

# Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia

**Juan Carlos Eslava C.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Médico. M. Sc. Sociología. Departamento de Salud Pública y Tropical. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Tel. 3165000 Ext. 15073. E-mail: solracnauj2@yahoo.com.

---

## RESUMEN

Se examina la forma como se han entendido las acciones de promoción y prevención, estableciendo que si bien estas acciones han adquirido importancia y visibilidad, aun existe confusión frente a la especificidad de cada una de ellas. Se elabora una comparación entre las lógicas que guían la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de aclarar sus rasgos distintivos y proponer, desde su diferencia, la articulación de las acciones en una política de salud integral. Por último, se reflexiona sobre las dificultades y los obstáculos que existen para asumir la especificidad de la PS en el modelo de atención predominante en Colombia.

**Palabras Claves:** Promoción y prevención, modelo de atención, Colombia.

## ABSTRACT

This deals with examining the way in which health promotion and prevention action is understood, assuming that although such action has acquired importance and visibility, there is still some confusion as to its specificity. A comparison is carried out between the rationale guiding health promotion and that guiding the prevention of disease, with the aim of understanding their distinctive features and proposing, from their differences, the coordination of action in an integral health policy. Finally, a reflection is made on the existing difficulties and obstacles for assuming the specificity of health promotion in the prevailing health care model in Colombia.

**Key Words:** Promotion, prevention, healthcare systems, Colombia.

**H**oy por hoy es muy fácil encontrar en los documentos oficiales, en los textos académicos y en los discursos de los profesionales del área de la salud la mención a la importante y necesaria acción en Promoción y Prevención. Tanto así que dichos términos, usados en conjunto como una frase ya elaborada, se han convertido en referentes generales para orientar las acciones del sector salud y en «muletillas discursivas» que se repiten una y otra vez para dar mayor realce a la labor que se realiza más allá del terreno asistencial.

Aunque con génesis y desarrollos diferentes, la promoción y la prevención han logrado un puesto específico en el discurso sanitario y una vitalidad descollante que las hace un campo en permanente movimiento y evolución. Sin embargo, dos obstáculos siguen interponiéndose en el camino: el primero, tiene que ver con el gran peso que aun tiene el componente curativo en los sistemas de salud el cual opaca en mucho la labor desarrollada desde los otros componentes; y el segundo, tiene que ver con una confusión y cierta sutil rivalidad que se ha generado entre promoción y prevención lo que ha llevado a que se sobrepongan acciones, se generen suspicacias y, en últimas, se impida el despliegue de estas dos dimensiones del accionar en salud.

Esta ambivalente situación, en donde se le reconoce un espacio importante a la promoción y la prevención pero al mismo tiempo se les relega a un segundo lugar y se les confunde en su accionar se evidencia, de manera clara, a la hora de pensar en la política de salud y en la dinámica del sector. Es por ello que al sector y a las acciones en salud todavía se les acusa de estar orientadas desde una dominante lógica asistencial y matizadas con un sesgo preventivista.

Para superar esta manera de enfocar la política en salud se hace necesario, por un lado, superar la visión asistencial-curativa de la salud y, por otro lado, explicitar la distinción entre la lógica preventivista y la lógica de la promoción de la salud así como las formas en las cuales estas lógicas pueden acoplarse en un trabajo conjunto. Por tanto, aquí se intentará delimitar la diferencia de mirada que existe entre la promoción de la salud (PS) y la prevención de la enfermedad (PE) para, con base en esta distinción, articular estos componentes en una visión integral de política de salud que, al mismo tiempo que complejiza el campo sanitario, posibilita la construcción de lineamientos de política de salud en la doble dimensión que ofrecen la PS y la PE.

Desde el planteamiento de estas diferencias, se propone iniciar un análisis de la situación que se ha generado en el país frente a las acciones de promoción y prevención, en particular, con relación a la reglamentación que ha entrado en vigencia.

### LA LÓGICA DE LA PREVENCIÓN

El enfoque preventivista ha sido un motor fundamental para la construcción de una mirada más amplia de la labor del profesional sanitario y de los sistemas de salud a lo largo del siglo XX. Claro está que la formulación y puesta en práctica de diversas estrategias y acciones preventivas ha sido una constante a lo largo de la historia (1), sin embargo, desde que se concibió, con fineza técnica y amplio soporte científico-tecnológico, la posibilidad de evitar la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías, la prevención adquirió una importancia inédita en la formulación de políticas y en la orientación de las actividades sanitarias (2, 3).

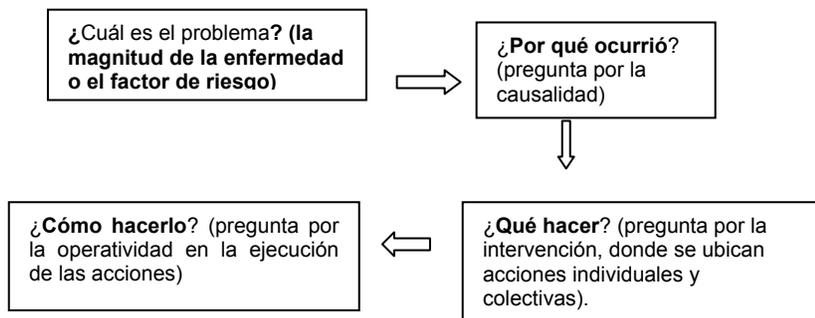
Así, la medicina preventiva adquirió plena carta de ciudadanía ya entrado el siglo XX y bajo el auspicio inicial del pensamiento bacteriológico y la epidemiología unicausal, logró conformar un esquema de acción eficaz para la resolución de los problemas de la enfermedad humana. Su paradigma fue el ataque contra las enfermedades infecciosas y carenciales, en particular, las estrategias de prevención frente al cólera, la fiebre puerperal, la viruela, la pelagra, el escorbuto y el beriberi (4). Sin embargo, ante las nuevas realidades del enfermar de las poblaciones y los individuos y ante las limitaciones que empezó a tener este enfoque unicausal para enfrentar dichas realidades, surgieron enfoques multicausales que intentaron ofrecer un mayor poder analítico para entender la causalidad de los procesos patológicos así como para orientar de manera más idónea las estrategias terapéuticas y profilácticas (1,5).

En esta construcción de modelos más complejos para entender la enfermedad, se desarrollaron las ideas de las redes causales, los determinantes multifactoriales y, en últimas, la epidemiología de los factores de riesgo (1). Con base en estos esquemas, se estableció una lógica para abordar la acción de política en salud la cual se centra en la enfermedad, en la medida en que intenta enfrentar las causas de la enfermedad o las condiciones de posibilidad de los procesos patológicos. Es claro que la política de salud no se construye como un resultado directo y exclusivo de las teorías epidemiológicas, puesto que en el proceso de elaboración de las políticas entran en juego diversos intereses y saberes. Sin embargo, lo que se quiere resaltar es que las

transformaciones en el conocimiento epidemiológico impactaron el campo de la política y generaron un marco lógico que sirve para orientar la política de salud.

En este sentido, la lógica que se fabrica para orientar la acción en salud tiene como primer escalón la identificación del problema, definido como la enfermedad (o discapacidad) que se busca controlar; en segundo lugar se busca establecer la causa de dicha enfermedad, asumida como una combinatoria de factores de riesgo asociados a la enfermedad; en tercer lugar se piensa en las intervenciones a efectuar para controlar la enfermedad y por último se diseña la manera de implementar estas acciones (6,7). La Figura 1 sintetiza la lógica del abordaje.

**Figura 1.** La lógica de la acción preventiva



Como se puede apreciar, la base de las acciones está definida por la identificación de la enfermedad y la política en salud que se desprende de aquí, por tanto, se orienta a la resolución del problema de la enfermedad (o las enfermedades). Aunque, por supuesto, ha habido una fuerte tensión dentro del campo de la salud para implementar este enfoque y aún se reconoce que la prevención ha tenido un lugar secundario, este esquema de abordaje subyace a la mayoría de los procesos de construcción de lineamientos de política de salud.

#### LA LÓGICA DE LA PS

Por su parte, la actual PS se configuró como una alternativa para la acción en salud a partir de la segunda mitad del siglo XX, en un contexto de grandes transformaciones sociales. El escenario inicial donde se constituyó como

propuesta fue Canadá pero muy rápidamente adquirió presencia en los países europeos y en Estados Unidos y, con el apoyo e impulso de la OMS, adquirió la categoría de política de salud pública a nivel internacional (8-11). Por supuesto que La PS tiene desarrollos anteriores y es importante recordar que a mediados del siglo XX Henry Sigerist, el afamado historiador de la medicina y la salud pública, la ubicó como una de las tareas fundamentales de la medicina (12). Sin embargo, para efectos de esta exposición interesa señalar que el sentido en que hoy entendemos la PS deriva más directamente de los desarrollos conceptuales y prácticos de los años 70 y 80 del siglo XX.

En su desarrollo, la PS ha ido construyendo una nueva manera de entender la salud que intenta superar la imagen negativa que la asume como lo opuesto a la enfermedad. Para ello, la PS aprovechó el horizonte de trabajo propiciado por la clásica definición de salud de la OMS y desde allí ha buscado nuevas maneras de abordar la salud como realidad propia, como vivencia de bienestar y como resultante de una compleja interacción de determinantes biológicos y sociales.

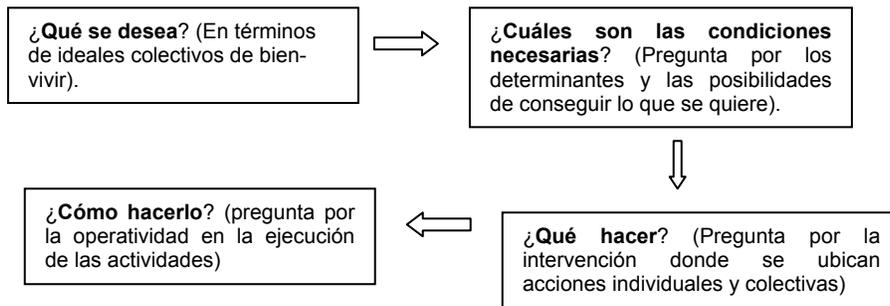
Claro está que el debate dentro del campo de la PS es muy intenso y, por tanto, no deja de ser difícil brindar una imagen global de los alcances que tiene esta dimensión del accionar sanitario. Por un lado, ha existido un reiterativo cuestionamiento frente a las posibilidades que tiene el trabajo en PS y, más aún, sobre la conveniencia de plantear la PS como una labor a desarrollar por los profesionales de salud (11). Por otro lado, dentro de la misma PS existe un fuerte debate entre aquellas posturas que enfatizan la acción dirigida a la transformación de los estilos de vida y aquellas posiciones que privilegian las acciones dirigidas a la transformación social y la lucha política (8,13).

En todo caso, pese a las tensiones y las disputas existentes, es claro que la PS ha propiciado el giro de la acción sanitaria de la enfermedad a la salud y ha intentado darle concreción y «materialidad» a esta última. En este esfuerzo, no concluido por cierto, lo que ha quedado claro es que la salud, en sentido positivo, se torna eje y referente de trabajo (12,14).

Esto ha implicado una transformación de la lógica de acción y, por tanto, de la lógica que debe orientar una política en salud. Aunque no compartido de manera unánime, se puede decir que el planteamiento que empieza a cobrar fuerza dentro de la PS exige realizar un desplazamiento fundamental: de plantearse la identificación de un problema en salud, definido como enfermedad, el discurso de la PS procura formular objetivos de satisfacción (o satisfactores) a alcanzar; más que la identificación de factores de riesgo la PS

busca identificar las condiciones necesarias para alcanzar estos objetivos (o satisfactores) y al establecer esto, la PS se pregunta por el qué hacer para lograr estos objetivos y cómo hacerlo. La Figura 2 intenta ilustrar este cambio.

**Figura 2.** La lógica de las acciones en promoción de la salud



Como queda de manifiesto, la base de las acciones para la PS ya no es la identificación de un problema, asumido como la identificación de un daño o un factor de riesgo, sino la identificación de situaciones sanitarias deseables que, por lo pronto, bien pueden ser pensadas como ideales colectivos de buen vivir a lograr o satisfactores necesarios para vivir una vida adecuada con las máximas posibilidades del momento. Por ello, la operativización de la PS no se hace desde los «problemas», ya sean estos concebidos como problemas de morbi-mortalidad, de daños ambientales, de estilos de vida inadecuados, etc., aunque estos estén referidos a dinámicas sociales y a grupos poblacionales más que a los individuos. Aunque no ha sido contundentemente desarrollada, debido a dificultades conceptuales y prácticas, la PS transforma el abordaje y, en ese sentido, construye una nueva mirada y una aproximación diagnóstica y de intervención diferente.

#### LA PE Y PS EN EL DISEÑO DE LA POLÍTICA DE SALUD

Ahora bien, esta diferencia que se establece entre la PE y la PS tiene una repercusión importante al pensar en la construcción de la política de salud y en la planificación de las acciones en salud en la medida en que su diseño e implementación tendrán que tomar en cuenta, simultáneamente, tanto la dimensión y la lógica de la PE como la dimensión y la lógica de la PS. En este sentido el accionar en salud se debe preocupar tanto por la identificación y caracterización de los problemas sanitarios (enfermedades, lesiones, discapacidades o factores de riesgo) a enfrentar como de las metas sanitarias y

satisfactores a conseguir. E igualmente, debe procurar incidir en los factores causales de los problemas así como en las condiciones de posibilidad del logro de los satisfactores.

La política en salud, por tanto, debe pensar simultáneamente en la frecuencia de la PS al colocar su eje en la salud y en la frecuencia de la PE trabajando en términos de los factores de riesgo y las condiciones generales que propician los problemas del enfermar de la población. De esta manera, se podrá avanzar en la construcción de una política integral de salud que, sin desconocer la importancia que tiene enfrentarse a la enfermedad, asuma los retos que le plantea la PS. Por supuesto que una política de salud también tiene que asumir la dimensión de la atención de la enfermedad (AE). Sin embargo, como lo que interesa en este texto es darle realce a la PS y la PE, y precisar sus límites, se ha dejado de lado la AE la cual, por cierto, ha sido un eje fundamental en el desarrollo real de las políticas de salud.

Los retos que plantea la PS van desde la misma conceptualización de la PS, como realidad discursiva y escenario de práctica específica, hasta el despliegue de un efectivo trabajo interdisciplinario que posibilite la construcción de ambientes y estilos de vida saludables a la vez que acompañe procesos de organización social y lucha política (13, 14).

Pensada así la política de salud, su formulación exige una gran amplitud de mirada y una sutil combinación de enfoques. Más aún cuando se tiene claro que la política de salud está orientada a conseguir los que se podrían definir como «los tres grandes objetivos de la salud», esto es, añadir años a la vida, añadir salud a la vida y añadir bienestar a la vida (15). Para lograr estos objetivos la política debe procurar, simultáneamente, reducir la morbimortalidad y las incapacidades debidas a enfermedades y lesiones, actuando sobre los diversos factores de riesgo y promover las capacidades y potencialidades vitales, tanto de los individuales como de las colectividades, para buscar su autorrealización y su autonomía.

No son tareas fáciles, así como no es fácil imaginar lineamientos generales que guíen acciones conjuntas desde enfoques preventivos y promocionales. Sin embargo, dados los desarrollos teóricos en el campo de la salud, es imprescindible afrontar, con todas sus consecuencias, la complejidad que ofrece la realidad sanitaria y los ideales sanitarios que se han venido forjando a través de la historia.

La pregunta que surge, a la luz de la actual situación nacional, es ¿cómo se relaciona este esquema conceptual con el modelo de atención que se ha

venido construyendo en el país?. O, en otras palabras, ¿cómo se ha desarrollado la PE y la PS en el contexto del modelo de salud colombiano?

#### LA PS Y PE EN EL MODELO DE ATENCIÓN EN COLOMBIA

A partir de las transformaciones que se han suscitado en el sector sanitario en los últimos años, la PS y la PE, como se mencionó más arriba, han cobrado mayor importancia y visibilidad aunque aún existen grandes obstáculos para su pleno desarrollo. La articulación de estas dimensiones no ha sido fácil y, por momentos, ha estado obstaculizada por la misma concepción del modelo. En particular, la profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de paquetes de beneficios; el gran peso asistencial-curativo que aún tiene el sistema sanitario, la confusión generada por el nombre y el papel de las EPS y la concepción eminentemente preventiva de las acciones desarrolladas tanto en el POS como en el PAB, han impedido que se desarrolle una política de salud realmente integral donde se asuma, de manera complementaria, la especificidad de la PS y la PE.

Con la implementación de la Ley 100 de 1993 se transformó profundamente la configuración del sistema de salud estableciéndose el aseguramiento como esquema fundamental, dejando de lado los subsidios a la oferta (o al menos intentándolo) y desplazándolos a la demanda y concentrándose en garantizar una competencia de mercado entre prestadores de servicios (IPS) y administradoras (16-18).

Dentro de esta nueva lógica, se separó en dos grandes categorías los servicios sanitarios: los servicios de salud pública y los servicios de beneficio individual y con base en esta separación se organizaron dos paquetes de beneficios conocidos como PAB y POS. El primero asumido como el Plan de Atención Básica que organiza acciones de promoción, prevención, vigilancia de la salud pública y control de factores de riesgo dirigidas a la colectividad. Como asunto público, dichas acciones deben ajustarse a las particularidades de cada territorialidad y se adelantan con carácter gratuito, obligatorio, de cobertura universal y complementaria a las acciones que adelantan los otros planes de salud y otros sectores (19). El segundo, organizado como un conjunto de servicios que la persona que cotiza, o que es beneficiario del SGSSS, tiene el derecho a recibir como usuario del sistema.

Aunque teóricamente estos dos paquetes iban a reforzarse y, en su interacción, deberían procurar una atención integral y complementaria a las personas, la realidad que se ha visto es que las dos lógicas no han podido ser adecuadamente articuladas y más bien lo que ha pasado es que funcionan

totalmente independientes y, en algunos momentos, con fuertes tensiones, como se ha evidenciado en los problemas que se han tenido con relación a las vacunaciones. En últimas, pareciese que con la separación entre paquetes de beneficio se desarticula la integralidad de la acción sanitaria en la medida en que se fragmenta a la población y se rompe la base territorial y comunitaria que posibilitaría hacer más eficaz la labor en salud pública al mismo tiempo que se relega la acción de PS en el PAB y el POS se desentiende de este componente.

Además, aunque la filosofía de la reforma sanitaria tiene un gran componente de PS y PE, lo que se ha visto es que el gran interés de atención sigue estando en el componente curativo-asistencial, el cual sigue tomando la «parte del león» de los recursos (20). Los dineros del Sistema han sido utilizados, en una buena parte, para desarrollar infraestructura asistencial, fortalecer la demanda de servicios asistenciales y pagar los altos costos que mantiene el mercado farmacéutico. Y en la obsesiva dinámica de la facturación, las actividades asistenciales siguen siendo más rentables y, por eso mismo, más añoradas que las actividades de promoción y prevención.

También ha surgido una paradoja en relación con las administradoras. Puesto que el nombre que se les formuló por ley fue el de Empresas Promotoras de Salud (EPS), la noción de promoción empezó a asociarse al de administración, afiliación y remisión a la entidad prestadora de servicios con lo cual, evidentemente, se desfiguró la noción misma de PS.

Por otra parte, la PS no ha podido ser realmente desarrollada dentro de la lógica del POS y con las últimas reglamentaciones prácticamente desaparece de este plan de beneficios. La relación de la PS con el PAB ha sido diferente, en la medida en que allí se ha intentado ser más osado y dinámico, aunque tampoco los resultados han sido del todo afortunados.

Si se tiene en mente lo que se dijo al comienzo frente al sentido diferente que tienen las acciones de PS y PE, se puede fácilmente descubrir que la Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen de manera explícita las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, así como las guías y normas técnicas para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana, está restringida al enfoque preventivo (21).

El mismo nombre de la Resolución ya lleva plasmado su énfasis. Lo que se intenta es reforzar el trabajo en protección específica y detección temprana, es decir, reforzar la típica acción preventiva (tanto primaria como se-

cundaria). Es la enfermedad la que organiza la lógica de la acción de protección y detección y, por tanto, la lógica de la PE arriba mencionada está implícita en toda la reglamentación. La salud, en sentido positivo, no aparece por ningún lado, ni siquiera en la atención al recién nacido, en la medida en que su finalidad esta signada por el propósito de disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

Siguiendo los planteamientos arriba esbozados, se puede señalar que las acciones contempladas en la resolución 412 están inscritas en las dimensiones de la prevención y la atención, por tanto, la PS desaparece del POS en la medida en que la resolución en mención establece, en últimas, lo que se incluye en este paquete de beneficios y tanto las IPS como las EPS terminaran acogiendo estos referentes como los máximos a cumplir. Estas consideraciones en ningún momento intentan poner en cuestión la importancia de adelantar las acciones de protección específica y detección temprana. De hecho, si se logra desarrollar la PE sería un logro estupendo. Lo lamentable es que, por un lado, no se ha logrado desarrollar como se debiera esta dimensión y, por otro lado, se está utilizando inadecuadamente la noción de PS y esto ha impedido que se produzcan procesos más dinámicos e innovadores frente a la acción para favorecer la salud de la población.

Frente al PAB la discusión es distinta. Es cierto que allí se han dado pasos fundamentales para organizar acciones que trasciendan lo preventivo y lo curativo y es así como se proponen proyectos y estrategias como Municipios saludables, Escuelas saludables, promoción de la convivencia pacífica y promoción de la alimentación sana (19). Sin embargo, quien ha tenido la oportunidad de ver como se construye el PAB y se implementan dichos proyectos y estrategias tiene que reconocer que el esquema diagnóstico sigue estando centrado en la identificación de problemas y la búsqueda de soluciones más que en la identificación de los «ideales colectivos» de buen vivir a los cuales se ha hecho referencia. Es decir, la dinámica de las escuelas saludables se inscribe en la lógica de la detección temprana de alteraciones en los niños y no logra articular la lógica de la PS; los municipios saludables siguen proponiendo diagnósticos encaminados a la identificación de los problemas (tasas de morbi-mortalidad y presencia de factores de riesgos); la promoción de la convivencia pacífica, aunque se presta mucho más para enfoques innovadores, ha seguido pegada a un esquema que la asume como instrumento para la prevención de la violencia y la alimentación sana aún destila el aroma de la acción para prevenir la desnutrición o las demás alteraciones que se presentan en el proceso alimenticio.

Por todo esto, se puede decir que aun estamos lejos de ese ideal de construcción de una política integral de salud que en su seno incluya articuladamente las dimensiones de la PS, la PE y la AE. Y por ello es necesario insistir en la necesidad de trabajar en esta dirección ampliando los enfoques y permitiendo la incorporación de nuevos saberes, nuevos recursos y nuevos actores. Sólo así se podrá generar el equilibrio necesario entre PS, PE y AE y mejorar nuestra situación sanitaria, utilizando de manera fecunda los aportes que, desde muchos lados, han venido enriqueciendo la comprensión de la salud de nuestros pueblos •

### REFERENCIAS

1. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology : I. Eras and Paradigms. *Am J Public Health* 86(5); 1996: 668-673
2. Hilleboe H, Larimore G. *Medicina Preventiva*. Editorial Interamericana S.A., México, 1962
3. Leavell HD, Clark, G. *Preventive Medicine for the Doctor and his Community*. New York, McGraw Hill Book Company; 1958.
4. OPS. *El Desafío de la Epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas*. Publicación científica No. 505, Washington; 1994.
5. Martínez-Navarro JF, Marset P. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: las explicaciones causales. *Salud Pública*. Martínez-Navarro, Antó et al. Madrid, McGraw Hill-Interamericana; 1998: 55-79
6. Rosemberg ML, Mercy JA, Annest JL. *The Problem of Violence in the United States and Globally*. *Public Health & Preventive Medicine*. Wallace RB (editor). 14th edition. Connecticut, Appleton & Lange; 1998: 1223-1231
7. Torío-Durántez J, García-Tirado CA. Causalidad y estrategias de prevención. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona, Masson; 2000: 203-215
8. Green L. Health education's contributions to public health in the twentieth century: A glimpse through health promotion's rear-view mirror. *Annu Rev Public Health* 20; 1999: 67-88
9. Breslow L. From Disease Prevention to Health Promotion. *JAMA* 281(11); 1999: 1030-1033
10. Kickbusch I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *Promoción de la Salud: una antología*. OPS, Publicación científica No. 557, Washington; 1996: 15-24
11. Restrepo HE, Málaga H. *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Editorial Médica Panamericana, Bogotá; 2001.
12. Sigerist H. Los modelos cambiantes de la atención médica. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México, Siglo XXI editores; 1984: 85-98
13. Rúten A. The implementation of health promotion: a new structural perspective. *Soc. Sci. Med.* 41 (12); 1995: 1627-1637
14. Eslava JC. Los retos de la Promoción de la Salud. *Rev Fac Med UN Col* 46(4); 1998: 222-225

15. Wolfson MC. Propiocepción social: medición, datos e información desde una perspectiva de salud poblacional. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid, Editorial Díaz de Santos; 1996: 313-345
16. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en Marcha de la Ley 100. Bogotá, FESCOL/FES/FRB/FC; 1997.
17. Eslava JC. El Sistema de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Med. UN. Col. 49(1); 2001: 283-287
18. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL. Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago de Chile; 1997.
19. Ministerio de Salud. Lineamientos para el Desarrollo del Plan de Atención Básica en el año 2000. Bogotá, enero 2000 (material en disquete).
20. Cardona A, Nieto E, Arbeláez MP et al. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Universidad de Antioquia; 1999.
21. Ministerio de Salud. Resolución Número 00412 de 2000. "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública". Diario Oficial. Año CXXXV, No. 49956, viernes 31 marzo de 2000.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública  
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>