

# Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio



# Dilemas éticos de la salud pública

*Hernán Málaga, Norberto  
Dachs, Marisela Perdoma  
y Armando Güemes*

*Hernán Málaga*

Médico Veterinario con Master en Medicina Veterinaria Preventiva. Ex Representante de la Organización Panamericana de la Salud, Paraguay Colombia y Venezuela. (OPS/OMS).

*Norberto Dachs*

PhD. Consultor Regional del Programa de Políticas Públicas y Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C (OPS/OMS).

*Marisela Perdoma*

Médico Epidemióloga. Presidenta de la Fundación para el Desarrollo de la Epidemiología (FUNDEPI), Venezuela.

*Armando Güemes*

Médico. Consultor de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Paraguay (OPS/OMS).

# Dilemas éticos de la salud pública

*Hernán Málaga, Norberto  
Dachs, Marisela Perdoma  
y Armando Güemes*

---

---

## I. Introducción

La tecnología de punto y los recursos para la atención a los daños a la salud y sus determinantes se han concentrado en las grandes áreas urbanas y están disponibles para quien tiene capacidad de pago, lo que permite el mejor acceso a estos recursos olvidando que existen otros grupos poblacionales que necesitan la atención de aspectos más elementales como la salubridad, los alimentos, el agua, la vivienda, el trabajo, la instrucción; así como vacunaciones y asistencia sanitaria básica (Berlinger, G. 1994) constituyendo escenarios de injusticia que previamente deberán ser solucionados, como los encontrados en Perú, México y Argentina (Heysen, S. et al, 1986, Ministerio de Salud del Perú, 1999; Lozano, R. et al 1999; Verdejo, G. 1999), entre otros, ratificando los resultados encontrados en el resto del mundo (Kunst, A. et al 1994; Susser, M. 1993; Saracci, R 1978; Wagstatt, A. 2002) en los que la pobreza se asocia con mayor daño a la salud a lo largo de toda la vida, muriendo los pobres a edades más tempranas que los ricos, ensanchándose la brecha social entre los estratos extremos de los últimos 50 años (Cooper, Y. 2002).

Por este motivo, con el propósito de comprobar si existían inequidades en salud en Venezuela 1992, Colombia 1998, y Paraguay 2001, la OPS propició estudios para verificar la existencia de asociaciones entre las necesidades básicas insatisfechas a nivel municipal para el caso de Venezuela y Colombia, y los niveles de pobreza y/o riqueza en Paraguay, con indicadores de salud y acceso a servicios de salud (UCV, OPS, MSAS, 1993, DANE, OPS, 2000, DGEEC, OPS, ASDI, 2001)

## II. Metodología

Los estudios de Venezuela y Colombia correlacionaron las necesidades básicas insatisfechas —NBI— existentes en los municipios, en el caso de Venezuela del censo de 1981 y en Colombia del censo de 1993, con los indicadores de mortalidad de 1989 en Venezuela y de 1995 en Colombia. En Paraguay el estudio se hizo por encuesta de hogares, clasificándose éstos según sus niveles de pobreza y riqueza y caracterizándose sus indicadores y acceso a servicios de acuerdo a lo expresado por los encuestados.

Así por ejemplo, en Colombia se escogió el índice sintético de NBI como el mejor descriptor disponible para definir y evaluar las condiciones de la evolución de la pobreza con base en los componentes que lo conforman, a saber: (Muñoz, M. DANE, 1995)

- a) Hogares que habitan en viviendas inadecuadas: expresa las carencias habitacionales referentes a las condiciones físicas de las viviendas donde residen los hogares, diferenciándose las condiciones de las mismas según pertenezcan al área urbana o rural.
- b) Hogares que habitan en viviendas sin servicios públicos básicos.
- c) Hogares con hacinamiento crítico: hogares con más de tres personas por cuarto —incluye sala, comedor y dormitorios y excluye cocina, baño y garaje—.
- d) Hogares con inasistencia escolar: hogares con al menos un niño de 7 a 11 años, pariente del jefe, que no asiste a la escuela.
- e) Hogares con alta dependencia económica: hogares donde hay más de tres personas por ocupado, y en los cuales el jefe ha aprobado como máximo dos años de educación primaria.

Basta que un hogar cumpla con una de estas condiciones para que sea clasificado como pobre, al igual que sus miembros; si llegare a tener dos o más de estas, el hogar y sus miembros se consideran en situación de miseria.

Los municipios fueron organizados en orden descendente de acuerdo con su grado de NBI del total del municipio, con el fin de determinar el número óptimo de estratos o categorías, teniendo en cuenta el coeficiente de variación y la dispersión al interior de los estratos. Así, resultaron los siguientes estratos:

En Venezuela se siguió la misma metodología clasificándose los municipios en 10 estratos, siendo 10 el que tiene entre 90-100% de NBI y 1 el que tiene entre 0 y 10% —en sentido inverso a la clasificación colombiana—. Los NBI caracterizan la denominada pobreza estructural.

**Cuadro 1**  
**Colombia. Municipios y población, según estratos de**  
**NBI del municipio. 1995.**

<b>Estrato</b>	<b>Rango de HBI (%) corresp. al estrato</b>	<b>Nº Municipios</b>	<b>%</b>	<b>Población total 1995</b>	<b>%</b>
1	84 - 100	93	9	1.294.870	3
2	69 - 83	165	15	3.531.116	9
3	53 - 68	267	25	4.773.259	12
4	39 - 52	270	25	4.734.823	12
5	22 - 38	244	23	11.235.778	29
6	0 - 21	35	3	12.988.349	34
<b>Total</b>		<b>1.073</b>		<b>38.558.195</b>	

Fuente: DANE, Estadísticas Vitales y Evaluación Censal.

En Paraguay, de acuerdo con la encuesta integrada de hogares (1998) de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censo se estableció la línea de pobreza en G/mes/persona para el año 1999 (Cuadro 2) con lo que se obtiene la distribución de los quintiles de pobreza y riqueza en el país (Cuadro 3), considerándose pobres extremos aquellos que tienen ingresos inferiores al costo de una canasta básica de consumo de alimentos y pobres no extremos los que tienen ingresos mayores a una línea de pobreza extrema, pero inferiores al de una canasta básica de consumo total de alimentos y no alimentos; es decir, la línea de pobreza total. En consecuencia, serán «no pobres» los que tienen ingresos mayores a esta línea, caracterizándose así la pobreza individual<sup>3</sup>.

**Cuadro 2**  
**Línea de pobreza (G x mes x persona, 1999).**

<b>Domínio</b>	<b>Extrema</b>	<b>Total</b>
Asunción	105.995	235.359
Central Urbano	104.809	232.981
Resto urbano	79.549	145.412
Rural	54.745	87.269

### III. Resultados

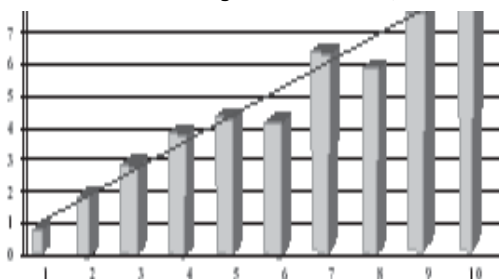
En Venezuela se encontró que la tasa de mortalidad infantil es dos veces y media más alta en las parroquias que tienen entre 90 y 100% de las Necesidades Básicas Insatisfechas —NBI— cuando se las compara con el grupo que tiene entre 0 y 10%. La tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles es tres veces superior en el grupo extremo y las tasas de mortalidad por causas perinatales seis veces mayor. La mortalidad por Tuberculosis es 8 veces más alta en los municipios con más de 90% de NBI en relación a los que tienen entre 0 y 10% (Gráfico 1). Prácticamente todos los casos de tétano neonatal registrados en los últimos años —previo al estudio— ocurrieron en municipios que tienen el 70% o más de población con NBI (Gráfico 2).

**Cuadro 3**  
**Paraguay: Población según nivel de pobreza, 1999 (%).**

Dominio geográfico de residencia	Pobre			No pobre	Total
	Extremo	No-Extremo	Sub-total		
Asunción	2,0	13,1	15,1	84,9	100,0
Central Urbano	2,4	27,9	30,4	69,6	100,0
Área Rural	11,0	17,7	28,7	71,3	100,0
<b>Total</b>	<b>15,5</b>	<b>18,2</b>	<b>33,7</b>	<b>66,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Quintiles</b>					
20% más pobre	77,5	22,5	100,0		100,0
20% siguiente		56,7	56,7	43,3	100,0
20% siguiente		12,0	12,0	88,0	100,0
20% siguiente		0,0	0,0	100,0	100,0
20% más rico		0,0	0,0	100,0	100,0
<b>Total</b>	<b>15,5</b>	<b>18,2</b>	<b>33,7</b>	<b>66,3</b>	<b>100,0</b>
<b>Idioma hablado en el hogar</b>					
Sólo Guaraní	25,9	20,0	45,9	54,1	100,0
Guaraní y castellano	3,4	16,1	19,5	80,5	100,0
Sólo castellano	1,9	15,1	17,0	83,0	100,0
Otro idioma	10,3	9,7	20,0	80,0	100,0
No habla	19,7	21,1	40,8	59,2	100,0
<b>Total</b>	<b>15,5</b>	<b>18,2</b>	<b>33,7</b>	<b>66,3</b>	<b>100,0</b>

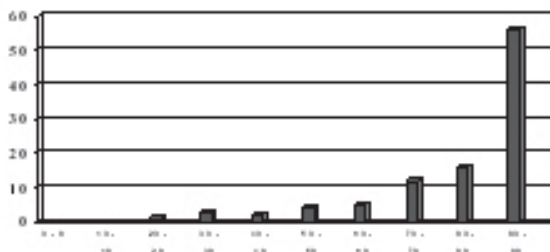
Fuente: Encuesta Integrada de Hogares 1997/98. DGEEC

**Gráfico 1**  
**Tasa de mortabilidad de tuberculosis por 100 mil habitantes según estrato de NBI, Venezuela.**



Fuente: MSAS, 1989

**Gráfico 2**  
**Incidencia de tétanos neonatal por 100 mil nacidos vivos según estratos de NBI, Venezuela.**



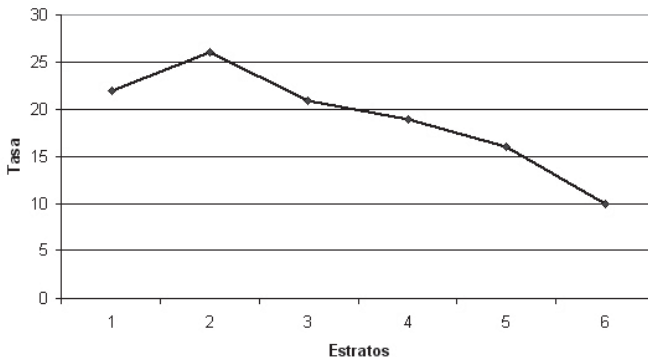
Fuente: MSAS, Ven 1990

También se encontró una correlación positiva entre la mortalidad proporcional no diagnosticada y NBI en todos los grupos de edad y en las 6 agrupaciones básicas en que se clasificaron las enfermedades (UCV, OPS, MSAS, 1993).

En Colombia, la mortalidad proporcional por diarreas varía entre el 10% en el estrato 6 contra el 25% en el estrato 2 y 22% en el estrato 1 (Gráfico 3). La mortalidad proporcional por desnutrición según el NBI varía entre un 2,5% en el estrato 6% a 13% en el estrato 1 (Gráfico 4), presentando una correlación positiva con el desarrollo en la mortalidad proporcional por accidente de tránsito en donde el estrato 1 representa el 4,2%, mientras que el estrato 6 constituye el 16,2% de las muertes. Estas disparidades también se observan en Tasas como la correlación positiva entre el nivel de desarrollo municipal y las muertes por arma de fuego (Gráfico 5) y con la mortalidad por SIDA (Gráfico 6). Sin embargo, es preocupante el hecho de que el porcentaje de defunciones debido a causa natural por estrato de NBI en municipio de residencia según sitio de la defunción es mucho más prevalente en instituciones de salud conforme el estrato sea más desarrollado y la distribución porcentual de la muerte natural por NBI del municipio con certificación médica, es mayor cuando la muerte ocurre en la cabecera del municipio que cuando ocurre en el resto del mismo, evidenciándose inequidades de acceso a servicios.

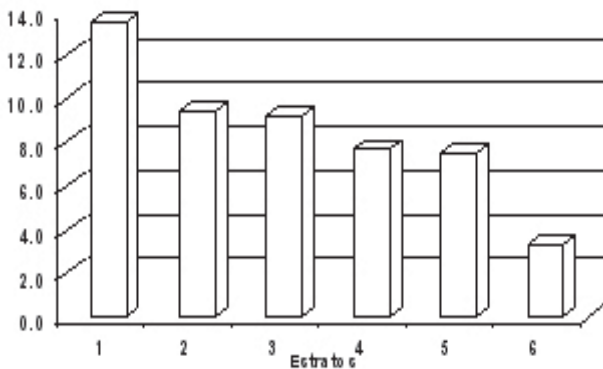
En Paraguay también se puede observar como la respuesta desde el Estado ante los problemas de salud ha sido inequitativa, lo que se evidencia con la correlación entre niveles de pobreza y el número de médicos por habitantes y profesionales de salud y número de camas del Ministerio de Salud (Cuadro 4), así como también con las coberturas de vacunación (Cuadro 5) las que se incrementan conforme se incrementa el nivel de riqueza. Este último es un indicador excelente de acceso a los servicios de salud, demostrando injusticia sanitaria en el modelo de salud vigente, entre otros interesantes hallazgos.

**Gráfico 3**  
**Mortalidad proporcional por Diarreas según NBI, Colombia 1995.**



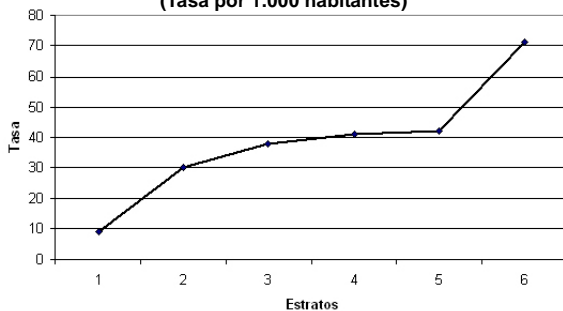
Fuente: DANE - Estadísticas vitales - 2ª Evaluación censal 1998

**Gráfico 4**  
Mortalidad proporcional por Desnutrición según NBI, Colombia 1995.



Fuente: DANE - Estadísticas vitales - 2ª Evaluación censal 1998.

**Gráfico 5**  
Tasa específica de mortalidad por arma de fuego por estratos de NBI del Municipio de Occurencia, Colombia 1995.  
(Tasa por 1.000 habitantes)



Fuente: DANE - Estadísticas vitales - 2ª Evaluación censal 1998.

**Cuadro 4**  
Paraguay: Profesionales de la salud y número de camas por 10 mil habitantes  
(Del MSP y BS) 1999 (%).

Quintiles	Números de Médicos	Números de Profesionales de la salud No médicos	Número de camas
20 % más pobre	1,6	0,7	6,1
20 % siguiente	2,7	1,0	7,1
20 % siguiente	3,6	1,3	7,8
20 % siguiente	4,8	1,6	8,7
20 % más rico	6,5	2,1	9,8
Total:	3,9	1,3	7,9

**Cuadro 5**  
**Paraguay: Niños menores de 5 años según tipo de vacuna poseída**  
**1997-1998 (%).**

Quintiles	Población < 5 años	BCG	Anti-sarampión	Anti-polio	Triplero DPT	BCG pero no Antisarampión	Con esquema completo de vacunación
20% más pobre	207.878	68,2	62,1	71,2	69,7	12,6	52,1
20% siguiente	178.966	76,1	68,5	76,7	75,5	16,5	55,7
20% siguiente	151.942	90,0	65,7	84,9	84,2	27,0	61,5
20% siguiente	110.625	92,5	74,3	87,8	87,2	19,4	71,5
20% más rico	91.451	94,5	76,3	92,6	91,9	19,5	73,9
Total:	740.862	81,5	68,0	80,5	79,4	18,3	60,5

#### IV. Discusión

Existe una evidente correlación positiva entre la pobreza estructural expresada por las necesidades básicas insatisfechas de los municipios con las denominadas enfermedades de la pobreza, a saber enfermedades transmisibles, desnutrición, tuberculosis, enfermedades diarreicas, etc., asociación que queda claramente evidenciada por la correlación con la mortalidad infantil y la mortalidad en general, por lo que se definen pueblos excluidos, caracterizándose áreas del país con indicadores de hace 50 años y otras con indicadores promedio que se esperarán alcanzar en un futuro. De ahí que es importante el que se traten de atender los mínimos esenciales para una vida decente (Rawls, J. 2002) y de esta forma poder dar oportunidad de vida (De Kadt, E. et al 1990), ya que los cuidados médicos nunca aplazarán el hambre, ni proporcionarán vivienda a quienes viven en chabolas, ni harán llegar el agua a quienes no la tienen (Ginawi, 1990). El ejemplo de la correlación negativa entre el desarrollo de la comunidad y las enfermedades diarreicas es explicado en Centroamérica, pues existe una relación inversa entre el acceso a agua potable y la mortalidad infantil; cuanto mayor es el acceso, menor es la mortalidad, sugiriéndose que un 1% de aumento en el acceso disminuye en 0,5 las muertes por 1.000 nacidos vivos (OPS, 1999). El combate a esta exclusión social debe realizarse interviniendo los municipios con altas necesidades básicas insatisfechas o bajo índice de desarrollo humano establecido por el PNUD (PNUD, IDCE, DGEEC, 2003) mediante la focalización de los proyectos de inversión social en busca de mayor justicia social.

De no realizarse la focalización, se podrían ampliar las brechas tal como ha ocurrido en la Reforma de Salud Colombiana al aplicarse la ley 100, ya que las Empresas Aseguradoras han seguido las reglas del mercado, dando como resultado un mayor aseguramiento de los pobres de las grandes ciudades, alcanzando una mayor cobertura de aseguramiento que los pobres de los municipios con alto porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, incrementándose la inequidad. (Cuadro 6) (Malaga, H. et al 2000).

Es también evidente la asociación que existe entre el menor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas y enfermedades relacionadas con factores de riesgo, los que inciden con mayor prevalencia en municipios desarrollados, corroborándose esto en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares, muertes violentas, etc., y si estos factores de

riesgo son comunes a un grupo de población podemos hablar de exclusión social. Si el factor de riesgo está definido por el individuo, hablamos de exclusión individual. Para atacar la exclusión individual debemos eliminar el riesgo individual cubriendo a todos los individuos en riesgo, así al vacunar a un individuo éste quedará inmunizado contra alguna enfermedad específica y si esta vacuna alcanza una alta cobertura en la comunidad habremos eliminado el riesgo colectivo, pudiendo eliminar la enfermedad, al haber conseguido inmunidad de masa (Fox, J. et al 1971), atacándose con ésta la exclusión social derivada de la asociación de menor protección social por aseguramiento en salud, cuando menor es el nivel de desarrollo municipal (Málaga, H. et al 2000 Supersalud Col., OPS, 2001) la correlación existente entre coberturas de inmunización y desarrollo de servicios a nivel municipal (Málaga, H., 1999, Muñoz, S. et al 2000), la mayor probabilidad de conseguir atención sanitaria en los grupos ricos que en los pobres (Makinen, M. et al 2000, DGEEC OPS, ASDI, 2001) y la asociación entre estratos de riqueza y coberturas de inmunización (DGEEC OPS, ASDI, 2001), corrigiéndose la injusticia sanitaria al eliminarse el riesgo individual y colectivo. Estas asociaciones explicadas en barreras geográficas, económicas, de idioma, etc., se acentúan por barreras educativas, ocurriendo brotes de enfermedades inmunoprevenibles en áreas urbano-marginales como los brotes de Difteria de Cali, Colombia (2000) y Asunción, Paraguay (2002-2003) ocurridas en niños y jóvenes no vacunados en su mayoría, existiendo vacuna suficiente en los servicios. Por otro lado, los procesos de reforma al cambiar los sistemas tradicionales de financiamiento y prestación y hacerse éstos privados acentúan las brechas, ya que las condiciones pre-existentes han pasado a ser causales de exclusión individual, y si no se toman las precauciones necesarias en el futuro, por ejemplo, el potencial creado por la información genética podría resultar en retrocesos de actuales y futuros avances (Bolis, M., 2001) al usarse como herramienta para una discriminación genética por parte de los aseguradores y hasta estigmatización (WHO, 2002). En este sentido, una enfermedad que no es prevenida ni tratada por motivos sociales —por pobreza o por la fuerza aplastante de una epidemia— y no por una elección personal —como el tabaquismo y otros comportamientos de alto riesgo de los adultos— tiene una repercusión particularmente negativa en la justicia social (Sen., A. 2002).

**Cuadro 6**  
**Desarrollo y acceso a servicios**  
**Régimen subsidiado por departamentos:**  
**Relación cobertura-población con NBI, Colombia 2000.**

HBI	Aseguramiento		Total
	> 60 %	< 60 %	
< 37,6%	6	7	13
> 37,6%	3	20	23
Total:	9	27	36

Fuente: Supersalud, Colombia OPS, 2001.

Por estas razones, cuando se interviene la exclusión social se focaliza asignando diferentes recursos para diferentes niveles de necesidad, y en la exclusión individual se asignan recursos iguales o equivalentes para igual necesidad (OPS, 1999).

Cabe destacar la diferencia de estos resultados, con lo que sucede en las grandes ciudades donde las enfermedades de la pobreza del desarrollo y las sociales (DANIDA, WHO, 1989) afectan más a los pobres urbano-marginales, tal como lo evidencian los estudios hechos en Barquisimeto, Venezuela, en donde se encuentra una correlación entre condiciones de vida caracterizado por pobreza estructural —menor nivel de educación, desempleo, mala calidad de vivienda, desnutrición, falta de agua potable, bajos ingresos, etc.— y los perfiles de mortalidad infantil y bajo peso al nacer (Ludewig, E. et al 1993) y los estudios hechos por Londoño en Medellín en donde se evidencia que estos tres tipos de enfermedades afectan más a los grupos de los estratos más pobres (Londoño, L. et al 1999), a diferencia de nuestros estudios en los que en los municipios más pobres predominan sólo las enfermedades de la pobreza, ya que las enfermedades del desarrollo y las sociales son más prevalentes en las urbes, por ser en las áreas rurales los factores de riesgo para estos problemas muy escasos. Así por ejemplo, la violencia, que constituye el primer problema de salud pública en Colombia, tiene una tasa de homicidios de 111/100.000 en los varones y de 8/100.000 en las mujeres, no detectándose una correlación entre pobreza y violencia, puesto que uno de los departamentos más pobres de Colombia como es el Chocó, tiene la menor tasa de homicidios 8/100.000, mientras que Antioquia, uno de los departamentos más desarrollados la tiene en 179/100.000. Sin embargo, en Cali, urbe metropolitana, se observa que gran parte de los muertos por violencia provienen de los estratos uno y dos más pobres (Guerrero, R. 1998).

Esta asociación con el desarrollo se explica en Sao Paulo, Brasil, con la razón P90/P20, la que es la relación entre la cantidad de dinero que el 10% más rico de la población tiene para cada Real (R\$ 1.00) del 20% más pobre, relación que se incrementa con el tamaño de la población, pasando de 17,7 con una tasa de homicidios en el Estado de 6,96 x 100.000 a 413,94 con una tasa de 55,5 x 100.000 habitantes, significando esto que la brecha entre ricos y pobres es mayor conforme se incrementa el tamaño de la ciudad, lo que genera violencia estructural (Barradas, R. 2002), sugiriéndose el combate a la miseria como meta para reducir la violencia (Conselho Nacional de Saude, 2002). La asociación entre desarrollo y mortalidad por SIDA en Colombia, refleja una epidemia que aún se disemina en grandes ciudades, significando que aún no se ha ruralizado, por movimientos migratorios del campo a la ciudad, con retornos temporales al campo, como en el África, llegando así a pequeñas ciudades las que ha conseguido afectar social y económicamente.

De estos estudios se puede concluir que es evidente que existe una asociación entre condiciones de vida y salud manifiesta por las grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y muerte, de acuerdo a la oportunidad de vida de las poblaciones, correspondiendo a su postergación con disparidades en los determinantes de salud y con riesgos colectivos eliminables o reducibles, denominándose esto inequidad social o exclusión social, caracterizándose dos tipos: las inequidades en salud producto de las

diferencias en las condiciones de vida derivadas de la falta de justicia social y las inequidades en el acceso a los servicios de salud, y dentro de estas el acceso a los servicios de alta calidad, determinadas por la mala distribución de respuestas a las necesidades de asistencia sanitaria, derivadas a su vez de la falta de justicia sanitaria (Málaga, H. et al 2000).

Es necesario en salud reconocer las dos inequidades ya que la disparidad social y su efecto en salud persiste, aún cuando los servicios de salud se distribuyen en forma equitativa, debiéndose solucionar la injusticia en razón que la sociedad debe alcanzar el máximo de salud en sus miembros, buscar la política de igualdad entre sus clases y maximizar la salud en el estrato más pobre (Marchan, E. et al 1998) con el propósito de reducir y/o eliminar los factores evitables y por lo tanto injustos que determinan la inequidad. Esto no es equivalente a que se limite la atención a los ricos, debiéndose proporcionar a ambos la misma probabilidad de obtener la curación a través de un mecanismo probabilística. (Sen, A. 2002).

## **V. Conclusiones**

1. Existe una correlación positiva entre la mayor pobreza estructural y las enfermedades de la pobreza, definiéndose pueblos excluidos por lo que se deben atender los mínimos esenciales primariamente en estas poblaciones.
2. Existe una correlación positiva entre factores de riesgo y menor porcentaje de NBI los que inciden con mayor prevalencia en los municipios desarrollados.
3. Existe una correlación negativa entre pobreza coyuntural y justicia Social y Sanitaria.
4. Se debe combatir la Disparidad Social, ya que su efecto en Salud persiste aun cuando los Servicios de Salud se distribuyen en forma equitativa.
5. Para combatir la Exclusión Social se debe focalizar primariamente por pobreza estructural y luego por pobreza coyuntural.

## **Bibliografía**

- Berlinger, G. (1994) *La enfermedad*. Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, 138 pp.
- Heysen, S., Musgrave, P. (1986) *Esperanza de Vida y su Relación con los Ingresos: Agua Potable y Consultas Médicas en el Perú*, Boletín OPS 100(1); pp. 33-46
- Ministerio de Salud, Perú (1999), *Bases para el Análisis de la Situación de Salud*.
- Lozano, R., Zurita, B., Franco, F., Ramírez, T., Torres, J.J., Hernández, P. (1999) *Health Inequalities in Mexican Countries: 1990-1996*. In: *Health Equity Consultation Summary, Current Activities and Future Directions in Health Equity*, June 23-24, 1999. The Rockefeller Foundation, Arlington, Va.
- Verdejo, G., Bortman, M. (1999). *Argentina: Health Situation Analysis and Trends, 1986-1996*. The XV International Scientific Meeting of the International Epidemiological Association, Florence, Italy, Abstract Book, Vol. II; 44 pp.
- Kunst, A., Mackenback, J. (1994) *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*, WHO/EURO PD 416, Copenhagen, 1215 pp.
- Susser, M. (1993) *Health as Human Right: An Epidemiologist Perspective of the Public Health*, *Am J. of Pub. H.*, 83(3); 418-426 pp.
- Saracci, R. (1978) *Epidemiological Strategies and Environmental Factors*, In. *Journal of Epidemiology*, 7(2); 131-138 pp.
- Wagstaff, A. (2002) *Poverty and Health Sector Inequalities*. *Bulletin of WHO* 80(2): 97-105 pp.
- Cooper, Y. (2002) *Remove the Link between Wealth and Health*. Independent Digital (UK) Ltd. 3 pp.
- UCV, OPS, MSAS (1993) *Perfiles de Mortalidad según Condiciones de Vida: Experiencia en Venezuela*, Boletín Epidemiológico OPS 14(3); pp. 11-14
- DANE, OPS (2000) *La Mortalidad en Colombia según Condiciones de Vida*, Estudios Censales N° 16, Santa Fé de Bogotá, Colombia, 123 pp.
- DGEEC, OPS, ASDI (2001) *Exclusión de la Protección Social en Salud en Paraguay*, 79 pp.
- Muñoz, M., DANE. Boletín de Estadística N° 507/junio de 1995: *Los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI)* Pág. 177
- Rawls, J. (2002) *La Justicia como Equidad. Una reformulación*. Ed. Paidós, Barcelona, España 287 pp.
- De Kadt, E., Tasca, R. (1993) *Promover la Equidad, un nuevo enfoque desde el sector salud*, OPS/OMS, Programa de Políticas de Salud, Div. de Salud y Desarrollo, Washington, D.C., 102 pp.
- Ginawi, Y. (1990) *Atención Primaria en Salud – Qué queda aún por hacer?* *Foro Mundial de la Salud* 11:365-371
- OPS (1999) *Información para la Salud: Informe Anual del Director, 1998*. Doc. Oficial N° 293, Washington, D.C. 130 pp

PNUD, IDCE, DGEEC (2003) Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, Paraguay 2003. PNUD, Paraguay 185 pp.

Fox, J., Elveback, L., Scout, W., Gatewood, L, Ackerman, E. (1971) Herd Immunity: Basic Concept and Relevance to Public Health Immunization Practices. *Am. J. of Epid.* 94(3): 179-189 pp.

Málaga, H., La Torre, M.C., Cárdenas, J., Montiel, H., Sampson, C., Taborda, M.C., Granados, R., Pastor, D., (2000) Equidad y Reforma en Salud en Colombia. *Rev. Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia*, 2(3): 193-219 pp.

Supersalud Colombia, OPS (2001) Indicadores de Cobertura 2000, Régimen Subsidiado. Serie Estadística N° 3, Bogotá, Trazo Publicaciones Ltda., 169 pp.

Málaga, H. (1999) Perspectivas de la Epidemiología en la Reforma de la Seguridad Social. *Rev. de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia* 1(2): 128-136 pp.

Muñoz, S., Pastor, D. (2000) Cobertura de Vacunación, boletín especial del PAI, OPS, Minsalud, Colombia, INS 7 pp.

Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitran, R., Gilson, L., McIntyre, D., Pannarunothai, S., Prieto, A.L., Ubilla, G., Ram, S. (2000) Inequalities in Health Care Use and Expenditures: empirical data for eight developing countries and countries in transition. *Bull of WHO* 78(1): 55-65 pp.

Bolis, M. (2001) Marco Jurídico del Genoma Humano en las Instituciones Nacionales de Salud in Muñoz de Alba Medrano, Marcia, reflexiones en torno al derecho genómico, Biblioteca Jurídica Virtual, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, D.F., 16 pp.

WHO. The Advisory Comité on Health Research (1992) in i. (Ethical Sigues en Genetic Research, Screening and Testing with Particular Reference to Developing Countries, 147-173 pp.

Sen, A. (2002) Por qué la equidad en Salud? *Rev. Pan. S.P.* 11(5-6): 302-9 pp.

OPS (1999) Principios y conceptos básicos de equidad y salud. *Salud y Desarrollo Humano*, Washington, m D.C. 14 pp.

Danish Int. Dev. Agency, WHO (1989) Training Workshop on Health System Reorientation in urban areas to reach the underserved. *WHO/SHS/NHP/89.4*, 71 pp.

Ludewing, C., Finizola, B., Gil, M., Rivera, E., Ugel, E., Zeeman, P. Propuesta para el Análisis de la Situación según Condiciones de Vida de la Población para el Apoyo a la Gestión en niveles Locales. IV Reunión Científica Nacional de Epidemiología, San Cristóbal, Venezuela.

Londoño, J.L., Grisales, H., Fernández, S., Agudelo, B., Sánchez, J. (1999) Años potenciales de vida perdidos por la población de Medellín 1994-1996. *Facultad Nacinal de Salud Pública «Hector Abad Gómez, Medellín*, 28 pp.

Guerrero, R. (1998) La violencia como problema de salud pública en la Región de las Américas. El caso Colombia in *Memorias Prevención de la Violencia: una oportunidad para los medios*, OPS/OMS, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación FES, Inst. for Mental Health Initiatives, Asoc. Col. De Actores, Directores y Dramaturgos: 41-49 pp.

Barradas, R. (2002) Violencia Urbana e Saúde Pública. *Rev. da Saúde* 3(3): 22-24 pp.

Conselho Nacional de Saude (2002) Control Social. Pacto para superar la violencia. *Rev. da Saúde* 3(3): 27-30 pp.

Marchand, S., Wikler, D., Landesman, B. (1998) Class, Health and Justice. *The Milbank Quarterly* 76(3): 449-467 pp.

Sen, A. (2002) ¿Porqué la Equidad en Salud? *Rev. Pan. S.P.* 11(5-6): 302-309 pp.