

La salud: una inversión más justa¹

MERY CONSTANZA GARCÍA V.²

INTRODUCCIÓN

Durante la semana del 5 al 10 de julio en París, la UIPES³ y el CFES⁴, organizaron la XVII Congreso Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud; a ella asistieron aproximadamente dos mil personas provenientes de 167 países de todos los continentes. América Latina estuvo presente con la participación de delegados de Panamá, Venezuela, Colombia, Brasil, Perú, Ecuador, Chile y Argentina.

El Congreso fue convocado con el lema: *La salud una inversión más justa*, alrededor de esta idea se profundizaron cuatro temas centrales, los cuales se constituyeron en las sesiones plenarias y en los debates, ellos son:

1. La dimensión ética en la promoción de la salud.
2. Defensa pública de la salud.
3. Consolidar las alianzas.
4. Pruebas de eficacia y evidencias en promoción de la salud.

También se desarrollaron comunicaciones orales, afiches y talleres con una gran variedad de temas relacionados con la salud, entre los cuales están: medio ambiente, agua, agricultura saludable, nutrición, actividad física, escuelas saludables, salud mental en la escuela, salud bucodental, educación al paciente, tabaquismo y alcohol, toxicomanías, prevención de accidentes, prevención de enfermedades contagiosas –con énfasis en SIDA–, investigación sobre comportamientos de salud, nivel de conocimientos en salud, cualificación profesional, formación de profesionales en salud, pruebas

de eficacia en promoción de la salud, etnocentrismo, inmigrantes y refugiados, salud y paz, equidad, poblaciones indígenas, pobreza, defensa de la salud pública, papel de los medios de comunicación, trabajo en red, entre muchas otras.

Esa inmensa variedad de temas es un buen indicador del amplio campo de acción que ocupa la promoción, la prevención y la educación en salud.

Con los temas centrales se hizo un llamado de atención al mundo sobre la necesidad de trabajar en defensa de la salud pública, la necesidad de unir esfuerzos, hacer alianzas e investigaciones y trabajar la ética en el campo de la salud. Todo esto en razón a la amenaza a que está siendo sometida la salud pública a nivel mundial por los procesos de globalización y neoliberalismo, los cuales son una amenaza en tanto que permean la naturaleza y la ética de salud pública, al convertirla en una mercancía.

Otro aspecto que se tocó en dicho Congreso fueron las propuestas de resoluciones. Se sometieron a

¹ Este documento presenta los temas centrales presentados en el XVII Congreso Mundial de Promoción de la Salud y Educación en Salud realizado en París, Francia, entre el 15 y el 20 de julio de 2001.

² Enfermera, especialista en Administración Pública, magister en Administración y Planificación del Desarrollo Regional, Profesor asistente, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia,

³ La UIPES es la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, creada en París en 1951, es una organización mundial no gubernamental cuya misión es promover la salud mundial. Colabora con la OMES, la UNESCO y la UNICEF.

⁴ CFES o Comité Francés de Educación para la Salud.

consideración cuatro, una de las cuales fue iniciativa de Colombia, con respaldo de Puerto Rico, España, Argentina, Panamá, Venezuela, Brasil, Chile, Canadá y Estados Unidos. Esta resolución consistió en hacer un pronunciamiento de *rechazo a las fumigaciones aéreas con glyfosato en desarrollo del Plan Colombia por su impacto negativo a la salud pública y al medio ambiente*⁵. Esta resolución fue aprobada por la Asamblea General y actualmente aparece en las publicaciones de la UIPES.

A continuación se presenta un resumen de los temas centrales.

TEMAS CENTRALES DEL CONGRESO

Como se indicó los temas centrales fueron: 1. La dimensión ética en la promoción de la salud; 2. La defensa de la salud pública; 3. La necesidad de consolidar alianzas y 4. Las pruebas de eficacia y evidencias en promoción de la salud.

La dimensión ética en la promoción de la salud

El tema de la ética en salud pública es un tema muy amplio para abordar, sin embargo, se destacaron las siguientes ideas y reflexiones:

La moral que ejercen los Estados en su papel de protectores de la salud pública

Se debatió que existe una tendencia muy fuerte en las instituciones responsables del manejo de las políticas y los programas de salud de utilizar estrategias que se caracterizan por hacer imposiciones o prohibiciones a los ciudadanos, generando en ellos culpas y decretando penalidades, amparados en su papel de protectores de la salud pública. Un ejemplo claro, es la prohibición de fumar en ciertos lugares y una sanción correspondiente en caso de violación.

La reflexión se presentó en dos sentidos: uno, esas políticas y estrategias, ¿acaso no riñen con los principios de libertad y autonomía de los ciudadanos?

El segundo fue acerca de cómo los Estados tienen una moral perversa, cuando a la vez que prohíben, están financiando la salud con recursos provenientes de empresas de tabaco y alcohol.

Esas reflexiones dejaron entrever, además, que los Estados han ejercido y ejercen autoritarismo en nombre de la salud pública y, que ello –en términos de moral–, induce a tratar y estimular ciudadanos heterónomos.

La televisión, la radio, el periódico, los afiches y demás, son los medios favoritos con los cuales el Estado logra transmitir esos mensajes: ciudadanos tontos, pecadores e infantiles.

La moral del Estado también fue cuestionada en su comportamiento con los organismos nacionales e internacionales de salud y con las grandes industrias, –causantes de riesgo para la salud debido al proceso de producción–.

La cuestión se presentó con respecto a situaciones en las cuales el Estado tiene que tomar una decisión en la que, o defiende la salud de los ciudadanos y colectivos, o por el contrario beneficia las industrias y grandes empresas que atentan contra la salud.

Se mostraron varios casos de demandas de ciudadanos contra grandes empresas por el daño que ellas causaron a su salud. Las empresas actuaron presionando al Estado para eliminar barreras y normas de protección a la salud que afectaban sus intereses. En varios casos se demostró que el Estado tiende a favorecer a las empresas e industrias, porque estas hacen mucha presión y al final ejercen poder sobre el mismo.

También se criticó el débil papel que juegan los organismos internacionales –como la OMS, y la OPS– en la protección de la salud pública de la comunidad.

Como propuestas finales se dejaron algunas ideas, entre las cuales se destacan:

a. El principio de *protección* de salud pública que le compete al Estado, a las organizaciones, a las empresas y al comportamiento de los ciudadanos, debe entenderse y asociarse con el de *responsabilidad* y subsecuentemente con el de *solidaridad*.

⁵ Esta resolución se puede consultar en la página web y en la revista de la UIPES del 2002.

b. El Estado es altamente responsable de las políticas públicas en defensa de la protección de la salud pública de sus ciudadanos y colectivos, por eso debe asumir su papel y no dejárselo al sector privado.

c. La política de Estado debe cambiar su rumbo dejando de ser tan impositiva, punitiva y paternalista y, en su lugar, fortalecer procesos de solidaridad colectiva y de responsabilidad compartida.

d. El papel de la educación en salud es necesario para lograr que los ciudadanos tengan un alto nivel de información y formación.

Los derechos humanos y los derechos colectivos, como componentes esenciales de la ética en salud

Otro tema de la ética fue el relacionado con los derechos humanos individuales y colectivos.

Se hizo énfasis en que la ética en salud exige abordar el tema de la defensa y protección de los derechos humanos que cada día son más vulnerados. Se insistió en la necesidad de incluir temas y prácticas de salud relacionados con la protección de los derechos humanos, y en la importancia de incluir esos temas en la formación del recurso humano en salud.

El Estado también fue motivo de análisis en su papel frente a los derechos individuales y colectivos en la salud. En esta reflexión hubo una inclinación por asociar la salud pública como un derecho colectivo, por tanto, el Estado debe asumir y facilitar los medios para proteger ese derecho.

Las reformas de los sistemas de salud, mediante la privatización de la salud, conduce a una reflexión ética

Se analizó que las reformas de salud desarrolladas en América Latina y África están basadas en los componentes ideológicos de la economía neoliberal.

El cambio esencial en las reformas neoliberales es concebir la salud como una mercancía, la cual entra en la lógica de mercado y por ende tendrá la regulación que este le imponga. Este cambio es estructural, por cuanto si la salud es una mercancía, también lo será la enfermedad y la vida de las per-

sonas. Mercancías que como todas ellas, tendrán diferentes precios, calidades, oferentes, demandantes y demás.

El cuestionamiento ético tiene que ver con:

a. La libertad y la universalidad de acceder a ese bien serán restringidas, particularmente en países donde la mayoría de la población es pobre y carece de recursos.

b. El hecho de aceptar que la salud, la enfermedad y la vida son mercancías riñe con la concepción de salud y vida como derecho fundamental.

c. La política social de corte neoliberal basada en la focalización y el subsidio, tiene implícita una ética y es la aceptación de que hay *exclusión de los pobres en el mercado*, los cuales no tendrían derecho a consumir por si mismos la mercancía “salud-enfermedad” y sería el Estado quien le proporcionaría a través de intermediarios privados ese bien, imponiéndole las condiciones de calidad y cobertura. Condiciones que dependen de los recursos escasos y de la capacidad de gestión de las instituciones que administren o presen esos servicios. El hecho de aceptar exclusiones a un alto porcentaje de población pobre, va en contra de los principios de libertad, igualdad, solidaridad, universalidad y autonomía.

Esas reflexiones dejaron otros interrogantes frente al papel del Estado, en tanto este se comporta como regulador del mercado y/o, protector/facilitador del acceso universal a la salud.

Otro análisis tuvo que ver con las implicaciones de las reformas privatizadoras de los sistemas de salud con respecto al ejercicio de los derechos individuales y colectivos y cuál es el papel del Estado.



Aviso comercial en *El Bodegón*, 1925.

Se dijo que las reformas de la salud de corte neoliberal están imponiendo sistemas de aseguramiento que privilegian el aseguramiento individual, en desmedro de la salud pública –como derecho colectivo–. Esta posición merece un análisis ético del comportamiento del Estado, puesto que este tiene la responsabilidad de proteger la salud de los colectivos por encima de los intereses individuales.

El debate se planteó alrededor de:

¿Cuál es la ética del Estado, en la cual privilegia las reformas de privatización de la salud, a través del aseguramiento individual y descuida la salud pública –colectivos–?

¿Cuál es la responsabilidad del Estado en la destinación, control, uso de los recursos públicos de salud, que pasan a ser administrados por las entidades privadas?

¿Quiénes se están beneficiando y a quién se protege con estos nuevos modelos de reformas de la salud, entidades privadas?, ¿la población?

¿Se está imponiendo una nueva ética de la responsabilidad de los Estados en las políticas públicas de salud que promulgan la privatización?

Finalmente, se llamó la atención en la necesidad de revisar, analizar y reflexionar acerca de incluir el tema de la ética en todo lo relacionado con salud: en las políticas públicas, en la formación de recurso humano y en las prácticas, por cuanto existe una gran amenaza con los procesos de globalización y neoliberalismo.

La defensa de la salud pública

En términos generales se observaron dos tendencias acerca de cómo defender la salud. Esas tendencias señalan los intereses y problemas de los países desarrollados y no desarrollados.

Una tendencia fue la necesidad de *defender la salud de los ciudadanos* frente a los problemas de salud pública que afectan un alto porcentaje de la población como el tabaquismo, el alcoholismo y las toxicomanías. Este enfoque fue notorio para los países desarrollados.

La otra tendencia consistió en asociar la defensa de la salud pública en íntima relación con la política

social, puesto que se analizó que los problemas de salud pública de mayor relevancia que aquejan a la población pobre continúan siendo las epidemias, la desnutrición, la EDA y la IRA, las cuales son causadas en gran parte por situaciones estructurales de pobreza, de inequidad y de fragilidad de los Estados en sus políticas públicas. Por eso, las acciones de salud pública no podrán ser exitosas si no se trabajan esas causas. Esta tendencia fue notoria para los países no desarrollados, en particular los de África y América Latina.

De lo anterior se deriva que las políticas y la defensa de la salud pública es diferente según sea el enfoque.

En el primer enfoque, los trabajos y las experiencias se orientaban a presentar casos de demandas de ciudadanos los cuales lograron demostrar que su enfermedad fue causada por un agente de origen industrial; por tanto, su defensa era individual. Se dijo que si los ciudadanos aprenden sus derechos podrán hacer más demandas y de esta manera se ejercerá presión sobre las empresas y los Estados, quienes deben asumir costos en caso de generar factores de riesgo. Un caso que ilustra este enfoque fue la demanda que hizo un fumador crónico contra una fábrica de tabaco, por un cáncer de pulmón que adquirió al fumar durante su vida esa equis marca de cigarrillo. La demanda tuvo éxito y el paciente fue indemnizado.

El segundo enfoque se analizó en dos sentidos:

Primero, aceptar que la problemática de salud pública tiene una íntima relación con la pobreza, inequidad, violencia y saneamiento básico. Por eso existen y se recrudecen las epidemias, las enfermedades infecciosas como la IRA, EDA y la desnutrición.

El segundo análisis tuvo que ver con las respuestas equivocadas en las políticas estatales frente a esa problemática, en tanto que las reformas de los sistemas de salud, especialmente en países africanos y latinoamericanos, responden más a las presiones de los organismos que representan la internacionalización de la economía, como el Banco Mundial y el FMI, que a solucionar la verdadera problemática de salud pública.

De esta problemática se denunciaron casos en los cuales hay poco o nulo acceso de poblaciones indígenas, negras y, en general, de población con dificultades geográficas, económicas y culturales para acceder a los sistemas de aseguramiento impuestos con esas reformas. También hubo denuncias de corrupción en medicamentos y en los recursos públicos destinados a la salud por parte de las entidades privadas que las administran.

Finalmente, se hizo una fuerte denuncia de la globalización y del neoliberalismo sobre los efectos adversos en la política social de los países donde hay mayores niveles de inequidad y de pobreza, cuyos Estados y democracias son muy débiles.

Para el sector de la salud, la globalización y el neoliberalismo son una gran amenaza puesto que existe un alto porcentaje de población pobre desprotegida de la seguridad social, ya sea por desempleo, por la multiplicidad de trámites que le exigen para demostrar su pobreza y por la debilidad e ineficiencia del Estado.

La defensa de la salud pública se presentó con los siguientes énfasis:

1. Defender la salud por los posibles daños de agentes industriales. Esto presume, en primera instancia, que los ciudadanos estén bien informados, que tengan conocimiento de los riesgos e impactos y que los acepten como factores de riesgo para su salud. Por el lado de la industria, implica tener conocimiento y asumir responsabilidades frente a los riesgos que causa en la salud de los ciudadanos y al medio ambiente.

Frente a esta situación, hubo pronunciamientos incitando a hacer todo tipo de denuncias y presiones públicas para obligar a las empresas a reparar los daños y hacer correctivos. Si prosperan esas denuncias, se pueden crear corrientes de opinión en defensa de la salud pública.

De igual manera, esas presiones deben hacerse públicas para obligar al Estado a asumir la defensa de la salud de los ciudadanos frente a las grandes industrias.

2. Defender la salud pública atendiendo la problemática social y trabajar en contra de las reformas privatizadoras, rechazar la intromisión de los orga-



Los bebedores, de Van Gogh.

nismos de mundialización de la economía en las políticas públicas de salud. Asimismo, se propuso que es imposible que el sector salud trabaje aislado de los demás sectores, puesto que no podrá mejorar la salud pública si no se mejoran las condiciones de empleo, medio ambiente, vivienda, alimentación y, en general, todo lo que conforma la pobreza y la inequidad.

Por último se propuso que es importante realizar varias actividades en defensa de la salud pública, entre las cuales se mencionaron:

- Seguir con las demandas y las defensas de casos para que se pueda lograr conciencia ciudadana acerca de la necesidad de defender su salud y presionar a las industrias y al Estado frente a la responsabilidad de proteger la salud pública.
- Que el Estado intervenga con políticas públicas, que presione a las industrias y demás productores de riesgos y sea un aliado de la ciudadanía en la protección de la salud.
- Trabajar en alianzas de ciudadanos y organizaciones para rechazar la privatización de la salud pública.
- Trabajar y hacer todo tipo de alianzas entre organizaciones públicas y privadas que trabajen en defensa de la salud pública.
- Hacer alianzas con los medios de comunicación y facilitar la información para que difundan las demandas que prosperen.

- Hacer movilizaciones nacionales e internacionales de apoyo a las defensas individuales y en rechazo a las reformas neoliberales en los sistemas de salud.

- Impulsar prácticas médicas dirigidas a la protección de la salud y descentrar el modelo de salud basado en el tratamiento y la curación.

Para lograr una defensa real de la salud pública es necesario trabajar aspectos que conduzcan a lograr: persistencia, organización, opinión, movilización ciudadana y recursos financieros.

También se dijo que es importante hacer promoción de la salud en los diferentes entornos como la casa, el trabajo, el colegio, el barrio, en las organizaciones, etc.

Consolidar las alianzas

Como se mencionó en el punto anterior, las alianzas se constituyen en un punto central para defender la salud pública.

Se presentaron diferentes trabajos en los cuales se hicieron alianzas, entre las cuales se resalta la ejecución de programas educativos, materno infantiles y con escolares –México–. Este tipo de alianzas muestra la necesidad de trabajar de manera intersectorial. Estas alianzas generan integración de funciones, racionalidad de recursos y amplia cobertura.

Otros trabajos mostraron alianzas entre el Estado, ONGs y entidades académicas –universitarias– para realizar programas de salud con población de inmigrantes –EE. UU–.

El mensaje central es que las alianzas constituyen un punto estratégico para defender la salud pública. También se aceptó que es imposible fortalecer y proteger la salud pública en la dimensión que le corresponde, si se continúa bajo la tutela unisectorial-unidisciplinar.

Se impulsaron dos ideas para defender la salud pública:

1. Realizar alianzas entre sectores, con la comunidad, con la academia, con las ONGs, con los políticos, con sindicatos, con los profesores y estu-

tes. Es vital establecer todo tipo de alianzas y redes de apoyo.

2. Utilizar todos los medios de comunicación y lograr que ellos se constituyan en aliados en pro de la salud.

Las pruebas de eficacia y evidencias en promoción de la salud

El concepto de evidencia tuvo dos acepciones; una primera asociada a la investigación tipo método científico donde cobran importancia los datos, las cifras, la estadística, las hipótesis, entre otras.

La segunda acepción se relacionó con asumir la evidencia en salud pública como aquellas condiciones sociales que la realidad muestra de manera contundente como son la pobreza, el desempleo, la insalubridad, la falta de servicios públicos, el deterioro ambiental, la intervención extranjera en políticas de salud, entre otras.

Las dos acepciones marcaron las diferencias de posiciones de los países desarrollados frente a los no desarrollados, éstos últimos se inclinaron por el enfoque de la evidencia, basados en la realidad social.

Los dos enfoques proponen, según su visión, realizar evidencias en correspondencia con sus planteamientos; por eso, en el primer caso, se insiste en realizar investigaciones en las cuales se tengan datos confiables, se realicen seguimientos, se muestren y analicen estadísticas. Este enfoque resalta la necesidad de mostrar evidencias utilizando el método científico.

En el segundo caso, se insiste en la necesidad de abordar las evidencias no solamente con investigaciones tipo método científico, sino mostrando y denunciando los problemas reales de pobreza, inequidad, presión e intromisión extranjera en las políticas, en tanto que ellas se constituyen en evidencias reales y contundentes que no necesitan ser demostradas por ningún método.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

Avances en Enfermería es una publicación semestral de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, establecido en mayo de 1982, que publica contribuciones originales relacionadas con la Enfermería en cualquiera de sus campos de desempeño, sus aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones, y su contribución al desarrollo de los sistemas de salud.

Avances en Enfermería publica sólo artículos inéditos, es decir, documentos que no han sido publicados anteriormente en otros formatos (electrónico o impreso) y no están siendo sometidos a consideración de otras publicaciones o medios.

CATEGORÍAS DE LOS ARTÍCULOS

- **Artículo de investigación.** Es el documento en el cual se presentan resultados originales derivados de investigación científica y/o desarrollo tecnológico. Debe contar con cuatro componentes, como mínimo: introducción, metodología, resultados y conclusiones.
- **Artículo de revisión.** Su finalidad es revisar y examinar ampliamente la bibliografía anterior y situarla en cierta perspectiva, presentando tendencias y avances. Implica una rigurosa y amplia revisión bibliográfica.
- **Artículo de reflexión.** Presenta los resultados de una investigación a partir de la cual el autor analiza, interpreta o hace un abordaje crítico sobre el tema, haciendo uso de fuentes originales.
- **Ponencia.** Trabajo presentado en eventos académicos (congresos, coloquios, simposios, seminarios y otros), que es contribución original y actual en el dominio de la publicación de la revista.
- **Artículo corto.** Muestra resultados parciales de una investigación científica o tecnológica que por sus características e importancia, requiere una pronta difusión.
- **Reporte de caso.** Presenta las experiencias técnicas y metodológicas recogidas en un caso específico y sus resultados. Incorpora además una revisión bibliográfica de casos similares.
- **Revisión de tema.** Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS ARTÍCULOS

El material suministrado a consideración del Comité Editorial debe cumplir con los siguientes criterios:

- **Claridad y precisión en la escritura.** La redacción del documento debe proporcionar coherencia al contenido y claridad al lector.
- **Originalidad.** El documento debe ser original, es decir, producido directamente por su autor, sin imitación de otros documentos.
- **Objetividad y validez.** Las afirmaciones presentadas deben basarse en datos e información válida con sustento científico.

- **Importancia y aportes al conocimiento.** El documento hace aportes interesantes al estado del arte del objeto de estudio.

Los anteriores son los criterios básicos considerados al evaluar la elegibilidad de los documentos.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

El autor de un artículo debe proveer su dirección, teléfono, fax, e-mail. Si el artículo es escrito por varios autores, debe identificarse la contribución de cada autor al trabajo presentado.

Para el caso de los informes de investigación, el investigador principal asumirá la responsabilidad sobre la integridad y confiabilidad de los datos acopiados. Si la autoría de un artículo es grupal, se debe designar uno o más autores para que asuman la responsabilidad en nombre del grupo. En este caso, los otros miembros no son autores, y se listan en los reconocimientos.

Al presentar a consideración del Comité Editorial un artículo, su autor acepta que:

- En ningún caso recibirá pago por la inclusión de su documento en la publicación.
- No podrá presentar el mismo documento a consideración de comités de otras publicaciones hasta tanto no obtenga respuesta escrita de la decisión tomada con respecto a la aceptación o rechazo de su artículo.
- De ser publicado, su artículo se convierte en propiedad permanente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y no podrá ser publicado en otro medio sin permiso escrito de su autor y de la Universidad.

PROCESO DE ELECCIÓN DE ARTÍCULOS

Todos los artículos remitidos al Comité Editorial de la revista son revisados inicialmente por los miembros del comité para verificar que cumplan con los elementos formales que se solicitan en estas instrucciones y que se señalan más adelante bajo el título "*Preparación del documento*". De no cumplir con estos criterios, el documento no continuará el proceso de elección y será remitido a su autor señalando las falencias de forma halladas en la primera evaluación.

De cumplir con los requisitos formales, el documento es remitido a dos evaluadores para su revisión: uno de ellos docente de la Universidad (no necesariamente de la Facultad de Enfermería) y otro ajeno a la Universidad.

La identidad del autor de un artículo no es revelada a los evaluadores y tampoco la de estos al primero.

Una vez recibidos los conceptos de los evaluadores y con base en ellos, el comité define si será publicado o no. En cualquiera de los casos, el autor recibe una carta en la que se indican textualmente los conceptos emitidos por los evaluadores, se señala la decisión tomada con base en ellos y, de ser aceptado, se confirma a su autor las sugere-

rencias y cambios que ha de hacer antes de publicar el artículo.

Recibidos los cambios hechos por el autor, el Comité Editorial remite el documento a un corrector de estilo o editor de documentos. Hecha la edición correspondiente, el artículo es devuelto al autor para que de su aprobación en un plazo no mayor a tres días hábiles. El autor debe firmar cada una de las páginas que se le entrega y señalar con precisión los cambios que no acepta, puesto que con esto se hace responsable de todas las afirmaciones que haga en su artículo, incluyendo aquellas que han sido sometidas a cambio por el editor de documentos y autorizadas por el autor.

Si pasados tres días hábiles después de la recepción del documento su autor no se pronuncia al respecto, el comité editorial asumirá que acepta los cambios editoriales que se le han hecho.

PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO

Antes de remitir un documento, verifique que cumpla con las siguientes condiciones:

- El documento está escrito en tipo de letra Times New Roman tamaño 12, a doble espacio, con márgenes de 2,5 en los cuatro lados.
- Las páginas del documento están numeradas.
- Hay una presentación del (los) autor(es) que consta de: nombres y apellidos completos, formación académica, cargo actual e instituciones a las que está vinculado, así como dirección electrónica y teléfonos para contactarlo(s).
- El artículo cuenta con un resumen elaborado en español de no más de 250 palabras, que plasma el objetivo, los puntos centrales y las conclusiones del artículo.
- En el resumen no hay afirmaciones que no estén también en el documento.
- Para el caso de publicaciones de investigaciones, el resumen debe incluir un contexto, el objetivo del estudio, el diseño básico, el tipo de estudio, ubicación en tiempo y lugar, intervenciones, resultados y conclusiones.
- El artículo incluye de tres a cinco descriptores o palabras clave en español e inglés, que permiten identificar inequívocamente el contenido del documento de manera que resulta fácilmente localizable. Siempre que sea posible deben utilizarse los términos de la lista Medical Subject Headings (MeSH) o de LILACS o bien incluir descriptores claves que puede obtener en la siguiente dirección electrónica:
<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- El artículo remite a mínimo tres páginas web.
- El artículo no usa abreviaturas en el título ni en el resumen y su uso en el texto es limitado. Antes de hacer uso de la abreviatura por primera vez se ha indicado el

nombre completo al que corresponde y entre paréntesis su significado.

- Ejemplo: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
- El documento no señala nombres comerciales de medicamentos, equipos o materiales, a menos que sea estrictamente necesario.
- Para el caso de las investigaciones patrocinadas, el artículo cuenta con un aparte final en que señala el patrocinador.
- Tiene una copia impresa y una en medio magnético grabada en formato .doc del documento.
- Tiene una copia impresa y una en medio magnético grabada en formato GIF o JPG de las tablas, ilustraciones, fotografías y/o esquemas que se utilizarían para ilustrar el texto.
- La extensión es de, como mínimo 10 cuartillas y como máximo 40.
- Las tablas, gráficos y fotos tienen un título o leyenda explicativa que no excede las 15 palabras.
- Las referencias bibliográficas están completas y son correctas: están señaladas en orden numérico, y tiene seguridad de que están citadas y corresponden con la secuencia del texto.
- Las referencias están expresadas así:

ZAMORA GARZÓN, Gabriel. La especialización tecnológica: Consideraciones sobre su naturaleza y requerimientos. En: Educación Superior y Desarrollo: Órgano de difusión del ICFES. Vol. 3, No. 3 (jul./sep. 1984); p. 10-20.

Al referir un pagina Web: Tenga en cuenta: Tema, sitio principal o autor y la dirección específica o URL. Ejemplo:

CARDIAC FUNCTION. AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. <http://www.acc.org/login/index.taf>

Referencias Bibliográficas: Se numerarán siguiendo el orden de aparición en el texto. Citándose de la siguiente manera:

GARCÍA MÁRQUEZ, Gabriel. Cien años de soledad. Bogotá: Oveja Negra, 1984. 347 p.

VELÁSQUEZ A., Olga Cecilia e ISAZA R., Irma. Manual para la elaboración de citas bibliográficas de impresos y audiovisuales. Medellín: Escuela interamericana de Bibliotecología, 1975. 47 p.

Cuando existe una referencia que tenga más de dos autores se citara así:

RESTREPO, Mario; GÓMEZ E., Juan José y ARISTIZABAL, Julia. Manual de documentación: Las técnicas para la investigación y redacción. Bogotá: Andina. 1996. p. 126-136.

Para mayor información y envío de propuestas dirijase a:
Comité Editorial, Revista Avances en Enfermería Atn. Gloria Lucía Arango Bayer
Facultad de Enfermería Of. 805 A • Universidad Nacional de Colombia
Tel.: (57) (1) 316 5000 Ext. 17021 • Bogotá, Colombia • E-mail: glarangb@bacata.usc.unal.edu.co

GRADUADOS MARZO 21 DE 2002

ENFERMERA Y/O ENFERMERO

Nombre y apellidos

Doris Adriana Acero Martínez
Elizabeth Arévalo Sánchez
Diana Paola Beltrán Rodríguez
Elvia Janneth Benavides Ochoa
Iván Mauricio Cárdenas Cañón
Fernando José Cárdenas Martínez
Juan Carlos Castro Moscoso
Ángela María Cómbita Zambrano
Magda Yamile Chaparro Pérez
Elizabeth Daza Reyes
Diana Nohora Delgado Guinea
Hastbleidy Díaz Velasco
Constanza María García Castro
Sandra Yamile Gil Martínez
William Yecid González Gómez
Darío Andrés Ruíz Moya
Sonia Patricia Ruíz Rodríguez
Martha Isabel Sánchez Villabón
Tulia Alejandra Sepúlveda Corso
Astrid Marcela Suárez Moreno
Alcira Helena Torres Peña
Gustavo Vargas González
Martha Inés Velandia Matoma
Carol Ivonne Velásquez Velásquez
Jania Milena González León
Nixon Yesid Hernández Pineda
Yolima del Rocío Marín Valencia
Martha Yolanda Martínez Perilla
Diana Milena Mendivelso Díaz
Sandra Milena Moreno Martínez
Neila Lucero Murcia Pinilla
Sandra Marcela Peralta Riveros
Alexánder Pérez Jula
Claudia Milena Rojas Sánchez

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL

Enfermera,
Luz Mariela Algarra de Beltrán
Enfermera, Luz Melva Barreto Ramírez
Enfermera, Luz Marina Claros Sánchez
Enfermera, Jeanet Espinosa Garzón

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Odontóloga, Margarita Rosa Isaza Latorre
Fisioterapeuta,
Marcela Alexandra Lozano González
Médico, César Augusto Lozano Mustafá
Fonoaudiólogo,
Jorge Antonio Medina Barbosa

GRADUADOS JUNIO 14 DE 2002

ENFERMERA Y/O ENFERMERO

Nombre y apellidos

Guillermo Andrés Escobar Espinosa
Luz Carine Espitia Cruz
Erika Madeline García Roa
Carolina García Romero
Francy Janneth Jaramillo Forero
Jadith Cristina Lombo Caicedo
Martha Inés Montenegro Romero
María de los Ángeles Puentes Martínez
Nubia Marlén Quevedo Muñoz
Martha Adriana Rivera Herrera
José Isidro Roa Bohórquez
Ana María Rodríguez Molina
Néstor Daniel Sandoval Rincón
Carolina Triana Fera
Carolina Andrea Vargas Acevedo

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Enfermera, Claudia Patricia Celis Gutiérrez
Enfermera, Nancy Liliana Hurtado Cárdenas
Enfermera, Clara Munar Olaya

ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR INTEGRAL

Licenciada en Ciencias de la Enfermería,
María Margarita Sánchez González

ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Odontóloga, Miryam Muñoz Wilches
Ingeniera Química,
Yenny Fabiola Parra Buitrago
Licenciada en Ciencias de la Enfermería,
Flor María Salcedo Sierra

INFORMACIÓN, SUSCRIPCIÓN Y VENTAS

Revista Avances en Enfermería
Facultad de Enfermería Of. 805 A

● Universidad Nacional de Colombia
Tel.: (57) (1) 316 5000 Ext. 17021

● Bogotá, Colombia
● E-mail: glarangb@bacata.usc.unal.edu.co