad está constituida por personas que forman parte del conglomerado humano, revestidas de dignidad por su misma condición humana, dignidad reconocida en múltiples legislaciones nacionales e internacionales

como la Constitución Política de Colombia del año 1991 en su primer artículo (5); la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en su primer artículo; la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial desde que se promulga por primera vez en 1964 y en su más reciente versión de 2013, en sus artículos 7 y siguientes (6); el Convenio de Asturias de Bioética de 1997 (7); la Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos de Unesco de 1997 (8), entre otros, por lo que son merecedoras del respeto por su condición humana, lo que constituye el primer principio de la ética tanto a nivel personal como comunitario para el trato interpersonal e investigativo.

La salud es un derecho humano fundamental, aunque sea confuso, ya que no es posible ofrecer una salud perfecta sino tan solo procurar el respeto y la protección de la salud individual y de la sociedad en su conjunto, que debe ser garantizado tanto por individuos como por los colectivos y por el Estado. Por eso, para algunos se trata de una aspiración más que de un derecho en sentido estricto (9).

El reconocimiento del derecho a la salud en la perspectiva bioética no puede restringirse a la consideración de los principios clásicos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia. Su amplia dimensión debe apelar a otros principios y valores que en realidad se constituyan

como una base de respeto a la persona y a la vida, un escenario de equidad y de solidaridad en que no solo se busque el acceso a los servicios sino además de ello también el logro de condiciones mínimas de vida para que la salud sea posible.

Desde los años ochenta, la bioética se ha venido ocupando de manera cada vez más importante de los temas de la salud pública, y han sido varias las organizaciones que han hecho avances en la propuesta de principios específicamente considerados o aplicables en este campo. Distintos grupos han desarrollado propuestas metodológicas, consideraciones éticas y códigos que van agregando aspectos cada vez más relevantes de las comunidades y el trabajo que se cumple en ese entorno, bien sea en la intervención o en la investigación.

Es precisamente a partir de estos aportes y de la experiencia del desarrollo de trabajos de investigación e intervención en comunidades que se propone en este artículo una consolidación de estos avances para dar un paso más en la construcción de estos criterios y su difusión. Se destaca la importancia de construir un código de ética adecuado a los objetivos y las actividades de la Salud Comunitaria, con aportes multidisciplinarios, sustentado especialmente en la valoración necesaria del trabajo de campo, sus implicaciones, sus dificultades y para asegurar la mejor conducta hacia el futuro, estableciendo una credibilidad moral suficiente para la investigación y las intervenciones que den respuesta a las dificultades comunes y frecuentes.

Un gran logro de la formulación de un código sería proponer con claridad unos ideales y algunas reglas sobre el trabajo de campo, junto con guías que permitan evaluar posibles respuestas a los problemas de la práctica y sirvan

también para su conocimiento y aprendizaje así como para la toma de decisiones, ya que, a diferencia de otras ramas, en el caso de la salud comunitaria se establecen estrechos vínculos con las instancias políticas, legislativas, económicas, etc. (10).

Por estos motivos se deben conocer mejor los dilemas éticos propios del área de la salud comunitaria, así como también discutir la necesidad de comités de ética que se preparen y aborden específicamente este tema de los proyectos, así como el trabajo en comunidad que además de la dimensión investigativa debe considerar otros elementos de suma importancia. El desarrollo de comités especializados en el estudio de los aspectos éticos de intervenciones e investigaciones se ha limitado comúnmente a los asuntos clínicos y de ensayos biomédicos, dejando pendiente el abordaje de la comunidad y lo que allí se realiza.

Sobre los comités de bioética, Unesco ha expresado de manera muy general que deben “abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de: a) las ciencias de la salud, b) las ciencias biológicas y c) las políticas de salud innovadoras”; dichos comités deberán estar constituidos por expertos de diversas disciplinas para discutir los dilemas bioéticos que con el tiempo permitirán lograr “los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar los problemas con mayor eficacia, hasta el punto de que frecuentemente hallan la manera de resolver dilemas cuyo arreglo parecía en un principio imposible” (11).

Esta amplia formulación no parece resolver la deficiencia que persiste en la realidad de los proyectos en comunidades, sus dilemas éticos y la necesidad sentida de orientaciones claras. Entendemos por dilema la

EN EL ESTADO SOCIAL, LA PROTECCIÓN
APARECE COMO UNA OBLIGACIÓN DEL
ESTADO COINCIDIENDO EN EL SIGLO XVIII
CON EL ORIGEN DE LA SALUD PÚBLICA,
CUYO PROPÓSITO CONVERGE AL BUSCAR LA
PROTECCIÓN SANITARIA.

obligación de seleccionar entre dos opciones distintas, o el argumento formado por dos proposiciones contrarias, en donde negada o aceptada cualquiera de ellas, queda demostrado lo que se quería probar (12). En el lenguaje cotidiano el dilema es un problema que puede resolverse a través de dos soluciones donde ninguna de las dos resulta completamente aceptable o, por el contrario, las dos son igualmente aceptables. Por todo ello, las alternativas poco agradables que pueden surgir obligan al comité a reflexionar, debatir, deliberar y, por último, actuar. Es frecuente que un comité logre resolver estos dilemas, y, acto seguido, proceda a formular una recomendación o una sugerencia que se cristaliza en una opción moralmente aceptable con la cual se evitan las alternativas extremas planteadas en un principio y se avanza en la construcción multidisciplinaria que debe adelantarse en referencia al ordenamiento moral.

**PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y ELEMENTOS SOCIALES
PARA TENER EN CUENTA EN EL ANÁLISIS**

En la revisión y consideración de principios para el trabajo en comunidad debemos ampliar la mirada más allá de los criterios ofrecidos como bases y lineamientos generales que han sido consagrados en diversas directri-

ces internacionales (13). En este sentido comentamos los siguientes principios:

a) *Dignidad y respeto*

Los principios que se mencionan para fundamentar los criterios éticos del trabajo en los colectivos, sin pretender agotarlos todos, se fundamentan en la dignidad y el respeto a los miembros de las comunidades humanas globales o locales.

La dignidad le es intrínseca al hombre por el hecho mismo de ser persona. Por esto, toda persona, sin distinción de raza, sexo o cociente intelectual, tiene dignidad y es digna de respeto, aun cuando los demás no se la reconozcan. Esta es la base y el fundamento de los derechos humanos, los cuales no emanan de ningún consenso, ni Estado alguno los puede conceder o usurpar (14).

b) *Principios de la protección*

Para empezar, es fundamental apelar al principio de la protección que invoca el origen mismo del vocablo “ética”, proveniente del *ethos* griego que quiere decir “lugar donde se habita”, que a su vez suscita refugio y protección. En el Estado social, la protección aparece como una obligación del Estado coincidiendo en el siglo XVIII con el origen de la Salud Pública, cuyo propósito converge al buscar la protección sanitaria. La protección implica el dar resguardo o cubrir las necesidades esenciales consideradas como aquellas que el afectado necesita satisfacer para atender otras u otros intereses con algunas características que la distinguen claramente del principio de beneficencia o del esquema del paternalismo (15). Este mismo sentido hace surgir el hospital como lugar de hospedaje y cuidado o protección.

La ética de la protección se concibe a su vez como una ética de responsabilidad social, en donde el Estado está llamado a cumplir con ciertas obligaciones sanitarias bajo las cuales lleva a cabo el cuidado de la ciudadanía para la prevención de enfermedades y el logro de un medioambiente sano. Es fundamental aquí que el Estado, en su rol de agente protector, actúe con el consentimiento de la población proponiendo aquellas medidas que sean “necesarias y razonables para prevenir los problemas sanitarios”, ofreciendo además “la posibilidad de una evaluación ética de acciones destinadas a cubrir necesidades sanitarias impostergables, efectivamente sentidas por la población”, ya que la formulación de las políticas que se definan para la protección de la salud de los colectivos frente a sus necesidades se tornarán de carácter obligatorio cuando hayan sido aceptadas, permitiendo así que “el cumplimiento de las medidas de resguardo valide ejercer un legítimo poder de disciplina y autoridad para que sean efectivas. También se justifica someter la autonomía individual a los requerimientos del bienestar colectivo, en principio sin contemplar excepciones. La legitimidad de las acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características de los actos protectores; la protección adquiere así una forma de poder *sui generis*”, resultando esto en que bajo la guía de este principio se podrían postergar obligaciones frente a los individuos, con lo cual aparece el conflicto por resolver en relación con la limitación a la autonomía (15). Por otro lado, la libertad personal implica esa relación entre autonomía y responsabilidad en la que se asumen unos deberes que permiten exigir otros derechos.

En consecuencia con este planteamiento, el principio de protección permitiría la evaluación moral de políticas públicas y, para ello, se han propuesto como condiciones

que se considere la protección cuando se establece que hay objetivos sanitarios “mandatorios” o indispensables, y también en la aceptación de programas de salud pública con la mayor certeza de que las medidas son necesarias y “suficientemente razonables” para la prevención de los problemas sanitarios, incluso poniendo por encima el principio de protección sobre la autonomía (15).

Esta interesante discusión sobre la responsabilidad y la protección nos deja un significativo espacio para la reflexión sobre la salud comunitaria y las perspectivas de su abordaje. En este sentido, la relación entre el médico y el paciente, que se da en el ámbito privado, pasa a ser una relación en el ámbito público entre la institución sanitaria y la comunidad en la que la institución está llamada a asumir cierta protección de las poblaciones a través de los servicios de salud, la promoción y la prevención, la intervención de los riesgos particulares y generales, etc., con pérdida de parte de la autonomía de la persona, pero a su vez esta planeación debe tener una importante participación de los colectivos sobre los que se generan dichas acciones. Es de vital importancia que la participación sea también la base para la evaluación posterior de la eficacia y de la limitación necesaria de la autonomía para el bien común. “Si el paciente con capacidad ha realizado una clara declaración con respecto a sus deseos, la autonomía del paciente –el derecho a la autodeterminación o libertad de elección– debe ser respetada siempre y cuando no afecte a los demás y se mantenga dentro del ámbito personal” (16).

c) **Autonomía**

Como se ha mencionado, la autonomía, que es un principio fundamental en la bioética, cuando se aplica en el campo

comunitario pierde algo de la ponderación que tiene en la dimensión personal clínica, para supeditarse al bien de la comunidad, conforme a la norma ética que dice que el bien común está por encima del bien particular, sin que esto signifique autorización para lesionar ni dejar de hacer lo posible por subsanar los daños.

El debate sobre el alcance y el límite de la autonomía queda así planteado en este contexto de la salud comunitaria.

d) Justicia distributiva y equidad

Otro principio ampliamente desarrollado y acorde con la salud comunitaria, ha sido el de la justicia distributiva y la relación que se establece a partir de ella con el derecho a la salud, cuyo logro no depende plenamente de cada persona, sino que requiere el amparo del bien común que deben ejercer la institucionalidad y la sociedad.

Aristóteles se refirió a la justicia como virtud genérica, que es la disposición permanente e irrenunciable a perseguir el bien común. Distingue tres especies de justicia (17):

1. Conmutativa: garantiza el bien de los particulares conforme a un criterio de igualdad (regula transacciones económicas, relaciones laborales, reparación de una injusticia).
2. Distributiva: regula las relaciones entre gobernantes y ciudadanos, es decir, reparte bienes y servicios, cargas y obligaciones, conforme a un criterio de proporcionalidad (dar más a quienes tienen menos, exigir más a quienes tienen más).
3. Correctiva: regula la relación entre el delito y su correspondiente pena o castigo.

LA JUSTICIA CONMUTATIVA REGULA LAS RELACIONES DE LOS INDIVIDUOS ENTRE SÍ Y LA DISTRIBUTIVA ORDENA LAS RELACIONES DEL TODO SOCIAL CON LOS INDIVIDUOS.

La justicia commutativa regula las relaciones de los individuos entre sí y la distributiva ordena las relaciones del todo social con los individuos. Una sociedad será justa si impera el criterio de imparcialidad, es decir, que los casos semejantes sean tratados como semejantes y los diferentes como diferentes, por lo que aquí el igualitarismo sería injusto.

Reconociendo entonces las características singulares en una colectividad, no podremos entender la justicia en términos de igualitarismo, ya que la igualdad puede asumirse como lo igual o como lo proporcional, siendo utilizadas estas concepciones por la justicia correctiva y la justicia distributiva respectivamente (9). Esta segunda interpretación de igualdad es la que da pie a la preocupación que debe orientar nuestra reflexión sobre el derecho a la salud y su relación con la distribución. La justicia distributiva asigna los recursos de acuerdo con las necesidades de cada uno, sin desconocer el valor individual de cada persona.

Aparece entonces la confrontación entre autonomía y justicia. Estas “dos dimensiones de la vida moral que se exigen mutuamente”, a su vez entran en frecuente conflicto. “Sin una justicia que asegure la igualdad básica de oportunidades de todos en la vida social, la autonomía se vuelve retórica” (18).

El Estado social de derecho busca la garantía de unos estándares mínimos de los derechos denominados de segunda generación, tales como los de salud, educación, alimentación, vivienda, propiedad, etc. Es un Estado en el que la libertad y la igualdad se implican mutuamente al cambiar el sentido de libertad que el Estado liberal tenía, por una libertad de participación en lo social. Esta mirada considera que el individuo no es autónomo y no hace su propia vida con independencia de lo social; por el contrario, está llamado a participar activamente en la persecución de fines sociales de justicia, mostrando así este conflicto entre autonomía y justicia en el que el Estado moderno presenta como función la del bienestar público o social procurándolo para todos los habitantes. En el Estado social de derecho también se desarrollan los denominados derechos de tercera generación, conocidos como derechos colectivos y del ambiente, e incluso se llega a hablar de los derechos de cuarta generación como aquellos de grupos y de minorías (9).

Otro principio que debe orientar la salud comunitaria es el de la equidad, entendida como “la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno a más aspectos de la salud” (19).

La equidad y la justicia en salud implican un gran reto mundial y, aunque se ha dedicado mayor atención al acceso a los servicios de salud, deben atenderse también otra gran cantidad de factores de los que esta depende ya que se han venido documentando cada vez más los resultados en la salud dependientes de las diferencias de la población en aspectos socioeconómicos, demográficos, geográficos, étnicos, etc. Por ello, la equidad en salud conlleva una valoración ética de las diferencias con el

ánimo de subsanarlas, lo que es un importante objetivo nacional e internacional (20).

El análisis de los aspectos bioéticos de los sistemas de salud debe incluir, entre otros, la distribución equitativa de los recursos, la disminución de las desigualdades y la promoción de la salud comprendida como un desarrollo humano integral. Este debe ser un análisis prioritario dado que las reformas de los sistemas atienden los problemas urgentes y pueden hacer a un lado estos aspectos. Es necesario avanzar hacia el análisis de “los alcances y limitaciones que pueden tener las disposiciones estatales en relación con las formulaciones sobre los derechos sociales de los cuales hacen parte los servicios de salud, la seguridad social y la educación” (21).

e) *Interculturalidad, intersectorialidad e interdisciplinariedad*

En adición a los pilares mencionados, también es importante tener en cuenta otros principios que han sido propuestos desde diversas experiencias y atendiendo a la pertinencia de responder a “la necesidad de desarrollar intervenciones de salud pública que tengan una eficacia demostrada con un costo razonable”, a la vez que se acogen las perspectivas de la comunidad en la comprensión y solución de sus problemas (22).

En esta dirección, se plantea como principio el enfoque intercultural, ya que más allá de evitar la discriminación, se debe lograr el respeto de las otras culturas, lo que implica el reconocimiento de que cada cultura tiene su propia racionalidad y subjetividad. “No habría unas culturas científicas y otras mágicas, sino que todas son a la vez científicas y mágicas” (22). Por tanto, la pertinencia apela a estos aspectos culturales y, además de la

sensibilidad hacia ellos y el respeto, busca llegar en forma efectiva y preponderante a que sean incorporados los enfoques, conceptos, racionalidades y valores con que se mira y entiende la salud en las comunidades.

De alguna manera, la aspiración al logro de estos principios agrega otros que son los abordajes interdisciplinario e intersectorial de la salud, ya que la fragmentación contemporánea de las disciplinas y las limitaciones propias de la especificidad de cada una han logrado dividir la realidad haciéndola desintegrada e inabarcable por un solo ámbito del conocimiento. La realidad compleja y presente en las personas y las organizaciones sociales y colectivas demanda una comprensión más completa que requiere de la participación y unidad de muchos campos del saber. Cualquiera que sea el objeto de estudio, la persona sigue estando en el centro junto con sus problemas de salud, y el “sujeto-objeto” comunidad debe incluir abordajes desde otros saberes tomados de las ciencias sociales (4).

PRINCIPIOS PARA UNA BIOÉTICA DE LA SALUD COMUNITARIA

El rango de problemas de consideración ética en la salud comunitaria es muy amplio y estimula la búsqueda de valores, virtudes y principios específicos, así como la necesidad de distintos métodos de análisis éticos y de múltiples perspectivas que pueden coexistir y expresar diferentes intereses (10).

Para el proceso de construcción de criterios éticos aplicables en la salud comunitaria, algunas organizaciones han propuesto pautas éticas y documentos que incluyen consideraciones particulares y de aplicabilidad específica en este campo. Contamos entre ellos con el Consejo de

Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) con sus Pautas Éticas emanadas en 1993 y ajustadas en 2002 (23); el Center for Disease Control (CDC) de Estados Unidos que conformó desde 1997 un subcomité de ética para estos asuntos reconociendo su creciente importancia; la Public Health Leadership Society (PHLS), que en el año 2002 adopta las recomendaciones contenida en sus “Principios de ética en la práctica de salud pública” (Principles of the ethical practice of public health), en los que expresa como código de ética algunos principios (24); el Canadian Institute for Health Research (CIHR) propuso en el 2004 y actualizó en 2008 sus pautas para realizar investigaciones sobre salud que involucren aborígenes (25); la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos proferida por Unesco en el 2005, en la que se tratan las “cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales”, y añade que “imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas” (26). Esta declaración es importante porque ofrece un nuevo horizonte de la responsabilidad social fomentando la solidaridad (27).

Se incluyen también los principios de la Sociedad Internacional de Etnobiología (SIE) que ha propuesto un código de ética para el trabajo con comunidades que, aunque no surge de la salud pública, es pertinente para el abordaje de la salud comunitaria y se formuló desde la Declaración de Belem (Brasil) en la fundación de esta sociedad en 1988, y ajustada en 2008, plantea un reconocimiento fundamental de la cultura, la diversidad cultural, los territorios y los recursos tradicionales (28). Siguiendo algunas de estas pautas, en Colombia el

Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) ha construido sus principios éticos para estudios médicos aplicados a los sistemas tradicionales de salud y avanza con sus experiencias, especialmente con comunidades indígenas, en la consolidación de una ética para este trabajo (29).

La consideración de unos principios para la bioética de la salud comunitaria avanza sobre estas propuestas con el reto de lograr una definición de los elementos que se deben adoptar y ajustar para que las intervenciones e investigaciones sean “culturalmente sensibles y respetuosas” (30).

Recogiendo elementos de estas diferentes propuestas, encontramos en las Pautas Éticas de la CIOMS planteamientos importantes sobre las consideraciones necesarias para ser tenidas en cuenta por los comités llamados a evaluar propuestas de investigación biomédica. En principio ello incluye el deber de someterse a la revisión de comités científicos y éticos, a la vez que destacan como justificación para realizar dicha investigación la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas, además de la protección y el respeto manifestado en que la propuesta ha de ser justa y moralmente aceptable en las comunidades involucradas. Esto representa un reconocimiento importante de la perspectiva que las comunidades deben aportar a los

proyectos de investigación o de intervención, y precisa la necesaria consideración de los valores de la comunidad en los niveles colectivo e individual (23).

a) *Utilidad para la comunidad*

Se plantea la necesidad del fortalecimiento de la capacidad de evaluación ética y científica en la revisión de las investigaciones biomédicas, lo cual debe implicar altas calificaciones que garanticen la calidad científica y la aceptabilidad ética de las investigaciones. Este proceso incluye establecer y fortalecer comités de ética inde-

pendientes y bien calificados, fortalecer la capacidad investigativa, desarrollar tecnologías apropiadas para la investigación, entrenamiento de personal tanto en investigación como en atención en salud, y educación de la comunidad sujeto de investigación (23).

SE PLANTEA LA NECESIDAD DEL
FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD
DE EVALUACIÓN ÉTICA Y CIENTÍFICA EN
LA REVISIÓN DE LAS INVESTIGACIONES
BIOMÉDICAS, LO CUAL DEBE
IMPLICAR ALTAS CALIFICACIONES QUE
GARANTICEN LA CALIDAD CIENTÍFICA
Y LA ACEPTABILIDAD ÉTICA DE LAS
INVESTIGACIONES.

Estas pautas también tocan otros aspectos destacables como los apoyos o la financiación externa, y los intereses que eso puede causar, así como también el tema de intervenciones en comunidades muy pobres cuyo interés se puede manipular, por lo que cualquier retribución o pago a los participantes debe ser cuidadosamente revisada. Se proponen como condiciones que la investigación responda a las necesidades de salud y prioridades de la población o comunidad; y que cualquier intervención o producto desarrollado, o conocimiento generado, lo será para beneficio de aquella comunidad (23).

EL CÓDIGO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE ETNOBIOLOGÍA RECONOCE Y APOYA LA POSIBILIDAD DE LAS COMUNIDADES LOCALES DE EMPRENDER SUS PROPIAS INVESTIGACIONES, LOS PROCESOS IMPLICADOS EN ESTAS Y LAS PUBLICACIONES CONSECUENTES.

b) Respeto a las características de diferentes culturas y comunidades

Por otra parte, en la formulación de sus principios PHLS precisa que no se trata de un código exhaustivo sino de aspectos que se quieren enfocar en las particularidades de la salud pública y su práctica. Entre los valores, nos recuerda que los humanos tenemos el derecho a los recursos necesarios para la salud; también hace alusión a nuestra condición inherente social y de interdependencia; a la efectividad de las instituciones dependiente de la confianza de la comunidad; a la necesaria colaboración en la salud pública; a la relación salud y medioambiente; y a la individualidad en medio del colectivo (24).

Es importante en este código la fijación de la prioridad de la salud pública en la identificación y promoción de los requerimientos fundamentales para la salud en la comunidad, por lo cual plantea como bases para la acción que el conocimiento es importante y poderoso, desde las ciencias hasta el saber popular de las personas en la comunidad. Dentro de los principios que formula luego de estas consideraciones, menciona de nuevo el respeto por los derechos individuales y colectivos; la necesidad de ofrecer las condiciones requeridas por todos; la incorporación de diversas miradas y aproximaciones para llegar con respeto a diferentes culturas, valores y creencias en la comunidad; y la importancia de abordar también los aspectos sociales de las problemáticas (24).

Estos principios de PHLS también hacen énfasis en lo determinante que es el adecuado equilibrio entre la necesidad del ejercicio del poder para asegurar la salud y, al mismo tiempo, evitar el abuso de este poder, para lo cual la atención sobre los aspectos éticos es cada vez mayor. Por esto mismo, convoca a participar con comentarios, críticas y enriquecimiento del código de tal manera que se vaya perfeccionado y adecuando (24).

CIHR, en sus pautas para realizar investigaciones sobre salud que involucren aborígenes, señala que los investigadores deben entender y respetar la cosmovisión de los idígenas incluyendo “las responsabilidades hacia el pueblo y hacia la cultura que resulten del acceso a las sabidurías tradicionales o sagradas”. También debe respetarse la jurisdicción de la comunidad sobre la investigación y la amplia participación en todas las instancias del proceso; incluso antes de dirigirse a la comunidad debe obtenerse el consentimiento de sus autoridades y, posteriormente, los demás consentimientos a que haya lugar (25). Estos procesos tienen sentido en el marco de una educación adecuada para su comprensión.

c) Privacidad, confidencialidad

Algunas pautas expresan los detalles de la privacidad, confidencialidad y anonimato; la necesaria orientación de los portadores de la sabiduría tradicional si la investigación incluye el uso de estos aspectos culturales; el respeto y

la protección de los derechos intelectuales sobre estos conocimientos; la aplicación de protocolos culturales que sean relevantes para la comunidad; y una comunicación constante que sea accesible y comprensible. Plantean que la investigación debe beneficiar a la comunidad al igual que a los investigadores y, por tanto, además de reconocer y respetar los derechos de estos pueblos y promover y garantizar la participación de la comunidad se debe también generar la oportunidad de interpretar los datos y revisar las conclusiones para asegurar su precisión y que sean culturalmente sensibles (28).

d) Optimizar resultados positivos y minimizar negativos

El código de la SIE reconoce y apoya la posibilidad de las comunidades locales de emprender sus propias investigaciones, los procesos implicados en estas y las publicaciones consecuentes. Entre sus propósitos es de destacar el de “optimizar resultados positivos y reducir lo más posible los efectos adversos de la investigación (en todas sus formas, incluyendo la investigación aplicada y trabajo de desarrollo) y actividades relacionadas” (28).

e) Respeto de las tradiciones

Se han propuesto como principios algunos que no han sido comúnmente citados en otras instancias y, por tanto, vale la pena mencionar. Se formulan principios de derechos y responsabilidades previas de los pueblos sobre los recursos y conocimientos, así como también sobre su autodeterminación como comunidades tradicionales o locales, lo cual debe ser respetado a la vez que se reconoce su derecho de inalienabilidad y de “guardianes tradicionales” de conocimientos y lugares. En adición, el principio de “reconocimiento y crédito”

deja claro que se debe reconocer a las comunidades según sus preferencias e incluir todos los créditos a que haya lugar en todas las publicaciones (28).

Siguiendo este reconocimiento de las características propias de la comunidad, también se formula el principio de diligencia expresando que es necesaria la comprensión del contexto local como requerimiento previo para adelantar posteriormente una relación de carácter investigativo. Es importante que esta comprensión cobije aspectos tales como gobierno local, leyes y protocolos culturales, etc. Incluso se plantea como deseable que los procesos de la investigación se lleven a cabo en la lengua local, para lo cual se requiere la contratación de intérpretes (28).

Se hace referencia a la participación activa de las comunidades locales en todas las fases de la investigación y sus actividades relacionadas, desde el diseño de los estudios hasta la aprobación de las publicaciones que se deriven. Esto también implica el principio de “revelación completa”, según el cual toda la información es divulgada en forma comprensible, y así puede ser útil y aplicable en la realidad específica del grupo, todo esto manteniendo el principio de confidencialidad, que establece la discrecionalidad de las comunidades para publicar o mantener reservada cualquier información concerniente a su cultura, identidad o herencia genómica. Bajo el principio de respeto, además de estas condiciones los investigadores deben garantizar la integridad de las comunidades, su moralidad y tradiciones; además se plantea como principio del “ciclo interactivo dinámico” la necesidad de asegurar, antes del inicio, que se podrán llevar a cabo todas las fases, desde la preparación, pasando por la implementación, evaluación y divulgación, terminando con la formación como parte integral del

proyecto. “De este modo, todos los proyectos deben ser vistos como ciclos de comunicación e interacción continua” (28).

f) Principio de protección activa y precaución

Adicionalmente a estos principios, se promulga el de “protección activa” en el que se expresa la importancia “de que los investigadores tomen medidas activas para proteger y fortalecer las relaciones de los pueblos indígenas, sociedades tradicionales y comunidades locales con su entorno, y promover así el mantenimiento de la diversidad cultural y biológica”. Este principio lo complementa el de precaución, ya que parte del reconocimiento de las complejas interacciones en las comunidades y, por tanto, la incertidumbre sobre los posibles efectos de la investigación, generando así la necesaria “acción proactiva y anticipada para identificar y prevenir daños. [...] Esto implica también la responsabilidad de evitar la imposición de concepciones y estándares foráneos”. Como complemento, se menciona el principio de reparación en el que además de evitar consecuencias adversas, se acepta que de suceder se entablará una discusión con la comunidad para determinar su mitigación, restitución o acciones para repararlo (28).

g) Reciprocidad, beneficio mutuo y distribución equitativa

Otros principios que encontramos expresan la reciprocidad, el beneficio mutuo y la distribución equitativa, en especial al beneficiarse con resultados tangibles e intangibles. De igual forma, la necesidad de apoyar las investigaciones locales o de interés de las comunidades, basadas en sus “epistemologías y metodologías” (28).

h) Consentimiento informado

El tema del consentimiento previo informado se incluye, aclarando en este caso que el amplio conocimiento de la investigación se debe lograr antes de establecer cualquier tipo de investigación individual o colectiva en la comunidad, por tanto, este principio obliga a un proceso educativo adecuado a la cultura, incluso con herramientas interculturales y bilingües que aseguren el entendimiento de la propuesta investigativa, sus alcances, propósitos e implicaciones, “incluyendo todo beneficio o daño razonablemente previsible (bien sea tangible o intangible) a las comunidades afectadas”. Este consentimiento implica a su vez reconocer el derecho de las comunidades a tomar decisiones sobre cualquier programa, proyecto, estudio o actividades (28).

Respecto a este importante aspecto que es el manejo del consentimiento informado, además de las características generales que cumple, debe determinarse si se suscribe individual o colectivamente, así como también debe garantizarse la comprensión cultural del documento. Especial cuidado se debe tener con el ofrecimiento de beneficios a la población participante o involucrada para evitar la coerción o las diversas formas de presión a subordinados (23). Este principio está íntimamente conexo con la autonomía que se comentó previamente.

CONCLUSIONES

1. La bioética ha venido cobrando cada vez más importancia en el campo de la salud pública, la epidemiología y la salud comunitaria, precisamente por los dilemas que se han presentado a los profesionales en este campo y por los problemas que han sido observados en sus investigaciones. Se señala que “la ética en salud pública

AL GENERARSE UN INTERÉS O PREOCUPACIÓN POR LA SALUD DE UN GRUPO POBLACIONAL SURGE LA NECESIDAD DE APRENDER Y COMPRENDER SOBRE ESE COLECTIVO PARA LOGRAR EL OBJETIVO DE PROTEGER LA SALUD. EN ESTE SENTIDO, ES FUNDAMENTAL DETERMINAR LA ACCIÓN PROPIA DE LAS COMUNIDADES Y DEFINIR SU ROL COMO SUJETOS PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ESTUDIO E INTERVENCIÓN.

puede ser definida como el conjunto de los principios, valores y virtudes que ayudan a guiar las acciones destinadas a promover la salud, prevenir lesiones y enfermedades en poblaciones”, y que las acciones pueden ser en investigación en salud colectiva o en intervención social (31). Asimismo, la bioética enfatiza en los rasgos que el investigador o profesional debe tener afines a los principios señalados previamente sin ceder en el rigor científico. Al generarse un interés o preocupación por la salud de un grupo poblacional surge la necesidad de aprender y comprender sobre ese colectivo para lograr el objetivo de proteger la salud. En este sentido, es fundamental determinar la acción propia de las comunidades y definir su rol como sujetos participantes en el proceso de estudio e intervención.

2. Los profesionales del área deben disponer de instancias de consulta y de conocimientos adecuados sobre la dimensión ética de sus acciones, así como también de las implicaciones que dichos actos y sus propias actitudes pueden tener en la toma de decisiones. Esto se debe traducir en el deber moral de diseñar y adelantar estudios rigurosos de alta calidad en los que además no se olvide la afirmación de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013) en su numeral 8, que dice: “Aunque

el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”(32).

3. Es necesario establecer un marco conceptual para la discusión sobre la ética en la salud pública que vaya más allá de descripciones teóricas y se ubique en el contexto de los conflictos sociales, considerando las diversas teorías éticas y su aplicación en programas de salud, así como también la importancia del sustrato social y económico de la comunidad como elemento esencial en la investigación (33).
4. El reto para el “investigador-interventor” está en la búsqueda e identificación de las similitudes y diferencias entre lo individual-personal y lo colectivo-comunitario, además de que esta pesquisa la logre hacer con independencia de sus intereses científicos o de los afanes de solucionar problemas detectados. Es decir, que se debe establecer un sano balance entre los intereses científicos personales o institucionales y los intereses individuales-comunitarios, sin afectar patrones conductuales, culturales y éticos. La investigación comunitaria debe suponer “entender la comunidad, no como suma de individualidades sino como individuos en comunidad de interés”; “modificar

patrones investigativos convencionales que tienden a aislar el objeto del sujeto y viceversa” (33).

5. Es imprescindible que los proyectos sean deseados por la comunidad que debe entender su participación y ser debidamente consultada, además de participar voluntariamente en la búsqueda de ese conocimiento que permita una aplicación o utilidad directa para ella. Se puede preguntar si: ¿los individuos y las comunidades han solicitado esas acciones o intervenciones, las reconocen, las incorporan?; ¿coincide esta decisión con el sentido de responsabilidad individual, con las costumbres, los hábitos y valores éticos del receptor?; ¿se consultó la comunidad en esta toma de decisiones? Estos detalles son a menudo olvidados por el afán preventivo-comunitario en el que se da preponderancia a la percepción del decisor que es el investigador asistido de su autoridad. En respuesta, se presenta “un desconocimiento inadmisible de la salud de la población” que da pie a planes y acciones que no servirán más allá del momento ni dejarán aprendizajes de utilidad en otros problemas o en situaciones similares (4).
6. Como lo han propuesto las declaraciones y pautas comentadas en las nuevas perspectivas del trabajo en comunidad, un primer punto por lograr es el reconocimiento de los derechos que asisten a estas comunidades y que tiene que ver con su salud, su organización, su cultura, etc. Sin embargo, es necesario también avanzar en una perspectiva que deje de poner en desventaja a las comunidades y vaya más allá del simple reconocimiento y respeto de estos sistemas tradicionales de conocimiento para otorgarles la primacía que deben tener, incluso por encima de las ciencias que pretenden describirlos, investigarlos o intervenirlos. Avanzar hacia el diálogo intercultural como una herramienta del proceso de investigación en estos casos implica ampliar aún más los criterios que se han expuesto en los textos.
7. Al hablar de proyectos comunitarios es importante dar relieve a los problemas relacionados con los aspectos sociales, económicos y culturales que en general se pueden pasar por alto en las formas de investigación más comunes. Aunque puede ser cierto que hacen falta las herramientas o los recursos técnico-metodológicos para adelantar estas investigaciones de gran complejidad, también deben considerarse las experiencias pequeñas y locales que han tenido logros importantes y pueden ofrecer nuevos caminos para un adecuado abordaje de los problemas de salud en las comunidades y los colectivos.
8. Los comités tienen una especial relevancia para el manejo de todos estos aspectos, y queda claro que en el ámbito de la salud comunitaria y los proyectos son tantas las consideraciones necesarias que se hace crucial nutrir los comités que ayuden en el estudio de los problemas de la comunidad y asuman una actitud proactiva en la formación de los miembros del mismo comité y de la comunidad con los elementos requeridos para evaluar este tipo de procesos, o crear instancias particulares para abordar el tema. El desafío para este abordaje de aspectos éticos en la salud comunitaria implica que se debe dar un importante desarrollo organizacional e institucional, con una apertura hacia la toma de decisiones que incluya investigación pertinente para dar información válida, y una apertura también académica hacia otros campos de la salud y hacia ciencias sociales, biológicas y de la conducta, así como también hacia

el ámbito internacional. “[T]odo lo anterior debe ser supeditado a la actitud fundamental que da sentido a la Salud Pública: la preocupación permanente por captar las necesidades siempre mutantes de salud de la población, aprender de ellas y dar una adecuada respuesta” (34).

9. Los comités deben ayudar a priorizar los diferentes principios de la bioética dadas las características y particularidades de la salud comunitaria y su abordaje, incluyendo la tensión que otros principios suscitan con los principios anglosajones clásicos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, ya que las medidas en procura de la beneficencia de un grupo pueden significar la restricción a la autonomía individual y, así, las interpretaciones desde distintas miradas pueden confrontar estos principios hasta el punto de llegar a discutir cuál de ellos debe primar y cómo cumplirlos a la vez, considerando que estos enfrentamientos finalmente deberían reflejar la concepción de las personas como sujetos con capacidades, consideraciones y valoraciones para tomar decisiones, y no como objetos de intervenciones o medidas (22).

En este sentido, es inadecuado el modelo principalista para aplicarlo en la salud comunitaria y seguirlo como pauta general, ya que solo hace referencia a relaciones entre individuos como puede ser el caso de “médico-paciente o en la de investigador-probando”. En contraste, la salud de los colectivos y su abordaje no necesariamente pasa por esta relación sino que se refiere a poblaciones humanas y a sus contextos socioambientales, a instituciones públicas, a políticas de promoción y prevención, etc., por lo que la moralidad de la salud comunitaria no debe reducirse a la ética de la biomédica clínica. En efecto, esta

confusión implicaría el descuido de la especificidad de los problemas trabajados por la salud comunitaria reduciéndolos a lo relevante en la clínica, y no a la complejidad de la perspectiva salubrista en la cual las predicciones y los efectos de las políticas son difíciles de cuantificar (15). Los dilemas éticos en salud comunitaria no se resuelven de manera adecuada o completa en el pensamiento bioético actual que sigue el modelo principalista y, “más allá, la evaluación ética de políticas sanitarias, sobre todo de carácter preventivo, puede llevar a una especie de “tiranía sanitaria” (35) y a un “fanatismo preventivista” (36), por lo cual es preciso dar con una bioética específica para salud comunitaria en la que se pueda utilizar lo rescatable de la ética principalista y se haga énfasis en otras miradas éticas que enriquecen con sus principios y propuestas este escenario.

R E F E R E N C I A S

1. Henderson D. La salud pública más allá del año 2000. En Organización Panamericana de la Salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica 540. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
2. López S. Salud pública y medicina curativa: objetos de estudio y fronteras disciplinarias. *Salud Pública de México*. 2000;42(2):88-9.
3. Costa M, López E. Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
4. Martínez S. La investigación comunitaria y los valores éticos. En Acosta JR. editor. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997.
5. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de Derechos Humanos. París: ONU; 1948. Visitado: 2013 enero 17. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

6. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. AMM: Fortaleza; 2013. Visitado: 2013 enero 17. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>
7. Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética. Unión Europea: Oviedo; 1997. Visitado: 2013 febrero 24. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/página/maletín/colecc/actual/genética/convenio.htm
8. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos. Unesco: Nueva York; 1997. Visitado: 2013 febrero 24. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
9. Devis-Morales E. La justicia en la distribución de los recursos de la salud. Pers. bioét. 1999;7y8:38-70.
10. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. Am J Public Health. 2002;92(2):169-76.
11. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco). Creación de Comités de Bioética. París: Unesco; 2005.
12. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española; 2001 [citado 2014 enero 28]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=dilema10>.
13. Lolas F, Outomuro D. Bioética y salud Pública. En Lolas F, Quezada A, Rodríguez E, editores. Investigación en salud. Dimensión ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006.
14. Arango-Restrepo P. Un nuevo siglo. Pers. bioét. 2001;(5)12:6-8.
15. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saude Publica. 2001;17(4):949-56. Visitado: 2013 marzo 23. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400029&lng=es&nrm=iso&tlang=es
16. Arango-Restrepo P. Necesidad de los principios. Pero, ¿cuáles principios? Pers. bioét. 2003;7(19):70-83.
17. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Buenos Aires: Tecnibook Ediciones; 2011.
18. Gracia D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. Acta Bioethica. 2002;8(1):27-31.
19. Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. Rev gerencia y políticas de salud. 2001;1(1):7-16.
20. Ferrer M. Equidad y justicia en salud; implicaciones para la bioética. Acta Bioethica. 2003;9(1):113-26.
21. Jara MI. Ética de la salud como ética de la vida. Rev gerencia y políticas de salud. 2001;1(1):86-102.
22. Darras C. Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. Acta Bioethica. 2004;10(2):227-33.
23. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Ginebra: OMS; 2002.
24. Public Health Leadership Society. Principles of the Ethical Practice of Public Health Version 2.2. 2002. Visitado: 2013 marzo 23. Disponible en: <http://www.apha.org/NR/rdonlyres/1CED3CEA-287E-4185-9CBD-BD405FC60856/0/ethicsbrochure.pdf>
25. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). CIHR guidelines for health research involving aboriginal people. Ottawa; 2008.
26. Unesco (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Washington; 2005. Visitado: 2013 marzo 22. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180S.pdf>
27. Sarria M. Bioética, investigación y salud pública, desde una perspectiva social. Revista Cubana de Salud Pública. 2007;33(1).

28. International Society of Ethnobiology (SIE). Código de ética. 2008. Visitado: 2013 marzo 23. Disponible en: http://ethnobiology.net/docs/Codigo_Etica_ISE_2006_w-additions_espanol_Feb2011.pdf
29. Grupo de Estudios en Sistemas Tradicionales de Salud (GESTS), Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI). Principios éticos para estudios médicos aplicados a los sistemas tradicionales de salud. 2008. Visitado: 2013 febrero 24. Disponible en: http://www.cemi.org.co/images/PRINCIPIOS_ETICOS_GESTS_CEMI.pdf
30. Zuluaga G. Una ética para la investigación médica con comunidades indígenas. En Vélez A, Ruiz A, Torres M, editores. Retos y dilemas de los comités de ética en investigación. Colección Textos de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario; 2013.
31. Bedregal P. Ética de la Investigación en Salud Pública. ARS Médica, Revista de Estudios Médico Humanísticos, Universidad Católica de Chile. 2008;13(13). Visitado: 2013 febrero 24.
32. WMA - World Medical Asociation (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. CIUADA; 2013. Visitado: 2013 febrero 22. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
33. Jennings B. Frameworks for ethics in public health. *Acta Bioethica*. 2003;9(2):165-76.
34. Gandolfo JG. Los desafíos de la salud. Boletín Esc. de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1994;23:3-5. Visitado: 2013 enero 17. Disponible en: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_1.html
35. Becker MH. The tyranny of health promotion. *Public Health Review*. 1986;14:15-25.
36. Skrabaneck P. The death of human medicine and the rise of coercitive healthism. The Social Affairs Unit. London; 1994.