



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Villasana López, Pedro Enrique
La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 33, núm. 4, octubre-diciembre, 2007
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433413>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rev Cubana Salud Pública v.33 n.4 Ciudad de La Habana oct.-dic. 2007

Universidad de Carabobo. Venezuela

La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica

Pedro Enrique Villasana López¹

De la Condición Humana

*Cuéstale al rico entrar al cielo
(Afirma el pueblo y no erra)
Sin embargo le es mucho más difícil
Al pobre vivir en la tierra...*

Mario Quintana, 1986.

RESUMEN

Se intenta una aproximación crítico–hermenéutica a algunas de las diferentes manifestaciones de la *relación* entre la Investigación en Salud Pública y algunos de los escenarios contextuales histórico–políticos en que se ha desarrollado en el período que se toma en consideración. Se intenta una caracterización del fenómeno y, a partir de esta, identificar posibles fundamentos epistemológicos para dicha relación que permita colaborar en su comprensión. La relación Investigación–Contexto muestra ciertas regularidades y correspondencias que ayudan a explicar el énfasis puesto en diferentes “momentos históricos” en “determinados” problemas de salud pública. La denominación como “problema de salud pública” va desnudando el “fondo epistemológico” en el cual dicha denominación se hace posible. El sistema de determinantes en el cual un problema de salud pública se constituye y emerge como tal, puede ser visualizado e identificado en los diferentes momentos considerados. La transición epidemiológica descrita en los años 70 y los 80, parece cruzarse con una insinuante transición epistemológica cuya cristalización va acelerándose durante el período. Esto permite al mismo tiempo, establecer las condiciones de posibilidad o imposibilidad según el caso para la realización de *determinados tipos de investigación sobre determinadas problemáticas*. Los diversos fondos epistemológicos van delineándose y, revelando estrechas relaciones con la posibilidad/imposibilidad para el ejercicio de la soberanía, no sólo en el campo de la investigación en Salud Pública, sino sobre todo en la formulación de las Políticas Nacionales de Salud y la construcción del Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela que se bace en el estudio y comprensión sistemática de la realidad del país.

Palabras clave: Investigación en salud pública, transición epidemiológica, transición epistemológica.

INTRODUCCIÓN

Desde La década de los años 70 y durante toda la de los 80 del siglo XX, se vivió en Venezuela un proceso de reproducción de una tendencia que venía marcándose en los llamados países centrales o del primer mundo. Dicho proceso fue caracterizado como la *transición epidemiológica*, entendida como el reflejo en las estadísticas de morbilidad y mortalidad de modificaciones fundamentales en las formas de enfermar y morir de las poblaciones, según algunos autores debida a cambios en la distribución demográfica (urbanización por ruralismo) y también en los estilos y calidad de vida. El paso del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias propias de las poblaciones rurales o atrasadas (según esa caracterización), a las enfermedades crónico-degenerativas propias de las poblaciones altamente urbanizadas o modernizadas es descrito profusamente, presentado como una tendencia inexorable a nivel mundial, y asumido disciplinadamente por los analistas de la situación de salud en el país.

Sin embargo el desengaño se produce rápidamente, al revelar los registros epidemiológicos que dicha transición parecía no cristalizar de acuerdo a lo descrito. En Venezuela, si bien se produce un aumento progresivo y considerable de las enfermedades propias del urbanismo, es evidente también un repunte muy importante de las enfermedades del atraso; la transición epidemiológica cobra características *sui-generis* que contradicen las predicciones y descripciones de los organismos internacionales.

La investigación en salud pública, y las políticas de salud muestran comportamientos erráticos y aparentemente divorciados de la realidad epidemiológica del país. Los resultados así lo muestran, y el sistema de salud y las políticas de Estado parecen no acompañar ni responder a estas realidades, por lo que reproducen tendencias prevalentes a nivel internacional.

Por otra parte, la investigación en salud se mueve en un campo en el cual los modelos científicistas universalmente aceptados parecen entrar en crisis, o por lo menos a ser cuestionados en su validez y legitimidad. La comprensión de la realidad sanitaria en Venezuela por el enfoque positivista-mecanicista comienza a mostrar signos de insuficiencia explicativa. Venezuela no parece ajustarse a la receta que predice la transición epidemiológica basándose en un enfoque positivista de la realidad y, emergen progresivamente actores y propuestas que propugnan abordajes alternativos que van incorporando desde lo cualitativo hasta lo complejo como formas de entender e intervenir la situación de salud.

Se estaría en presencia de lo que se va configurando como una *transición epistemológica*, y que hace incuestionable un conjunto de contradicciones que van a impactar tanto a la investigación en salud, como a las políticas y estrategias que pudieran derivarse de ella. La presencia de investigaciones desde enfoques alternativos al positivismo-mecanicista ha ido creciendo progresivamente en diferentes espacios y niveles conquistando legitimidad e impactando, aunque de manera todavía muy tímida, el análisis, formulación e implantación de políticas de salud. Según *Silva*, "...el examen crítico de los paradigmas en el campo de la salud pública permite cuestionar los

fundamentos de sus prácticas sociales, así como la poca eficacia de sus intervenciones.”¹

El llamado es a la realización de “una crítica teórica permanente de los diversos movimientos ideológicos que han atravesado el campo social de la salud y la reflexión epistemológica sobre los fundamentos científicos que sustentan actualmente las distintas disciplinas que lo integran”. *Silva* recurre a la noción de *transición paradigmática*, propuesta por *Santos* en 1997 para intentar describir las tareas pendientes en este campo.¹

Venezuela, como muchos otros países, está inmersa en complejos procesos de *definición epistemológica* en el campo de la investigación. *Las transiciones epidemiológica y epistemológica* conviven y se relacionan cada vez con mayor complejidad. En este sentido resultan pertinentes los esfuerzos de interpretación y comprensión de los diversos y dinámicos contextos histórico-políticos en que estos procesos emergen, lo cual podría permitir un ejercicio más pleno de soberanía e independencia en el campo de la investigación en salud.

ALGUNOS ANTECEDENTES

El “sistema democrático”, del cual *Páez* se llamaba suscriptor ya en 1830, y que fue “amparado” por la Constitución de 1864 consagrando el ejercicio de derechos políticos por parte de los ciudadanos,² habiendo transitado en la clandestinidad los oscuros tiempos de *Gómez*, e intentado florecer durante las presidencias de *López*, *Medina*, y *el Trienio Adeco*; luego de un período de mantenimiento de 10 años en el gobierno militar de *Pérez Jiménez*, es “asumido” y reinterpretado en Venezuela, de acuerdo a sus conveniencias, por los suscriptores del Pacto de Punto Fijo (se hace referencia al llamado Pacto de Punto Fijo, suscrito por representantes de los partidos Acción Democrática, COPEI y Unión Republicana Democrática luego del derrocamiento de la dictadura de *Pérez Jiménez* en 1958, y que recibe el nombre de la residencia de *Rafael Caldera* -Quinta Punto Fijo-, en la cual fue firmado).

La cristalización de este proceso en términos legislativos pareciera ser la Constitución Nacional promulgada el 23 de enero de 1961 en la cual se consagra por primera vez, aunque con ciertas limitaciones, el derecho a la salud por parte de la población y el papel del Estado en esta materia.

Para ese momento, ya la atención a la salud se había constituido en una responsabilidad del Estado, desde 1936, año en el cual se separan las funciones de sanidad pública de las de agricultura y cría, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) era el responsable. Y es en su seno en donde mayoritariamente se desarrollan las actividades de investigación en salud pública durante este período de consolidación institucional.

El MSAS se comporta literalmente como una “dependencia” de los gobiernos de turno, los cuales a su vez parecen responder con sus acciones a las orientaciones de políticas predominantes en cada momento. En ese sentido, el afán modernizador de los gobiernos de *López Contreras* y *Medina*, así como el importante impulso dado a la lucha contra las endemias rurales durante la dictadura de *Pérez Jiménez* parecieron responder, tanto como en otras regiones del mundo, a las directrices impuestas por las transnacionales petroleras que exigían el saneamiento ambiental como condición para la realización de

su trabajo en los países que eran afectados por dichas endemias. Debe destacarse que a finales del período *gomecista*, de una población estimada en tres millones de habitantes, anualmente se registraba cerca de un millón de casos de paludismo, y por diversos medios se reclamaba por la necesidad de “un hombre sano como condición para el desarrollo.”³

El Dr. *Julio García Álvarez*, en su prólogo del libro del Dr. *Germán Vegas* “La Higiene y el Derecho en Venezuela” editado en 1942,⁴ ya para el momento señalaba: “... si en algunos Reglamentos se ha observado el teoricismo y la inadaptabilidad, culpa es del hábito tan arraigado de copiar leyes de países disímiles, sin pensar en nuestras costumbres y extensión territorial, motivo por el cual muchas de las disposiciones sanitarias sólo son aplicables en Caracas”. Esto revela la actitud crítica de algunos actores de ese momento ante la falta de correspondencia entre las políticas de salud, la legislación y una realidad sanitaria nacional con características propias. Esto se daba en un contexto en el cual, ni la Ley de Ministerios, ni la de Sanidad Nacional vigentes para la fecha, asignaban responsabilidades al MSAS, de reciente creación, en el área de la investigación en salud.

En las siguientes dos décadas, el desarrollismo propugnado por los organismos internacionales, se comporta como paradigma hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de salud para muchos países de la esfera occidental en el marco de la Guerra Fría. Para 1961, en sintonía con la Alianza para el Progreso, y respondiendo a las exigencias operativas de las transnacionales petroleras en el campo venezolano, la campaña antimalárica comandada por *Arnoldo Gabaldón*, y el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de chagas, van a concentrar los esfuerzos operativos y de investigación.

En relación con el Programa de Erradicación de la Malaria “...el IX Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en 1961, presenta datos de los que se desprende que el área de malaria erradicada en Venezuela para 1960 (el 70 % del territorio), es más del triple del área de malaria erradicada del resto de los países de América Latina.”⁵

Venezuela se coloca a la vanguardia, y deviene en referencia académica internacional, aportando desde la “Escuela Internacional de Malariología” numerosos técnicos que se van a incorporar a la lucha contra este flagelo en todo el mundo. En contraste con lo ocurrido en décadas anteriores, el Estado a través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social asume grandes responsabilidades en la investigación en salud pública como base para los diferentes programas de combate a las endemias rurales que desarrolla.

Además la nación se pone a tono con lo que en diciembre de 1961 la Asamblea General de las Naciones Unidas ha designado como “El Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo” (Resolución 1710). A comienzos del año 1962 cerca de 65 países a nivel mundial están ejecutando o iniciando programas destinados a lograr el Desarrollo de la Comunidad.⁶

En relación con la justificación de las políticas de salud del Estado venezolano y su correspondencia con lo que se hacía para el momento a nivel internacional, el Dr. *Arnoldo Gabaldón* en la memoria y cuenta correspondiente a 1961 señalaba que en Punta del Este (reunión de carácter regional en la cual había participado Venezuela),

“...se reconoció que la salud no es solamente deseable por sí misma, como un fin, sino que es también un medio indispensable para el logro de los planes de crecimiento económico y progreso general de la población”.⁵ Parece querer destacar aquí el grado de sintonía en que se encuentra Venezuela respecto al *concierto* de las naciones en el marco de la llamada Alianza para el Progreso que se encontraba en marcha.

La actividad de las transnacionales petroleras marcaba la pauta. Una clara evidencia de esto lo constituye el hecho de que los programas de control de malaria, fiebre amarilla y peste estuvieron fuertemente apoyados técnica y financieramente por la Fundación Rockefeller, ente estrechamente vinculado a la EXXON (transnacional petrolera).⁷

Inscrito en esta tendencia, el Plan Decenal de Salud para las Américas producto de la III Reunión de Ministros de Salud (1970) indica: “Conseguir, iniciar y perfeccionar durante la década 70-80, procesos para definir y ejecutar políticas y estrategias de salud, incorporadas al desarrollo económico y social”.⁸ El desarrollismo marca la pauta, en tiempos en los cuales la investigación positivista y el paradigma de la “Historia Natural de la Enfermedad” dominan la escena, prevaleciendo la idea de que el abordaje mecanicista de los problemas de salud es garantía de éxito.¹

El instrumentalismo positivista parece ser el fondo epistemológico en el cual el desarrollismo despliega su orientación y sus acciones. La esperanza puesta en soluciones importadas y transplantadas se corresponde con la ilusión de reparar máquinas con la sustitución de piezas mecánicas, independientemente de que hayan o no sido diseñadas a partir de diagnósticos propios. El caso del Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de chagas, y del Programa de Erradicación de la Malaria, resultan patéticos a la luz de los contradictorios resultados que se evidenciaran más adelante en la historia de Venezuela, tal como lo señalaba *García Álvarez* ya en 1942.

En los albores de una situación de crisis del sistema capitalista a nivel mundial impulsada por la situación petrolera en el Medio Oriente, se pueden apreciar algunos reacomodos y movimientos estratégicos que tocarán a fondo el campo de la salud, donde los resultados del desarrollismo eran pírricos.

LA CRISIS DE LOS OCHENTA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD

Para 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata URSS entre sus consideraciones expresaba : “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la Población, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto motivo de preocupación común para todos los países.”⁹

Venezuela, contrariamente a lo que pudiera pensarse, y dadas sus condiciones económicas de bonanza petrolera, no escapaba a la caracterización de Alma-Ata.¹⁰ El reparto social de los beneficios en el marco de “La Gran Venezuela” de *Carlos Andrés Pérez*, (1973-1978), tuvo la “virtud” de profundizar las desigualdades sociales ya existentes en el país.

En el marco del Consenso de Washington de 1980, y en consonancia con las recomendaciones del grupo Trilateral (1978), los organismos multilaterales promovieron en la mayoría de los países latinoamericanos procesos de reforma de los

Estados y economías para promover el crecimiento económico y reducir la pobreza. Estas reformas se sustentaron en la liberalización de los mercados y el sector financiero, la reducción del tamaño y funciones del Estado mediante procesos de privatización de empresas públicas, y en la apertura del sector servicios a la racionalidad del mercado, incluyendo salud (Castellanos P. 2004. Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina, mimeo, p. 36).

La década de los ochenta del pasado siglo ha sido denominada por muchos analistas como “la década perdida de América Latina”, debido a la severa recesión que las economías de los países del área experimentaron en esos años. En Venezuela, a pesar del ingreso petrolero, se inicia una situación caracterizada por una economía en que la renta proveniente del petróleo parece ya no ser suficiente para responder a las necesidades de la población, entre otras la salud.¹¹⁻¹⁴

En lo relativo a los presupuestos del sector salud la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) destaca que “...el devenir del gasto público per capita en salud en Venezuela (a precios de 1968); en 1968 fue de Bs. 264.73, y para 1985 fue de Bs. 187.27 siendo la disminución de poco menos del 30 %”.⁸ Esto parece mostrar como los cambios ocurridos en la situación económica fueron acompañados por restricciones en los gastos sociales del Estado (entre otros la salud). “Así mismo disminuye la proporción del presupuesto nacional asignada al MSAS, la misma fue de 8,3 % en 1971, y para 1986 se encontraba en 5,2 %, la más baja de toda su historia hasta ese momento”.⁸ Estos datos son corroborados por el informe de la CONASSEPS, en el cual se muestra como la tendencia seguirá acentuándose hasta 1994, cuando el porcentaje se ubicaría en el 5,7 %, luego de haberse mantenido entre 7,7 y 7,8 % desde 1989 hasta 1993.¹⁵ Los presupuestos para la investigación en salud son arrastrados en este proceso y los resultados se van a reflejar indefectiblemente en las estadísticas de salud-enfermedad.

Los años ochenta del siglo XX fueron decisivos en el derrumbe del modelo rentista que había permitido financiar el acceso universal de la población a servicios como salud y educación. Al asumir Carlos Andrés Pérez su segunda presidencia, la situación económica se encontraba en franco deterioro. El gobierno propone un cambio profundo en la orientación de las políticas económicas del Estado venezolano, en lo que denomina “el gran viraje.”³

Esto ponía a Venezuela en sintonía con una nueva *tendencia*, que surge para dar respuestas a la crisis internacional en el plano económico.¹¹ El *monetarismo*, propugnado por los organismos financieros internacionales, Fondo Monetario Internacional (FMI), y Banco Mundial (BM)), exige la reinstauración del Mercado en lugar del Estado como principal regulador del juego económico y de toda la actividad social, incluida la salud. Esta tendencia, mejor conocida como *neoliberalismo* se hizo rápidamente prevalente a nivel mundial, y pasa a ser orientación fundamental e ineludible de las políticas de los gobiernos a partir de ese momento.¹⁶⁻¹⁸

DE LOS OCHENTA A LOS NOVENTA. INVESTIGACIÓN EN SALUD Y NEOLIBERALISMO

En el paso de los ochenta a los noventa en el sector de la salud, la variación negativa de los servicios prestados muestra que las consultas curativas disminuyeron en el 21,1 %, las consultas odontológicas en el 48,2 %, las inspecciones sanitarias en el 64,4 % y las de servicio social en el 61,1 %. La participación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en los gastos del sector público en salud, bajó de 47 % en 1983 a 41 % en 1990. El número de camas hospitalarias pasa de 2,74 por mil habitantes en 1985 a 2,61 por mil en 1992.¹⁹

Los años de 1985 a 1992 fueron de retorno a enfermedades que no se presentaban antes (cólera), o de nuevos brotes de dolencias ausentes por muchos años (dengue), y el repunte de algunas que se consideraban prácticamente erradicadas (malaria). El paludismo (malaria), registró 12 242 casos nuevos en 1984, 13 311 en 1985, cerca de 20 000 en 1988, y más de 24 000 en 1990. La División de Salud Oral del MSAS refiere una prevalencia de caries dental en la población escolar del 68 %, y en los grupos de mayores de 15 años, del 90 % durante los años 84 y 85.²⁰ “El porcentaje de niños con bajo peso al nacer aumentó del 12 % en 1988 al 16 % en 1990.” Venezuela parece encontrarse en una situación que los sanitarios llamarían de *retroceso epidemiológico*.¹⁹ En contraste con la transición epidemiológica prevista, aumentan las enfermedades modernas, y también las del atraso.

Por citar un caso, el Informe del Banco Mundial sobre la situación de salud de las Américas para 1992 reseña que : “...El gasto en los programas de lucha contra las endemias en la región bajó de US\$ 70,1 millones en 1985 a US\$ 68,3 millones en 1991; cuando el número de casos de malaria pasó de 8.400 en 1983, a 46.910 en 1990.²¹ Durante 1991 y 1992 las tasas de mortalidad en menores de cinco años se mantuvieron estables (25,1 y 25,2 por mil nacidos vivos respectivamente). En 1993 esa tasa sube a 28,9. Las razones que se dan son los efectos negativos de la recesión económica sobre las condiciones de vida.” Se destaca: “Según la OCEI el Índice General de Precios al Consumidor se incrementó, entre diciembre de 1992 y enero de 1993, en un 3,3 %, y el renglón que más aumentó fue el correspondiente a la salud, el cual presentó un incremento de 5,8 %...”²² La mano invisible del Mercado parece no ser un buen regulador de estas situaciones.

En un escenario en que el 43 % del presupuesto de la nación se consume en servicio y pago de la deuda externa, el gasto público va deprimiéndose progresivamente, sin que se vislumbre mejoría.²³ La eficiencia en el gasto público y la eficacia en el pago de la deuda externa aparecen asociados fuertemente en este período, en lo que es caracterizado como *la fórmula del Dr. Caldera*. El Programa Económico del gobierno del Presidente *Caldera* se concreta en la denominada “Agenda Venezuela.”²⁴

Se puede encontrar en las declaraciones y actuaciones del Gobierno la aceleración de una tendencia en la que los términos participación y privatización se van complementando cada vez más. En sintonía con lo planteado en el IX Plan de la Nación como propuesta para la transición,²⁵ el Ministro de Hacienda, Luis Raúl Matos Azocar declaraba : “Se profundizará la privatización (...) cambios estructurales en el sector público deben ser realizados por la vía de la desregulación y la privatización para

generar confianza en la inversión extranjera...”²⁶ La privatización en el área social funciona como extensión de un proceso que tiene origen en las áreas productivas.²⁷

La investigación en salud, y sobre todo la orientación y formación de los cuadros medios del sistema enfatiza en la *gerencia* como solución ante la crisis de los servicios. El descrédito de lo público a favor de lo privado es defendido (coincidiendo con la receta neoliberal) como la fórmula mágica. La investigación y desarrollo de *Nuevos Modelos de Gestión* domina el discurso y la acción. El instrumentalismo alcanza niveles históricos, se busca la eficiencia sin importar la eficacia o los resultados. Los años 90 marcan un hito en la historia de la salud pública en Venezuela, dado que, su condición de bien público no sólo es puesta en discusión y minimizada al extremo, sino que además la transmutación de la salud en mercancía negociable en el mercado pone en duda la vigencia y pertinencia del derecho a la salud y de lo público en general. El culto al individualismo en sus diferentes manifestaciones empuja a la sociedad venezolana hacia la posmodernidad, paradójicamente sin haberse desarrollado como sociedad moderna. La investigación en salud pública pierde sentido, es *impertinente* en un escenario en el que lo público va desapareciendo.

Las salidas parecen restringidas. La privatización es una práctica que se da en el sector con mayor regularidad, hasta ahora no como una política clara y expresa del Gobierno Nacional. “El discurso dominante del sector público es el de la gerencia como solución, el requisito es que esta debe ser de carácter privado.”²⁷ En los inicios del gobierno del Dr. *Caldera*, el Ministro de Sanidad, Dr. *Carlos Walter* declaraba que los hospitales deberán buscar otras fuentes de financiamiento que alivien la carga del Estado y a la vez garanticen un mejoramiento en la prestación de los servicios (...) El ex-ministro de sanidad, Dr. *Pulido*, apoyando las declaraciones del Dr. *Walter* señaló que el Estado no puede soportar por sí sólo los costos de salud (...) la comunidad debe ejercer un papel activo, sin que por ello se confunda con una semiprivatización...” La salida a los problemas de financiamiento del Estado son los nuevos modelos de gestión, guiados por la búsqueda de la eficiencia. La fórmula del Dr. *Caldera* es asumida con disciplina por las instancias de gobierno. La solución es buscada en los bolsillos de los pacientes.²²

Esto se refleja en el deterioro de los servicios de salud, el cual estaría vinculado a la disminución de las asignaciones presupuestarias: “...según la Oficina Central de Información (OCEI) el gasto per cápita era de 112 dólares por persona en 1992, para 1995 se situó en 50 dólares y para 1996 se estimaba en 33 dólares. Los países que prestan una atención adecuada a la salud, destinan entre el 5 y el 10 % de su Producto Interno Bruto (PIB) a tal fin, mientras que en Venezuela se destina actualmente alrededor del 2%...”²⁸

Se evidencia la orientación de los organismos financieros internacionales en lo relativo a las soluciones que deben ser implantadas en el sector. Así vemos como el BID, de acuerdo a informaciones de prensa expresa que “...prestará 70 millones de dólares para el sector salud (...) El banco estudiará con el gobierno venezolano los pasos necesarios para desarrollar las decisiones, e ir adelantando lo referente a la reforma del Sistema de Salud en Venezuela. El préstamo estaría condicionado a la aprobación de la reforma.”²⁹

Los organismos internacionales indican el camino de la reforma. La iniciativa de la OMS *La Salud Condición del Desarrollo Económico* establecida en 1991 y el Informe sobre el Desarrollo Mundial emitido por el Banco Mundial en 1993 titulado *Invertir en*

Salud, establecen las nuevas condiciones y revelan el monitoreo. En particular el Banco Mundial sostiene: “Los países que muestran buena disposición para mejorar el acceso de salud para los pobres y emprender reformas en el sistema de salud deben ser firmes candidatos a recibir ayuda en el marco de los Programas de Ajuste Estructural”.³⁰ Esto queda establecido como criterio de elegibilidad para los préstamos.

La investigación en salud pública no es una de las prioridades de la reforma, quedando limitada al desarrollo y ensayo de “nuevos modelos de gestión” que permitan hacer más eficiente, y sobre todo, disminuir el gasto público, que curiosamente es atendido como un grave problema de salud pública. Como resultado de esto, se constata la aparición de numerosas “fundaciones sin fines de lucro” en el sector salud, esto puede ser ilustrado con el caso del estado Aragua, donde son transferidas a la administración de fundaciones, instituciones y servicios como: Hospital Los Samanes, Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Maracay, y La Clínica de Prevención del Cáncer, entre otros. Esto no es un hecho aislado, sino que se repite con regularidad en varias regiones del país, y además *facilitado* por el ambiente efervescente de la descentralización como componente de la reforma.²⁴

Las propuestas promovidas a partir del Consenso de Washington por el FMI, el BM y la Reserva del Tesoro de USA, y la mayoría de los procesos de reforma, partían de atribuir al mercado la capacidad de solventar no sólo la producción y distribución de los bienes privados sino también los bienes públicos, debilitando considerablemente los Estados, produciendo radicales cambios de manera similar y homogénea. Mientras en 1980, el Índice de Reformas Económicas en América Latina era de 0,55, para el año 2000 era de 0,83. Es decir, el 8 % de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período (Castellanos P. 2004. Reflexiones sobre Políticas Públicas de Protección Social, Derechos Humanos y Participación Social en el Estado Democrático Contemporáneo en América Latina, mimeo, p 36.). La globalización estaba en marcha en detrimento del ejercicio de la soberanía de las naciones.

En 1997 y 1998 el gobierno venezolano adelanta la aprobación de las leyes que regularían la Seguridad Social, la Ley Marco o Ley Orgánica de Seguridad Social Integral y la Ley que Regula el Subsistema de Salud.³¹ Estas dos leyes, junto a la Nueva Ley Orgánica de Salud de 1997, van a formalizar la apertura del Mercado de la Salud a todos aquellos actores, públicos y privados, nacionales e internacionales, que deseen participar del mismo.²⁴

EL NUEVO SIGLO. LA CRISIS EPISTEMOLÓGICA

El país se debatía entre dos aguas, los años 90 habían representado el quiebre definitivo de la democracia de partidos establecida a partir del pacto de Punto Fijo. Las heridas abiertas en 1989 con el Caracazo, y reavivadas en 1992 con los dos intentos de golpe de estado, no parecían haber respondido al *tratamiento de sostén* intentado con la fórmula del Dr. *Caldera*. La Unidad Nacional se hunde en la crisis, las contradicciones de la transición y la reforma se hacen más evidentes. Diferentes sectores sociales van tomando partido y posiciones bien diferenciadas sobre el proyecto de país que defienden.

Entre 1998 y 1999 parece estar decidiéndose el rumbo que la sociedad en su conjunto ha de seguir. Es así como con la llegada de *Hugo Chávez* a la presidencia, el proceso

Constituyente y la aprobación en referéndum de la nueva Constitución de 1999, las contradicciones se hacen cada vez más evidentes. Un paradigma alternativo emerge con fuerza, y se muestra con claridad en la nueva Constitución:

- Artículo 83
“La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.”
- Artículo 84
“Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad ... Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados.”³²

La Constitución reconoce a la salud como derecho social fundamental. Al mismo tiempo señala la obligación del Estado de garantizarla como parte del derecho a la vida, y su responsabilidad en la promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.³³ Dejando claro que *toda persona* tiene derecho a la protección de la salud (tenga recursos o no para proveérsela por sí mismo), a diferencia de la Constitución de 1961 que limitaba la obligación del Estado a *aquellos que carezcan de ellos* (los recursos para proveérsela).

El contraste entre individualismo, competencia, libertad de mercado, minimización del Estado, privatización y, gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, va a dominar la escena nacional en sus diferentes ámbitos desde ese momento y hasta el presente. Los conflictos interparadigmáticos que subyacían los procesos sociales por largo tiempo, no sólo afloran, sino que polarizan y enfrentan a los diferentes actores sociales.

En este punto vale preguntarse: ¿acaso estamos verdaderamente en presencia de una crisis epistemológica?, y además, ¿cuál es el paradigma que pareciera estar pujando por emerger a principios de este siglo XXI? Así mismo, ¿cuál es la investigación en salud pública que es posible en el seno de esta crisis o transición epistemológica?

ALGUNAS DE LAS NUEVAS CONDICIONES DE POSIBILIDAD PARA LA INVESTIGACIÓN Y LA PRÁCTICA EN SALUD PÚBLICA

Durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XX sobre todo, pudiera tenerse la impresión de que la investigación positivista, basada y autolegitimada en el método científico y la objetividad, habría tenido un dominio absoluto y excluyente en la investigación en salud. Craso error. Evidencias empíricas poco publicitadas y, mucho menos aceptadas, revelan todo un movimiento de cuestionamiento y crítica expresado en innumerables investigaciones fundadas en paradigmas alternativos. El movimiento de la Medicina Social, por cierto no exclusivo de América Latina, trabaja a contracorriente de las tendencias hegemónicas.

Importantes grupos de investigación en Brasil, Ecuador, México, Argentina y Venezuela, por nombrar algunos, se esfuerzan no sólo en demostrar las insuficiencias explicativas del positivismo hegemónico, sino además en la generación de propuestas

alternativas que van dando forma a enfoques epistemológicamente muy diferentes de lo oficialmente aceptado y practicado.^{34,35} Pero hay que reconocerlo, el impacto de sus investigaciones y propuestas en la formulación de las políticas nacionales de salud es mínimo. La hegemonía, primero del desarrollismo, y más tarde del neoliberalismo, permiten estas *expresiones subversivas* con cierta condescendencia, seguros de que no representan ninguna amenaza para los intereses que prevalecen y orientan el concierto de las naciones. Vale preguntarse: ¿cuáles son esos intereses e instancias de poder que parecieran gobernar el pensamiento y la acción en salud?

La práctica de la investigación científica en salud pública goza de legalidad y legitimidad en un mundo globalizado. Es prevalente y además, tiene carácter “oficial” en la mayoría de los países del mundo, en estos términos la comparación con las propuestas y enfoques alternativos de investigación resulta evidentemente asimétrica.

Sin embargo, el motivo de la discusión que se visualiza, parece estar más allá de la extensión, legalidad o del carácter oficial que una u otra práctica pudiesen tener. Se cree también que a pesar de sus implicaciones, no es el problema del método de aproximación lo que requiere definiciones urgentes para comprender el fenómeno que se ha llamado *transición epistemológica*. El meollo del asunto parece encontrarse en la discusión, no de los medios para conseguir “algo”, en este caso la salud, sino de los fines mismos que se estarían persiguiendo a través de uno u otro paradigma. En este sentido vale preguntarse:

¿Cuál es la razón de ser de la investigación en salud en uno y otro paradigma?

La atención a la salud y las políticas que la orientan, se ven cada vez más influidas por la industria y los intereses económicos de las grandes empresas. Se tiende a la visión fragmentada y a la especialización, no se toma en cuenta la prevención; se enfatiza en la alta tecnología, en el diagnóstico preciso, tratamiento intervencionista y la hospitalización, se abusa de los medicamentos, todo esto incrementa en forma alarmante los costos, y por supuesto las ganancias y rentabilidad de este “negocio.”

¿Cuál es la preocupación fundamental?, ¿Cuál es el fin que se persigue?, esta posición se revela como una entelequia de fines nebulosos. El modelo mecanicista parece estar tributando a intereses comerciales que para nada toman al ser humano y su salud como referencia.

Este modelo pareciera no estar actuando de manera autónoma, la industria química farmacéutica, biotecnológica, y en general todo el sector industrial-comercial que hace vida en el campo de la salud, se revela con un papel muy activo, dictando pautas y señalando el camino, en el cual los defensores visibles del modelo biomédico (médicos y otros trabajadores del sector), aparecen como meros ejecutores de una estrategia que posiblemente esté más interesada en sus ganancias que en la salud y la felicidad del ser humano.

Ineida Machado se pregunta: “¿Qué podemos hacer por el hombre excluido en un cosmos tecnocientífico excluyente?, ¿Qué podemos hacer por el hombre excluido de hoy para garantizar su sana vida y su digna muerte en el mañana?.” A este respecto señala: “...necesariamente, el punto de partida para abordar este interrogatorio/reflexión, es la negación acerca de la inocencia o pureza de la ciencia. Por muy aparentemente

teórica que sea, es esencialmente, una actividad que implica transformación del mundo, su praxis niega toda neutralidad posible y muy por el contrario es éticamente problemática. Esto implica, lógicamente, que las cuestiones éticas no pueden separarse de ningún proyecto que involucre el saber, pues todo proyecto del saber es hacer y poder.”³⁶

Las preguntas de *Machado*, desde una honesta y apasionada preocupación ética, revalorizan la pregunta ética y moral. El poder del saber y el ejercicio de la hegemonía excluyente ante la cual se está, obliga a mirar más allá de la ciencia y sus métodos si se quiere identificar los verdaderos actores de esta situación. El poder se revela como la razón de ser de la ciencia, y es por ello que en el mundo posmoderno del “vale todo”, es capaz de sacrificarla como peón si ello favorece sus fines. Esta pregunta que se ha estado haciendo ingenuamente a la ciencia, se debe reorientar hacia su verdadero destinatario, *el Titiritero, el Poder*.

Por ejemplo, resulta difícil negar la determinación social de la salud, pero cuando se analizan los impactos negativos de los modelos económicos que producen políticas públicas no saludables, es frecuente que aparezca el argumento de que la salud pública deba limitarse a sus propios fundamentos científicos, entendidos estos como los provistos por las ciencias biológicas e instrumentales (epidemiología, estadística) y no inmiscuirse en la política y la economía. El riesgo de esto es que sirva de justificación a la falta de acción social bajo el disfraz de un científicismo biomédico supuestamente neutral que, al fin y al cabo, está motivado ideológicamente.³⁷

Este es el camino que se está transitando en buena parte del mundo, a pesar de, o con la “bendición” oficial. Las ciencias médicas tendrán que ir mas allá de su visión parcial de la salud y la enfermedad. Esto no significa que deban ser menos científicas, por el contrario, se necesitará un concepto de salud mucho más amplio que incluya sus dimensiones individuales, sociales y ecológicas (Martínez M. 2000. El paradigma emergente. Ed. Trillas). En este sentido algunos organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), imparten algunas orientaciones para la Salud Pública.

Entre las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) definidas en 1998 por la OPS, se destaca como No. 10 “La Investigación en Salud Pública”, la cual es definida así:

- La investigación rigurosa dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles.
- La ejecución y el desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública, cuyo impacto pueda ser medido y evaluado.
- El establecimiento de alianzas con los centros de investigación e instituciones académicas, de dentro y de fuera del sector salud, con el fin de realizar estudios oportunos que apoyen la adopción de decisiones.³⁷

Leer con cierto detenimiento estas orientaciones lleva en un primer momento a reconocerlas como de carácter genérico y relativo. Dado que, tanto “aumentar el conocimiento que apoye la adopción de decisiones en sus diferentes niveles”, como, “la ejecución y el desarrollo de soluciones innovadoras en materia de salud pública” y sobre todo, “cuyo impacto pueda ser medido y evaluado”, dejan al criterio de los diseñadores

de las políticas la decisión sobre ¿qué es un problema de salud pública?, ¿qué se considera un conocimiento relevante? y, ¿qué es una solución innovadora?. Pero además, establecen como premisa la posibilidad de medición y evaluación del impacto, es decir, establecen un sesgo cientificista previo que limita las posibilidades de la investigación a lo que pueda ser evaluado y medido. El contenido ideológico es evidente, y resulta contradictorio ante las reflexiones hechas en la misma publicación de OPS donde se señala: “el riesgo de que sirva de justificación a la falta de acción social bajo el disfraz de un cientificismo biomédico supuestamente neutral que, al fin y al cabo, está motivado ideológicamente.”³⁷

La discusión se hace compleja al extremo, pues en el marco de la transición epistemológica, en Venezuela, se podría esperar variaciones importantes en las formas de definición y aproximación a los problemas de salud pública. Esto no parece haber cristalizado en la práctica más allá de las elaboraciones teóricas, por lo menos no en la dimensión que cabría esperar a la luz del ritmo de las transformaciones que ocurren en otros sectores de la vida nacional. Si bien resultan innegables los cambios y avances en el sistema de salud en el marco del paradigma de la solidaridad emergente, no podría decirse y demostrarse que la investigación en salud pública halla acompañado dichos avances, a pesar de contar con un escenario político favorable.

El rezago de la investigación respecto al ritmo de los acontecimientos resulta evidente, si se examina en términos de la eficiencia que caracteriza a los cambios ocurridos bajo el influjo del paradigma emergente. En Venezuela ha sido necesaria la construcción de una institucionalidad paralela en salud (Barrio Adentro), ante la incapacidad de autotransformarse el Sistema de Salud Oficial. Esto parece mostrar aspectos muy importantes que son indiferentes y resistentes a la transición. Pero es que además vale la pena preguntar si es que el desarrollo de Barrio Adentro no resulta en una profundización del modelo biomédico más allá de los avances que representa en términos del rescate y revalorización de los diferentes niveles de atención y del Sistema Público Nacional de Salud como un todo.

Resulta inquietante verificar la inercia de buena parte del sector académico enclaustrado en ghettos universitarios, que parece ser víctima de un *síndrome de disociación*. Estos ilustres investigadores parecen no sólo no percibir los cambios que están ocurriendo en el país, sino además persistir en mantener su actividad de investigación fuera de esa realidad. Esto deja a la transición peligrosamente desprovista de recursos con gran capacidad técnica, que facilitarían en buena medida la potenciación de los logros que los cambios en marcha pueden producir.

La complejidad del escenario planteado para el desarrollo de la Investigación en Salud Pública en el marco de la Transición Epistemológica, plantea innumerables retos, algunos de los cuales, y a manera de conclusiones preliminares de esta reflexión, se plantea a continuación.

ALGUNOS RETOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA EN EL MARCO DE LA TRANSICIÓN EPISTEMOLÓGICA

- Reconocer su condición de campo disciplinar determinado por el contexto político- social-económico, y adoptando una posición de crítica constructiva, ponerse a tono con la realidad sanitaria y con los cambios que están ocurriendo

en el Sistema de Salud en Venezuela empujados por las necesidades de la población, y cabalgando en el Paradigma de la Solidaridad emergente.

- Propiciar el encuentro y reconciliación de los actores-investigadores de diversos campos institucionales, universidades y Ministerio de Salud, en función de discutir e impulsar objetivos comunes. Objetivos que trasciendan los logros institucionales y personales hacia la construcción de una sociedad más justa con el concurso de los diversos sectores de la vida nacional llamados a ello.
- Avanzar en la construcción de propuestas que permitan la asimilación y superación del modelo biomédico mecanicista de invalorable aportes, hacia la construcción de un equilibrado modelo humanista que ponga al ser humano en el centro de sus intenciones y acciones. Esto podría contribuir a la pertinencia y pertenencia de la investigación.
- Recuperar la relación de correspondencia y sintonía entre Investigación y Políticas de Salud mediante la conformación de instancias transinstitucionales, capaces de interpretar y modificar la realidad sanitaria privilegiando los intereses colectivos y nacionales en el marco de la legislación vigente. Y de ser necesario, producir la legislación que sea necesaria para lograr este objetivo.
- Por último, resulta indispensable que los diferentes actores reconozcan la dimensión política que la Investigación en Salud Pública ha tenido y tiene. Por lo tanto la democratización de la Investigación, el empoderamiento de ella por parte de actores históricamente excluidos de su campo de acción, la desmitificación del conocimiento y la apertura a la participación de los ciudadanos en la producción y los beneficios del saber, parecen pasos lógicos para dar vida a la Democracia Participativa y Protagónica que propone la Constitución de 1999.

Summary

Public health research. Going from epidemiological transition to epistemological transition

A critical-hermeneutic approach to some of the several manifestations of the relationship between public health research in Venezuela and the contextual historical-political scenarios where it is made was presented in this article. It was attempted to characterize the phenomenon and identify the possible epistemological fundamentals for such a relationship. Research/context relationship shows certain regularities and equivalences that assist in explaining the emphasis at different “historical times” on “specific” healthcare problems. The designation as a “healthcare problem” progressively discloses the “epistemological background” in which such designation is possible. The system of determinants where a public health problem emerges as such can be viewed and identified at the different considered times. The epidemiological transition described in the 70`s and the 80`s of the 20th century seems to meet with a suggestive epistemological transition that takes place in an accelerated way during this period. At the same time, the above-mentioned allows setting the conditions for making particular types of research on certain problems possible or impossible. Then, various epistemological backgrounds begin to be delineated, thus showing close relationships with possibility or impossibility for sovereign practice not only in public health research but also in formulating national health policies and building the National Public Health System of Venezuela on the basis of the systematic study and understanding of the realities of the country.

Key words: Epidemiological transition; epistemological transition; public health research.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva J. Transición paradigmática y desarrollo curricular. En: OPS, editor. Educación en Salud Pública. Nuevas Perspectivas para las Américas. Washintong, D.C.: OPS;2001.p.90.
2. Documentos que hicieron historia. Vida Republicana de Venezuela 1810- 1989. T1. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República;1990.p. 364.
3. Villasana P. Estudio sistémico interpretativo del devenir histórico de la participación comunitaria en Venezuela [tesis]. Universidad de los Andes, Mérida: Facultad de Ingeniería, Escuela de Ingeniería de Sistemas;1998.
4. Vega G. La Higiene y el Derecho en Venezuela. Caracas: Editorial Élite;1942.
5. Gabaldón A. Una Política Sanitaria. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social;1965.
6. Ander-Egg E. Problemática del desarrollo de la comunidad a través de los documentos de las Naciones Unidas. Caracas: Fondo Editorial Común;1970.
7. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección General. Políticas para transformar el Sector Salud. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; 1961.
8. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). Una política social para la afirmación de la democracia. V8. Caracas: Editorial Arte;1989.
9. OMS/OPS. Declaración de Alma-Ata. Revista SILOS No. 5. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS;1978.
10. Alarid H. Los sistemas locales de salud. Revista SILOS No. 4. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS;1990.
11. Cova C. Realidad social de Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 6. Caracas: Publicaciones del Centro Gumilla;1996.
12. González L. La Política social en Venezuela. Curso de Formación Sociopolítica No. 35. Caracas: Publicaciones del Centro Gumilla;1996.
13. Torres Gotilla J. 1990. Experiencias de las organizaciones populares de los Países Andinos en la lucha por la salud. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación. Caracas: UNICEF;1990.

14. Belmartino S. Estado y políticas de salud, opciones y perspectivas. Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela;1991.
15. Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS). Seguimiento de la ejecución física de los programas sociales compensatorios. Caracas: CONASSEPS;1994.
16. Molina C. 1994. La participación comunitaria en el contexto del ajuste económico. Cuadernos de Postgrado, No. 6 (Salud y Sociedad). Caracas: Fondo Editorial Tropykos;1994.
17. Carquéz F. 1990. La situación de salud y el proyecto privatizador en Venezuela. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Nacional de Centrales Sindicales y Organizaciones Populares por la Salud y la Participación. Caracas: UNICEF;1990.
18. Sáenz O. Impacto de la crisis económica y las políticas neoliberales sobre la salud colectiva en América Latina. Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela;1991.
19. OMS. 1992. Estadísticas de Salud de las Américas. Publicaciones Científicas de la OMS. No. 537 y 542. Washington, D.C: OMS;1991-1992.
20. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE). La descentralización. Una oportunidad para la democracia. V4. Caracas: Editorial Arte;1989.
21. World Bank. Venezuela health sector review. V2. Washington, D.C.: World Bank 1992.
22. Maingon T. La relación salud, nutrición y ambiente en el marco de las políticas de ajuste estructural. 1989-1994. Cuadernos del CENDES No. 28, año 12, segunda época. Caracas: Publicaciones del CENDES;1995.
23. Pulido de Briceño M. Balance social: paradojas y contradicciones. Revista SIC, año LX, No. 591, Enero-Febrero 1997. Caracas: Publicaciones del Centro Gumilla. 1997.
24. Villasana P. La descentralización de los servicios de atención a la salud en Venezuela. Una aproximación crítica a las contradicciones a la luz de la nueva ley de salud. Revista Comunidad y Salud. 2005;3(2).
25. Giordani J. El IX plan de la nación. ¿Propuesta para una transición ? Cuadernos del CENDES No. 28, año 12, segunda época. Caracas: Publicaciones del CENDES; 1995.
26. Diario "El Universal". Edición del día 26 de enero de 1997. Caracas.
27. Torres C. Procesos de privatización en los servicios de salud en la América Latina. Memorias del V Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela;1991.
28. Diario "El Aragueño". Edición del día 07 de Febrero de 1997. Maracay.

29. Diario "El Universal". Edición del día 30 de Enero de 1997. Caracas.
30. Rodríguez García R, Goldman A. La conexión salud-desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washington,D.C.: OPS;1996.
31. Gaceta Oficial de la República de Venezuela. No 36.568, de fecha 27 de Octubre de 1998. Caracas: Imprenta Nacional;1998.
32. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Imprenta Nacional;1999.
33. González M. 2001. Reformas del Sistema de Salud en Venezuela (1987-1999): balance y perspectivas. Caracas: CEPAL, ONU;2001.
34. Breilh J, Granda E. Deterioro de la vida. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Quito: Corporación Editora Nacional;1990.
35. OPS. Epidemiología de la desigualdad. Washington,D.C.: OPS;1992.
36. Machado I. Bioética y Biopolítica: Una complementareidad filosófica necesaria en el derecho a la no exclusión. Cuadernos de Filosofía, Política, Ética y Pensamiento Latinoamericano. Universidad de los Andes. 1999; Año 1(2).
37. OPS. La Salud Pública en las Américas. Washington,D.C.: OPS;2002.

Recibido: 6 de julio de 2007. Aprobado: 14 de julio de 2007.

Pedro Enrique Villasana López. Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud. Núcleo Aragua.

Universidad de Carabobo. Venezuela.

e-mail: pedrovillasana@hotmail.com

1Profesor.

© 2008 1999, Editorial Ciencias Médicas

**Calle 23 # 177 entre N y O (Edificio Soto), Piso 2
Vedado, Plaza, Ciudad de La Habana, Código postal 10400
Cuba**



ecimed@infomed.sld.cu