

Determinantes de la salud de la población e ideas para la promoción de cooperativas de salud en Venezuela

Benito Díaz

Profesor del Centro de Investigaciones para el Desarrollo Integral Sustentable (CIDIS), de la Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.
Correo electrónico: beno17@cantv.net

RESUMEN: En este artículo se presenta una reflexión sobre el problema de cómo se define a la salud y las consecuencias que tales definiciones tienen en relación con las acciones que asumen las personas y las instituciones públicas y las privadas. Se considera que las organizaciones de economía social, especialmente las cooperativas de salud, deben asumir esta problemática para atender mejor las necesidades de sus asociados y familiares. Se afirma que hay importantes diferencias en la situación de salud entre países, regiones y grupos sociales y se señalan los factores determinantes de la salud en las poblaciones, entre los cuales destaca la pobreza. En ese contexto se destaca el potencial de oportunidades para las comunidades organizadas, las cuales pueden participar promoviendo cooperativas de salud. Para que éstas puedan desempeñarse con eficiencia atendiendo necesidades de su población objetivo, se hacen recomendaciones, una de las cuales es la participación en los Consejos Locales de Planificación. Estas reflexiones se sitúan en el marco general de las correspondientes definiciones de la Constitución Nacional (1999) y del Modelo de Atención Integral de Salud que promueve el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Palabras claves: cooperativa de salud, participación comunitaria, cooperativa sanitaria, salud pública, Venezuela

Introducción

En este trabajo¹ se presentan reflexiones sobre la compleja problemática de las relaciones entre la salud y la enfermedad y sus definiciones; los factores determinantes de la salud en poblaciones. Se considera que las comunidades y las organizaciones cuya misión institucional se debe concentrar en el cuidado de la salud colectiva, deben incorporar este tipo de reflexiones en su planificación. Entre tales organizaciones prestatarias de servicios para el cuidado de la salud se encuentran los ministerios de salud, las cooperativas y otras organizaciones dentro del sector salud. Luego se señalan ideas sobre posibles espacios de actuación de las cooperativas de salud y otras instituciones afines dentro de posibles escenarios que se avisoran en el país, todo ello orientado hacia fines de mejoramiento de la salud y elevación de la calidad de la población.

Un contexto en el cual ahora tienen que actuar las cooperativas y otras Organizaciones de Economía Social (OES), en el sector salud, tiene como referentes mayores a la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) que propone el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). En el MAIS² se propone que las comunidades organizadas deben participar junto al equipo de salud del MSDS en la formulación, ejecución y evaluación de los planes que orienten el funcionamiento de los establecimientos públicos prestatarios de servicios de salud. Todo esto en la escala desde la más sencilla medicatura rural hasta el más sofisticado hospital tipo IV, desde el Distrito Sanitario hasta la Corporación Regional de Salud. Esto comprende tanto materias del presupuesto como del desempeño de la institución en mejorar la salud de la población en el área de influencia de cada establecimiento prestatario de servicios de salud. Pero qué es la salud que debe atenderse y que debe promoverse?

El problema de la definición de la salud

Para buena parte del conocimiento científico dominante en el campo de la salud y para los ministerios de salud en general, su misión fundamental se relaciona más con las enfermedades que con la promoción, el cuidado y el disfrute de la salud. Actualmente se sabe mucho más sobre cómo mejorar los tratamientos que de los conceptos de salud y de enfermedad que tienen las comunidades, los cuales no necesariamente coinciden con las definiciones de salud y enfermedad que maneja el conocimiento biomédico establecido. Tales conceptos pueden influir en prácticas sociales y en la emisión de conductas individuales que pueden incrementar (o disminuir) la exposición a factores de riesgos comprometidos en la ocurrencia de ciertas patologías. Similarmente pueden también afectar las acciones para enfrentar las enfermedades y pueden ser la base para la jerarquización de los problemas causados por la mala salud, jerarquía en la cual no siempre coinciden los intereses o expec-

tativas de las víctimas o enfermos con las de los agentes sociales encargados de curar o restablecer el equilibrio de salud roto por la enfermedad. Entre los conceptos de salud, pueden mencionarse las siguientes:

- La ausencia de enfermedades.
- El balance armonioso entre la persona y su ambiente social y espiritual.
- La capacidad del individuo de funcionar y desenvolverse en sus roles fundamentales de un modo aceptable para él y el grupo social primario al que pertenece.
- El completo bienestar bio - psico – social de la persona, como lo estableció la Organización Mundial de la Salud en 1948.

• Del modo como se defina la salud se derivan formas específicas de ordenar y asumir acciones (individuales o colectivas), de intervención para promover, mantener y restituir la salud de las personas. Así, del modo como el Estado defina la salud y se comprometa a su protección, se definirán las políticas públicas en materia sanitaria. De la definición de salud que estableció la Organización Mundial de la Salud se ha elogiado su perspectiva holística totalizadora, de lo cual se derivan muy diversos modos de intervención. Sin embargo, se ha afirmado que una definición tan amplia como esa no permite verificación operacional del cumplimiento de las políticas para alcanzar sus metas, por cuanto así toda política pública sería “de salud”, lo que sería supuestamente inconveniente para formular políticas sanitarias específicas evaluables o verificables (Evans & Stoddart, 1996; Abel-Smith, 1994).

Los conceptos de salud tienen variaciones históricas y culturales. La noción de estar sano o parecerlo que se tenía antes puede no serlo así ahora o en el futuro. Por ejemplo, a una persona robusta o gorda se le consideraba antes popularmente como sana pero ahora se le considera enferma y se afirma que la obesidad es la mayor epidemia de este nuevo siglo (WHO/NUT/NCD/98.1, 1998). Similarmente, las ideas de salud y enfermedad tienen variaciones culturales amplias, difiriendo entre regiones geográficas separadas y también entre grupos sociales y culturales. Por ejemplo, las concepciones de salud y las prácticas sanitarias que poseen hoy los habitantes de las comunidades del Alto Orinoco pueden ser relativamente diferentes de las que poseen los pobladores de las comunidades de Nueva York, y las ideas y prácticas sanitarias de los miembros de los estratos socioeconómicos más altos en Venezuela deben ser todavía mucho más diferenciadas de las que poseen los integrantes del estrato poblacional en pobreza extrema en este mismo país.

Además, las definiciones de salud que circulan en una comunidad pueden tener variaciones según la edad y el sexo de las personas. Por ejemplo, en una investigación sobre qué es la salud para la gente común, un equipo interdisciplinario de la Universidad de Cambridge entrevistó 9.000 personas en Inglaterra. Se encontró que la definición de salud: a) Varía entre grupos étnicos; difiere en el transcurso de la vida de las personas: los hombres jóvenes tienden a hablar de salud en términos de fortaleza física; ejemplos atléticos. Las mujeres jóvenes, aunque mencionan condiciones físicas,

favorecen las ideas de energía, vitalidad y capacidad de hacer cosas, de trabajar. En la edad madura, los conceptos de salud son más complejos, con énfasis en el bienestar físico y mental. Los ancianos, piensan en términos de función (la capacidad de hacer cosas), así como la capacidad de sentir felicidad, satisfacción. b) Difiere entre géneros: Las mujeres tienden a dar respuestas más amplias que los hombres sobre salud, a cualquier edad. Las de más elevada posición social o con mayor grado de escolaridad, expresan conceptos más complejos. Muchas mujeres y pocos hombres incluyen relacionarse con otros y hacer tareas activamente como salud (Blaxter, 1995).

En general, la definición de salud y de enfermedad condiciona la conducta de búsqueda de cura, el tratamiento y las prioridades de cura. Por eso se hacen estudios de conocimientos, actitudes y prácticas para identificar qué siente la gente, qué hace cuando se enferma y qué actitud tiene ante ciertas prácticas para prevenir y curar la enfermedad. Desde la antropología médica se han hecho importantes aportes a la comprensión de esta relación problemática salud-enfermedad, aunque se requieren mayores contribuciones desde todo el conjunto de las ciencias sociales para comprender su complejidad y aplicarse en beneficio de la salud de las comunidades (León, & Díaz, 1998). También por eso la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado programas especiales integrando personal de las ciencias sociales con profesionales de disciplinas biomédicas.

Entonces la enfermedad tiene varias dimensiones, entre las cuales una biológica (con alteraciones fisiológicas con respecto a la condición “normal”), una de percepción (sentir y darse cuenta de que está pasando algo “anormal” o patológico), y otra de aceptación social (que otros acepten el hecho de que está “anormal” o enfermo). Para existir las enfermedades deben ser reconocidas como entidades nosológicas por la sociedad. Pero los grupos culturales pueden tener diferencias en sus percepciones de las enfermedades. Hay enfermedades que pueden ser admitidas por un grupo social e ignoradas por otros. Hay enfermedades «populares» y las hay «oficiales» que están contenidas en la nomenclatura internacional de enfermedades. Por ejemplo, el “mal de ojo” o el “empacho”, o “el susto”, son enfermedades populares en comunidades en Latinoamérica que no son reconocidas como tales por la medicina oficial. El estrés que es ya una enfermedad común en el mundo industrial occidentalizado no se reconoce como enfermedad en comunidades aborígenes en Latinoamérica, Asia y África.

También ocurren casos de enfermedades que popularmente tienen nombre, explicación etiológica y tratamiento y que son inexistentes para la ciencia oficial hasta que se admite su existencia. Luego se produce un proceso de intercambio entre los viejos y los nuevos saberes y prácticas sobre enfermedades particulares y por eso se encuentran explicaciones complejas circulando en regiones amplias. Un ejemplo es el de la leishmaniasis cutánea. De hecho, al comienzo de los años 1920, la medicina científica no sabía cómo ocurría la transmisión de esta enfermedad en Latinoamérica (Escomel, 1922; Peña Chavarría, 1922). Mas tarde apareció la confirmación de la

transmisión vectorial y por eso hasta hoy se encuentran extendidas en comunidades de varios países explicaciones populares coincidentes en integrar conocimientos científicos con explicaciones tradicionales sobre las enfermedades, proceso que es extendido en Latinoamérica y que se ha evidenciado en los casos de varias enfermedades (Díaz Díaz & León Canelón, 1998; Díaz, 1996; Ruckert & Silveira, 1988; Heinrich, 1988; Kroeger, 1988; Vázquez, 1988; Vázquez et al, 1991).

Si el concepto de salud es polisémico e históricamente cambiante, quién define qué es salud, qué es estar sano o sentirse sano? Se pueden encontrar las siguientes formas de generar definiciones de salud:

- La autodefinition. La persona misma define si se siente bien y está saludable, lo cual pareciera justo porque nadie sabría mejor que la misma persona qué le sucede y además porque existen diferencias entre individuos en cuanto a resistencia, inmunidad, susceptibilidad y exposición a factores de riesgo. Sin embargo, la persona puede estar enferma y no darse cuenta (caso de infecciones asintomáticas), o puede no tener conciencia de que está mal (como en las enfermedades mentales), o existen casos de individuos que aún estando enfermos y sintiendo que lo están no logran comunicar que están mal (como los niños muy pequeños). Puede ocurrir también que la persona esté acostumbrada a una condición enferma, o que se compare con otros miembros de su grupo social que tengan una condición deteriorada de salud pero que no se note por estar acostumbrados, y si se le pregunta sobre su salud podría afirmar que se siente bien, aunque si se pudiera comparar con otro grupo social distinto y saludable tal vez fuera diferente su apreciación sobre su salud.

- La definición por parte de otros: un experto que lo afirma, o un grupo que lo considera así, o alguien con autoridad legítima que lo establece (como un adulto grande respecto a los menores). Tal experto profesional basa su definición sobre el estado de salud de la persona en exámenes clínicos, pruebas de laboratorio, o aplicación de pruebas psicométricas, o de esfuerzo, o de funcionamiento individual. Existen instrumentos estandarizados para medir la calidad de vida, el estado de salud general y estados particulares de dolencias, en comunidades y en individuos (Bowling, 1993), los cuales se aplican en estudios de valoración de estados de salud de las personas, para comparar la efectividad de acciones de tratamiento en general y para monitorear la eficacia de políticas públicas en el sector salud.

La causa de las enfermedades

Hasta finales del siglo XIX las enfermedades habían sido consideradas como la resultante de una pérdida de armonía entre el enfermo y su ambiente. Pero a finales del siglo XIX los trabajos de científicos como R. Koch sobre la tuberculosis (descubriendo su agente causal, el Bacilo de Koch, en 1882), llevaron a identificar el llamado factor sencillo causante de la enfermedad. En el periodo de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, tras el desarrollo de instrumentos de investigación y

fortaleciendo el rigor del método científico, se descubrieron los agentes causales de varias enfermedades tropicales, entre las cuales malaria, leishmaniasis y mal de Chagas. Desde allí las ciencias biomédicas asumieron la doctrina de la etiología específica y es el modelo explicativo dominante hasta el presente. Este es el llamado modelo biomecánico, basado en el razonamiento Cartesiano, en el que se asume que el cuerpo es como una máquina, en la cual si se daña una pieza o parte sólo hay que remplazarla para que todo funcione bien de nuevo. Se supone que hay cura para todos los males y sólo falta encontrarla, siendo la búsqueda en sí parte fundamental de la misión de la ciencia, en la cual el énfasis se coloca en el estudio y tratamiento del individuo enfermo.

Pero en el modelo biomecánico están ausentes otros factores de la vida de la gente. En general, la persona puede sentirse mal y no definirse enferma. Además, si la enfermedad fuera sólo biológica todas las sociedades mostrarían los mismos patrones de salud y enfermedad. Si la enfermedad no es un suceso individual aleatorio y las verdaderas causas están en la naturaleza de la sociedad y el modo de comportarse la gente y el tipo de relaciones entre las personas y sus ecosistemas, entonces debe curarse la sociedad como un todo. La idea de curar gente como el remedio para las enfermedades ha comenzado a ser cuestionado. El tratamiento de los casos individuales puede ser sólo un pequeño aspecto de la medicina, comparado con lo más importante que sería el control de las causas de los problemas de salud de las poblaciones en una escala mayor (Dubos, 1995).

Factores determinantes de la salud en poblaciones

Sabiendo que hay variaciones en la situación de salud entre poblaciones, regiones y países, cuáles son los determinantes generales de la salud de la población?. No hay un factor sencillo sobre el cual haya acuerdo consensual unívoco al respecto. Los gobiernos gastan grandes sumas de dinero en el sector salud, particularmente en los servicios asistenciales curativos de los ministerios, porque se supone que éstos en su desempeño son el determinante principal de la salud de la población, pero no necesariamente siempre un mayor gasto en servicios de salud se expresa en un mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Veamos algunos de esos factores.

Acceso a servicios de saneamiento ambiental, mejor nutrición y educación básica

Tomemos por ejemplo el caso de Inglaterra, tal vez el país con el sistema de registros estadísticos sobre salud más antiguo, amplio y confiable en el mundo. Allá el registro de las causas de muerte se estableció en 1837 y esto ha facilitado examinar en el tiempo las causas y los cambios en la mortalidad (Szreter, 1995). Según el profesor

Mckeown (1965), en ese país hubo una gran declinación en las tasas de mortalidad entre 1851 y 1900, lo cual se debió a la reducción de las muertes por enfermedades infecciosas principalmente, contribuyendo según el siguiente orden en el lapso analizado: la declinación en tuberculosis, produjo casi la mitad de las muertes en 1900 comparado con 1837 por esa causa; el tifus, produjo un quinto de las muertes por esa causa en ese lapso y el cólera, produjo un décimo de las muertes que antes causaba. Pero ¿cuál fue la causa de esa declinación de las enfermedades infecciosas? En su análisis se consideran los siguientes factores:

i) No fue el número de doctores atendiendo a la población pues la proporción de médicos por habitantes era similar en 1851 que en 1931 (uno por 1000 habitantes);

ii) No fue el desarrollo del conocimiento médico ya que no hubo nuevas drogas efectivas contra esas enfermedades en ese tiempo y los antibióticos estuvieron disponibles para uso con la población civil después de 1945;

iii) Incidió una mejora de los hábitos de higiene en la población: El jabón era un lujo y se pagaba impuesto por su uso, su precio era equivalente a la décima parte del salario de un obrero, por lo que la abolición de este impuesto redujo el precio y se popularizó su uso (Abel-Smith, 1994). Para mejorar las condiciones de vida de la clase obrera se dotó a la ciudad de Londres de aguas blancas en las casas y drenaje de aguas negras en 1858 – 1865. Esto influyó en la reducción de las muertes por cólera y tifus;

iv) Además del agua y saneamiento ambiental, una mejora en las condiciones de vida y en la nutrición general de la población sería la principal causa en la declinación de la mortalidad por esas enfermedades infecciosas (Mckeown, 1995).

Si se acepta totalmente el razonamiento de Mckewon, pudiera pensarse que siempre una mejora en las condiciones generales de vida de la población produce un mejoramiento en su salud. Sin embargo se ha observado que con el crecimiento económico aparecen factores que mejoran la salud de las personas, pero que también aparecen factores que afectan negativamente la salud de la población, relacionados con los estilos de vida que posibilitan el incremento de enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes en general (Abel –Smith, 1994).

Ese mejoramiento de la salud se relaciona con la disminución y hasta casi desaparición de las llamadas enfermedades tropicales en los países industrializados. Es decir, las enfermedades infecciosas a que se refiere el estudio del profesor Mckeown (cólera, tifus, fiebre tifoidea, tuberculosis), son parte de las denominadas “enfermedades tropicales”. En otras palabras, ciertas enfermedades tropicales son parte de las deficiencias de salubridad pública y de insuficiente higiene ambiental que caracterizó las descripciones de las sociedades anglosajonas occidentales en los tiempos de inicio de la revolución industrial. Eran dolencias propias de contextos sociales con miseria, con deficientes o inexistentes servicios públicos, con pobres prácticas de higiene, en ecosistemas donde podían reproducirse los agentes etiológicos, los vectores de las patologías o las condiciones propicias de sus vías de transmisión. Ese paisaje

epidemiológico ha cambiado y la población ha cambiado, tendiendo a ser urbana en una gran cantidad de países. Los países industrializados, antiguas metrópolis coloniales, por necesidades propias de la acumulación de capital, tendieron a concentrar su población en áreas urbanas con saneamiento ambiental. Pero en los países subdesarrollados, con procesos de industrialización tardía y mediatizada, la población también tendió a concentrarse en espacios urbanos en los que los servicios públicos y los empleos productivos no cubrían los contingentes de población que se movilizaban intensamente en migraciones internas desde los campos rurales hacia los espacios urbanos. Así ocurrió, por ejemplo en casi toda Latinoamérica. Varias enfermedades quedaron confinadas al medio rural y otras migraron y se adaptaron con las nuevas ocupaciones de espacios. Las enfermedades tropicales existían en nuestro medio rural cuando la población estaba localizada principalmente en el medio rural. Ahora hay enfermedades tropicales también en el medio urbano donde está concentrada la mayoría de la población. Hay enfermedades que se consideraban estrictamente rurales en un pasado reciente pero que hoy en día son urbanas o suburbanas (Briceño-León & Pinto-Días, 1993).

En ese sentido en Venezuela sigue habiendo grandes diferencias entre regiones en cuanto a indicadores de morbilidad y mortalidad. Entre las causas de esas diferencias de salud se encuentra la extrema desigualdad en cuanto al acceso de la población a servicios de saneamiento ambiental. Por ejemplo, mientras en el Distrito Federal 73.3% de la población tiene acceso adecuado a servicios de disposición de excretas y 91.02% consume agua tratada por acueducto, en el Estado Amazonas sólo 21.65% de la población tiene acceso a saneamiento y 40.22% consume agua tratada por acueducto. Todo esto se expresa en el indicador de esperanza de vida al nacer: mientras en el Distrito Federal es de casi 74 años, en el Estado Delta Amacuro es menor de 64 años y en el Estado Amazonas es menor de 65 años (OCEI-PNUD, 2001).

Esto requiere revisar las explicaciones de cómo ocurren las enfermedades tropicales, de sus patrones epidemiológicos en una perspectiva general. No nos referimos al contagio de un individuo sino a las condiciones por las cuales, en condiciones regulares similares, la enfermedad se transmite en individuos de forma similar. Entre estas enfermedades propias de países de nuestro medio tropical, ahora se mencionan a las enfermedades emergentes y las reemergentes.

El caso de las enfermedades emergentes y reemergentes³

Recientemente han aparecido enfermedades infecciosas que tienden a constituirse en problemas de salud pública en espacios locales o internacionales; son las llamadas enfermedades emergentes (Infomundi, 1997). En el último cuarto de siglo se han identificado 30 nuevas enfermedades altamente contagiosas. Entre estas aparecieron en 1976 la legionelosis, la criptosporidiasis y la fiebre hemorrágica del Ebola; en 1981, el SIDA; en 1986, la encefalopatía esponjiforme bovina (de las vacas locas).

Una nueva cepa de cólera que atacó la India en 1992 y las hepatitis C y E se consideran también enfermedades emergentes. Según la Organización Mundial de la Salud aún no se puede decidir si todas son realmente nuevas enfermedades o si existían antes pero no se habían identificado como tales (WHO/WHR, 1996).

Pero también han regresado enfermedades que estaban controladas, que se creían extinguidas o que casi habían desaparecido, como malaria, tuberculosis, peste, difteria, dengue, meningitis, fiebre amarilla y cólera, que constituyen serios y preocupantes problemas de salud pública (WHO/WHR, 1997). Se les llama ahora enfermedades reemergentes (Infomundi, 1997). Algunos programas de control que existían se cancelaron o desmantelaron al darse por controladas estas patologías. Pero ahora no hay organización preparada adecuadamente y las enfermedades reemergentes vienen con complicaciones adicionales en sus ciclos de transmisión. Entre estas complicaciones adicionales están las siguientes:

- Resistencia de los agentes infecciosos a medicamentos conocidos, antibióticos por ejemplo; amenazando con llevar a situaciones parecidas a principios del siglo XX cuando no se disponía de antibióticos.
 - La resistencia de los vectores a los insecticidas de uso corriente;
 - La combinación con infecciones oportunistas que potencian la virulencia de las nuevas enfermedades (por ejemplo, SIDA más tuberculosis, SIDA más leishmaniasis);
 - La facilidad para diseminar las enfermedades debido a la gran movilidad de las personas;
 - La pobreza de las personas en los países subdesarrollados y también en los países industrializados, donde los programas de salud y seguridad social no llegan o son insuficientes para las necesidades de las víctimas de la exclusión social. Por ejemplo hay casos de tuberculosis en Nueva York (ciudad emblema del éxito norteamericano) y en Calcuta (ciudad con el estigma de la pobreza y la acción de las hermanas de la Madre Teresa, en India).
- Los cambios climáticos que favorecen la propagación de estas enfermedades en nuevos lugares, además de en los espacios donde ya eran patologías clásicas.

Efectos del cambio climático

El cambio climático y la degradación ambiental son consecuencias básicamente del modelo irracional de desarrollo que busca beneficios privados inmediatos sin considerar las consecuencias en mediano plazo. Esta conducta empresarial se consideró exitosa en países del mundo capitalista y también se adaptó en empresas del antiguo mundo socialista, y de los países en vías de desarrollo. Ante la gravedad del problema ambiental mundial y las evidencias aportadas por esfuerzos de académicos, ambientalistas y luchadores sociales, lentamente se vienen promoviendo regulaciones y políticas públicas para enfrentar la problemática. Esfuerzos como el Protocolo de

Kyoto (1997) contra el calentamiento global del planeta, el cual fue firmado por los gobiernos de todos los países excepto los Estados Unidos, revelan un crecimiento de la conciencia global sobre el problema. Pero también muestran que el gobierno del país cuya economía es la principal responsable de la emisión de gases contaminantes que causan el calentamiento del planeta, no quiere cambiar su patrón tecnológico. La globalización no incluye la atención al calentamiento global del planeta. Como consecuencia, se están creando condiciones ideales para la aparición de nuevas enfermedades infecciosas y para que surjan las ahora llamadas enfermedades reemergentes. Esto influiría en los siguientes modos en la salud humana:

- i. Creando condiciones que conduzcan a brotes de enfermedades infecciosas;
- ii. Aumentando el potencial de propagación de enfermedades transmitidas por vectores;
- iii. Incrementando la exposición de millones de personas a nuevas enfermedades y riesgos a la salud, lo cual ya se expresa en los nuevos patrones epidemiológicos de las enfermedades.

El calentamiento global del planeta

El llamado efecto invernadero ha conducido a una expansión del área de condiciones ecológicas favorables para la reproducción de los componentes de las cadenas epidemiológicas de las enfermedades tropicales, debido a los cambios climáticos en el planeta. Se estima que como consecuencia de la contaminación ambiental por la emisión de dióxido de carbono, la zona templada del planeta se calentará hasta el punto de ser propicia para la reproducción de vectores y parásitos de enfermedades como malaria (Desowitz, 1993).

La globalización

Es necesario que las prácticas y reglas desreguladas impuestas por los monopolios a través de la llamada globalización de la economía, sean incorporadas en el análisis de los elementos del paisaje epidemiológico que influyen en los nuevos patrones epidemiológicos de las enfermedades tropicales. De hecho, según la Organización Mundial de la Salud, entre las prioridades de la investigación social, económica y conductual de las enfermedades tropicales para el periodo 2000 – 2005, se encuentran identificar los efectos de la globalización en las desigualdades sociales, en la dinámica de la transmisión de las enfermedades, y en las políticas, los sistemas y los servicios de salud. Al respecto ver la Caja 1.

Caja 1. Prioridades de la Organización Mundial de la Salud en la investigación social, económica y conductual de las enfermedades tropicales en el periodo 2000-2005.*

Estimar el Impacto social y económico de las enfermedades infecciosas en la población.

Identificar los efectos de la globalización en las desigualdades sociales, en la dinámica de la transmisión de las enfermedades, y en las políticas, los sistemas y los servicios de salud.

Identificar determinantes de las desigualdades en el acceso a la prevención, terapias e información. En particular:

- *¿Cómo pueden los gobiernos ampliar el acceso y mejorar la equidad a través de la provisión, financiamiento y regulación de los servicios de salud?*
- *¿Cuáles son las implicaciones de diferentes tipos de colaboración entre el sector público y el privado en relación con la equidad en el acceso a los medicamentos y a los servicios de salud?*

Identificar vínculos y capacidades de las políticas a nivel global, nacional y local para responder a temas claves de salud, relacionadas con las enfermedades tropicales.

Determinar las implicaciones de los cambios en las estructuras económicas, sociales, políticas y civiles (por ejemplo las reformas en el sector salud), para la persistencia, emergencia y resurgencia de las enfermedades infecciosas; y para la resistencia a los medicamentos y a los pesticidas. En particular:

- *¿Cuáles son los determinantes sociales, económicos y políticos de los patrones de utilización de los medicamentos (a nivel del hogar, comunidad, sistemas de salud y gobierno central), y cuáles son sus implicaciones para generar resistencia?*
- *¿Cómo son las posibilidades de elección y las acciones de los hogares restringidas o permitidas por fuerzas y procesos locales y globales?*
- *¿Cuáles son las fuerzas y condiciones globales que promueven o retardan el desarrollo y distribución equitativa de tecnologías efectivas preventivas, diagnósticas y/o terapéuticas?*
- *¿Cuál es el impacto (positivo y negativo) de procesos económicos y políticos de larga escala en la producción y disponibilidad de efectivas drogas, tecnologías diagnósticas y vacunas? (Por ejemplo, los problemas de derechos de propiedad intelectual, acuerdos de comercio, globalización, descentralización y privatización de los servicios públicos y la ampliación de las desigualdades sociales).*

*Fuente: Elaboración propia a partir de: www.who.int/tdr/

La globalización⁴ estaría influyendo, entre otras formas, en el establecimiento de un conjunto de normas impuestas por los monopolios influyendo en la Organización Mundial de Comercio, que podrían entrar en conflicto con medidas de políticas públicas que gobiernos regionales o nacionales podrían tomar soberanamente actuando para enfrentar brotes epidémicos en sus jurisdicciones. Un ejemplo puede observarse en el caso reciente ocurrido en Brasil, como consecuencia de la epidemia de HIV-SIDA desatada en ese país tropical subdesarrollado. El gobierno de Brasil estuvo bajo presión y amenazas de acciones del gobierno de los Estados Unidos y las compañías monopólicas de la industria farmacéutica, que trataban de que Brasil les comprara a elevados precios monopólicos medicamentos patentados, en vez de elaborar sus medicamentos genéricos dentro de Brasil o importarlos de otros países como la India. Brasil mantiene su soberanía basándose en su Ley de Propiedad Industrial, en tanto que el gobierno norteamericano y las multinacionales farmacéuticas argumentan que esa y otras leyes contradicen el Acuerdo sobre los Aspectos Comerciales Internacionales de los Derechos de Propiedad Intelectual de la Organización Mundial de Comercio. Entre las lecciones de este caso está el hecho de que similares situaciones podrían ocurrir en el planeta si los gobiernos de los países deciden enfrentar las enfermedades reemergentes poniendo en práctica políticas públicas como las de este ejemplo soberano de Brasil (ver www.oxfam.org.uk, diciembre 2001; OPS, 2001).

Como resultado de los cambios ambientales recientes, la Organización Mundial de la Salud ha afirmado que ningún país se encuentra seguro ante los riesgos de las enfermedades infecciosas. Hasta hace poco era común afirmar que los países subdesarrollados tenían que convivir con la “doble carga” de tener enfermedades no transmisibles (como las que predominan en los países industrializados, propias de los estilos de vida y hábitos no saludables y que pueden ocurrir en todo el planeta, como hepatitis, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA) y también tener enfermedades transmisibles que típicamente ocurren en áreas tropicales. La transmisión puede ocurrir por contacto directo de persona a persona, a través de insectos vectores, o a través de agua o alimentos infectados (como en las diarreas que causan la muerte de 3 millones de niños al año globalmente). En una escala global coexisten ahora ambos tipos de enfermedades y deben ser enfrentados simultáneamente en una escala global.

Según el Director General de la Organización Mundial de la Salud, la salud está siendo amenazada de un modo creciente por factores sobre los cuales el individuo tiene poco control y los sistemas de salud convencionales tienen muy poco que decir; tales como circunstancias sociales y económicas, tecnologías ahorradoras de trabajo y la revolución de las telecomunicaciones. Así, en los países subdesarrollados más pobres las personas están adquiriendo muchos de los estilos de vida insaludables predominantes en los países ricos industrializados. Al mismo tiempo que la globalización está contribuyendo a que las enfermedades típicas de los países pobres se extiendan en todo el planeta. Por ejemplo, los estallidos epidémicos de cólera y de

contaminación de alimentos con *Escherichia coli* pueden ocurrir ahora en cualquier país (WHO/WHR, 1997). Aunque no todas las enfermedades transmisibles se encuentran asociadas a la pobreza o al medio rural de los países subdesarrollados. Por ejemplo, el dengue es una enfermedad más común en las ciudades o poblados que entre pequeños campesinos aislados y el SIDA aún tiene una incidencia mucho mayor en los Estados Unidos que en los países más pobres del continente americano (Machado Allison & Botto, <http://www.iesa.edu.ve/cagronegocios>⁵). Las implicaciones de estas nuevas tendencias en la distribución de las enfermedades podrían provocar conflictos que afectarían la gobernabilidad en los sistemas democráticos en el mundo (Guerrant & Blackwood, 1999).

La pobreza

Sin embargo, no obstante la definición de la pobreza como la causa fundamental de los principales problemas de salud de la mayoría de la población en el planeta (WHO/WHR, 1995), la mayor parte de los recursos del sector salud no se destinan a reducir las inequidades sociales mientras se planifican y cumplen acciones para cuidar la salud de la población. En general, los recursos se destinan a programas para atender enfermedades específicas o grupos de enfermedades, según la importancia que le asignen como problema de salud pública los técnicos planificadores, los tomadores de decisiones sobre asignación de recursos y los detentadores del poder. Si los usuarios de los servicios de salud, las víctimas de las enfermedades, las asociaciones de ciudadanos y la comunidad organizada pudieran expresar su opinión sobre cómo enfrentar los problemas de salud, la jerarquía de la importancia de las enfermedades tal vez podría cambiar. Si otros criterios e indicadores fueran usados por los planificadores tal vez también podrían cambiar las estrategias y las acciones para enfrentar los problemas de salud y potenciar la vida saludable. Y si las comunidades organizadas y los usuarios, clientes de los servicios, o víctimas de enfermedades o mala salud, pudieran participar activamente organizando cooperativas de salud, o mediando entre los gremios (por un lado) y los dueños y rectores de los establecimientos y políticas de salud (por otro lado), no habrían huelgas y paros en el sector salud que afecten negativamente aún más a la población usuaria de los servicios públicos de salud.

Las cooperativas de salud y las políticas de salud

Para que las cooperativas de salud y comunidades organizadas puedan enfrentar mejor las enfermedades y demás factores que afectan su salud negativamente, es necesario que aprendan a identificar y a colocar esos factores en las agendas políticas de salud; entendidas éstas como los cursos de acción que afectan un conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y arreglos financieros del sistema de cuidados

de la salud (Walt, 1994). Se requiere ir más allá de los servicios de salud e incluir acciones de organizaciones públicas, privadas y voluntarias que tengan un impacto en la salud. Es vital considerar tanto los efectos de factores ambientales y socioeconómicos sobre la salud como los de la provisión de servicios de salud. Las cooperativas de salud puedan ser una conveniente opción para enfrentar localmente las consecuencias negativas a la salud impuestas por los cambios ambientales generados por la globalización. También parecen ser las Organizaciones de Economía Social en el sector Salud una adecuada forma de enfrentar las severas consecuencias de salud generadas por las grandes inequidades sociales que caracterizan a Latinoamérica y Venezuela. Este movimiento debería formar parte de una estrategia de fortalecimiento del capital social de las comunidades. Por tanto estas Organizaciones deben actuar localmente aunque dentro de una perspectiva global.

Si la enfermedad fuera un fenómeno biológico individual podría esperarse que las enfermedades tuvieran una distribución aleatoria normal entre toda la población, teniendo cada individuo probabilidad similar de enfermar. Pero mientras la clase social sea más baja, mayor será la probabilidad de morbilidad y menor la edad de morir. En Inglaterra, a pesar de su estado de bienestar y seguridad social, la probabilidad de mortalidad y de muerte en los niños menores de un año está directamente relacionada con la clase social, siendo para la clase más alta la mitad de la de los hijos de la clase más baja (Blane, 1991). En nuestros países subdesarrollados, la distribución de las enfermedades tropicales y las inequidades en salud son aún mayores, por lo que se requiere mayor y mejor intervención del Estado, y mucho mayor y mucho mejor intervención de la sociedad civil organizada para combatir tales patologías y mejorar la salud de la población en general y de los más vulnerables en particular. Se requieren nuevas políticas de salud para enfrentar las consecuencias socioeconómicas de las enfermedades tropicales, de las enfermedades emergentes y las reemergentes.

Pero introducir propuestas y políticas de salud afecta procesos políticos y relaciones de poder, que pueden influir en su aceptación o rechazo. La probabilidad de influir en políticas de salud existe en muchas sociedades, aunque estará condicionada por el sistema político. La participación puede ser débil o no existente en los temas de la «alta política», la cual puede estar dominada por élites. Pero en los temas de la «baja política» o política de uso común, el potencial para la participación a menudo existe (Walt, 1994). Es decir, habría más oportunidades de participación en espacios sociales e institucionales locales y regionales que en las instancias nacionales de poder y toma de decisiones que establecen las agendas y políticas de salud. Estas oportunidades se incrementarían en Venezuela si se desarrollan las diversas formas de participación ciudadana que establece la Constitución Nacional (Asamblea Nacional, 1999). Especialmente deben las cooperativas de salud esforzarse por acceder y participar dentro de los Consejos Locales de Planificación, un espacio donde podrían asignarse recursos y priorizarse esfuerzos institucionales y comunitarios para minimizar

factores que afecten negativamente y potenciar aquellos que influyeran positivamente a la salud de la comunidad.

Las cooperativas de salud, la participación y el derecho a la salud

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se definen (Art. 70) básicamente dos formas de la participación del pueblo: la participación política y la participación social y económica. La participación social y económica incluye las instancias de atención ciudadana, la autogestión, la cogestión, las cooperativas en todas sus formas, las cajas de ahorro, las empresas comunitarias y demás formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y la solidaridad. En la Constitución Nacional (1999), el Estado le reconoce a la comunidad el derecho a organizarse en empresas asociativas para dedicarse a actividades económicas destinadas a resolver problemas y atender necesidades de la comunidad, comprometiéndose el Estado a proteger y promover este tipo de organización de economía social (Art. 118, 308), lo cual incluye hasta su contribución para el financiamiento oportuno, el cual podría materializarse a través del financiamiento por el FIDES.

En cuanto a las iniciativas ciudadanas para la protección y fomento de la salud, en el país se ha consagrado el derecho a la salud como parte del derecho a la vida, lo que incluye también el deber de participar activamente en su promoción y defensa (Art. 83). Por tanto la misma Constitución establece (Art. 84) que la comunidad organizada tiene el derecho y deber de participar en la planificación y ejecución de las políticas de salud, así como en la educación ciudadana y ambiental (Art 102, 107), para garantizarse el gozo de la salud personal y el disfrute de un ambiente sano, seguro y ecológicamente equilibrado (Art. 127). Para perfeccionar el empoderamiento otorgado a la comunidad para la participación corresponsable y protagónica en la defensa de sus derechos, se llega incluso a plantearse la posibilidad de la transferencia de servicios y competencias a los municipios y de éstos a la comunidad organizada (Art. 165 y 184), lo cual complementa los servicios públicos de salud ya existentes en la jurisdicción del municipio. Mas aún cuando la Constitución ha previsto para el ámbito municipal la participación ciudadana en la definición y ejecución de la gestión pública en las materias de competencia municipal (Art. 168), la cual incluyen la protección del ambiente, la atención primaria de salud, el servicio de agua potable y la disposición de las aguas servidas.

En este nuevo marco constitucional, se expresa la obligación del Estado a fortalecer las organizaciones de la economía social, dentro de una perspectiva de economía popular alternativa. Similarmente se consagra el derecho a la salud como parte del derecho a la vida y se definen formas específicas de acción del Estado, de los ciudadanos y de organizaciones comunitarias para garantizar su participación protagónica en el ejercicio pleno de su derecho a la salud. Esto ha estimulado que en distintos

lugares de la geografía nacional, comiencen a aparecer propuestas y experiencias asociativas comunitarias para la prestación de servicios de salud locales; muchas de las cuales se relacionan con la gestión de proyectos de organizaciones de economía social y de Alcaldías que han accedido a financiamientos de instituciones públicas para atender estas demandas de la población.

Esta situación ocurre en diversos escenarios geográficos y coincide con orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y la mayoría de los Ministerios de Salud de los países que la conforman, los cuales están llamando a renovar políticas, planes, programas e instrumentos para mejorar la eficacia y la eficiencia en su desempeño para cumplir su misión fundamental de velar por el cuidado, preservación y mejoramiento de la salud de la población; entendida ésta como el más completo estado de bienestar bio-psico-social y de capacidad de relacionarse socialmente y de vivir una vida digna y feliz. Se ha evidenciado que los servicios públicos estatales de salud (con excepciones), son deficientes y no garantizan cobertura adecuada a toda la población, mientras que los servicios privados lucrativos de salud son especialmente destinados a cubrir demandas específicas del segmento restringido de la población que con sus mayores ingresos puede pagar esa atención. Si a este panorama se añade el ingrediente de los conflictos de los gremios de la salud en el sector público estatal, que afectan principalmente a la mayoría de la población, se constata la necesidad social, la pertinencia y la oportunidad de buscar alternativas viables para mejorar y atender las demandas de salud de la población, mediante la organización de nuevos servicios con calidad técnica, organización y solidaridad social y costos accesibles (CIRIEC-Venezuela, 2002).

Mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos pasa necesariamente por garantizar la salud de toda la población, incluyendo los más vulnerable en una lucha continua contra la pobreza; que entendida en su más amplio contexto va mas allá de las dimensiones del ingreso y el consumo para abarcar la salud, la educación y el disfrute del ambiente. Alcanzar la equidad es una prioridad fundamental para alcanzar el desarrollo sostenible del país y la gobernabilidad del sistema democrático. La equidad en salud supone que todos y cada uno deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud. Esto se traduce como: a) igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; b) igual utilización para igual necesidad; y, c) igual calidad de la atención para todos. La Constitución Nacional (1999) establece claramente la corresponsabilidad del Estado y los ciudadanos en la participación activa en la promoción y defensa de la salud como derecho fundamental y medio para garantizar la vida. De allí que el MSDS tenga dentro de sus objetivos generales de la agenda salud, apoyar técnica y científicamente en la organización de la población en todos sus niveles y en su activación socioeconómica y sociocultural como base de la participación y fundamento de la salud colectiva, a manera de contribuir a la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), dentro de un Sistema Publico Nacional de Salud integrado a un Sistema Nacional de Seguridad Social. Todo lo cual

es parte de la materia legislativa pendiente aún y que urge completar a la actual gestión del Estado.

Por otro lado, la crisis económica que ha vivido el país y que se agravó luego de la renegociación de la deuda externa, trajo como consecuencia que los servicios de salud públicos se hayan deteriorado de manera notable en los 20 años finales del siglo XX. Por eso, a pesar de los esfuerzos que realizan el gobierno en el ámbito regional y local por revertir esta situación, las soluciones definitivas no se verán a corto plazo. En ese contexto se comenzó el proceso de descentralización y de reformas del sector salud, el cual fue estimulado con la Ley de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias (1989), aunque no ha concluido y debe profundizarse, según lo establecido en la Constitución Nacional (1999) y en las propuestas de Ley Orgánica de Salud que se han presentado a discusión. Parece haber consenso sobre la necesidad de la descentralización de la salud en el ámbito regional y municipal con el objeto de que el Estado o Municipio asuman la responsabilidad de ejecutar las acciones con la finalidad de producir cambios cualitativos dirigidos a contribuir con una mejor distribución y utilización de los recursos tanto materiales como humanos, prestando servicios de mejor calidad y respondiendo ante los usuarios finales más directamente. Se considera a la salud como un servicio público que satisface una necesidad de carácter general de modo permanente y continuo, por ello una reforma en salud implica profundos cambios en las formas de acción del Estado y de la relación de éste con los ciudadanos.

Se espera que la descentralización desconcentrada⁶ en salud favorezca la búsqueda e implementación de alternativas viables y la prestación de servicios de salud con más calidad y mayor sensibilidad a las demandas del usuario ante la administración de los servicios y programas locales o municipales de salud. Así se ha establecido (Art. 184, Constitución Nacional), la posibilidad de que se descentralicen y se transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados la prestación, entre otros, de los servicios de salud, educación, ambiente y programas sociales, creando nuevos sujetos de descentralización a nivel de parroquias, comunidades, barrios y vecindades a los fines de garantizar el disfrute de los derechos y facilitar la corresponsabilidad en la gestión de tales servicios públicos.

Por tanto, es conveniente para las cooperativas de salud desarrollar una cercana relación de colaboración con otras organizaciones de salud y de trabajo asociado existentes. Esto puede facilitar la organización y funcionamiento de cadenas de servicios sociales en el sector salud de la región, tal como existen en otros países como Canadá, donde se han creado cooperativas de salud para complementar los servicios públicos de salud existentes (www.oricom.ca/coop/accueil.htm). Estas cooperativas de salud prestan servicios que incluyen atención en el hogar de personas de tercera edad que tienen dificultades físicas para valerse por sí mismos y requieren servicios de cuidado en su nutrición, higiene personal, compañía, ejercicios de rehabilitación, compra asistida de medicamentos especiales, incluyendo también atención domiciliaria de niños por tiempo determinado.

En general, se piensa que estimulando la participación se avanza en el ejercicio del derecho a la salud, y se fomenta un dialogo en la comunidad, beneficiando el intercambio de ideas en la búsqueda permanente del bienestar individual y colectivo, vivenciando el desarrollo de la nueva institucionalidad establecida en la Constitución Nacional. Desde nuestra perspectiva es factible proponerse y tratar de ejercer una vinculación operacional de acciones de educación, coincidiendo con el proceso de implantación del MAIS. Se fortalecería el entrenamiento en la formulación, ejecución y evaluación del Plan de Salud para cada establecimiento de salud pública y por esta vía para el distrito sanitario completo y la región.

Pero esto requiere que las cooperativas de salud demuestren mayor eficacia y eficiencia en el desempeño de sus acciones de atención a las necesidades de salud de la población objetivo de sus productos y servicios. Se requiere también desarrollar destrezas organizacionales para participar en los nuevos espacios institucionales donde se pueden potenciar los esfuerzos de las cooperativas de salud por mejorar la calidad de vida de su población objetivo. Entre éstos están los Consejos Locales de Planificación, desde donde se puede ejercer influencias y coordinar acciones interinstitucionales para enfrentar factores de riesgo que amenazan la salud y para potenciar los esfuerzos que benefician a la salud colectiva. Por razones similares la Organización Internacional de Cooperativas de Salud (International Health Cooperative Organisation), forma parte del grupo consejero especial de organizaciones no gubernamentales para la promoción de la salud (NGO Adhoc Advisory Group for Health Promotion), en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (International Cooperative Alliance, 2001).

Finalmente, como dicen el CIDIS-ULA y el CIRIEC-Venezuela en su convocatoria a la Primera Jornada Venezolana de OES en el sector salud (2002), mientras se afirma que todos los ciudadanos tienen iguales derechos y pleno acceso a oportunidades de desarrollarse, existen personas sin ningún tipo de cobertura de salud pública o de seguro médico privado. Esto sucede en países ricos y en países pobres, en regiones con mayor o con menor grado de desarrollo, aunque con diverso grado de intensidad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica se estima que hay 43 millones de personas en esta situación. En toda Latinoamérica, hay grandes desigualdades en el acceso a factores básicos determinantes de la salud, como agua potable, sistemas de alcantarillado, de eliminación de excretas y de acceso a servicios médicos básicos. Incluso los gobiernos de los distintos países e instituciones como el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial, están atentos a esta situación y han señalado los dilemas éticos, los elevados costos de esta situación y los graves riesgos de gobernabilidad de los sistemas políticos que se corren de no atenderse esta problemática social. Por tanto, se considera que el acceso a cobertura de salud de buena calidad para todos debe ser una prioridad nacional (Kliksberg, 2001). Una alternativa para realizar esa prioridad nacional pueden ser las cooperativas de salud, con calidad técnica, solidaridad social y costos accesibles.

Notas

- ¹ Este artículo es una versión revisada de la ponencia presentada ante la 1era Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el Sector Salud, Trujillo, 24 al 26 de Octubre de 2002.
- ² Mayor información sobre el MAIS en fuentes oficiales puede verse en las siguientes páginas en internet:
www.americas.health-sector-reform.org/spanish/venpress.pdf (Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Venezuela. 1a edición 20/10/1999)
[Http://www.derechos.org.ve/situacio/informes/anual/13/DereSalud](http://www.derechos.org.ve/situacio/informes/anual/13/DereSalud)
El MAIS relacionado con prevención y tratamiento de enfermedades y medidas adoptadas por el Estado (reestructuración del Ministerio de Salud)
www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-cooperación
www.paho.org/spanish/gov/cd/ven-s.pdf
www.pnud.org.ve/IDH97/política-4.htm
www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm
- ³ Una versión temprana sobre esta parte de la problemática fue presentada por el autor ante el II Congreso Venezolano de Ciencias Sociales y Salud, Caracas 4 al 6 de junio de 2002.
- ⁴ Una versión sobre los efectos de la globalización y los cambios climáticos, fue presentada por el autor como ponencia ante el II Congreso Venezolano de Ciencias Sociales y Salud, Caracas, 4 al 6 de junio de 2002.
- ⁵ Prevención de las Enfermedades Transmisibles en el Medio Rural. Esta publicación electrónica es un servicio público por consiguiente puede ser copiada o reproducida libremente con la simple condición de citar su origen. Los autores son Profesor del IESA, Coordinador del Centro Internacional de Agronegocios, y Profesor de la UCV, Instituto de Medicina Tropical y al momento Director del CAICET, Puerto Ayacucho.
- ⁶ Detalles de la versión oficial de la nueva orientación de la política de descentralización del Estado Venezolano pueden ser vistos en la página del Ministerio de Planificación y Desarrollo de la República Bolivariana de Venezuela www.mpd.gov.ve. Especialmente en los siguientes documentos: Plan Nacional de Desarrollo Regional 2001-2007, y, Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007.

Bibliografía

- ABEL-SMITH, B. (1994). *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. Prentice Hall, Pearson Education Limited, Londres, 237 p.
- Asamblea Nacional (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial N° 36.860. Caracas, 30 de Diciembre.
- BLANE, D. (1991) “Inequality and social class” en SCAMBLER, G (Ed.), *Sociology as applied to medicine*. Bailliere Tindall, Londres: 109-128.
- BLAXTER, M. (1995). “What is health?” en DAVEY, B., GRAY, A., SEALE, C. *Health and Disease. A reader*. Open University Press, Buckingham : 26 - 32.
- BRICEÑO-LEÓN, R., PINTO-DÍAS, J. (Compiladores) (1993) *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea*. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Capriles, Caracas, 285 p.
- BOWLING, A. (1993). *Measuring Health*. Open University Press. Filadelfia.
- CIRIEC-Venezuela (2002). Convocatoria a la 1era Jornada Venezolana de Organizaciones de Economía Social en el sector salud, Trujillo, 24 al 26 de octubre de 2002.
- DESOWITZ (1993). *The malaria capers. More tales of parasites and people, research and reality*. Norton and Co., New York, 288pag.
- DÍAZ DÍAZ, B., LEÓN CANELON, M. (2000) «Historia de la «Picada de Coco Julián», leishmaniasis cutánea en Trujillo, Venezuela», en MÉRIDA, M. T. (Ed.), *Memorias del V Congreso Nacional de Historia Regional y Local*, Valencia, Venezuela: 425-430
- DÍAZ, B. (1996). *The socioeconomic consequences of cutaneous and visceral leishmaniasis in Trujillo, Andean area of Venezuela*. PhD thesis. School of Tropical Medicine, University of Liverpool.
- DUBOS, R (1995). “Mirage of health”, en DAVEY, B., GRAY, A., SEALE, C. (Eds.) *Health and Disease. A Reader*. Open University Press. Buckingham : 4 – 10.

- ESCOMEL, E. (1992). *Leishmaniasis y Blastomycosis en America*, Imprenta Americana, Lima.
- EVANS, R., STODDART, G. (1996). “Producir salud, consumir asistencia sanitaria” en EVANS, BARER, MARMOR, ¿*Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Editorial Díaz de Santos, Madrid :-70.
- LEÓN, M., DÍAZ, B. (1998). «Aportes de la Antropología Médica en el estudio de las representaciones de la enfermedad». *Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología*. Diciembre.
- GUERRANT, R. L., BLACKWOOD, B. L. (1999) “ Threats to global health and survival: the growing crises of tropical infectious diseases – our “unfinished agenda”. *Clinical Infectious Diseases*. May; 28 (5) :966 – 986.
- HEINRICH, M. (1988). “Enfermedades infecciosas y conceptos populares de problemas de salud en las tierras bajas de la comunidad Mixe, Oaxaca, México”. in KROEGER, A., RUIZ, W. (ed). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica* :159-166.
- INFOMUNDI (1997). *Enfermedades Emergentes. Dossier informativo de Infomundi*. Medicus Mundi España, (Abril). www.med.unex.es/medmund/infomundi/enfere.html
- KROEGER, A. (1988) “ Enfoque popular de la enfermedad: explicaciones, diagnósticos y tratamientos populares” en KROEGER, A., RUIZ, W. (edit). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*: 23-36.
- MACHACO ALLISON, C., BOTTO, C. Prevención de las Enfermedades Transmisibles en el Medio Rural. www.iesa.edu.ve
- McKEOWN, T. (1965). *Medicine in modern society*. Allen and Unwin, Londres.
- McKEOWN, T. (1995) “The medical contribution” en DAVEY, B., GRAY, A., SEALE, C. *Health and Disease. A Reader*. Open University Press. Buckingham: 182 - 190.
- OCEI/PNUD (2001). *Informe sobre Desarrollo Humano en Venezuela, 2000. Caminos para superar la pobreza*. Caracas, 213 p.

- OXFAM, (2001).. Drug companies vs Brazil: the threat to public health. www.oxfam.org.uk Mayo.
- OPS, (2001) “Brazil fights for affordable drugs against HIV/AIDS”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9 (5): 331 – 337.
- PEÑACAVARÍA, A. (1922). *El Bubón de Vélez. Contribución al estudio de la patología y de la parasitología de Colombia*. Casa Editorial Minerva, Bogota, 79 p.
- RUCKERT, P., SILVEIRA, M. (1988). “Conceptos populares sobre la diarrea infantil en la ciudad de Sao Paulo, Brasil” en KROEGER, A., RUIZ, R.W. (ed.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en latinoamérica*: 127-140.
- SZRETER, S. (1995). “The importance of social intervention in Britain’s mortality decline c. 1850-1914: a re-interpretation of the role of public health”, en DAVEY, B., GRAY, A., SEALE, C. , *Health and Disease. A Reader*. Open University Press. Buckingham: 191 – 199.
- VÁSQUEZ, M. L. (1988). “Conceptos y tratamientos populares de la leishmaniasis en la Costa Pacifica de Colombia”. in KROEGER, A., RUIZ, W. (ed.). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*: 111-126
- VÁSQUEZ, M. L., KROEGER, A., LIPOWSKY, R, ALZATE, A. (1991). “Conceptos populares sobre la leishmaniasis cutanea en Colombia y su aplicabilidad en programas de control”. *Bol. Ofic. Sanit. Panam*, 110(5) : 402-415.
- WALT, G. (1994). *Health policy. An introduction to process and power*. Zed Books, London, 226 p.
- WHO/NUT/NCD/98.1.(1998). *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Report of a consultation on Obesity. Ginebra, 276 p.
- WHO/WHR (1995). *The World Health Report 1995*. Bridging the gap. www.who.int/whr/2001/archives/1995/
- WHO/WHR (1996). *The World Health Report 1996*. Fighting disease. Fostering development. www.who.int/whr/2001/archives/1996/

WHO/WHR (1997). *The World Health Report 1997*. Conquering suffering. Enriching humanity. www.who.int/whr/2001/archives/1997/

WHO/WHR (1998). *The World Health Report 1998*. Global health situation and trends 1955-2025. www.who.int/whr/2001/archives/1998/

WHO/WHR (1999). *The World Health Report 1999*. Making a difference. www.who.int/whr/2001/archives/1999/

WHO/WHR (2000). *The World Health Report 2000*. Meeting the challenges: Health systems development. www.who.int/whr/2001/archives/2000/

WHO/WHR (2001). *The World Health Report 2001*. Mental health: New understanding. New hope. www.who.int/whr/2001/