

# ÉTICA EN LA SALUD PÚBLICA DE HONDURAS: LA COYUNTURA ACTUAL

*Ethics in Public Health of Honduras: The current situation.*

**Jorge Alberto Fernández Vázquez**

Médico Especialista en Inmunología y Alergia, Hospital y Clínicas Viera.

***“Únicamente la conciencia puede llevar al médico a mantenerse dentro de la ética y moralidad profesional”.***

*Alfredo León Gómez*

Generalmente hablamos de ética médica cuando nos referimos a los postulados clásicos de la milenaria ética tradicional o paternalista [Hipócrates, Sun Si Miao o Ibn Sina (Avicena)], que surgió de aquellos nuevos conocimientos e instrumentos (el método clínico), dando paso a intervenciones que requerían una conducta profesional recta. Pero si le agregamos los retos modernos como la respuesta a amenazas externas biológicas (epidemias, desastres naturales) o socioeconómicas (régimen políticos totalitarios, determinantes sociales de la salud), más los postulados de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pasamos a una ética humanista, que trasciende el contexto clásico de la relación médico-paciente; muchos hablan de la bioética, después de que ocurrieran los ominosos experimentos médicos de los nazis en los presos de los campos de concentración (Nuremberg, 1946), o después de la repulsión pública ante los escandalosos experimentos en humanos en los años 50's y 60's del siglo pasado, bajo la responsabilidad de cuerpos médicos oficiales en Estados Unidos o Europa. Adicionalmente, los rápidos avances de la medicina en materias como la salud reproductiva, el trasplante de órganos y la genética, la masificación de la atención médica, el desequilibrio de poder entre médicos y pacientes, los fines y los límites de la tecnología médica y el surgimiento de los movimientos en defensa de los derechos civiles (autonomía y respeto), entre otros aspectos de la salud (Belmont, 1972), han ampliado el análisis ético en las cuestiones de la salud pública, centrado en el diseño y aplicación de medidas para la vigilancia y mejora de la salud de las poblaciones, considerando las condiciones estructurales que promueven o dificultan el desarrollo de sociedades sanas.<sup>2-4</sup> Ya para 1990 se planteaba la paradoja resultante del control estricto de las guías éticas en la experimentación humana frente a la falta de protección de la población general sujeta a intervenciones, en nombre de la medicina preventiva o promoción de la salud, algunas de dudoso beneficio o de un balance incierto riesgo-beneficio.<sup>5,6</sup>

Las decisiones en salud pública plantean tantos o más problemas éticos que las decisiones clínicas individuales, interfiriendo conductas y estilos de vida, limitando el derecho individual en contraposición al bien colectivo, discriminando colectivos o individuos en la supuesta protección de la sociedad<sup>7</sup>. Solo recordemos el ejemplo del estigma y discriminación sufridos por la población haitiana migrante cuando se le señaló como parte de la propagación de la epidemia de sida en Estados Unidos en los años 80's del siglo anterior. Las epidemias y el bioterrorismo han provocado pánico social y de los cuerpos oficiales de la salud pública en todas las naciones del mundo, lo que ha llevado a la toma de decisiones- a veces exageradas- basadas en modelos de predicción alejados de la realidad; por ejemplo, la epidemia de la gripe aviar de 2005 en la que francamente se sobreestimó el problema y se utilizaron recursos en exceso sin que se haya rendido cuentas con suficiente exhaustividad de la gestión política, científica y financiera por los entes supranacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>8</sup>. Los ejemplos abundan, tanto en prevención como en promoción de la salud, tales como los casos de rastreos para enfermedades neoplásicas, metabólicas, infecciosas o degenerativas, en los que muchas veces los resultados se obtienen a expensas de escasa evidencia científica, enormes inversiones de recursos y sometimiento de la autonomía, el respeto y la libertad de los individuos.

Desde una perspectiva global, se considera que las cuestiones fundamentales, aunque no las únicas, de la ética de la salud pública son las siguientes:

1. *Desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención*
2. *Los beneficios de la investigación médica*
3. *Especialización, fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica*
4. *Respuesta a la amenaza de enfermedades infecciosas o desastres*
5. *Cooperación internacional en la vigilancia y el seguimiento sanitarios*
6. *Explotación de las personas en países de ingresos bajos*
7. *Promoción de la salud<sup>9</sup>*

En buenas cuentas, se trata de proteger y promover la salud global, regional, nacional y local, con iniciativas, criterios y consensos dirigidos a hacer realidad los principios elementales

*Recibido para publicación el 04/2017, aceptado el 05/2017*

**Dirección para correspondencia:** Dr. Jorge A. Fernández V. Comité de Ética, Colegio Médico de Honduras, Tegucigalpa  
Correo electrónico: joralferv@gmail.com

de la ética para el desarrollo de una respuesta de salud pública, con esfuerzos destinados al fortalecimiento de la capacidad local en esta materia, en un solo haz de voluntades entre las diversas organizaciones, instituciones, operadores, hacedores de políticas y tomadores de decisiones, para que lleven a cabo procesos eficaces de sinergismo entre la ciencia, la técnica y el humanismo. Se trata de construir una ética civil o ciudadana, que pueda ser compartida racionalmente por todos, sin intransigencias ni exclusiones, cualquiera que sea la concepción del mundo. Implica un acuerdo sobre lo mínimo para vivir en sociedad de una manera digna y humana. *“La falta de una ética civil es la más grave amenaza para la supervivencia del ser humano y su hábitat”*.<sup>10</sup>

En Honduras, los postulados éticos de la medicina quedaron plasmados *prima facie*, en el Código de Ética adoptado por la Asociación Médica Hondureña en 1943<sup>11</sup>, mismos que pasaron posteriormente a formar parte de la Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras (CMH) en 1962<sup>12</sup>. No obstante la dirección trazada a la conducta del médico en la práctica clínica de atención al paciente enfermo, se logra discernir el espíritu de la Ley en lo concerniente a la gestión pública, alegando responsabilidades ineludibles al médico y al Ente Colegial en la tarea de brindar salud a la población. En sus funciones ética y social el CMH debe *“colaborar con el Estado en el cumplimiento de las funciones públicas en el bien de la salud del pueblo, sugerir ideas y gestionar reformas, evacuar consultas y rendir informes ante entidades privadas o instituciones públicas relacionadas con la medicina”*.

Revisemos brevemente los atributos que la Ley le adjudica al profesional médico en sus funciones en cualquier campo de la actividad médica, clínica, investigativa, docente, comunitaria o de salud pública: *“decoro, disciplina, fraternidad, honestidad, circunspección, probidad, honor, pureza de costumbres y hábitos de templanza, honradez, respeto, eficiencia técnica, entendimiento claro y vigoroso, denunciar las infracciones a la ética profesional y el intrusismo, aconsejar a sus clientes sobre las enfermedades que padecen, combatir el industrialismo, el charlatanismo y el curanderismo. El interés público, la seguridad de los enfermos, la honra de las familias, la respetabilidad del profesional y la dignidad del arte exigen el secreto. Los profesionales del arte de curar están en el deber de conservar como secreto, todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de su profesión, por el hecho de su ministerio, y que no deba ser divulgado. El respeto mutuo, la tolerancia, la buena fe, la probidad, la cultura, la cooperación entre los profesionales y la no intromisión, constituyen la base de la ética que rige sus relaciones entre profesionales. Dishonesto será el médico que se asocie para comerciar con la dignidad de su profesión en cualquier forma. Sin que el temor le rinda ni el halago le corrompa, el médico debe denunciar sin contemplación alguna ante las cortes de justicia o tribunales médicos correspondientes, la conducta inmoral o corrompida de cualquier miembro de la profesión. Los médicos como buenos ciudadanos que son, y por el conocimiento esmerado que deben tener en las disciplinas referentes a la salubridad pública, son los más competentes para ilustrar*

*en estas materias a sus conterráneos. Deben estar siempre profundamente imbuidos en el bien procomunal, dedicando sus mejores empeños a las instituciones que fomenten los sagrados intereses de la humanidad. Deben prestar su cooperación más decidida a las autoridades, ayudándolas en la consecución del cabal cumplimiento de las leyes y disposiciones sanitarias. A mayor abundamiento, deben esforzarse siempre con presteza a aconsejar prudentemente al público en todo momento, de los asuntos concernientes a higiene pública y privada y medicina legal. Los médicos, especialmente los consagrados a las labores de salubridad pública, deben ilustrar a sus conciudadanos en todo lo relativo a regulaciones cuarentenarias; a ubicación, arreglo, disposición y dietarios especiales de nosocomios, orfanatorios, escuelas, prisiones y otras instituciones similares; lo propio que a la aplicación y propaganda de las medidas necesarias para la prevención de las enfermedades epidémicas y contagiosas. Cuando una epidemia estalla en un lugar, el médico debe continuar el ejercicio de su profesión tratando de aliviar a todo trance el popular sufrimiento, sin cuidarse del riesgo que eso implica para su salud, para su vida o para sus intereses particulares. Obligación del médico es en todo momento notificar a las autoridades sanitarias debidamente constituidas de los casos de enfermedades transmisibles, que caigan bajo su alcance, de acuerdo con las leyes, ordenanzas y decretos de las autoridades sanitarias de la localidad donde se encuentra el paciente. Con el objeto de que la dignidad y el honor de la profesión médica se mantengan incólumes, ennoblecidas sus aspiraciones, extendido su radio de utilidad y promovido el adelanto de las ciencias médicas, el médico debe buscar el apoyo de las sociedades médicas y contribuir con tiempo, energías y medios de acción, a fin de que estas sociedades representen intrínsecamente ideales vocacionales”*.

Bajo estos postulados se estructuró la salud pública del país- en los inicios de la segunda mitad del siglo anterior- con la creación del Ministerio de Salud (Minsalud), en los 50's, del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en los 60's, década en la que también nació el CMH y otras entidades de asistencia social como la ya desaparecida Junta Nacional de Bienestar Social y el Patronato Nacional de la Infancia. Pero es en la década de los 70's que se logra alcanzar la racionalidad de una respuesta a la inequidad en la entrega de servicios de salud, bajo una perspectiva filosófico- política que llevó a construir un modelo que, aunque binario (Minsalud e IHSS), logró ampliar la cobertura y facilitar el acceso a las masas de desposeídos con un ímpetu tal que en apenas un poco más de un lustro logró tasas francamente aceleradas de reducción de daños a la salud y privilegio de la promoción y educación para la salud, adelantándose a la cumbre mundial de Alma Ata que establecía la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), como el eje del desarrollo de una red coherente y escalonada de servicios de salud y desarrollo, con una base de participación comunitaria, sustentada en los principios social- cristianos de la iglesia latinoamericana. Sin embargo, un Estado frágil como Honduras, fue llevado por las ondas del miedo al comunismo en plena “guerra fría”, a la instauración de la siniestra

“doctrina de seguridad del Estado” que desmanteló los avances de la propuesta, entrando en un verdadero descalabro estructural del sistema, del cual todavía no nos recuperamos. Es así, que en los últimos 30 años apenas se ha subsistido con una red de servicios ralentizada y descalificada, y un modelo de salud fragmentado, sin rumbo claro, a pesar de los esfuerzos por cimentar una reforma que verdaderamente venga a solucionar los ingentes problemas de salud de la población. La idea de reforma de los años 90’s que se siguió hasta la década anterior, ha sido un fiasco que burocratizó ambas instituciones, creando instancias técnicas y políticas innecesarias o poco efectivas, por ejemplo, en el Minsalud se pasó de tener un viceministro a nombrar tres y de un director general de salud a tener cuatro, se cambiaron los nombres de las unidades técnicas de “divisiones” a “departamentos”, o de denominarlo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a Secretaría de Salud (Sesal), dinámica que no se ha detenido, con lo que cada gestión gubernamental inventa o reinventa nombres y sobrenombres a cual más ostentoso, siguiendo la moda del momento de lo que dictan las organizaciones internacionales que nos subyugan como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID). La base principal ha sido la denominada “descentralización” de los servicios, que sin claridad estratégica alguna ha llevado a negociar las políticas de salud y la prestación de servicios de manera confusa y sin compromisos reales de incrementos en la inversión financiera, sobreviviendo si acaso con suplementos importantes de proyectos de la cooperación internacional, brigadas médicas de asistencia humanitaria del extranjero o iniciativas de organizaciones caritativas locales o del exterior. La corrupción rampante, la desidia e incompetencia administrativa-gerencial y la politiquería vernácula han sido factores agravantes de la crisis; por ejemplo, en 35 años de “transición democrática” se cuentan casi 30 ministros de salud. La pregunta es: ¿En menos de 18 meses promedio de gestión por ministro, qué conducción y gerencia se puede realizar, sino solo manejar las crisis consuetudinarias de desabastecimientos o de personal, pagos de salarios atrasados, reparaciones urgentes de infraestructuras físicas, atención a brotes epidémicos inesperados o no detectados oportunamente, atención a las recomendaciones políticas del presidente o diputados, reclamos de organizaciones gremiales o sectores sociales? Es como si la salud pública fuera un bien social prescindible, en el que la enfermedad y la muerte contarán como números de estadísticas que igual se asemejan a que haya o no fabricación de insumos para la construcción o la navegación, en un mercado de oferta de muerte y demanda de violencia, en la que la población general es víctima de la opresión, de la iniquidad neoliberal y la perversión del grupo élite gobernante.

En este pandemónium que ya dura más de tres décadas es que surge la iniciativa gubernamental de la Ley Marco de Protección Social, producto de lineamientos internacionales surgidos de la OMS y la Organización Internacional de Trabajo, con “el objeto de crear el marco legal de las políticas públicas en materia de protección social, en el contexto de los convenios,

*principios y mejores prácticas nacionales e internacionales que rigen la materia; a fin de permitir a los habitantes, alcanzar de forma progresiva y sostenible financieramente, una cobertura digna, a través de la promoción social, prevención y el manejo de los riesgos que conlleva la vida de las personas, asegurando la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los demás derechos sociales necesarios para el logro del bienestar individual y colectivo*”. Se prevé implementar estrategias y programas para brindar cobertura de seguridad social universal a toda la población, en especial a los más vulnerables, por diferentes instituciones oficiales, privadas, comunitarias o solidarias y mixtas, mediante “redes de unidades prestadoras de servicios” que incluyen unidades del IHSS, de la Sesal y otras que se integren, en el marco de la suscripción de acuerdos, contratos y convenios, de conformidad a la Ley, que se regirán a través de “agencias administradoras de servicios de salud”, con financiamiento cubierto por el “seguro de atención de la salud”, en el contexto del “conjunto garantizado de prestaciones y servicios de salud” definido por la Sesal, dentro de los términos previstos en un nuevo cuerpo de leyes, actualmente en discusión en el Congreso Nacional, que incluye la *Ley del Sistema Nacional de Salud*, la *Ley para la Defensa y Promoción de la Competencia*, la *Ley del Seguro Social*, sus respectivos reglamentos y cualquier normativa que les sean aplicables.<sup>13</sup>

En verdad que la Ley marco busca incidir sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), definidos estos como estructuras sociales y sistemas económicos (e.g., ambiente social, ambiente físico, servicios de salud y factores sociales y estructurales), que se traslapan y son responsables de la mayoría de las inequidades en salud. Los DSS están ligados a falta de oportunidades y deficiencia de recursos para proteger, mejorar o mantener la salud. Al enfocarse en los DSS que afectan adversamente los resultados de la salud, se busca avanzar en los esfuerzos por reducir las disparidades en la atención y ayudar a cuantificar las diferencias en salud entre los diferentes grupos de población o áreas geográficas, proveyendo el conocimiento suficiente para mejorar la entrega de servicios en la atención, prevención y promoción de la salud.<sup>14</sup>

Si revisamos los documentos de planificación de país en lo que respecta a la salud, desde el Decreto Legislativo No. 286-2009 que aprueba la Ley para el Establecimiento de una Visión de País 2010- 2038 y la adopción de un Plan de Nación 2010-2022<sup>15</sup>, el Plan Nacional de Salud del Gobierno actual (2014-2018)<sup>16</sup> o la Política Nacional de Salud, encontramos las declaraciones político- filosóficas más elevadas del concepto ideal de la salud, declarándola “un derecho humano y constitucional, siendo la situación de salud el reflejo de educación, disposición de agua y saneamiento, medio ambiente, empleo, producción, vías de comunicación, recreación y accesibilidad, entre otras, con lo que proclamamos que la salud es deber y derecho de todos”, el concepto de APS. Es decir, la salud como un derecho y los objetivos de tender hacia la cobertura universal del sistema de salud, lo que se debe traducir en buenas cuentas, en la revisión del proceso de asignación del financiamiento. Todos estos instrumentos políticos, filosóficos y de planificación, en concor-

dancia con los criterios internacionales, priorizan la atención de la población en condición de mayor pobreza, vulnerabilidad, riesgo y exclusión social, y mandan la “atención a sus necesidades inmediatas y procurar condiciones que le permitan de forma gradual y progresiva generar sus propios medios de vida y su inserción activa y productiva en la sociedad”. Dirigen su atención a que la Sesal tiene que “asumir plenamente el ejercicio de las funciones de la rectoría del sector salud con:

- el fortalecimiento de los cambios de su estructura organizativa,
- la profundización y aceleramiento del proceso de descentralización en la gestión de los servicios de salud,
- la renovación en la implementación de la APS como una estrategia esencial,
- la garantía en la disponibilidad asegurada de medicamentos esenciales,
- la mejora continua de la calidad en todos los ámbitos de la actuación institucional, y,
- la formación de los recursos humanos con el perfil necesario para desempeñarse en los escenarios actuales”.

Entonces, para el periodo 2014-2018 la Sesal se propuso “conducir el Sistema Nacional de Salud (SNS), hacia la integración y pluralidad, ampliar la cobertura de salud a la población mediante el sistema de aseguramiento público, mejorar la seguridad y calidad de los bienes y servicios de interés sanitario que recibe la población para incidir en el riesgo de enfermar y morir, y proveer los servicios de salud de acuerdo con las prioridades establecidas y la demanda de la población”. De todo esto, lo que hemos observado hasta la actualidad es que la conducción del Sistema ha resultado en una quimera donde no hay la adecuada ni suficiente regulación, aseguramiento, modulación, vigilancia o armonización, como se ha pregonado, encontrándonos hoy más que nunca en franca desorientación, desarmonización y descoordinación, con una reestructuración o desarrollo organizacional más anárquico, ineficiente, burocrático, nuevamente con nombres rimbombantes para las unidades normativas y operativas, sin que se logre hasta ahora una coherente organización del sistema público, mucho menos la incorporación efectiva del sector privado. La pretendida Ley del SNS busca mayor burocratización con la creación de un ente financiador y la separación de la responsabilidad con la pretendida descentralización, que hasta ahora en el ensayo de más de diez años ha sido solo “soltar el bulto” por parte de la Sesal, trasladando la responsabilidad de la atención a municipios o entes privados,<sup>17</sup> con sustratos financieros que han sido mejor administrados, pero que para la globalidad del Sistema resultaría poco factible. El concepto de la APS, base del modelo de salud, sigue sin una definición precisa y concreta, hablando de un concepto poco claro de “conjunto garantizado de prestaciones de salud, la focalización de la población, la organización de redes integradas de servicios de salud y la tipificación de establecimientos”. El financiamiento en salud sigue siendo la mayor deuda del Estado con la población, agravado porque ahora se pretende trasladar lo poco que se invierte al sector privado bajo la premisa de que

es mejor administrador y menos corrupto, en eso consiste la modulación y el aseguramiento del financiamiento; más la creación de un “Fondo Nacional de Salud” mediante mecanismos de incentivos y costeo, lenguaje poco entendible, y el aprovechamiento de los fondos de la cooperación externa, sin los cuales el sistema de salud pública colapsaría.

En definitiva, las líneas de acción y metas del Plan actual de gobierno nos ofrecen más de lo mismo: más burocracia, más precariedad financiera, más ineficiencia e irresponsabilidad para cumplir con el deber de brindar los servicios de salud en forma y calidad, más división de los entes públicos de salud, ninguna incidencia en el sector privado de alto capital, más que ofrecerle el negocio de la gestoría de las finanzas públicas; en fin, una clara dirección hacia empobrecer más la atención a toda la población, especialmente a los que más quiere proteger, los pobres. Es aquí donde surgen preguntas como: ¿nuestros colegas que manejan la planificación y las decisiones administrativas de la salud pública del país, están cumpliendo con el mandato ético que quedó establecido en la Ley Orgánica del CMH?, ¿serán capaces de conducir un diálogo nacional para definir lo que realmente quiere el país en el tema de la salud?, ¿se estarán prestando a una jugada neoliberal que vendrá a agudizar más la problemática de la salud?, ¿deberían luchar por lograr asignaciones presupuestarias más justas para el sistema?, ¿o, porque la ejecución del presupuesto se logre completamente y no se tengan que hacer devoluciones a Finanzas?

Como secuela final se agrega que para luchar contra la corrupción al interior de la Sesal, existe un Comité de Probidad y Ética Pública<sup>18</sup> que tiene un plan de trabajo 2014-2018, solo para cumplir con el mandato de Ley del Tribunal Superior de Cuentas, que pretende elaborar un código de ética institucional, pero se desconoce sobre sus avances.

A futuro, la carga de enfermedad atribuible a enfermedades infecciosas y no infecciosas seguirá creciendo en dimensiones desproporcionadas, situación para la que el sistema de salud no está preparado y no hay asomo de compromiso político de incrementar el gasto en salud conforme a estos retos, de manera que los donantes externos invierten en preparar el sistema para adaptarlo a estos cambios dramáticos, sobre todo en los aspectos de reducción de factores de riesgos modificables e incrementar la atención primaria con paquetes costo-efectivos de servicios clínicos responsables, incluyendo educación y promoción en salud, con inclusión de trabajadores de salud propios de las comunidades<sup>19</sup>. Pero lo que más se requiere es que el Estado acreciente sus recursos en el sistema de salud, ante un panorama progresivo de discapacidad y muerte que se cierne sobre la población hondureña.

Aunque no hay una sola actividad que por sí sola ofrezca una solución total para el manejo del error médico, la combinación de actividades que propone el IOM ofrece una hoja de ruta hacia un sistema de salud más seguro. Con un adecuado liderazgo, atención y recursos, se pueden lograr cambios, avances y mejoras sustanciales. El Colegio Médico de Honduras, debería lanzar la iniciativa colaborativa con otros entes oficiales o sociales, a fin de que se aborde el tema, diseñar políti-

cas, estrategias y acciones conducentes a detectarlo, reducirlo y prevenirlo. “Errar puede ser parte de la naturaleza humana, pero es también parte de la naturaleza humana crear solucio-

nes, encontrar las mejores alternativas y enfrentar los retos por delante”.<sup>11</sup>

#### REFERENCIAS

1. Editorial: El médico, la ética y la moral profesional <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1973/pdf/Vol41-1-1973-1.pdf>
2. El Código de Núremberg (Tribunal Internacional de Núremberg), 1946. <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76028/el-codigo-de-nuremberg>
3. Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. El informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. U.S.A., Abril 18 de 1979. [www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf)
4. G R Dunstan. Evolution and Mutation of Medical Ethics. En: Doxiadis E (Ed) Ethical Issues in Preventive Medicine. Nato Sciences Series D. <http://www.springer.com/la/book/9789024732326>
5. Petr Skrabanek. Why is Preventive Medicine Exempted From Ethical Constraints? Journal of Medical Ethics 1990, 16:187-190. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1375909/pdf/jmedeth00275-0021.pdf>
6. Jackeline Alger y Denis Padgett. Responsabilidad pública en medicina e investigación. Primer Congreso anual 2010 sobre avances en ética de la investigación. San Diego, California. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2011/pdf/Vol79-1-2011-12.pdf>
7. Marcelino Pérez Cárdenas. La ética en salud, evolución histórica y tendencias contemporáneas de desarrollo. [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/la\\_etica\\_en\\_salud\\_evolucion\\_y\\_tendencias.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/la_etica_en_salud_evolucion_y_tendencias.pdf)
8. M<sup>a</sup> Jesús Megía. Aspectos éticos de las intervenciones en salud pública. El caso de la gripe A/H1N1. Gestión Clínica y Sanitaria 2011, 13(4). <https://www.uv.es/gibuv/EticaSaludPublicaP1.pdf>
9. Carl H Coleman, Marie Charlotte Bouesseau y Andreas Reis. Participación, transparencia y responsabilidad. Contribución de la ética a la salud pública. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>
10. Luis Alfonso Vélez Correa y José M. Maya Mejía. Ética y salud pública. Principios éticos básicos [https://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/2261/mod\\_resource/content/2/Modulo\\_1/DOC\\_2- Etica\\_y\\_Salud\\_Publica.pdf](https://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/2261/mod_resource/content/2/Modulo_1/DOC_2- Etica_y_Salud_Publica.pdf)
11. Código de Ética Médica Adoptado por la Asociación Médica Hondureña. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1943/pdf/A13-5-1943-4.pdf>
12. Ley Orgánica del Colegio Médico de Honduras. <https://s3.amazonaws.com/cmh-core/DOC/PDF/Ley-Organica-del-CMH.pdf>
13. Ley Marco del Sistema de Protección Social. La Gaceta. Año CXXXVII Tegucigalpa, M. D. C., Honduras, C. A. Jueves 2 de julio del 2015. Num. 33,771 <http://ihss.hn/wp-content/uploads/2015/09/Ley-Marco-de-Proteccion-Social-La-Gaceta.pdf>
14. OPS/PAHO. Salud en las Américas. Determinantes e Inequidades en Salud. [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/ind\\_x.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/ind_x.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=es)
15. Visión de País y Plan de Nación, Honduras. [https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/lc\\_10.pdf](https://eeas.europa.eu/sites/eeas/files/lc_10.pdf)
16. Gobierno de Honduras. Secretaría de Salud. Plan Nacional de Salud, 2014-2018. <http://www.salud.gob.hn/doc/upeg/plannacionaldesalud2014.pdf>
17. Miguel Macías. La contribución del IIS con el desarrollo de la academia. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAH. Presencia Universitaria, periódico de la UNAH. Edición No.4-2017. Twitter@PresenciaUNAH.
18. Comité de Probidad y Ética Pública de la Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.hn/web/index.php/comite-etica>
19. Thomas J. Bollyky, Tara Templin, Matthew Cohen, and Joseph L. Dieleman. Global Health Policy: Lower-Income Countries That Face The Most Rapid Shift In Noncommunicable Disease Burden Are Also The Least Prepared. <http://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2017.0708> <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0708>