

BIOÉTICA DE LA ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD

José Roque Junges¹

RESUMEN:

La bioética tuvo un gran desarrollo en su reflexión sobre las cuestiones éticas de la relación clínica médico paciente a través de los conocidos principios de la autonomía, beneficencia y justicia, pero todavía abrió poco espacio para los desafíos éticos de la salud pública, especialmente de la atención básica. Para alcanzar este objetivo, es necesario pensar la salud en la perspectiva del sujeto colectivo. El artículo pretende reflexionar sobre los principios éticos específicos de los cuidados primarios en salud, teniendo como referencia la organización de la atención básica en Brasil. Primero es importante distinguir entre justicia que se refiere a las condiciones básicas necesarias para ser saludable y equidad que dice respeto al acceso universal y diferenciado a los servicios de salud, cuando existen agravios a la salud. Otro principio esencial del sistema público de salud en Brasil es la “integralidad”, entendida como llevar en consideración en la atención sanitaria las diferentes dimensiones del proceso enfermedad/salud, a partir de la escucha de las necesidades del enfermo y teniendo presente los diversos niveles de la organización de los servicios en salud. Para llegar a la equidad y a la “integralidad” en la atención básica es necesario una nueva subjetividad profesional gestada en procesos de trabajo en que el usuario y el equipo multi-profesional sean los protagonistas. Esto apunta a una nueva ética de las relaciones entre los profesionales y de estos con los usuarios.

PALABRAS CLAVE: Salud Pública, Atención básica, Justicia, Equidad, “Integralidad”, Profesionales de salud, Bioética

ABSTRACT

Bioethics have had a great development in its reflection about the ethical issues of the clinical relation between the physician and the patient through the known principles of autonomy, beneficence and justice, although there is a little space for the ethical challenges of public health, especially of the primary care. To reach this objective, it is necessary to think about health in the perspective of the collective subject. This article aims to reflect about the specific ethical principles of the primary health care, having as reference the organization of the Brazilian the system of public health. First, it is important to distinguish between Programa de Pos-grado en Salud Colectiva Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) between justice and fairness, justice refers to the basic conditions necessary to be healthy, and fairness relates to the universal and differentiated access to the health services. Another essential principle of the Brazilian system is the integrality, understood as considering the different dimensions of the health-illness process in the sanitarian attendance public and giving attention to the different levels of the organization of the health services. To reach the fairness and the integrity in the primary health care is necessary a new professional subjectivity created in the work processes, where the user and multi-professional team could be the protagonists. It points

out a new ethics of the relations between the health professionals themselves and with the users.

KEY WORDS: Public Health, Primary Care, Justice, Fairness, Integrity, Health professionals, Bioethics.

Introducción

Las cuestiones éticas en el ámbito de la salud estaban prácticamente reducidas a la relación médico-paciente, dando poca atención a los desafíos ético-sociales de la salud pública en la atención básica. El enfoque individual clínico siempre pautó la ética médica y determinó también el enfoque que se impuso en la bioética. Las urgencias sanitarias en la prevención de la salud de la población, apuntadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la Organización Panamericana de Salud (OPS), introdujeron una nueva pauta de discusión ética y de preocupación política, posibilitando el surgimiento de la temática de la salud pública en el ámbito de la bioética. El artículo pretende discutir algunas cuestiones éticas centrales de la atención básica a la salud.

Como no se puede discutir salud pública en abstracto fuera de un contexto sociopolítico-económico, el lugar social para la formulación de los desafíos morales en este caso es el sistema universal público de salud, asumido por Brasil desde la constitución de 1988 y conocido como "Sistema Único de Salud" (SUS). Más específicamente, son discutidas cuestiones éticas sobre la nueva organización de la atención básica, formulada por el "Programa de Salud de la Familia" (PSF) del Ministerio de la Salud (Brasil 1998). Esta propuesta introduce un nuevo paradigma de asistencia sanitaria ya no centrado en el hospital, en el médico, en el individuo y en la enfermedad, sino en el equipo sanitario multi-profesional y localmente situado, en la familia y en la comunidad y en las acciones de prevención.

Como la referencia de la salud pública no son los individuos, sino la población, es necesario pensar las cuestiones éticas en sentido colectivo, posibilitando la construcción de una reflexión bioética en la perspectiva del sujeto colectivo.

1. Bioética y sujeto colectivo.

La bioética tiene dos orígenes: uno más ecológico, en la propuesta inicial de Potter al inventar el neologismo, y otro más clínico, en la creación de *The Kennedy Institute of Ethics* por Hellegers. Potter criticó, en varias ocasiones, el enfoque puramente médico asumido por el Instituto, afirmando que, cuando creó la palabra "bioética", tenía un significado global más ecológico. Pero la bioética que se fue imponiendo, en diversos contextos culturales, asumió una perspectiva clínica. Trata de los desafíos éticos del desarrollo tecnológico de la medicina (extrema tecnificación clínica, crecientes políticas de colectivización de la salud, conciencia de los derechos del enfermo, centralidad de la prevención de las enfermedades) y de los progresos de la ciencia biológica (medicina genómica, progresos técnicos en cuanto a la reanimación y a la diagnóstico prenatal, técnicas de reproducción humana, trasplantes

de órganos, intervenciones en estados inter-sexuales) y su interferencia en la relación médico-paciente.

En la época del surgimiento de la bioética, en los Estados Unidos, estaba en discusión la formulación de directrices éticas para la investigación con seres humanos. A raíz de abusos perpetrados por médicos, el gobierno americano se vio obligado en 1974 a crear una comisión para estudiar esta cuestión, la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Después de cuatro años la comisión hizo público el conocido *Informe Belmont* que proponía tres principios orientadores para cualquier investigación con humanos: autonomía (respeto al consentimiento informado), beneficencia (atención a los riesgos y beneficios) y justicia (equidad en la distribución de los recursos). Los principios pretenden ayudar a científicos, sujetos de experimentación, evaluadores y ciudadanos interesados en comprender los conceptos éticos básicos inherentes a la investigación con seres humanos.

El objetivo del *Informe Belmont* era crear parámetros éticos para la experimentación con seres humanos en el área de la salud. No contemplaba la práctica clínica y asistencial. Pero pronto surgió la cuestión de si no era posible aplicar estos principios al ejercicio de la medicina, librándola del viejo enfoque de la deontología profesional. Éste fue el objetivo de la obra de T. L. Beauchamp / Y F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics* (1979), ya en su quinta edición (2001), convertida en un clásico para cualquier estudioso de bioética. Construyeron su línea de pensamiento sobre los tres principios, apenas agregando el viejo principio hipocrático de la no maleficencia.

La obra de Beauchamp y Childress, pautada por los principios, se convirtió en un manual para la enseñanza de la ética médica en los Estados Unidos, influenciando fuertemente el paradigma principialista asumido por la bioética clínica. Principialismo es un discurso ético orientado por principios que pretenden ofrecer un esquema teórico de moral para la identificación, análisis y solución de los problemas morales de la medicina actual. Los principios están íntimamente relacionados con obligaciones expresadas como normas de acción, dependientes de cierta comprensión teórica deontológica y que originan juicios particulares, el verdadero objetivo de los principios.

Esa bioética con enfoque más clínico y en una perspectiva principialista se difundió desde la década de 90 en América Latina y, específicamente, en Brasil. En esa misma época empezaba a difundirse y a dar sus frutos un largo movimiento de lucha por la salud pública en Brasil con la constitución del “Sistema Único de Salud” (SUS), sistema público y universal de servicio a la salud (SCOREL 1999). Este movimiento sanitarista se desarrolló en toda América Latina como fruto de un trabajo de la “Organización Panamericana de Salud” (FINKELMAN 2002).

La bioética es un área específica con identidad y estatuto epistemológico propios, que tiene como objeto el análisis ético de situaciones y de desafíos, en los cuales están implicados la vida, en su sentido amplio y, más específicamente, la salud humana. La bioética tiene, por un lado, una dimensión teórica preocupada con sus presupuestos y fundamentos y, por otro, una dimensión práctica de ética aplicada interesada en la metodología para llegar a decisiones morales en el ámbito de la vida y de la salud. En sus análisis, la bioética tiene igualmente una preocupación con la

dimensión social de los problemas, tomando en consideración aspectos legales y de política pública (CALLAHAN, 1995).

Históricamente, la preocupación social de la salud recibió varias denominaciones. En el siglo XIX se hablaba de Medicina Social, preocupada por la prevención de las enfermedades, y que tenía como foco una higienización de las condiciones sociales de la población (NUNES 1999). En el siglo XX apareció la denominación "Salud Pública" definida por Winslow como *"la ciencia y el arte de evitar la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física y mental y la eficiencia, a través de esfuerzos organizados de la comunidad, teniendo como objetivo el saneamiento del medio, el control de las infecciones comunitarias, y la educación del individuo en los principios de la higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad y el desarrollo de los mecanismos sociales que asegurarán a cada persona de la comunidad la calidad de vida adecuado para el mantenimiento de la salud"* (Apud SCLiar 1987, pp. 35-36).

La novedad era que la preocupación no se restringió apenas a la prevención de la enfermedad, sino también a la promoción de la salud. Este no es sólo un objetivo de la medicina, sino de la sociedad como un todo. Aparece la formulación de políticas públicas direccionadas a la salud y la importancia del empeño de la comunidad por el éxito de los programas.

En Brasil, como fruto de un vuelco en la organización de la salud con la implantación del SUS, se comenzó a usar el término salud colectiva en vez de salud pública, como campo científico y como práctica de intervención. Como ámbito de prácticas, la salud colectiva contempla tanto la acción del Estado cuanto el compromiso de la sociedad para la producción de ambientes y poblaciones saludables, a través de actividades profesionales generales y especializadas. Como campo de conocimiento, es un conjunto de saber integral que da soporte a las prácticas de distintas categorías y actores sociales frente a las cuestiones de salud-enfermedad y de la organización de la asistencia. Ese movimiento contempla la producción de conocimientos inter/transdisciplinarios con gran capacidad de "inter-fertilización" (PAIM / ALMEIDA FILHO 1998).

El antiguo término "salud pública" tiene como referencia las acciones del Estado en favor de la salud de la población, mientras que el nuevo término "salud colectiva" tiene como referencia un sujeto colectivo como objetivo de las políticas públicas de salud. En el primer caso, se trata de una política pública que centra sus acciones en un aglomerado de individuos identificado con el conjunto de la población. Las políticas de prevención están pensadas en esta perspectiva. La política pública, inspirada en la salud colectiva, desarrolla sus acciones referida a una comunidad de sujetos, que se presenta como sujeto colectivo de estas acciones. Este tipo de política puede desarrollar acciones de promoción de la salud. La bioética tiene que asumir la perspectiva del sujeto colectivo si quiere responder a los desafíos éticos de la salud básica.

2. Justicia y equidad en salud

Podemos hablar de dos tipos de iniquidades sociales que afectan a la salud de las personas en nuestra situación. Una es la falta de condiciones básicas para vivir con dignidad: falta de alimentación y habitación adecuadas, falta de un ambiente natural y social saludable o, en otras palabras, un salario digno para poder alimentar y dar calidad de vida al trabajador y a su familia, posibilitar el acceso a una habitación digna y al saneamiento básico, sin sufrir las amenazas de la inseguridad y de la violencia sociales.

La otra es la falta de acceso a los servicios de salud con calidad en el momento de la enfermedad: no enfrentar más de media hora de fila para ser atendido con respeto y solicitud, encontrando una respuesta para sus sufrimientos físicos y psíquicos y accediendo a medios tecnológicos básicos necesarios para acabar con la amenaza al bienestar.

La primera dice respecto a las condiciones sociales necesarias para poder gozar de una vida saludable, es decir, que la salud no sea continuamente amenazada por condicionamientos ambientales y sociales evitables. Se trata de una cuestión de justicia. La segunda significa acceder a los medios terapéuticos necesarios para encontrar una solución para la amenaza de la enfermedad. Es una cuestión de equidad.

Alguien podría decir que las iniquidades sociales de la falta de una alimentación adecuada, de una habitación digna, de un saneamiento básico y de un ambiente saludable no deberían ser objeto de preocupación de los equipos de salud pública, porque dependen de decisiones estructurales de competencia política. Sin embargo, partiendo de una visión integral de salud y teniendo presente que la situación social condiciona fundamentalmente el perfil sanitario de una comunidad, es importante que el equipo de salud básica local tenga en cuenta las condiciones sociales y anime iniciativas que hagan frente a los agravios de la salud que sufre la población bajo su responsabilidad.

No se trata, evidentemente, de que el equipo local resuelva el problema, sino de que ayude a la comunidad a darse cuenta del problema y de la necesidad de organizar la lucha y la búsqueda de soluciones. Por ejemplo, si existe un problema concreto de saneamiento básico que produce amenazas a la salud infantil o si se percibe que el desempleo juvenil en el barrio lleva al consumo y venta de droga, el equipo de salud pública no puede quedar indiferente delante de la situación constatada. Aunque la responsabilidad última es del poder público, éste ha de ser accionado para que responda al problema. Se trata de exigencias de justicia social. Ahora bien esto sólo sucederá si la comunidad es un sujeto colectivo organizado que presiona y exige una solución.

Otra cuestión es el acceso al servicio necesario cuando la amenaza se instala y la enfermedad aparece. En la situación de sufrimiento y de dolor provocados por la enfermedad, la persona tiene derecho a encontrar alivio para las amenazas a su bienestar. Eso está expresado en el principio constitucional brasileño: "*La salud es un derecho de todos y un deber del Estado*". Algunos cuestionan esa formulación porque no se tiene derecho a la salud, en el sentido de no enfermarse. Por eso, el contenido del derecho no es en sí la salud, sino el acceso a los medios terapéuticos necesarios para recobrar la salud posible en aquella situación clínica. Ese derecho expresa el principio de la equidad.

Se puede hablar de dos tipos de equidad: la horizontal y la vertical (OPS 1999; MÁLAGA 2005). La primera está pautada por la universalidad en el acceso, que significa aportar recursos iguales y equivalentes para necesidades iguales. Comprende la decisión sobre el destino de los recursos financieros, técnicos y humanos, es decir, qué necesidades están incluidas en ellos y, una vez que éstas están definidas, todos tienen

acceso igual y equivalente a los recursos. Por ejemplo, si el sistema público de salud cubre el trasplante de órganos, todos tienen derecho a ese recurso por igual. La segunda forma de equidad es enfocada, porque se refiere a recursos diferenciados para niveles diferentes de necesidades. Atiende a grupos específicos escogidos según la fragilidad de su situación y a la urgencia de su necesidad. Por eso, es éticamente legítimo y hasta un imperativo privilegiar determinados ciclos de la vida y ciertos grupos humanos por el alcance de las acciones de salud implementadas. Enfocar recursos específicos para la salud del niño y de la mujer o, por ejemplo, para acciones preventivas para portadores de HIV y de diabetes es una exigencia de la igualdad calificada por la diferencia o de la universalidad equilibrada por la diversidad. Así la equidad vertical añade la perspectiva de la diferencia y de la diversidad al enfoque de la igualdad y de la universalidad que caracteriza la equidad horizontal.

3. “Integralidad”* y acogida en los servicios de salud

Los conceptos de “integralidad” y de acogida, como referencial de las prácticas en salud, tienen que ser pensados en consonancia con sus diferentes dimensiones, para que la amplitud de su comprensión sea posible y alcanzable. Es importante tener presente también que la “integralidad” es un término polisémico, sin una definición específica, lo que le confiere tanto fragilidad como potencialidad (Camargo 2003).

Para explicitar las dimensiones de la “integralidad”, se tiene como referencia un estudio realizado por Cecilio (2003), enriquecido por la colectánea sobre “integralidad” que compone las tres obras organizadas por Pinheiro & Mattos (2001, 2003, 2004).

La primera dimensión es la “integralidad enfocada” que tiene lugar en el espacio bien delimitado de un servicio de salud. En esta modalidad, la integralidad significa el encuentro del usuario con el equipo de salud, caracterizado por la preocupación y por el compromiso del profesional en realizar la escucha de las necesidades de salud de la persona que busca el servicio con una demanda específica. Cabe al equipo descodificar y atender de la mejor manera posible a la demanda, expresada o no, por el usuario. La “integralidad”, pensada en la dimensión enfocada, debe ser fruto del esfuerzo y de la confluencia de varios conocimientos de un equipo multidimensional, en el espacio concreto de los servicios de salud (CECILIO 2003).

El equipo multi-profesional debe enfocar su actividad a la capacidad de acoger y de atender a las necesidades de salud de los usuarios captadas en su expresión individual. Esta postura ayuda a traducir estas necesidades en su complejidad, pues trascienden el puro pedido explícito de salud. Esta traducción de una demanda compleja y singular de salud significa la “integralidad” en la atención dispensada por un servicio local de salud. En esta óptica, la “integralidad” proporciona la acogida y el vínculo del usuario solidificando la relación con los profesionales y con el servicio, abriendo camino para la “integralidad” entendida como red (referencia y contra referencia médica) (CECILIO 2003).

* “Integralidad” es uno de los principios básicos del Sistema Único de Salud de Brasil al lado de la Universalidad y Equidad. No significa integridad que tiene un sentido moral sino apunta a una asistencia integral de salud, es decir, que lleva en consideración las diferentes dimensiones y los diversos niveles de salud.

La mejora del acceso a las tecnologías de punta en el espacio singular de cada servicio no es posible cuando no existe una articulación inter-sectorial de los diversos niveles de servicios. Esta constatación muestra la insuficiencia de la “integralidad enfocada” y la necesidad de la “integralidad” en red que implica pensar el sistema de salud con múltiples entradas y múltiples flujos. Esta “integralidad” sería el resultado de la articulación de las diferentes especificidades y ámbitos de servicios. Las necesidades singulares de salud de las personas deben constituir el objetivo de los servicios de salud, desde la red básica hasta los servicios altamente especializados. Esta dimensión se denomina “integralidad ampliada”, y comprende la articulación de las múltiples integralidades enfocadas en una red procesual e institucional, teniendo como epicentro cada servicio de salud. Así, las necesidades reales de las personas se articulan en flujos y procesos de diferentes niveles, haciendo que la “integralidad” en lo “micro” sea reflejada en lo “macro”. La organización inter-sectorial de lo “macro” debe dar como resultado una mayor posibilidad de “integralidad” al nivel de lo “micro”, y posibilita ser más eficaz o resoluble en las respuestas (CECILIO 2003).

Esta comprensión de “integralidad” posibilita radicalizar la idea de que cada persona, con sus múltiples y singulares necesidades, sea siempre el foco, el objeto, la razón de ser de cada servicio de salud. La “integralidad ampliada” sería fruto de esta relación articulada y complementar entre la “integralidad” en el cuidado asumido por cada profesional, por los equipos y por la propia red de servicios de salud.

Pinheiro (2003) entiende la “integralidad” como una acción social que resulta de la interacción permanente de los actores en la relación demanda y oferta, en planes distintos de atención a la salud, en los que los aspectos objetivos y subjetivos son llevados en consideración. Esta comprensión de “integralidad” abarca la “integralidad enfocada” y a “integralidad ampliada”. La concreción de la “integralidad”, en sus diferentes dimensiones, implica considerar la demanda y la oferta. La demanda es la condición para a “integralidad”. Tiene que atender a las necesidades reales del usuario.

Matos (2003) apunta tres niveles de “integralidad”. El primero proviene del movimiento conocido como medicina integral y se refiere a las actitudes de los profesionales en las prácticas de salud. El segundo se refiere a la organización de los servicios y de las prácticas de salud. Aquí la “integralidad” ya no es una actitud, sino la marca de un modo de organizar el proceso de trabajo en los servicios de salud. El tercer nivel de “integralidad” se identifica con los atributos de las respuestas gubernamentales a los problemas de salud o a las necesidades específicas de determinado grupo de personas. Por tanto, la “integralidad” sirve como principio orientador de las prácticas, como principio directriz de la organización del trabajo y, finalmente, como principio inspirador de la organización de las políticas de salud.

La “integralidad”, como orientadora de las prácticas, como directriz de la organización del trabajo y como inspiradora de las políticas, implica, de parte de los profesionales, una recusa a reducir y a objetivar los sujetos y, así, una afirmación de apertura al diálogo. Por eso, el profesional necesita ampliar su percepción de las necesidades reales de las personas y de los grupos, evaluando las mejores formas de atender a situaciones específicas. Exige enfrentar la fragmentación del trabajo que responda apenas a demandas puntuales de los usuarios, considerando la complejidad de la vida y de la situación de cada ser humano. Implica mirar cada sujeto en su especificidad

histórica individual, pero también en su inserción como persona de un colectivo sociocultural.

4. Nueva subjetividad del profesional de la salud.

Las exigencias éticas de la equidad y de la “integralidad” en la atención básica postulan un nuevo paradigma de organización del sistema público de salud. Es necesario superar la segmentación de los servicios y la reducción en el servicio. Eso depende de un aprendizaje del trabajo en equipo multi-profesional para una producción colectiva de la salud y un cambio en la gestión para que el trabajador en salud se torne sujeto de los procesos y de los servicios dispensados por su unidad. Por lo tanto, se trata de una valorización de la subjetividad del trabajador, pero una subjetividad construida en red. Para eso, son necesarios nuevos procesos colectivos de subjetivación en el interior de los equipos de salud. Esa valorización colectiva de la subjetividad exige el perfeccionamiento y reciclaje profesional y el incentivo salarial.

Para Franco y Merhy (2003) ese cambio de modelo requiere la construcción de una nueva conciencia sanitaria y la adhesión de los profesionales al nuevo proyecto. Es necesario llegar a un consenso sobre las formas de trabajar que estén en sintonía con la nueva propuesta. Los trabajadores de la salud, incluyendo el médico, pueden ser potentes factores de cambios en los servicios de atención básica. Para que esto sea posible, será necesario constituir una nueva ética entre los propios profesionales, basada en el reconocimiento de que los servicios de salud son, por naturaleza, un espacio público, y que el trabajo debe ser presidido por valores humanitarios de solidaridad y de reconocimiento de los derechos de ciudadanía en torno a la asistencia a la salud. Estos valores deberán guiar la formación de un nuevo paradigma para la organización de servicios. El nuevo modelo asistencial presupone la formación de una nueva subjetividad entre los trabajadores que lleve a una producción colectiva de la salud.

El “Programa de Salud de la Familia” (PSF) del Ministerio de la Salud de Brasil apuesta en un cambio estructural de los servicios, pero eso no será posible sin actuar de modo más amplio sobre los micro-procesos del trabajo en salud, sobre los quehaceres cotidianos de cada profesional. Por eso, se impone una reorganización de los procesos de trabajo centrados únicamente en el médico para la producción de servicios enfocados en el equipo multi-profesional. Sin embargo, esa nueva lógica en la organización del trabajo no irá a funcionar sin un cambio de los sujetos que son los protagonistas de este nuevo modelo de atención básica. Eso exige nuevos conocimientos técnicos, nuevas configuraciones del trabajo y otra micro-política para este trabajo, en otras palabras, una nueva ética que pauté las relaciones por los valores de la solidaridad, de la humanización y de la ciudadanía (FRANCO; MERHY 2003).

Conclusión

La equidad horizontal y vertical son el camino para construir la justicia social en el ámbito estructural de la salud. La “integralidad” enfocada y ampliada se concretizan por la acogida y el vínculo al nivel de las prácticas en las diferentes unidades de servicio integradas en red. Los efectos de este nuevo paradigma se manifiestan, en primer lugar, a

nível de las prácticas individuales de los profesionales pautadas por la actitud del cuidado; en segundo lugar, a nivel de los procesos de trabajo de los servicios en la búsqueda de ser resoluble y eficaz en las respuestas a las necesidades demandadas por los usuarios; en tercer lugar, al nivel de las políticas públicas de salud implementadas por los gestores con la participación y el acompañamiento de la comunidad local. Todo esto no será posible sin una valorización de la subjetividad de los trabajadores en salud.

Bibliografía

- BEAUCHAMP T. L.; CHILDRESS, J. F., *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford / New York: Oxford University Press, 2001, Fifth Edition.
- BRASIL, Programas e projetos – Saúde da Família. Brasília: Site do Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL, *HumanizaSUS: Política nacional de humanização*. Brasília: Site do Ministério da Saúde, 2004.
- CALLAHAN, D., “Bioethics”. In: REICH, W. T. (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*. Revised Edition, Vol. I, New York: Macmillan, 1995, 247-256.
- CAMARGO, JR K. R. Epistemologia numa Hora Dessas? (os limites do cuidado) In: PINHEIRO, R. ; MATTOS A. R. (Org.). *Cuidado – as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC / IMS- UERJ / ABRASCO. 2004.
- CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como Conceito Estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS A. R. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro. UERJ - IMS / ABRASCO, 2003.
- SCOREL, S., *A reviravolta na saúde. Origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FINKELMAN, J. (Org.) *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E., Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY E. E.; MAGALHÃES P. H. M.; RIMOLI J.; FRANCO T. B.; BUENO N. S., *O trabalho em saúde. Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003, 55-123.
- MÁLAGA, H. (Editor), *Salud pública. Enfoque bioético*. Caracas: Disinlimed, 2005.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS A. R. (org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ - IMS / ABRASCO, 2003.
- NUNES, E. D., *Sobre a sociologia da saúde. Origens e desenvolvimento*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS), *Principios y conceptos básicos de Equidad y Salud. Salud y Desarrollo humano*. Washington (DC): OPS, 1999.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA, N., Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998, 32(4) 299-316.
- PINHEIRO, R.; MATTOS A. R. (Org.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ – IMS / ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS. A. R. (Org.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC / IMS – UERJ / ABRASCO, 2003.

PINHEIRO, R.; MATTOS. A. R. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: HUCITEC / IMS – UERJ / ABRASCO, 2004.

SCLIAR, M. *Do mágico ao social. A trajetória da Saúde Pública*. Porto Alegre: LPM Editores, 1987.

José Roque Junges formado en Filosofía e Historia con doctorado en Ética teológica por la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma (Itália) y pos-doctorado en bioética. Profesor e investigador en bioética y salud pública del programa de Pos-graduação em Saúde Coletiva de la Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) en São Leopoldo (RS), Brazil. Desarrolla investigación cualitativa en salud básica. Trabaja temáticas de ética de la investigación, ética ambiental, bioética de la salud pública, epistemología de la bioética y antropología de la salud. Principales libros publicados: *Bioética: Perspectivas e desafios* (São Leopoldo: Unisinos, 1999); *Ecologia e Criação: Resposta cristã à crise ambiental* (São Paulo: Loyola 2001); *Ética ambiental* (São Leopoldo: Unisinos, 2004); *Bioética: Hermenêutica e Casuística* (São Paulo: Loyola, 2006).

Dirección:

Caixa Postal 101 (UNISINOS)
93.001-970 São Leopoldo, RS (Brasil)

jrjunges@unisinos.br