

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

Hacia un Ethos Sanitario [Towards a Health Ethos]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	García Cardona, Gustavo
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-06-10 12:35:50
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215575

HACIA UN ETHOS SANITARIO

Gustavo García Cardona

Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, Colombia

LA NOCIÓN DE ETHOS

En el ámbito de la cultura el, Ethos (costumbre) se hereda y se va **E** configurando como una paulatina y progresiva conquista del ser humano en el mismo proceso de su vida.

Ethos es considerado como una “segunda naturaleza”, puesto que se trata de un conjunto armónico de hábitos en virtud de los cuales determinado grupo de personas, circunscrito en un ambiente o época concreta, se apropia y construye una identidad dinámica, cualitativa colectiva y diferenciada; al mismo tiempo, modifica paulatinamente su propio carácter o naturaleza como seres individuales y sociales.

Las costumbres no son simples repeticiones o reiteraciones de actos (rutina), sino que se comprenden como una dinámica cotidiana y consciente, inscrita, normatizada, articulada y orientada por un sistema

compartido de conductas o estilos de vida que han sido convencionalmente contruidos, definidos, adoptados y exigítivamente propuestos, ya que, tradicional o históricamente, han mostrado su conveniencia, su capacidad vinculante, y su fuerza promotora de enriquecimiento cualitativo de la comunidad, de su identidad.

Las costumbres son una alternativa para consolidar acciones individuales definidas como preferenciales, con base en un “deber ser”, o conjunto de ideales compartidos que van marcando el proyecto histórico del grupo humano en referencia, que contribuyen igualmente a garantizar su continuidad histórica y mejores condiciones de convivencia.

Estos sistemas de actos son considerados “valiosos” y sus ejercicios habituales al ser, diferenciadamente caracterizados por su condición cualitativa, se han denominado “VIRTUDES”.

Las virtudes son los referentes éticos de las costumbres. Las virtudes son como opciones de vida que el hombre, en su condición perfectible, va asumiendo al apropiarse de hábitos que modifican cualitativamente su ser en coherencia con sus más profundos anhelos, ideales, personales y sociales, e inclusive con las necesidades compartidas, para vivir mejor (calidad de vida).

Las virtudes como alternativas de perfeccionamiento, no son innatas, no nacen en nosotros en pro ni en contra de la naturaleza; sino que siendo nosotros capaces por naturaleza de acceder a ellas, las vamos interiorizando a partir de las costumbres.

En un grupo humano la vivencia acostumbrada de las virtudes ya definidas y consideradas convencionalmente por el grupo y reconocidas como legado cultural, constituyen el Ethos de esa comunidad. Por ello, Homero afirmaba el Ethos como un “*lugar habitado*”, haciendo clara referencia al carácter humano de un sitio o ambiente recreado

transformado y diferenciado por el mismo grupo humano que lo habita (hábitat); hoy diríamos, transfondos éticos de la Ecología humana (OIKOS HUMANO).

Zenón, por su parte, se refiere al Ethos como una *“fuente de vida de la que fluyen actos singulares”*. Zenón alude al carácter original y originante de “lo humano” como horizonte supremo del que se derivan sistemas de actos enraizados en los diferentes estilos de vida (culturas) que afincan y determinan, en su particularidad espacio-temporal, los comportamientos individuales y colectivos más apreciados por la comunidad.

Aristóteles insiste en que Ethos es *“modo de ser, carácter, temperamento”*. Virtudes éticas son aquellas que se realizan en la práctica y que como término medio, entre el exceso y el defecto, buscan conseguir un fin; típicamente humano. En esta perspectiva, se cualifica una acción en cuanto ésta sea expresión excelente del modo de ser humano, en perspectiva finalística: proceso dinámico de crecimiento dirigido hacia la realización de su plenitud ontológica; del orden humano de la vida. Las virtudes se originan directamente en las costumbres y son definidas y delineadas cualitativamente por las mismas tendencias y las necesidades humanas. Hoy diríamos, que son correlatos de la orientación intencional humana.

En todo caso, el Ethos (y su correspondiente latino *Mos*) nos ubican las costumbres en el ámbito ético-moral de lo humano propiamente tal.

Así mismo, Ethos hace referencia a prácticas sociales o activos niveles de concreción, normatizados moralmente: la actividad humana en función de la moral se constituye por normas, costumbres, formas de vida mostradas, bien sea como deseables preferidas obligatorias, orientadoras y vinculantes, o porque tradicionalmente han mostrado con creces su conveniencia.

Ahora bien, la moral constituye el referente u objeto de reflexión crítica propio de la ética. La ética no se propone expresamente dirigir o exigir determinada actividad de la vida humana (moral) sino de explicarla, comprenderla o fundamentarla críticamente. La ética tiene en la moral su objeto de reflexión y su referente concreto, al examinarla críticamente. Por ello decimos, que no hay ética sin moral, pero la moral sin ética es insuficiente o reduccionista.

Del comercio constante y la tensión dinámica entre ética y moral no puede resultar una sobreestimación del carácter práctico-exigativo de la acción considerada humana (moralismo o legalidad), ni polarizarse tampoco exclusivamente al horizonte proyectivo de la acción humana ("hacerse tarea"). Si no que se debe procurar la constante articulación entre lo exigitivo y lo proyectivo (debe ser), en procura de ideales razonables compartidos de convivencia y crecimiento.

Sin embargo, cabe la pregunta por las consecuencias prácticas de las teorías Éticas. Aránguren decía que la "*Ética es la moral pensada y la moral es la Ética vivida*". En todo caso, ningún discurso ético en sí mismo implica o exige determinada acción concreta o costumbre alguna; sino que las asume reflexiva y críticamente con base en su posible coherencia con la exploración filosófica del bien humano (Razón Práctica).

Todo lo anterior implica, en el terreno sanitario, no solo el debate acerca de la salud en el campo de las relaciones ente lo ético y lo moral; sino, en este mismo sentido, caracterizar la pregunta o el problema por los referentes, estatus, o niveles de distinción en lo ético y lo moral en lo relativo a la consideración del tema relativo a "*la construcción de un Ethos sanitario*".

En todo caso, la ética como discurso, por su peculiar objeto y método, es excepcional, por la multiplicidad de vinculaciones con los

diferentes modos de conocimiento y acciones humanas de los que se ocupa como sus objetos de reflexión crítica.

Las múltiples interacciones humanas en el terreno sanitario encuentran un espacio común de reflexión en el horizonte Etico-moral de la acción humana.

La Etica en salud, como referente crítico de la moral sanitaria procura ayudar a buscar, construir y descubrir sentido como un lugar de síntesis, proyección y complementariedad entre la explicación de las circunstancias que preceden los fenómenos o problemas sanitarios (causalidad) y la comprensión (interpretación) de las conductas que les son inherentes en sus dimensiones personales y comunitarias, en el contexto legítimo de un modo de apropiación humana del mundo de la vida en procura de una sociedad saludable, sana, como expresión, condición y fruto de mejores condiciones de vida posibles y del bien común en general.

La salud como problema Etico, como deber-ser humano, es algo posible de ser captado como un tipo de saber que busca contribuir a fundamentar, describir, organizar interpretar y comprender otras dimensiones morales de la experiencia humana. Se trata de valorar la salud (la "higiene como virtud"), como esa parte de la realidad que nosotros vamos recreando al ir haciéndonos nosotros mismos saludables en corresponsabilidad con los demás.

Por ello, la ética de la salud en su tarea crítica pone en evidencia el problema de la relación entre el comportamiento moral de los individuos y las necesidades sociales (Ethos y Justicia Sanitaria); en este contexto estudia los criterios en virtud de los cuales la salud es una forma de conducta humana que los hombres consideran necesaria, valiosa, u obligatoria. El Ethos Sanitario hace referencia a los actos humanos que afectan concretamente, no solo a la salud de quien los realiza, sino la de

los otros que lo rodean (familia, grupo social, ciudad, Estado, humanidad, etc.) y de las circunstancias ambientales que le son inherentes.

En relación con la salud como factor de convivencia, las virtudes o los valores éticos no los poseen los objetos “de por-sí” o los sujetos aislados, sino gracias a la condición interactiva y social del hombre; con esto queremos decir, que es la comunidad concreta, la sociedad, quien hacen “objetivas” determinadas conductas o circunstancias coherentes o no con la salud como un valor. O sea que los valores y virtudes humanas en el terreno sanitario existen objetivamente pero, en cuanto “objetividad social”, solo se dan o se realizan en el mundo social.

La salud como hecho moral se constata por consenso histórico: existe una constancia histórica de la sanidad, como estimativa moral. En toda cultura se construyen juicios de valor (aceptación o rechazo social) ya que todo grupo humano en su identidad, se percibe objetivamente como un conjunto de acciones normatizadas y valoradas en coherencia con sus mismos propósitos e ideales, en virtud de los cuales cada uno de nosotros experimenta gran estima, aceptación, o rechazo a sus acciones concretas por parte de sus congéneres, por ejemplo, conductas alimenticias, manejo de desperdicios, drogadicción, servicios públicos (agua potable, alcantarillado) criterios epidemiológicos, población marginal, hacinamiento, vivienda, control ambiental, contaminación, etc.

En términos del salubrista, esto quiere decir, que en la perspectiva del actuar humano, en el orden moral, el Ethos Sanitario opera como contexto (social y natural) en el que se presenta como totalidad el conjunto de circunstancias materiales y formales de la acción saludable, pero no sólo como una exterioridad dinámica de circunstancias normativas cambiantes (contexto salubrista), sino también como actitudes, convicciones, hábitos, compromisos y conductas consideradas saludables, sanas.

El Ethos sanitario procede en la constante articulación entre hábitos y actitudes, en contextos favorables a la salud.

NOCIÓN DE ETHOS SANITARIO

Bioética y Salud

La noción de "Ethos Sanitario" se enmarca en la Macrobioética; en esta perspectiva de "calidad de vida" expresa el constante esfuerzo individual y comunitario por alcanzar y mantener la salud. Una de las grandes empresas de la cultura en todas las épocas de la historia ha sido, por otro lado, la comprensión de esta noción: ¿Qué es la salud?.

Las condiciones de vida son al mismo tiempo causa y consecuencia de la salud, o mejor, de una vida sana. Se postula, entonces, este ideal como valor, con la fuerza de imperativo moral, con obligatoriedad individual y colectiva de su vivencia como virtud.

No es concebible, en concreto, la dignidad del hombre sin el ejercicio de una vida sana como Derecho fundamental.

Sin embargo, se constata históricamente una pluralidad de conceptos en torno a la salud, que es fruto no sólo de las necesidades o condiciones de cada época, sino también de ciertos intereses de tipo ideológico. Por eso, es muy difícil plantear en términos de exactitud su significado; en este sentido, resulta importante la realización de un recorrido histórico que nos acerque al carácter problemático de la noción de salud y a sus distintas formas de intencionalidad y exigencias derivadas como alternativa para intentar una aproximación crítica a lo que pudiéramos afirmar hoy de un Ethos sanitario, la normatividad, la responsabilidad y los compromisos inherentes, de allí derivables en términos de interacción hombre-hombre y hombre-naturaleza.

Salud y Enfermedad

Ni la salud ni la enfermedad son conceptos claros, estables, universales. En relación con lo anterior, salud y enfermedad están signados por los relativismos culturales, por las variaciones de los procesos históricos, por el papel social de la enfermedad y, ante todo, por las diferencias de ideales y de perspectivas implícitas desde el punto de vista de la autocomprensión del hombre, de su ser y de su deber ser.

De todos modos, cabe la pregunta: ¿Salud y enfermedad, son realmente excluyentes? ¿se puede pensar con rigor y seriedad la salud como la ausencia de enfermedad, y la enfermedad como carencia de salud? ¿es necesariamente lo patológico, anormal, y la salud, lo normal?.

Referente antropológico-social y medicalización de la salud

Es indiscutible el papel trascendental que la Medicina ha ejercido sobre la salud. La antropología médica define al hombre como una unidad Bio-psico-social. Desde esta perspectiva, la salud es cierta condición de calidad de esa unidad que es el hombre. Salud es calidad de vida del hombre, o por lo menos, aquellas condiciones fundamentales e insoslayables que la hacen posible.

Sin embargo, cuando se intenta caracterizar esa condición cualitativa, se asimila a la idea de “completo bienestar”.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), la definen como: “El completo bienestar Biopsicosocial”. A simple vista tal definición no parece problemática, hasta cuando intentamos saber qué significa “completo bienestar”.

El ser humano es una estructura inconclusa, es un ser insatisfecho, creador permanente de necesidades, así como de preferencias. Aquí cabe la pregunta: ¿Es concebible un *completo bienestar* a nivel humano?

En un sentido positivo, aquí la salud sería como un horizonte concreto de la capacidad humana de auto-creación.

Negativamente, la salud se estaría afirmando como lo contrario de la enfermedad, ya que la enfermedad no sería propiamente un estado de bienestar, sino la carencia de bienestar.

Al examinar el asunto desde el punto de vista ético-moral, nos encontramos con que esta tesis constituye una actualización del clásico ideal del epicúreo para el cual, bienestar sería la vivencia o el ejercicio transitorio, o preferentemente estable, del placer, de la condición de disfrute positivo de la vida. La enfermedad, el dolor, sería todo lo contrario, su negación.

Ahora bien, la sociedad contemporánea es básicamente hedonista, ya que consagra mediante la llamada cultura o civilización del consumo, la materialización del placer.

Se trata de la búsqueda sistemática de objetos o cosas satisfactorias, para un ilimitado sistema de necesidades materiales, creadas éstas artificialmente y supuestamente satisfactorias. Pensemos, ahora, lo que significa la salud en el contexto actual:

La salud ha venido a constituir hoy uno de tantos objetos satisfactorios subordinados a la demanda del mercado; esto se hace explícito en la concepción neo-liberal de la profesión médica, al medicalizar la salud, polarizándola hacia su perspectiva curativa. Esta concepción consagra una relación instrumentalizada entre médicos, enfermos, instituciones de salud, sistemas y políticas oficiales y privadas.

Veamos, por ejemplo, los costos, la creciente positivización del acto médico, en general su deshumanización. El hombre queda totalmente instrumentalizado o caracterizado por la satisfactoriedad puramente objetual y la discriminación socioeconómica del servicio.

En la sociedad de consumo este sistema de objetos, su posibilidad de producirlos y consumirlos, la creación de condiciones de acceso a ellos, constituyen hoy la noción de desarrollo y de bienestar de un pueblo: producir y consumir han invadido totalmente el proyecto de vida del ser humano. Desde allí se definen lo político, lo social, lo económico, lo histórico, lo jurídico, en fin, lo sanitario.

El problema, en esta perspectiva, y en el mejor de los casos, sería establecer la coherencia, la articulación equitativa de participación individual y colectiva en este sistema de bienes materiales. Uno de los cuales sería la salud (justicia distributiva).

La teoría ética del utilitarismo es en el mundo contemporáneo, uno de los intentos que más influencia ha tenido como alternativa para la superación del conflicto de intereses que plantea la naturaleza egoísta y posesiva del hombre.

A este respecto se ha postulado la máxima utilitaria como ideal ético y factor normativo por excelencia para la convivencia humana: "El mayor número de placer (felicidad-bienestar) para el mayor número de personas" (Stuart Mill-Jeremías Bentham).

Bien sabemos que el utilitarismo como ideal ético constituye el telón de fondo, la teoría básica del liberalismo y neoliberalismo económicos.

El utilitarismo se funda en el hedonismo y pretende, al respecto, el acceso de todos al disfrute de todos los bienes disponibles. Incluimos, en este contexto, las condiciones de participación de las comunidades de los servicios hospitalarios privados o públicos.

La medicina hace aportes incuestionables a la salud y esto debe salvarse y potenciarse; pero una cosa es la indispensable contribución de la Medicina a la salud y otra es la completa o absoluta medicalización de la salud, de la vida y de la muerte.

Pues bien, se ha ido constatando este último hecho, asociado, por otra parte, a la opción profesionalizante del ejercicio de la Medicina y su institucionalización, el arbitrio de las leyes del mercado subordinadas, ahora a emporios y monopolios macroeconómicos, teniendo como base la adscripción del ejercicio de esta profesión al modelo Neo-liberal: la Medicina es hoy una profesión, totalmente incorporada y regida por las leyes del mercado y signada por el hedonismo utilitario de la búsqueda del placer y evitación sistemática del dolor: fruto de la enfermedad.

El ejercicio de la Medicina se polarizó hacia la enfermedad. Se ha consagrado el ejercicio de la Medicina con énfasis en lo curativo. Cada día se hace más urgente insistir en la Medicina preventiva, en el control primario, en una sana definición de políticas de salud, más aún, cuando la enfermedad, los enfermos, las drogas, las instituciones de salud, son sus objetivos, pero todo subordinado al aparato económico, o mejor, a unas leyes del mercado que a ultranza privilegian la "expropiación de la salud misma, en detrimento de la supervivencia de las mayorías".

Sin embargo, si insistimos en el supuesto "completo bienestar biopsicosocial..." preguntamos: ¿Qué es completo bienestar biológico?; así mismo, ¿qué es completo bienestar social?; ¿qué es completo bienestar psíquico?, ¿sabemos qué es lo psíquico, qué es lo social?. Nadie puede pretender bienestar completo en cualesquiera de las tres perspectivas; ahora, ¿cómo o con qué criterio armonizarlas integralmente al interior de la unidad y totalidad que es cada ser humano individual, y además hacerlo en la complejísima red del tejido social?

De acuerdo con lo anterior, lo paradójico es que con base en esta definición de salud, nadie puede definirse en estado de perfecto o “completo bienestar, biopsicosocial”, así ¡todos estaríamos enfermos!, asunto que divide la misma medicina en preventiva y curativa, dejando la preventiva como un ideal romántico, de menor rango científico, pero sobre todo muy poco lucrativa: ¿quién invierte, gasta o acude a médicos o instituciones de salud cuando está sano?. Esta actitud, generalizada entre nosotros, es una explícita constatación de “yatrogenesis social y cultural”.

Ahora, en relación con la salud, ¿el bienestar no sería causa de la salud sino, más bien un preciado fruto ulterior de la salud misma?

Lo que realmente se obtendría como resultado de esto, sería un ocultamiento del carácter positivo e intrínseco de la condición biológica de la enfermedad y la condición humana del sufrimiento como vivencia (“matar el dolor”, en la concepción de Iván Illich); con más énfasis, estaríamos propugnando el carácter enajenante de una cultura o sociedad anestesiada, como otra forma caracterizada de insensibilidad individual y colectiva.

Sin embargo, no se trata ahora de negar el carácter positivo de la Medicina curativa en sí misma ni del derecho del enfermo a ser atendido con calidad, o a la disposición de los recursos, mecanismos, políticas en este sentido requeridos para garantizar una mayor y mejor cobertura; sólo que no puede esto erigirse en criterio absoluto para la idea de salud en general, y la de Medicina en particular, máxime cuando su ejercicio esté determinado totalmente por el carácter lucrativo en creciente positivización e instrumentalización, alienantes, tanto del médico, como del paciente.

La Medicina curativa como horizonte absoluto para la interpretación y el ejercicio cabal de la salud, resulta una concepción reduccionista, realmente empobrecedora y curiosamente paliativa, pues siempre

atacará la enfermedad en sí misma, y no probablemente en su sentido integral, aquello que la causa propiamente, al excluir los contextos de las diversas patologías.

Sería privilegiar una medicina privada con la etiqueta de “social”; más que social, masificada, subordinada totalmente a un modelo particular de racionalidad económica, tecnocrática; en breves palabras, a una medicalización de la salud como bien rentable, lucrativo y explotable como cualquier mercancía u objeto de compra-venta.

Al recoger lo anterior de este apartado, estaríamos hablando:

1. De una definición ideológica de salud al arbitrio de múltiples intereses individuales.
2. Del bienestar como expresión ideal del hedonismo.
3. De un bien material disfrutado “deseable como cualquier otro objeto de consumo”.
4. De una sociedad utilitaria sustentada en el criterio de matar el dolor, la afección y evitar el sufrimiento. Se trata de una concepción maniquea que opone diametralmente salud vs. enfermedad, como el bien al mal, respectivamente (Iván Illich), y que reclama el tipo de medicina correspondiente.
5. De la evidencia una crisis de sensibilidad en constante crecimiento. Sociedad anestesiada.
6. Al constatarse lo anterior, planteámos una salud escamoteada puesto que:
 - Se subordina la noción de salud a modelos económicos desarrollistas: la salud es uno de los objetos más preciados, deseables y costosos en el

mercado, que hay que tener, comprar, vender, consumir y prepagar; como cualquier otro objeto o cosa satisfactoria *“la salud se volvió cosa”*. Recordemos aquí la creciente positivización de la Medicina que reduce paulatinamente al ser humano a caso, patología, cuadro clínico, dato estadístico, objeto de conocimiento para la cura... en fin, el positivismo médico.

- Así, curiosamente, la salud se convierte en una expectativa constante de respuesta satisfactoria a una salud ya perdida.
- La salud queda cautiva, no solamente de la existencia de la enfermedad, sino también de las condiciones socioeconómicas del enfermo, asunto que conduce necesariamente a una mayor dependencia paciente-terapeuta y de las instituciones hospitalarias erigidas como los “templos de la salud”.
- La explotación del acto médico y del individualismo en su ejercicio (profesión liberal), y la potenciación de modelos cualitativamente discriminatorios: el acto médico lucrativo, el acto médico caritativo. El mejor médico, la mejor clínica, son los que más dinero cobran; así mismo el derecho y libertad del enfermo para ser atendido de un modo adecuado depende de su capacidad de pago. El servicio de caridad es malo, es una limosna para los pobres, la Medicina para los pobres es una pobre Medicina.

Así, ni la Medicina ni la salud resultarán, precisamente, horizontes vinculantes, factores de integración y de encuentro solidario en la comunidad, sino factores de poder, de explotación, de discriminación y de utilización del enfermo como dato cognoscitivo, caso, recurso... objeto de conocimiento.

- Este tipo de “salud” se convierte paradójicamente en la consagración de monopolios como la “benemérita industria farmacéutica”, en

frase de Fergusson, y la potenciación de la fármaco-dependencia (hay drogas para todo). Los grandes emporios o empresas comerciales (clínicas, medicinas prepagadas) con grandes inversiones y sofisticados aparatos que hacen la medicina más costosa.

- Pone en perspectiva la yatrogénesis individual, social y cultural, que es fruto de una medicina patológicamente concebida. La salud va quedando confinada y cautiva en clínicas y hospitales; en fin, se trata de una salud enferma.
- La Medicina y la salud, de ella dependientes, deben subordinarse totalmente a los modelos macro económicos de desarrollo, y competitividad. Factores que potencian al máximo la Medicina especializada, no sólo por sus altos costos (problema de accesibilidad), sino también que van alejando de su perspectiva la visión integral del ser humano y de la sociedad. Al masificarse el modelo, la cobertura crece en proporción inversa a la calidad de los servicios ofrecidos o disponibles.
- Cabe aquí preguntar: ¿tiene sentido definir salud totalmente, con respecto a la enfermedad? (ausencia de enfermedad). Epistemo-lógicamente, ¿se puede trazar una frontera precisa entre lo normal y lo patológico? ¿sería la enfermedad realmente “carencia de bienestar biopsicosocial”?
- En este contexto, ¿puede deducirse o proclamarse un Ethos Sanitario?. Las circunstancias aquí anotadas, más bien apuntan a la carencia de un Ethos Sanitario.

HACIA UN ETHOS SANITARIO

En primera instancia, debemos referirnos a la salud en un marco axiológico.

Aristóteles hablaba de la “Higieia como virtud” en el marco de la costumbre, de las actitudes, hábitos en el sentido de la finalidad del hombre, la sociedad y la naturaleza imbricados en su coexistencia, en la perspectiva de la cabal realización de cada uno, de su ser. Platón hacía la sugerencia de la relación integral mente-cuerpo sanos y planteaba el fortalecimiento físico de este último.

En términos comunitarios, la relacionalidad entre los seres no sólo supone e implica una teleología integracionista (hoy diríamos comunidad de fines) que se hace explícita en esa dinámica o movimiento natural de cada ser a la realización de su perfección, en un medio propicio, del ejercicio pleno de su modo de ser, o mejor de su cualidad o plenitud ontológica, como lo propio o particular de cada uno, sino que en términos de totalidad-cosmos se trata de una tendencia natural de todos los seres hacia una belleza, un orden, una armonía consistente en que cada uno pueda realizar el ser que le corresponde ser, sin interferir a ningún otro; que cada uno en su dinámica tienda a ocupar el lugar de su perfección (Dike-Justicia), sin desplazar tampoco a ningún otro ser, asunto que produciría un tremendo desorden, una anarquía.

Vemos el cosmos de la vida como una totalidad dinámica, como una tendencia natural hacia un estado de equilibrio dinámico en las relaciones entre todos los seres o entes que lo integran. Aquí, para efectos de la consideración del Ehtos sanitario, encontramos una propuesta típicamente ecológica, enraizada en la ubicación, función y finalidad de todos y cada uno de los seres que constituyen el universo vital y que tienen el lugar adecuado que les corresponde en el mismo, por justicia; sólo es posible la relacionalidad a partir de la realización excelente de la

identidad o esencia de cada ente, de su realización plena (de su propia salud) como aporte a la vida total.

En este contexto, agresión, violencia o injusticia, serían, precisamente, todos los actos que impliquen la negación de los diversos modos de ser de la vida, o de las condiciones que la hacen posible. Desde este punto de vista, *la salud sería una tendencia dinámica y constante hacia un estado de equilibrio entre las relaciones del hombre consigo mismo, con los demás y con la naturaleza*. Se ofrecería aquí esa noción de equilibrio dinámico en tres perspectivas, individual, social y ambiental.

En la cuestión del Ethos Sanitario significaría que *la salud es como la existencia plena de un conjunto de condiciones estables para que se produzcan a cabalidad los dinamismos biológicos en las diferentes dimensiones que los caracterizan y se integren en equilibrio (Homeóstasis Dinámica)*.

Ahora bien, un sistema de salud como expresión del Ethos Sanitario, es el reflejo y la vivencia de una sensibilidad especial y cotidiana ante los diferentes modos adecuados de interacción biológica y que son asumidos como imperativos de acción y que hacen posible la calidad natural de la vida.

La cura es salud, pero en el sentido positivo del cuidado, la prevención y la protección de la vida en sí misma, en sus múltiples manifestaciones que involucran la interdependencia de lo biótico con lo abiótico, "ambiente". Esto involucra, en el interior de toda realidad biológica, tanto la salud como la enfermedad.

La salud como actitud y como pedagogía consiste en la tarea que el hombre debe asumir para sensibilizarse y contribuir con su propia vida sana, a la creación y la realización de las condiciones adecuadas y coherentes con los modos, o diferentes estados de la vida en que conviven y se circunscriben todos los miembros de la comunidad en un contexto específico.

La sanidad como expresión del Ethos sanitario es toda forma de comportamiento estable (costumbres) que protege la vida y todo aquello de lo que depende, y la hace viable "hábitat", para la cabal realización de los diferentes ciclos biológicos, en la perspectiva constante de la coherencia con la dignidad de la persona humana y la dignidad de la naturaleza.

Recogiendo un poco este apartado, podría entenderse como salud la *creación de condición naturales y culturales de un sistema biológico para que funcione adecuadamente como tal.*

En este sistema intervienen indistintamente salud y enfermedad, así como en el ciclo biológico intervienen nacimiento y muerte, en un dinamismo constante de equilibrio dinámico.

También hace parte del Ethos Sanitario el compromiso con las futuras generaciones pues "No hemos heredado la naturaleza de nuestros padres sino que la hemos tomado prestada de nuestros hijos". Aquí es imprescindible, por lo menos, la existencia y cabal cumplimiento del derecho generacional.

BIOÉTICA Y SISTEMAS DE SALUD

Se debe contar, antes que nada, con una conciencia, unos imperativos, unas actitudes y unos mecanismos concretos que hagan posible la sanidad y la disposición de lo que sea necesario para la determinación de ambientes sanos. En el contexto médico, a esto se le denomina atención primaria.

En términos de justicia sanitaria todo sistema de salud debe propiciar un sistema estructurante, organicístico y equitativo para la asignación de recursos y distribución de servicios en términos de cobertura y calidad. También se hace indispensable el conocimiento de la inter-

dependencia y la economía de las relaciones medio ambiente-sujeto y viceversa, medio ambiente y comunidad y viceversa, en términos de causa-efecto.

Todo esto, en la perspectiva de definición de criterios, políticas y estrategias para el mantenimiento del equilibrio dinámico entre el hombre y el medio ambiente y los hombres entre sí (Ecología Humana).

DIFERENTES SISTEMAS DE SALUD

Capitalismo salvaje

Se trata de un "laissez-faire" regido totalmente por las condiciones propuestas o posibilidades de cada uno. El Estado deja en manos de las organizaciones privadas la libertad y la capacidad para la prestación de todo tipo de sistemas de salubridad. Este sistema siempre tiende a privilegiar el ejercicio lucrativo de la medicina, con las consecuencias ya anotadas más arriba. Para ejercer tal libertad y derecho, se debe tener con qué pagar, en subordinación a las leyes del mercado.

Sistema libre-humanitario

La responsabilidad en el terreno de la salud es compartida igualmente por el Estado y los servicios privados o particulares, teniendo como destinatarios los que no pueden o sí pueden pagar, respectivamente. Coexisten lo oficial y lo privado. Sin embargo, este sistema mantiene la tendencia hacia la consolidación de la Medicina curativa y privada. Esta Medicina se impone, a la postre, ante la ineficiencia del Estado.

Sistema social puro

Todos tienen acceso por igual, tanto a los servicios y cobertura en los ordenes preventivo y curativo, como también a la participación comunitaria en la búsqueda de alternativas para la construcción de

modelos preventivos, y en su vivencia, inculturación, control y continuidad adecuada a sus necesidades, según los mismos criterios de los habitantes que integran la respectiva comunidad.

Sistema social libre

Los acoge a todos pero tolera lo privado.

ACTITUDES Y CRITERIOS PARA ASUMIR UN ETHOS SANITARIO

Se entiende como actitud, la vivencia permanente de los principios éticosanitarios fundamentales que deben ser interiorizados, asumidos y vividos por los individuos y la comunidad en general. Estos principios deben ser tenidos como los más importantes y deben acompañar, orientar y normatizar la praxis cotidiana individual y comunitaria. Estos principios, son: el bien común, la justicia, la educación, la solidaridad, la beneficencia, la participación comunitaria, el reconocimiento de las necesidades y la interdependencia activa en los escenarios concretos de los diferentes actores y elementos constitutivos de los diferentes ambientes (conciencia ecológica), la definición criterios de para la protección de la naturaleza. El principio, por excelencia, es un gran respeto y valoración de la vida como valor supremo y, en particular, la dignidad de la persona humana. Finalmente el principio de articulación necesaria entre Ecología, Economía y Ética así como el ejercicio de liderazgo de todo tipo para la construcción de ambientes sanos.

ETHOS SANITARIO Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Ethos Sanitario se inscribe en el campo de la Macrobioética, la cual se ocupa de los problemas de la vida, tanto a nivel individual como a nivel general y global.

En este contexto, la pregunta, por las políticas sanitarias es un problema macrobioético. La cuestión que atañe a esta pregunta, es si la asistencia sanitaria ha de estar cubierta o no y hasta dónde, por el Estado. O mejor, cuál es el papel que debe desempeñar el Estado en relación con la salubridad pública (y qué se entiende por ésta).

El horizonte de estos interrogantes, apunta por otro lado, a la salud en el ámbito equitativo del principio de igualdad de oportunidades: ¿la asistencia sanitaria es cuestión pública, de beneficencia, privada o pública? (Justicia Sanitaria).

En el orden político el asunto es relativo a la justicia distributiva y social. Se trata de un servicio cuyo ideal apunta, no sólo a una cobertura total, sino también indiscriminada y de indiscutible calidad.

Sin embargo, siempre se entrelaza aquí el problema de la insuficiencia de recursos, asunto que remite necesariamente al problema de las condiciones de distribución de recursos de acceso y a los criterios que el Estado formulará para tal cobertura.

De cara al Ethos sanitario, aquí los dilemas son mucho más profundos: Sin un antecedente educativo, que ponga al interior de las comunidades, en términos de costumbridad, los hábitos y actitudes sanitarias, las condiciones alimenticias, los ambientes naturales higiénicos, el equilibrio mental en la población, o mejor, la instauración en la comunidad de los comportamientos individual y colectivo previos en coherencia con la salud (higiene como virtud), ¿cómo dar el salto abismal y abrupto a una propuesta y aplicación inmediata de la salud en un sistema de "seguridad social"? Se trataría aquí tan solo de un problema de cobertura, asociado a una propuesta clínico-curativa, con población cautiva (los enfermos) y dosificado (los que pueden acceder al servicio). Estaríamos hablando simplemente de la posibilidad de dosificar el sistema curativo y no propiamente de salud en su sentido más profundo (de la racionalidad al racionamiento).

¿Qué sistema hospitalario o económico podría soportar, y hasta dónde, tal condición? y qué calidad puede garantizar al masificarse dándose por descontada la limitación o precariedad de recursos?

Lo que aquí queremos sostener, es que el Ethos Sanitario es antecedente y consecuente cultural inexcusable e insustituible en la perspectiva de una razonable política sanitaria y de la aplicación eficiente de cualquier sistema de seguridad social en salud.

Una política sanitaria que no prevea en la comunidad total la existencia colectiva de un comportamiento de la población que se inscribiera por lo menos en el nivel del control primario en salud, y lo asumiera como compromiso, no solo sería una política precaria, reduccionista y contradictoria, sino también abocada al fracaso ruinoso, máxime si se presume la exigida correspondencia entre cobertura, curación, rentabilidad económica y disponibilidad permanente de recursos.

Sin ello, aquí lo que necesariamente se sacrificará es la calidad y de pronto la salud misma.

Por ello, el horizonte preventivo debe invadir y permear todo el ambiente cultural, como constante actitudinal colectiva. Las políticas y ejecutorias del Estado en el terreno sanitario deben aproximarse sistemáticamente a los diferentes grupos humanos (inculturarse), reconociendo su identidad, sus contextos, problemas, expectativas, costumbres y aún su lenguaje.

El asunto planteado implica, además, que esta problemática no es asimilable al tema de la medicalización de la salud, e invita, más bien, al compromiso educativo, en primera instancia de todos los sujetos, procesos y políticas involucradas en el sector salud, pasando por los educadores a todo nivel, los sectores de la economía y la industria, los padres de familia, los médicos, enfermeras, odontólogos, profesionales

en general. Vale decir, que el problema de la salud es estructural e interdisciplinario. Es un lugar permanente de convocatoria a las diferencias.

En este punto revertimos la pregunta hacia la exigencia y precisión de la educabilidad de la población en salud.

La consolidación del Ethos sanitario reclama la instancia educativa como alternativa previa para la definición cultural del necesario arraigo de cualquier proyecto sanitario.

En nuestro medio, la educación en salud es francamente lamentable. La salud como objetivo cultural debiera ser imperativo fundamental de cualquier proyecto educativo que busque realmente la formación integral.

Por simple sentido común es mejor “trancar la puerta que sacar al ladrón”; es mejor prevenir, con condiciones de protección sanitaria, que curar masivamente a los ya enfermos; así, la simple cobertura que no es propiamente sanitaria, sino curativa, seguirá siendo un paliativo.

Otro contrasentido del problema es el desarraigo de las instituciones de salud de los contextos o rasgos culturales y perfiles idiosincráticos de quienes acceden a ellos (enfermos). Existió un divorcio, por no decir una dicotomía total entre, las Instituciones de Salud y las comunidades en las que se inscriben y a las que sirven. Sin desmedro, casi podríamos afirmar que nuestra Medicina, que nuestro sistema de salud, estarían *económicamente* enfermos, y culturalmente ausentes de sus contextos comunitarios. Vale decir, que en nuestro medio casi es paradoja afirmable la “patología de la salud”.

Algunos interrogantes

- ¿Cómo, entonces, hablar desde esta situación, de Ethos Sanitario?
- ¿Qué papel e importancia educativa tiene en nuestro contexto la salud?
- ¿Qué actitud acompaña, en este sentido, al Estado, a las instituciones, al sector educativo, a los médicos, a la familia?. ¿Existe alguna actitud, que en los sectores de liderazgo social y político, realmente esté permeada del “Ethos Sanitario”?

Funciones y exigencias de la salud pública frente al Ethos Sanitario

- Educación.
- Promoción de “comportamientos sanos” en los diferentes ambientes culturales.
- Inculturación de los modelos, planes y proyectos de salud.
- Énfasis en las propuestas académicas de programas de salud preventiva, salud familiar y comunitaria, salud profesional y ocupacional, salud ambiental, educación en salud, Bioética, Epidemiología, Control Ambiental, Bioderecho, etc.
- Incorporación sistemática de la comunidad a la configuración, diseño, vivencia y liderazgo de sus propios planes y proyectos de salud.
- En los procesos de investigación en salud, precisión y aplicación de modelos metodológicos de tipo interpretativo, cualitativo, de investigación-acción participativa.
- Superación del modelo utilitario y economicista al precisar supraestructuras, asignar recursos y al definir políticas en salud.
- Relativizar las propuestas pasiva-asistencialista, paternalista y proteccionista en salud procurando alternativas dinámicas interactivas.
- Exigir los cambios curriculares y programáticos necesarios para la formación de los profesionales en salud que requerimos: en particular, los programas de Medicina, Odontología, Enfermería. Explorar

las alternativas interdisciplinarias con las ciencias sociales en general y con la Bioética en particular.

- El Estado debe desarrollar una nueva conciencia ambiental y una gran sensibilidad por el entorno natural que hace posible la vida. Exigir y garantizar, prescriptiva y punitivamente, la defensa de los recursos naturales la biodiversidad. Educar en la ecología y el medio ambiente, atacar agresivamente todo foco de contaminación. Exigir la sanidad de los productos alimenticios, reeducar las costumbres alimenticias. Control sanitario del medio ambiente, construir infraestructuras sanitarias, control epidemiológico.
- Promoción de la justicia social.
- Relativizar, día a día, los exorbitantes gastos en equipos médicos sofisticados, dando prelación al papel educativo de las instituciones de salud en relación con las conductas adecuadas a las dimensiones preventiva, comunitaria, social, familiar y laboral de la salud.

CONDICIONES FAVORABLES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ETHOS SANITARIO

- Sensibilidad y respeto por la vida, en sus diversas formas de manifestación y todo lo que lo hace posible (entornos).
- Especial consideración por la vida humana, su dignidad personal como sujeto de deberes y derechos.
- Formación, interiorización y vivencia de los valores Etico-morales fundamentales.
- Disponibilidad integrativa y armónica de los miembros de la comunidad para generar proyectos, realizar actividades comunitarias congruentes y la definición consensuada de criterios para realizarlos.
- Apropiación crítica y consciente de las principales necesidades, problemas y expectativas de la comunidad. Actitud constructiva, corresponsable y participativa para plantear alternativas de superación

de los problemas existentes, en particular de sus propios problemas de salud.

- Sentido de pertenencia, voluntad, cambio y espíritu de superación de sus propias dificultades.
- Actitudes de apertura, tolerancia, respeto por las diferencias, capacidad de escuchar y concertar consensuadamente.
- Clima de convivencia y arraigo en la comunidad.
- Conciencia sobre las situaciones concretas de las más frecuentes enfermedades o patologías de la comunidad y de los factores de causalidad y riesgo asociados, existentes en medio de la comunidad.
- Disposición constructiva hacia el estudio y la reflexión en torno a los problemas sanitarios existentes y a sus posibles soluciones.
- Capacitación en trabajo comunitario, para ejercer liderazgo de servicio a la comunidad, e integrar grupos comprometidos y activos para adelantar sus respectivos programas.
- Actitud favorable para colaborar con los expertos en la estructuración y realización de proyectos y programas de salud de acuerdo con las expectativas y necesidades de la comunidad.
- Precisar metodologías y estrategias para el manejo y control de aguas estancadas y residuales (alcantarillados, desagües, etc.)
- Manejo responsable de la disposición de residuos, basuras y excretas.
- Reciclajes.
- Aseo y presentación interior y exterior de las casas, enseres, utensilios, menajes, el cuerpo, y el aseo dental.
- Control de plagas.
- Responsabilidades en la tenencia de animales domésticos.
- Adelantar todos los planes de vacunación con base en lo establecido por los estándares internacionales.
- Arborización, zonas verdes y jardines.
- Seguridad y estética de los caminos peatonales.
- Mejorar las costumbres alimenticias (capacitación).
- Conciencia sobre las situaciones-problema que llevan a problemas de drogadicción y alcoholismo y alternativa para su manejo.

- Promoción de actividades físicas, deportivas y recreativas.
- Superación de las situaciones de violencia intra y extrafamiliar.
- Planteamientos para el manejo del desempleo y el ocio.
- Programación de actividades de integración comunitaria y reflexión sobre sus propios problemas.
- Organización de grupos de base con gran dinamismo.
- Gran cariño y respeto por su entorno y por su comunidad
- Acercamiento del Estado a las comunidades básicas.
- Disponibilidad y actitud de los diferentes funcionarios de los sectores de salud y educación para proyectar sus mejores esfuerzos y recursos hacia la promoción de mejores condiciones de salubridad en las respectivas comunidades.
- Promover la apertura de programas académicos de pre y postgrado enfatizando entre otros, los siguientes temas: educación en salud, salud familiar y comunitaria, dietética y nutrición, sociología y antropología de la salud, salud ambiental, bioética, salud ocupacional, salud e higiene industrial, enfermedades profesionales, seguridad industrial, epidemiología, control de riesgos, ecología, ingeniería sanitaria, ingeniería ambiental y las correspondientes metodologías.
- Inscripción de las instituciones de salud, clínicas, hospitales y centros, en las mismas comunidades a las que sirven. Inculturar sus políticas, planes, proyectos, metodologías y lenguajes.
- Aprender de las experiencias sanitarias exitosas de otros países o lugares, potenciar los ideales preventivos y la Medicina social, familiar, sin extrapolaciones indebidas y sin violentar las propias idiosincrasias.
- No excluir, sin conocimiento de causa, las propuestas surgidas de medicinas alternativas, en particular aquellas de claro arraigo cultural y que han mostrado su eficacia (Homeopatía).
- Hacer, en su oportunidad, la "traducción" del lenguaje técnico o científico de la salud a categorías inteligibles en el entorno cultural respectivo: hablar el lenguaje de los implicados en planes y proyectos de salud para evitar extrañamientos, desarraigos alienantes. Garantizar, además el verdadero sentido social y el arraigo cultural de la salud.

- Mostrar e interiorizar convicciones en torno a las inconveniencias derivadas del comportamiento que son contrarios a la salud, que se van mostrando en las respectivas comunidades.
- Explotar al máximo todos los medios de comunicación disponibles (prensa, radio, TV, libros, folletos, revistas, plegables, videos, cassettes, volantes, etc), que ofrezcan información y formación de actitudes sanitarias en las diversas comunidades.
- Ofrecer en los diferentes niveles cursos de capacitación a las comunidades, en especial a los promotores de salud, sobre todo en los temas preventivos, acciones y estrategias básicas (vg. El niño sano, la salud oral, comida balanceada, inventario de rigor y peligros contra la salud, etc.).
- Destinar los recursos necesarios para financiar todos estos proyectos.
- Llevar todas estas inquietudes a las más altas autoridades sanitarias y foros, con el propósito de motivar nuevas decisiones e integrar nuevos criterios a las políticas de salud en sus diferentes niveles (barrio, municipio, departamento, nación, continente, asociaciones de salud, etc.).

PROYECTO DE SALUD Y BIOÉTICA

La salud es expresión fundamental de una cultura de la vida, vale decir, todo proyecto de salud necesariamente tiene que estar inculturado, o mejor, debe ser raizal: debe ser producto constituido, aplicado y vivido por la misma comunidad a la que está destinado. Jamás debe ser ajeno a la misma comunidad; corresponde en autenticidad a un Ethos cultural concreto.

No existen proyectos de salud cuya legitimidad se funde en una supuesta universalidad, pues tienen que responder a los contextos y situaciones particulares concretas de la cultura o la comunidad que los va a vivir.

Todo proyecto de salud debe tener en cuenta las diferencias, la historia, los perfiles idiosincráticos, las necesidades, los hábitos-instrumen-

tos, el medio ambiente, los recursos, las expectativas y los diferentes modos de convivencia de la comunidad en particular a la que se fuera a aplicar.

Debe potenciar al máximo las exigencias de cuidado y protección de la salud de cada uno, prever los daños ambientales, los procesos contaminantes (aire, agua, tierra). Debe promover un gran respeto por las diferentes especies. Debe diseñar técnicas de reparación de los daños ambientales producidos por la explotación intensiva, los procesos de descertificación, la extinción de especies, la proliferación de focos infecciosos. Debe mejorar al máximo las costumbres alimenticias y de aseo, el cultivo y la protección de la vida, debe desarrollar acciones educativas comunitarias para la prevención de desastres y control de riesgos, según las zonas geográficas y sus peligros, mejoramiento ambiental, etc.

Plantear modelos de comportamiento y planes educativos que permitan tomar conciencia de que no hay vida, ni materia, ni energía que sean propiamente extrañas o ajenas al ser de cada uno (conciencia ambiental y ecológica).

Desarrollar mecanismos restrictivos y motivacionales, a través del Estado o de las instituciones, para los diferentes comportamientos adecuados o contrarios a la vida y a la salud de todos y de cada uno, y a la protección de los recursos naturales.

Un proyecto de salud que no fuere interactivamente planteado y construido con la misma comunidad para la que fue concebido, termina o concluye con el proyecto mismo.

De cara a la salud, los imperativos biológicos que hacen de la biología una ciencia normativa deben nutrir al Ethos Biológico, e invitar al ser humano a vivir su propia existencia en coherencia con la vida misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Kieffer, G., *Bioética*, Edit. Alhambra, Mex., 1993.
- Potter, Van R., Global Bioethics, En: *Persp. Biol. Med.* 1995.
- Fried, Ch., *Es posible la libertad*. Edit. Mc Murrin.
- Fried, Ch., *Libertad, igualdad y derecho. La conferencias Tanner sobre Filosofía Moral*. Ariel, Barcelona, 1996.
- Camps, V. *Las Virtudes públicas*, Madris, 1990.
- Illich, I. *Némesis Médica*, Edit. J. Mortiz, Mex. 1978.
- Fergunsson, G. *Enfoque crítico dela Medicina en Colombia*, Univ. Nacional, 1989.
- Canguilem G, *Lo normal y lo patológico*, Edit. Siglo XXI, 1994.
- Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica*, Edit. Siglo XXI, 1995.
- Rawls, J. *Teoría de la Justicia*, F. C. E. México, 1993.
- Attali, J. *El orden canibal*, Edit. Planeta, 1992.
- García, D., *Fundamentos de la Bioética*, Madrid, Eudema, 1989.
- Gracia D, Salud, Ecología, Calidad de Vida, En: *Jano*. Vol. 35, 1980

En 1993, la Universidad Central de Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, la Oficina Central de Estadísticas e Informática y la OPS(1) realizaron un estudio en dónde se correlacionaron las condiciones de vida de las diferentes parroquias que conforman el país, expresado a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con las estadísticas de mortalidad. Encontramos algo que es totalmente lógico desde el punto de vista epidemiológico, y totalmente injusto con relación a las potencialidades en materia de salud con que nacen las mujeres y los hombres. De ahí, que coincidimos con lo expresado en la Conferencia sobre Justicia Sanitaria, en relación a que debemos tener en cuenta, cuando solicitemos un mayor presupuesto para el sector salud, que este incremento puede ir en detrimento de otros sectores que pueden tener incluso más impacto en salud que la inversión que hagamos a través del sistema asistencial de atención médica.

La distribución de las parroquias evidenció que en la categoría que se sitúa entre 70 y 100% de NBI, en la que vive el 10% de la población venezolana, tienen una mayor probabilidad de problemas ligados con la pobreza, a saber, mortalidad infantil, la que varía entre el 10x1000 a 30x1000 según condiciones de vida. La mortalidad de niños de uno a cuatro años, pasa de 0,25 a 2,5x1000, revelándose en la mortalidad infantil una diferencia tres veces mayor; mientras que en la mortalidad de uno a cuatro años, una diferencia diez veces mayor, pudiéndose concluir, con base en esta relación, que cualquier intervención que se haga en el ámbito escolar, y que no haya sido antecedida por intervenciones en preescolares, ya es tardía pues el efecto de las malas condiciones de vida ya ha producido graves problemas en la salud de los niños. También de esta comparación se puede concluir, que dos de los factores que producen equidad en los menores de un año, serían la lactancia materna y la cobertura universal de inmunizaciones. Además, existe una correlación con la muerte por diarreas y las enfermedades respiratorias agudas, las que se hacen muy evidentes en la mortalidad de uno a cuatro años y en la de menores de un año, y la mortalidad por tuberculosis que llega a

ser 8 veces mayor en las parroquias más postergadas que en las parroquias más desarrolladas; siendo su explicación más importante la carencia de servicios, generando, por lo tanto, diagnósticos tardíos y tratamientos que nunca llegan. Por otro lado, si uno quisiera detectar un caso de tétano neonatal, tendría que irlo a buscar en municipios en donde no hay carreteras y en donde no existe buenas viviendas, donde no hay ningún satisfactor básico, ya que el 80% de los casos de tétano neonatal en Venezuela se encuentra en las parroquias que tienen más del 70% de NBI. Esta diferencia ha sido utilizada como estrategia de los programas de eliminación del tétano neonatal, incluyendo como población objetivo a los municipios con un alto porcentaje de NBI, incluso a veces sin necesidad de que éstos hayan registrado un caso. Al mismo tiempo, en relación a la desnutrición, existen diferencias entre el crecimiento y el desarrollo de niños que viven en el medio rural y niños que viven en la capital, en todas las etapas del crecimiento, evidenciando una desnutrición crónica(2). A este respecto, Méndez Castellano, en Venezuela, demostró que los niños de estratos sociales extremos, llegan a tener hasta siete cms. de diferencia, con respecto a los siete años de edad en su estatura. Estudios hechos por el mismo autor, evidenciaron que en el país los niños crecieron en una media de 2,5 cm por cada década, estimándose que existe 20 años de diferencia en desarrollo biológico entre el estrato 1(estrato alto) y el estrato 5 (3); es decir, que mientras los niños del estrato más alto están en el año 1998, los niños del estrato 5 estarían en el año 1978. También en una evaluación del mismo autor sobre el rendimiento escolar de los niños, se equiparó un niño de 9 años del estrato 1 y 2 con un niño de 13 años en el estrato 5 (4).

En Colombia, el DANE, el Ministerio de Salud y la OPS (5) establecieron la correlación entre las condiciones de vida y las estadísticas de mortalidad, existiendo un 23,1% de municipios que tienen más de 70% de NBI, teniendo éstos la mayor carencia de servicios de recolección de basura, hacinamiento evidente y la mayor inasistencia escolar. La educación secundaria es más prevalente mientras más desarrollado es el

municipio al igual que la educación universitaria; mientras que los anal-fabetas hacen una correlación inversa. Esto, que trae como consecuencia, que estas poblaciones abandonen el campo ya que no se les ha dado condiciones de vida, resultando la migración hacia las grandes ciudades en las que mora el 80% de la población y transformándose de esta forma, nuestros países en países dependientes con agricultura de puertos. En Venezuela, la correlación con las enfermedades transmisibles es clara, ya que pasa del 8% al 26% para los municipios que están entre menos de 20% de NBI. Al compararse con los que tienen más de 80% de NBI (1), en Colombia esta diferencia pasa de 8% para los municipios que tienen menos del 30% de NBI a 10% en los que tienen más del 70% de NBI. La poca correlación existente en Colombia se debería, a que la probabilidad de defunción con certificación médica, es de solo el 28,4% en los municipios con más de 70% de NBI, constituyendo esto una inequidad en el acceso a los servicios de salud, corroborando lo afirmado por el Dr. Fernando Salgado, Director de Servicios del Ministerio de Salud en la Conferencia de Ministros de Países Andinos, realizada en Bogotá en Febrero de este año: la primera causa de muerte de los municipios fronterizos colombianos era desconocida. Además de la diferencia en acceso, los síntomas y estados morbosos mal definidos son más prevalentes en los municipios más postergados, resultando otra injusticia sanitaria de acceso a servicios de calidad. Una de las explicaciones que podrían tener la diferencia en el comportamiento de este tipo de mortalidad en Colombia, estaría en que menos del 5% de los municipios tratan sus aguas residuales y que aproximadamente 14,5 millones de habitantes no cuentan con suministro de agua o reciben agua de muy mala calidad, ya que sólo el 6% de las personas de la población rural la reciben, mientras que en el nivel urbano esto es de casi el 100%. De ahí surge como corolario, que la situación de salud no puede seguir siendo caracterizada con indicadores globales, ya que si decimos que el promedio de mortalidad infantil de los varones en Colombia es de 34/1000, estamos encubriendo que en el Chocó ésta es cercana al 10%. En relación a la expectativa de vida, los varones tienen una expectativa de 67

años, pero en el departamento del Chocó es de sólo 63 años, mientras que en las mujeres es de 74 años y en el Chocó de 69,5, evidenciando estas diferencias, las diferencias de oportunidad de vida de las poblaciones.

Búsqueda del Dorado

El abandono del campo produce migración hacia la ciudad o a nuevas colonizaciones. Así, en Venezuela se obtuvo una correlación entre la búsqueda del oro y el incremento de la Malaria, producida en la década de los 80's, ya que la deuda social acumulada sobre la gente más pobre y del campo produjo esta búsqueda, ocasionando que conforme se incrementó la producción de oro también se incrementó la Malaria, pues al invadir el nicho ecológico se sacó la semilla y se llevó de vuelta a la ciudad, llegando esta a cifras nuevamente, al orden de 50.000 casos, después de haber llegado, ya a cifras de control de menos de 2.000 casos (6). Posterior al año 1991, estas cifras bajaron, producto de un ordenamiento territorial, realizándose una minería que no destruye la ecología, respuesta organizada por la Policía, más que por el sector salud. Además de esta búsqueda del Dorado, otros contingentes migran hacia la gran ciudad, formándose los cordones urbanos marginales. Allí la gente se encuentra con mayores problemas que cuando estaba en el campo, ya que tiene deficiencias en vivienda, saneamiento básico, suministro de agua en calidad y cantidad, servicio de alcantarillado, disposición de basuras y se reproduce el mismo cuadro del ámbito nacional en el ámbito de la ciudad, encontrándose las enfermedades propias de la pobreza en el área marginal. En Caracas se hizo un comparativo en 1987 de lo que sucedía en el municipio de Chacao, contra lo que sucedía en el municipio de Petare (7), encontrándose una mortalidad infantil en Chacao de 7,8/1000 mientras que en Petare era de 49,2/1000. Otro estudio realizado en Barquisimeto, Venezuela (8), encontró la misma correlación del nivel nacional, ya que conforme peores son las condiciones de vida, la mortalidad proporcional de menores de un año es mayor, así

como la mortalidad por causas perinatales y las transmisibles. El bajo peso al nacer en los barrios marginales de Barquisimeto, es casi un 14% (de 2,5 kg), mientras que en los barrios desarrollados este bajo peso al nacer es del 7% y los niños que nacen con menos de 1,5 Kg son cerca del 2% en los barrios que tienen más del 90% de un índice que reflejaba condiciones de vida contra 0,5% en los barrios que tienen menos de 10% del índice. Para encontrar solución a este problema habría que cumplir con los prerequisites de la salud a los que se refiere la Declaración de Ottawa, a saber: la paz, la educación, el ingreso, la vivienda, el saneamiento básico, la seguridad alimentaria, el entorno saludable y la justicia social, así como el acceso al bienestar, tal como lo recomendó la Declaración de Santafé de Bogotá en el año 1992 (9 y 10), ya que si no se alcanzan estos prerequisites de la salud se pueden hacer todas las reformas del sector salud que queramos y no se disminuirán estas brechas. Por otro lado, en Colombia las defunciones ocurren en hospitales o clínicas con mayor probabilidad en las grandes ciudades, así como también en éstas se incrementa la probabilidad de las enfermedades cardiovasculares al igual que el cáncer. Pero a nivel de las grandes ciudades, cuando uno estudia, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino, el mayor porcentaje de casos, ocurre en mujeres analfabetas, con pobreza crítica, que inician sus relaciones sexuales a temprana edad, con una alta frecuencia de compañeros sexuales y con un alto número de partos, evidenciándose el ser una enfermedad de la pobreza (11). Además de las enfermedades de la pobreza y de las enfermedades del desarrollo existen, las denominadas enfermedades sociales, producto de condiciones de inseguridad, de falta de tenencia de tierra, de inadecuada vivienda, de ingresos insuficientes y, como consecuencia alcoholismo, drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, crímenes y violencia, problemas que afectan más a los estratos sociales más pobres dentro de la gran ciudad. Los accidentes de tránsito que manifiestan la negligencia y la violencia, son la primera causa de años de vida potencialmente perdidos en Venezuela (25%), ya que éstos ocurren fundamentalmente en jóvenes de 15 a 44 años, siendo estos más prevalentes en las grandes

ciudades (12). En Colombia la curva de homicidios tiende a incrementarse en las ciudades intermedias, con un ligero descenso en las grandes ciudades. La mortalidad por violencia hace una presentación bimodal con alta incidencia en las veredas más rurales y en las veredas urbano-marginales. Las primeras se pueden explicar en las masacres de la violencia política y las segundas, en la delincuencia común. También en relación con la violencia hay grandes diferencias, ya que el país tienen una tasa de violencia de 111/100.000 en los varones y de sólo 8/100.000 en las mujeres, no detectándose una correlación entre pobreza y violencia, ya que uno de los departamentos más pobres, como el Chocó tiene la menor violencia, 8/100.000, mientras que Antioquia, la tiene en 179/100.000. Sin embargo, a nivel de la gran ciudad se observa que el gran aporte de los muertos por violencia provienen de los estratos 1 y 2 y del estrato 6, explicado esto, en Cali, por Guerrero, el primero en la guerra de pandillas por el control del patio de expendio de la droga y el otro, en la guerra de capos de las drogas (13). El alcoholismo, así como la drogadicción, también tienen diferencias de incidencia según estratos sociales, siendo los grupos más pobres los más afectados, así como por la calidad de bebida y/o droga utilizada, resultado de la frustración de estos grupos sociales por la falta de oportunidad de vida, facilitándoles este consumo la delincuencia y generando la inseguridad de las grandes ciudades.

En una ciudad, cuando se dice que la expectativa de vida es de un número de años, en promedio, se encubren las diferencias por estratos sociales. Así, en Caracas en el estrato 1 y 2 (estratos más altos), ésta se estimó en 1993 en 74 años, mientras que en el estrato 5, el más pobre, ésta sólo llegó a 64 años (14) y además de las diferencias en expectativas, hay que tomar en consideración las diferencias en calidad de vida. Por eso, cuando se discute la Justicia Sanitaria, hay que identificar muy bien dónde hay que poner la inversión, consensuando si vamos a permitir una morbilidad temprana o vamos a retrasarla para obtener la mayor expectativa de vida, pero con la menor incapacidad. Decisiones

éticas trascendentales en la determinación de la política de salud de un país.

El modelo de Justicia Social de Desarrollo, prevalente en América Latina no es diferente a muchas partes del mundo. Así, en Budapest, la probabilidad de morir temprano y el nivel de educación está claramente correlacionado, ya que en el nivel más alto, morir entre 35 y 64 años es del 26,9%, mientras que en el nivel más bajo es del 36,8% (15). La percepción del estado de salud, según el nivel de educación, en Holanda, es satisfactorio en los que tienen educación superior, y pobre entre los que tienen educación primaria y, en el tiempo en lugar de disminuir estas brechas, aumentan (15). También en Holanda se evidencian diferencias en desórdenes depresivos, en enfermedades somáticas y en enfermedades crónicas, según se esté empleado o desempleado y esta diferencia es mayor en los pobres (16).

Las situaciones descritas nos llevan a concluir que existen dos tipos de inequidades: las inequidades en salud y las inequidades en el acceso a los servicios y, dentro de éstos, las inequidades en el acceso a servicios de calidad. La respuesta de Colombia a las inequidades en salud se plantean en el Plan de Atención Básica –PAB–, en la Salud Pública y en la Estrategia de Municipios Saludables por la Paz. A las inequidades en el acceso a los servicios, se plantean las Leyes 10, 60 y 100, con el propósito de la descentralización y la obtención del aseguramiento universal y el establecimiento de un Plan Obligatorio de Salud –POS.

Dever (17) hace una clasificación de los diferentes problemas de salud de los EEUU y la capacidad resolutoria que tienen los diferentes sistemas: la organización de la atención médica, los cambios de hábitos y los estilos de vida, el mejoramiento ambiental y lo biológico, y establece que, en general un 11% de los problemas de salud lo resuelve el sistema de atención médica, un 43% los cambios de hábitos y estilos de vida, un 19% la intervención ambiental y un 27% lo biológico, siendo

muy probable que en América Latina el mejoramiento ambiental y los cambios de los estilos de vida tienen un mayor impacto resolutivo que los descritos para los EEUU. Sin embargo, cuando se analiza el gasto en salud en 1995 del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, el 83,5% de la inversión era para el sistema de atención médica, un 16,3% para los programas de Salud Pública y sólo un 0,3% para la Promoción de la Salud constituyendo esta inversión el 7% del presupuesto nacional. En Colombia, en 1996 se estimó el gasto total en salud en 6 billones 964.620 millones de pesos, lo que corresponde al 10,1% del PIB, estimado para el mismo año en 88 billones 853.574 millones de pesos. De esto el gasto público es del 4,1% y el privado 5,9% (18), el gasto en Promoción y Prevención para 1997 se estima, por parte del Plan de Atención Básica, en 93.534.859.774 pesos y por el Plan Obligatorio de Salud, 403.727.930.553 pesos, lo que, sumado a otros aportes del INS, el INVIMA y otros (19), da aproximadamente un gasto del 5% del total de lo invertido en Promoción y Prevención, por lo que ambos países continúan invirtiendo la mayoría de los recursos en los factores terminales y no en los determinantes de salud.

Por qué debemos invertir más en Promoción y Prevención para reducir las brechas de inequidades sociales.

En Inglaterra, en donde existe la cobertura universal de la atención médica, no se han acortado las brechas entre estratos en materia de salud, sino que se incrementan. Esto se verifica en un seguimiento realizado entre 1931 y 1981 en el que la mortalidad estandarizada se reduce para el grupo más privilegiado, pero para el grupo más pobre, el de los obreros no calificados, las brechas en lugar de disminuir se incrementan (20). Otro estudio, realizado por Susser en 1993 (21), demuestra que la ampliación de las brechas continúa siendo evidente, por lo que paralelo a tratar de corregir las inequidades en acceso, se deben corregir las inequidades en oportunidad de vida.

Propuesta de Solución para acortar las Brechas Sociales y Disminuir las Diferencias de Oportunidades de Vida, el Municipio Saludable

Esta iniciativa, prioritariamente, debe empoderar a las comunidades más pobres que habitan en las áreas con mayor índice de NBI, con la finalidad de que los Planes de Desarrollo Municipal atiendan fundamentalmente estas necesidades. Los proyectos que se elaboran para intervenir los problemas detectados, corresponden a diferentes áreas: educación, trabajo, vivienda, saneamiento, seguridad, bienestar, violencia, servicios básicos, incluidos los servicios de salud, programas de control de enfermedades: de pobreza, del desarrollo y sociales (22). Así también es más factible la constitución de Empresas Solidarias ya que según la encuesta de CINDER, las empresas que han salido en los primeros lugares como eficientes, son aquellas que están basadas en la organización comunitaria.

Como estrategia, prevalece la atención primaria de salud, la que lamentablemente, como afirmó el Dr. Nakajima, ex Director de la OMS, fue interpretada como Nivel Primario de Atención, entendiéndose como una respuesta de servicios a los problemas de los pobres (23), cuando en realidad ésta debe ser una respuesta a la solución de los problemas esenciales de salud que existen en el Nivel Local. En Colombia hay una política que favorece la descentralización y transferencia de competencias en salud a los municipios. La ley privilegia la Promoción de la Salud y las acciones preventivas. La Constitución ratifica el derecho a la salud de los habitantes y al acceso universal a los servicios de salud. Estos dos puntos son caminos diferentes, ya que el derecho a la salud se debe interpretar en el sentido que no debe haber ninguna iniciativa, ni privada ni pública, que pueda afectar la salud de la gente, ya que si hay una causa que esté afectando a un grupo de población, y ésta es evitable, su permanencia es injusta, lo que es diferente a ratificar el acceso universal a los servicios de salud.

En la Estrategia de Municipios Saludables, se combaten las desigualdades sociales, se fomenta la participación ciudadana y el trabajo intersectorial y se reconoce el liderazgo del Alcalde. Sus líneas de acción son: la elaboración de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida, la reorientación de los servicios de salud para privilegiar la Promoción (24) y la oportunidad de vida (25). Estos dos últimos son los pilares fundamentales de la Promoción de la Salud. El desarrollo de habilidades personales y cambios en los estilos de vida utiliza, fundamentalmente, el enfoque de riesgo, mientras que el de oportunidad de vida, utiliza un enfoque comunitario de determinantes de riesgo. El primero busca individuos que presentan más posibilidad de tener algún problema en el futuro, para eliminar o disminuir este efecto y retrasar o disminuir su intensidad, haciéndose recomendaciones de vida saludable como no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, tener una dieta balanceada, hacer exámenes médicos periódicos para detección temprana de situaciones de riesgo, etc. Mientras que el enfoque comunitario, busca la paz, el acceso a la educación, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, etc., buscando comunidades con más posibilidad de tener problemas, en vez de buscar individuos con más posibilidad de tener un problema, por lo que el enfoque de oportunidad de vida es más sensible y más específico que el de riesgo (25). Sobre políticas públicas saludables, hay intervenciones que no se realizan necesariamente desde el sector salud, sino que requieren acciones del sector político, de comunicaciones, agricultura, transporte, deporte, policía, ambiente, etc. Así como acciones intersectoriales. Es evidente el impacto en salud de estas políticas en un Nivel Local. Como el uso obligatorio del casco protector para motociclistas y la consecuente disminución de muertes por traumatismo craneoencefálico, ensayada en Cali, la restricción del uso de los juegos pirotécnicos y la disminución de las quemaduras, probado en Bogotá. La restricción del porte de armas, experimentada por varios municipios del país, la Ley Zanahoria y la consecuente disminución de los acciden-

tes de tránsito y de la violencia en general, la promoción de la lactancia materna como un factor protector contra la enterocolitis necrotizante en lactantes (26, 27-28), la disminución de la contaminación atmosférica y la evidente disminución de la mortalidad por causa cardiorespiratoria, la fortificación de la sal con yodo y la disminución de las diferencias de los desórdenes de este elemento y el fomento de deporte y el uso adecuado del tiempo libre como factor protector del embarazo precoz y la mortalidad materna (29), el suministro de agua potable y la disminución de enfermedades diarreicas agudas, el reciente convenio firmado entre el Ministerio del Medio Ambiente con el Ministerio de Agricultura y los productores de plaguicidas con el objetivo de producir una agricultura ecológica, el control del tabaquismo asesino y otras muchas más que se han gestado y que contribuyen al logro de la equidad en salud. Pero para que estas políticas se sostengan se requiere de una participación más activa de la comunidad en el monitoreo de su implementación, para poder evaluar el impacto de estas medidas en materia de salud, educación, acceso al bienestar, midiendo además la satisfacción de la gente y posibilitando el mantenimiento de las mismas (30).

Enfoque de proyectos para el establecimiento de la Estrategia

En la década de los 70 se reestructuró el modelo de salud de Canadá por parte del Ministro Lalonde, quien aplicó una estrategia de resolución de problemas de salud, interviniendo en sus factores determinantes y caracterizando las variables de influencia biológica, ambiental, estilos de vida y respuesta de los servicios (31), elaborándose de esta forma árboles de problemas que posteriormente se transformaban en árboles de objetivos. Si aplicamos este modelo en el embarazo de los adolescentes podríamos caracterizar dentro de las variables biológicas, a la menarquia temprana y al inicio de las relaciones sexuales tempranas como factores que incrementan la probabilidad de un embarazo precoz (29), por un incremento del riesgo de exposición. La primera de estas

variables no sería ético intervenirla, pero la segunda sí pudiera ser intervenida y, como resultado, podríamos obtener el que los niños permanecieran niños por más tiempo. En los estilos de vida, en el mismo estudio caso-control (29), se definió como el mayor determinante de riesgo de un embarazo precoz, el estado ocioso de las niñas, ya sea que no estudiaran o que tuvieran demasiado tiempo libre. Tenían 41,67 veces más riesgo de salir embarazadas, que las que estaban ocupadas, por lo que una intervención que produzca como resultado la disminución del tiempo libre a través de diferentes estrategias, como promover el deporte, por ejemplo, que en este mismo estudio fue reconocido como un factor protector, será un resultado muy importante. También, si el modelo del concubinato es el modelo social, predominante, este ejerce alta probabilidad de riesgo, ya que esta variable, en ese mismo estudio, arrojó 4,6 veces más riesgo. En los aspectos ambientales, además de las diferencias por NBI el hecho de que una niña tenga menos de seis años de escolaridad, dio 7,95 veces más riesgo de embarazos, lo cual está muy asociado con estar ociosa. Este tipo de intervención, diferente al que hemos estado acostumbrados en Salud Pública, nos impulsa a establecer las políticas de salud sexual y reproductiva, no basadas solamente en las intervenciones sectoriales, sino que propicien la intervención intersectorial y no limitado a consultas de planificación familiar, programas de educación sexual, consultas de educación al adolescente y uso de anticonceptivos, sino que se hagan propuestas de un modelo de intervención integral, ya que la disminución del embarazo de adolescentes traerá como consecuencia indirecta una disminución de la mortalidad infantil, del bajo peso al nacer, de la tasa de abortos, de la mortalidad materna e incluso hasta de la falta de acceso al bienestar de las mujeres y de sus hijos en el futuro.

Para la estructuración de estos proyectos de intervención, la OPS viene promoviendo en Colombia el uso de la metodología y la elaboración de proyectos en Marco Lógico, en dónde se conciben diferentes niveles de objetivos, un objetivo fin, que puede definirse por una comu-

nidad como el acceso al bienestar de toda ella, un propósito para cada problema a ser intervenido, resultados esperados (líneas de acción) que contribuyen a la obtención del propósito y un plan de actividades para alcanzar cada resultado esperado. Los tres primeros niveles deben tener indicadores verificables y el último nivel debe referirse a los insumos y recursos que permitan el alcance de los resultados (32). Con este enfoque, en Venezuela obtuvimos un Banco de Proyectos y un convenio con el Fondo de Inversión Social y la OPS, ya que éste no tenía formulas para identificar las necesidades prioritarias de las comunidades y, con la Estrategia de Municipios Saludables, esto si se conseguía, por lo que se facilitó el vehiculizar sus recursos a los municipios para el establecimiento de auténticos planes de desarrollo municipal. Este tipo de estrategias en Colombia ha producido impactos de disminución de problemas de salud e incluso hasta de la violencia, como se puede observar en el Municipio de Versailles, en dónde se ha reducido de 15 y 22 muertos por violencia a menos de cinco en los últimos años (33). Esto sin haber realizado ningún plan específico contra la violencia, sino mediante el desarrollo de una auténtica democracia. En los municipios vecinos predomina la violencia como era antes de empezar la estrategia en Versailles, por lo que la consideramos como válida para conseguir la tan ansiada paz para el pueblo colombiano.

REFERENCIAS

- 1) UCV, OPS, MSAS (1993), Perfiles de Mortalidad según condiciones de vida: Experiencia en Venezuela, *Boletín Epidemiológico OPS* 14 (3): 11 - 14
- 2) BENGUA, J.M. (1992). *Sanare hace 50 años*. Ediciones CAVENDES, 3ª Edición, Caracas, 278 pp
- 3) MENDEZ CASTELLANO, H. (1992). Niños pobres venezolanos con 20 años de retraso biológico. *Diario El Nacional*, 17 de septiembre
- 4) MENDEZ CASTELLANO, H., de MENDEZ, Ma Cristina, (1994), Sociedad y Estratificación, FUNDACRESA, Caracas, 206 pp

- 5) DANE, MINISTERIO DE SALUD, OPS (1998), Condiciones de Vida y Salud en Colombia, Informe preliminar, 11 pp
- 6) ANSELMI, A. (1992) Comunicación personal
- 7) EVANS, R., BIDEGAIN, G., LOPEZ, D., UBILLA, G. (1987). *La mortalidad bajo el microscopio*, Caracas, 353 pp
- 8) LUDEWING, C., FINIZOLA, B., B. GIL M., RVERA, E., UGEL, E., ZEEMAN, P., (1994). *Propuesta para el Analisis de la Situación según Condiciones de Vida de la Población para el Apoyo a la gestión en niveles locales*. IV Reunión Científica Nacional de Epidemiología, San Cristóbal, Venezuela
- 9) *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud – Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*, Ottawa, Ontario, Canadá, noviembre 1986
- 10) *Promoción de la Salud y Equidad – Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción y Prevención*, Santafé de Bogotá, Colombia, noviembre 1992
- 11) MSAS, Dirección de Oncología (1991), *Epidemiología y la Prevención del Cáncer Uterino*, Inf. Mimeog. 9pp
- 12) MSAS (1992), *Políticas de Salud en Venezuela*, Ed. Gráficas, Chemar, Caracas, Venezuela
- 13) GUERRERO, R. (1998), *La Violencia como problema de Salud Pública en la Región de las Américas. El Caso Colombia in Memorias Prevención de la Violencia: una Oportunidad para los Medios*, OPS/OMS. Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asoc. Col. de Actores, Directores y Dramaturgos: 41-49 pp
- 14) MENDEZ CASTELLANO, H., PAEZ, J., (1998) Las circunstancias de Enfermarse y morir en Caracas. Estudio sobre mortalidad diferencial en el área metropolitana de Caracas. *Archivos venezolanos de Pericultura y Pediatría*, 61 (1): 16-26 pp
- 15) KUNST, A., MACKENBACH, J. (1994) *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*. WHO/EURO PD 416, Copenhagen, 115 pp
- 16) HESSELINK, J., SPRUIT, I., (1992) The contribution of Unemployment to Socio-Economic Health Differences. *Int. J. Of. Epi* 21 (2): 329-337
- 17) DEVER, A. (1990) *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*, OPS/OMS, 407 pp
- 18) VARGAS, J.E., SARMIENTO, A., (1997), *Descentralización de los Servicios de Educación y Salud en Colombia, documento mecanografiado*, 35 pp
- 19) MINISTERIO DE SALUD, (1998), *Dirección de Promoción y Prevención de la Salud, Informes varios*

- 20) SARACCI, R., (1978) Epidemiological Strategies and Environmental Factors., *Int. Journal of Epidemiology* 7 (2): 131-138
- 21) SUSSER, M. (1993) Health as Human Right: An Epidemiologist Perspective on the Public Health. *Am. J. Of Pub. H.* 83 (3) 418-426 pp
- 22) WHO/SHS/NHP (1989), *Health Systems Reorientation in Urban Areas to reach the Underserved Training Workshop, Zambia*, 71 pp
- 23) NAKAJIMA, H., (1991), *WHO Director General, Calls for new health paradigm*. Press Release, WHO/4, 3pp
- 24) OPS/OMS (Mayo 1992) *Municipios Saludables – Una Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud en el contexto local*, Washington, D.C., 16 pp
- 25) KADT, E., TASCA, R. (1993) *Promover la Equidad, un nuevo Enfoque desde el Sector Salud. OPS, serie Salud en el Desarrollo*, Washington, D.C., 102 pp
- 26) INSTITUTO DISTRITAL DE CULTURA Y TURISMO, Secretaria Distrital de Salud (1997), *Impacto de la restricción para venta y uso de pólvora de Santafé de Bogotá*, *El Obs. De Cult.Urb.* 1 (3) 1-8 pp
- 27) ACERO, H., MARTINEZ, H., SUAREZ, G.I., HERNANDEZ, W., (1996), *Prevención de lesiones de causas externas en Santafé de Bogotá*, diciembre *BOL. CRNV*:17:61-62
- 28) SEA-CDC/INS (1996) *Enterocolitis necrosante en el Hospital Simón Bolívar, Santafé de Bogotá D.C.* *Inf. Quincenal Epidemiológico Nacional* 2 (16): 237-240
- 29) COSTAGLIOLA, A., (1995) *Factores de riesgo del embarazo precoz en el Municipio Zamora del Estado Falcon, Venezuela*. Tesis de Grado para optar al título de especialista en epidemiología, UCV Caracas
- 30) MALAGA, H., PERDOMO, M., (1998) *Sistemas de Información Municipal*, *Bol.Epidem.Dist.Bogota* 3 (3) 4-8 pp
- 31) LALONDE, M., (1996) *El concepto de Campo de la Salud. Una perspectiva canadiense*. En *Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica 557*, OPS/OMS, Washington
- 32) OPS (1996) *Enfoque lógico para la gestión de proyectos en la OPS*. OPS 49 pp
- 33) MUNICIPIO DE VERSALLES, (1997) *Versalles: Municipio Saludable por la Paz, un modelo de participación, sana convivencia y justicia social*. Inf. Mimeogr.