

Propuesta para reformar la Ley 100 de 1993*

Proposal for the reformation of the Law 100 of 1993

John Flórez T.

Decano, Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia,
Medellín, Colombia

Resumen

La propuesta describe por qué debe reformarse la Ley 100 de 1993 y analiza algunos aspectos estructurales, tales como el de los actores que intervienen, la garantía de la calidad y la solución de algunos problemas epidemiológicos.

Se analiza el contexto social para una reforma integral y se plantean derroteros. Se hace la diferenciación entre promoción y prevención desde el punto de vista operacional, administrativo y financiero, y se define un paquete mínimo de actividades de promoción de la salud. Finalmente, se indica el papel del Estado en las actividades de la vigilancia en salud pública y en la formulación de las políticas públicas que aporten a las acciones intersectoriales.

Palabras clave

Ley 100 de 1993, prevención de la salud, promoción de la salud, políticas en salud.

Abstract

The proposal describes why Law 100 of 1993 must be reformed, it analyzes some structural aspects such as the performing actors, the quality guarantee and solutions to some epidemiological problems.

* Ponencia institucional presentada por el decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, doctor John Flórez Trujillo, en el Foro Regional sobre Reforma de la Ley 100/93, celebrado en Rionegro, Antioquia, el 3 de febrero de 1999. Colaboraron en esta ponencia los profesores Álvaro Franco Giraldo, Sara Yanet Fernández, Elkin Martínez, Carlos Castro y Jorge E. Suárez.

The social context is analyzed for an integral reform and guidelines are suggested. The differentiation between promotion and prevention is done from an operational, administrative and financial point of view, and a minimum portfolio of health promotion is defined. Finally, the role of the State is indicated in activities of public health surveillance and in the formulation of public policies cooperating to intersectorial actions.

Key words

Law 100 of 1993, health prevention, health promotion, health policies.

Introducción

En atención a la invitación del Ministerio de Salud y la comisión 7ª del Congreso de Colombia, presentamos algunos puntos de discusión sobre las dificultades que percibimos en el desarrollo del sistema de seguridad social colombiano y las posibles alternativas para su ajuste.

Incluye esta ponencia un análisis global, basado, por una parte, en lo que debe ser la función pública del Estado en relación con la seguridad social y los derechos ciudadanos y, por otro lado, en aspectos que se han considerado particularmente en la reforma, como el aseguramiento, la prestación de servicios, la promoción y prevención, entre otros. Los principales planteamientos aquí expuestos se basan en las conclusiones del seminario-taller realizado por la Facultad Nacional de Salud Pública el 3 y 4 de diciembre de 1998, denominado Salud para todos y la reforma sectorial, y en el trabajo subsiguiente de los grupos de discusión.

¿Por qué debe reformarse la Ley 100 de 1993?

El sistema de salud se establece en función de diversas variables de orden económico, político, social y cultural y no puede negarse la particularidad de cada país en el ordenamiento que debe darles a sus instituciones de salud o seguridad social. Sin embargo, la mayoría ha venido trabajando hacia la integración,¹ referida a cada uno de los componentes esenciales de los sistemas de salud, a saber, las poblaciones y las instituciones. En Colombia, la situación en tal sentido es preocupante, muy a pesar de la Ley 100 de 1993. El primer aspecto grande que deja ver la evaluación es un sistema desintegrado y segmentado. La descentralización es un proceso previo e importante que no se ha cumplido satisfactoriamente y que presenta diversos grados de desarrollo en el país.

El segundo aspecto importante, también relacionado con el anterior, es el de la accesibilidad, que no logra superar las cifras anteriores del Sistema Nacional de Salud. Varios análisis así lo señalan, más grave aún cuando la reforma de 1993 se pensó precisamente por las dificultades que presentaba el modelo anterior para garantizar la atención a toda la población colombiana. Hablar de accesibilidad refiere no solamente al problema de la cobertura institucional de servicios de salud, sino, más allá a la pérdida de

estrategias estatales con enfoque social y comunitario, de vigilancia en salud pública y control del riesgo, es decir, la ausencia del Estado en localidades y regiones y la falta de acciones de salud pública, con consecuencias evidentes en el resurgimiento de problemas epidemiológicos antiguos y de otros nuevos que la lógica financiera y del mercado no podía resolver. De este modo, se han evidenciado paulatinamente el deterioro de la salud pública, generado por detrimento de la acción estatal.

La Ley 100 de 1993 segregó mucho más la población en razón de su condición socioeconómica, quedando inclusive un gran sector desprotegido por disposición de la misma ley, los vinculados, que están sin posibilidad de atención. Éstos, a su vez, vienen asfixiando las finanzas de las empresas sociales del Estado (ESES), debido a la presión social, lo cual constituye otro de los puntos cruciales en el desempeño del sistema durante esta fase (1993-1998).

Puede concluirse, sin exageraciones y sin ánimos apasionados contra la Ley 100 de 1993, que la problemática del sistema de salud colombiano en el período descrito se resuelve en estos tres factores: desintegración, limitaciones en la accesibilidad y crisis financiera de las instituciones, a pesar del aumento de recursos para salud en relación con el PIB. Estas variables a su vez están estrechamente relacionadas con otras, bien como causa o como efecto: organización institucional, aseguramiento, universalización, equidad, capacidad gerencial, entre otras variables que también han presentado debilidades, por momentos insalvables dentro del sistema.

Cabe esperar de este debate —citado en hora buena por el Ministro de Salud y la Comisión 7ª del Congreso de Colombia—, que el nuevo modelo que se decida implementar, además del cumplimiento de los principios en los cuales supuestamente todos coincidimos, logre centrarse en dos puntos de ajuste o reforma, según lo decidan los diferentes actores del sistema con el liderazgo del Gobierno: 1) garantizar la accesibilidad a la población y 2) lograr la integración del sistema. Serán principios rectores la equidad, la solidaridad, la justicia social y la organización de las instituciones basada en el equilibrio entre eficiencia y calidad de la atención.

Otra dificultad más, permanentemente debatida en los últimos meses, ha sido la imposibilidad para encontrar el equilibrio entre equidad y eficiencia en el sistema, contradicción que a pesar de los buenos deseos de los inspiradores de la Ley 100 de 1993, se ha resuelto en favor de los intereses de la rentabilidad económica, lo cual ha llevado a plantear serias críticas a la intermediación dentro del sistema, hasta por sus efectos e implicaciones de orden ético y legal, con lo cual surge así uno de los principales cuestionamientos de orden deontológico.

Otra situación agravante es la complejidad en el diseño, la mayoría de las veces por el exceso de reglamentación y normatividad que dificulta su aplicación, condición esta que hace más notoria la débil capacidad gerencial de nuestras organizaciones. Reconocemos que la capacidad gerencial se ha elevado ostensiblemente en los últimos años en el país pero es necesario cualificarla aún más, para responder a la complejidad del modelo de

1993, en lo relacionado con la regulación y la modulación. Más que seguir reglamentando es necesario simplificar.

Acerca de una nueva propuesta

El norte de cualquier reforma en los sectores sociales deberá ponerse siempre al servicio del bienestar social, de un mejor nivel y situación de salud y de las condiciones de vida de la población. Recordemos el artículo 366 de la Constitución Nacional: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de sus necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y agua potable”.³ Por consiguiente, es necesario que hablemos de una reforma sanitaria integral y no una reforma sectorial, lo cual no puede hacerse de forma desarticulada del modelo de desarrollo imperante.

Aspectos estructurales

He aquí el problema que se nos plantea: ¿cómo articular la reforma sanitaria y no sólo la reforma sectorial? Para esto, el modelo de desarrollo constituye un primer componente que debe ser pensado bajo una concepción equitativa, no excluyente, que no genere más pobreza; debe ser sustentable desde el punto de vista ecológico y redistributivo desde el punto de vista de la riqueza y del ingreso. Desde esta perspectiva sería muy importante trabajar de consuno con los otros escenarios en los cuales se debaten temas tan importantes como la reforma política, el modelo de desarrollo, la paz, el Plan Nacional de Desarrollo, entre otros. No obstante, también reconocemos que es imperativo resolver algunos problemas coyunturales y urgentes de la Ley 100/93 en el campo sectorial. Algunos puntos que sobresalen en este sentido son: aceptar la separación entre la administración de recursos y la dirección del sistema y la prestación del servicio; avanzar en la función de aseguramiento como un paso hacia la accesibilidad; y llegar a la universalidad de una atención sustancial y esencial para todos, no de mínimos o planes básicos.

El segundo componente trascendental para cualquier reforma, que debemos mencionar de manera preliminar, es el de los actores que intervienen. La reforma no puede dejarse en manos de las fuerzas del mercado ni de los organismos burocráticos. En cuanto a las primeras, se sabe que la gestión en salud “se encuentra inmersa en un mercado imperfecto que conduce a la intervención del estado para lograr el máximo beneficio social”,² lo cual quiere decir que en salud existen externalidades sobre terceros, se presenta indebidamente la inducción de la demanda, se da la tendencia a los monopolios, al crecimiento exponencial de los costos, además es necesario resaltar la salud como un bien meritorio. No conviene, por lo tanto, el libre mercado de la salud, como tampoco la acción determinante de las entidades centralizadas.

El tercer aspecto fundamental que es necesario señalar en Colombia, a diferencia de los países anglosajones, tiene que ver con el eje de los procesos: nuestro país –como el resto de los países latinoamericanos– debe centrarse en garantizar la accesibilidad y en resolver

problemas epidemiológicos de mucho tiempo que todos conocemos; la contención de costos, por el contrario, ha servido de guía a la reforma, fundamentalmente en los países europeos.

Resueltos así los problemas macroestructurales descritos, podrían incluirse algunos contenidos también importantes, tales como las expectativas del usuario; la racionalidad económica y la contención de costos; la eficiencia técnica en la producción de servicios; la separación de la administración; el aseguramiento, la financiación y el control en el sistema; la competencia y los mecanismos del mercado y la descentralización como otro de los ejes de la reforma.

Es importante expresar claramente que en ningún caso la reforma debe pretender volver atrás, ni regresar al sistema nacional de salud anterior, ni persistir en la segmentación; no se trata de volver al sistema de beneficencia sino de afianzar el modelo de seguridad social integral. “No se deben confundir los objetivos de la seguridad social con la misión caritativa de la asistencia pública o privada”.⁵

Finalmente, es necesario que en esta oportunidad nos fijemos como meta el establecimiento de una norma única para el sector en el país, una especie de estatuto básico del sistema de salud, que logre resolver la confusión normativa existente hoy y que simplifique el componente legal que aparece como uno de los principales obstáculos para la gestión.

Insistimos en la necesidad de una reforma sanitaria global, con la participación de todos los actores, que tome en cuenta la participación social y las soluciones en equidad y accesibilidad en educación y salud, y que le dé importancia al papel local y de las regiones, así como la intervención del estado en lo sectorial para asegurar el bienestar de la población. La salud entendida como bienestar debe además generar la capacidad de una sociedad para producir sus propios procesos saludables, es decir, la salud como producto social. La Facultad Nacional de Salud Pública propone, por lo tanto, continuar con mesas de trabajo permanentes, donde se les dé cabida a otras posiciones de la sociedad civil y celebrar un gran foro universitario el próximo viernes 19 de febrero sobre la reforma sanitaria integral, previo al foro central que se efectuará en Santafé de Bogotá en este mismo mes.

En los siguientes capítulos desarrollamos el referente teórico de algunas líneas generales que deben considerarse para una reforma de lo que se está dando en salud pública.

Contexto social para una reforma integral

La globalización es un proceso mundial con repercusiones locales, al cual pueden remitirse las estrategias económicas cuyo impacto exige –no sólo entre gobiernos sino entre diferentes actores sociales y la población en general– homogeneidades de diferente orden que permitan entonces el papel facilitador del Estado para los requerimientos del modelo.

El agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y el descenso del crecimiento de nuestras economías, se inscribe en el contexto de la globalización económica, entendida como la internacionalización de las economías. En este contexto, algunas de las medidas llamadas de ajuste –promovidas y sustentadas por los gobiernos– se han orientado, según la OPS, a la liberación de nuevos y viejos mercados, a la reducción del gasto público en servicios sociales –incluidos los de la salud–, a la reducción de los subsidios a los alimentos básicos o al establecimiento de tarifas para subsidios antes gratuitos por la vía de la focalización y del estímulo al subsidio.

No menos importante resulta el traslado de buena parte de las responsabilidades sociales al sector privado (aquéllas que puedan generar ganancia y rentabilidad en el mercado), a las organizaciones filantrópicas, a las organizaciones no gubernamentales, a los hogares y a las familias (aquéllas de la población que no cuenta con capacidad de pago); además del fortalecimiento de un modelo de producción orientado hacia las exportaciones, concentrado en la producción de cultivos comerciales en el sector agrícola y en las zonas francas para la elaboración de productos de exportación en el sector industrial, por medio del sistema de maquilas.

Como consecuencia de este proceso, la reducción de la acción estatal en las actividades productivas ha permitido la creación de más y nuevos mercados, la privatización de empresas estatales y el libre mercado de sectores antes protegidos por el Estado, como la salud, la energía y las comunicaciones, entre otras, que han llevado al organismo estatal a un papel más de regulador que de ejecutor, incluso de las tareas que le atañen directamente, como son las relacionadas con la política social.

Esta pérdida de legitimidad e injerencia por parte del Estado ha afectado al país en la falta de garantías para la protección y el real ejercicio de los derechos básicos de la población, tales como la salud y la vida. Derechos inalienables, intransferibles e indelegables, correspondientes a todo ciudadano como un bien público y que no pueden ser sometidos a las leyes reguladoras del mercado. Al considerar la salud un bien meritorio, ésta debe estar fuera de toda ley de libre competencia, como lo expusimos anteriormente, por lo tanto, toda tarea que comprometa el apoyo a su defensa y al legítimo derecho de los grupos de base a organizarse para reclamarla debe contar con el respaldo del Estado, porque, en últimas, lo que se busca con ello es sin duda el logro de mejores condiciones de vida para toda la población.

La necesidad de recuperar en el país el ejercicio del derecho soberano a la salud, a lo largo y ancho del territorio nacional, exige la complementariedad de la dimensión local, departamental, regional y nacional para la óptima prestación del servicio. La recuperación de los entes territoriales, como bases reguladoras de las acciones emprendidas en la materia, ha de ser prioridad básica de los ciudadanos, organizaciones e instituciones públicas, dado el desdibujamiento de la dimensión territorial, generada por la búsqueda de sistemas de mercado de salud globalizados con una lógica diferente a la de la dimensión estatal.

La salud es parte del bienestar social y de la calidad de vida, junto con la educación, la recreación, el empleo y la vivienda, entre otros. En su conjunto, cada área se constituye en elemento complementario de los otros, por lo cual la dimensión de la salud implica necesariamente a las demás.

Derrotero para una reforma sanitaria integral

Si la razón de ser del Estado sigue siendo la comunidad políticamente organizada, debe propugnar por su fortalecimiento, por el refuerzo de los mecanismos democráticos, por garantizar la participación de la comunidad, por crear condiciones para solucionar los conflictos de la sociedad, por articular a los distintos actores y por conducir y controlar los recursos hacia la calidad de vida colectiva, como lo hemos enfatizado anteriormente.

Y la seguridad social es condición clave dentro de ello. Si se pretende transformar uno de sus componentes –el caso de salud–, creemos que deben tenerse en cuenta ciertos derroteros, que permitan hacer reales sus beneficios para cada ciudadano en particular o para la sociedad en general, transformados en directrices, en políticas y en mecanismos de intervención, dentro de los cuales la legislación es apenas parte del arsenal. Dentro de los derroteros, consideramos importantes los siguientes:

- La seguridad social en salud debe articularse a otros componentes como la educación, el empleo, la vivienda, según lo dispuesto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- La seguridad social en salud debe basarse en mecanismos de participación social que respondan a nuevas concepciones más prácticas, menos normativas y verdaderamente democráticas.
- La seguridad social en salud debe ser particularmente explícita en buscar la transformación del sistema educativo para introducir los conceptos y las prácticas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en todos los niveles y las disciplinas.
- La seguridad social en salud debe concebirse de tal manera que contribuya significativamente a eliminar las desigualdades regionales y las diferencias de calidad de vida entre el campo y la ciudad, estimulando u obligando a las instituciones a hacer presencia responsable en cada espacio que sea necesario.
- La seguridad social en salud debe propender, con propuestas concretas, por la articulación intersectorial e interinstitucional, conformando redes de servicios que se retroalimenten y refuercen para alcanzar las metas y las finalidades del sistema, en particular frente al estado de salud de la comunidad.

- La seguridad social en salud debe contemplar procedimientos claros para la solución de conflictos de intereses pertinentes a sus propósitos y características, entre individuos, con los gremios, las instituciones, los grupos organizados y el Estado mismo, permitiendo incluso procesos de autorregulación.
- La seguridad social en salud se preocupará no solamente por contar con mecanismos de vigilancia y control del uso de los recursos, sino que deberá construir un código de ética y valores en el tema, que asegure su cumplimiento por parte de todos los actores involucrados.
- El Estado, a través de sus organismos e instituciones, será el garante del cumplimiento de las obligaciones de las partes, mediante actividades de estímulo, de respaldo, de seguimiento y acompañamiento, de evaluación y de sanción.
- Toda la sociedad civil –organizada, orientada, ilustrada y con suficiente poder, asuntos todos que deben quedar claros en cualquier cambio del sistema de seguridad social en salud– debe ser la responsable final de hacer buen uso del sistema y de aprovechar y extender sus beneficios.

La promoción de la salud en la reforma integral

Si la salud pública ha sido la gran ausente en la reforma sectorial, la promoción de la salud en su concepción amplia deberá concebirse como núcleo de una reforma sanitaria integral, de acuerdo con los derroteros anteriores. Pero antes es necesario aclarar algunos equívocos en este campo: es frecuente hablar de promoción y prevención como si fueran una misma cosa. Razones de tipo operacional, administrativo y sobre todo financiero justifican una diferenciación.

La promoción es más dinámica y ambiciosa que la prevención. Quien se ocupa de prevenir la enfermedad considera exitosa su gestión, en tanto logre que los individuos estén exentos de enfermedad. Pero si admitimos que la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, entonces aceptaríamos que quienes están sanos tendrían la posibilidad de progresar hacia estados de mayor fortaleza estructural, mayor capacidad funcional y mayores sensaciones subjetivas de bienestar. Éste es en esencia el verdadero sentido de la promoción de la salud .

Para la prevención, el evitar la enfermedad es el objetivo final y por lo tanto la ausencia de enfermedad sería un logro suficiente. Para la promoción de la salud, el objetivo continuo es propender por el óptimo nivel de salud, por lo tanto la ausencia de enfermedad no es suficiente, sino que ante cualquier nivel de salud que pueda ser registrado en un individuo supuestamente sano, siempre habrá algo que hacer para promoverlo hacia un nivel de salud mejor.

La prevención es relativa a la enfermedad, es decir, enfoca la salud, todavía con visión negativa. La promoción, en cambio, se refiere a la salud en un sentido positivo, apunta hacia la vida, hacia el desarrollo y hacia la realización del ser humano. La prevención es más de ámbitos clínicos y propende por evitar una enfermedad específica; cada vacuna previene una posología particular; cada prueba para diagnóstico precoz busca la detección temprana de una sola enfermedad. La promoción de la salud, en cambio, es más de ámbitos sociales y propende por el mejoramiento general del bienestar comunitario.

La prevención es básicamente del sector de la salud y sus alcances son un tanto limitados. La promoción es intersectorial por definición y sus alcances son realmente amplios, dado que involucra y beneficia a muchas personas y toca con diversos aspectos de bienestar humano, que coinciden con planteamientos anteriores de este mismo documento.

La prevención implica más acciones de aplicación individual, que permiten que la persona sea un agente algo pasivo en el proceso. Se trata básicamente de la aceptación de un tratamiento, de la aplicación de una prueba diagnóstica, de la adopción de una profilaxis o, en el mejor de los casos, de evitar la exposición a un determinado factor de riesgo. La promoción implica por su parte más acciones colectivas, de imprescindible cooperación comunitaria, de un activismo social indiscutible, de liderazgo y de defensa del interés general, y fomenta la exposición a factores protectores de la salud y promueve la adopción de estilos de vida saludables para grandes grupos humanos, buscando la construcción también de ambientes saludables, en los cuales se faciliten al máximo las mejores opciones para la salud.

En la prevención, el control eminentemente técnico de la acción sanitaria permanece en el agente de salud. En la promoción, el control se transfiere enteramente a la comunidad y no es de carácter técnico solamente sino también político, lo que redundaría en garantías de viabilidad y sostenibilidad de los programas de salud que posean realmente una base y un respaldo comunitario.

El nuevo sistema de seguridad social en Colombia asigna unos recursos a un rubro conjunto que se llama prevención y promoción. Infortunadamente, cuando se reglamenta y se ejecuta el reducido presupuesto, el dinero se aplica en diversas acciones que un observador cuidadoso fácilmente identificaría como actividades fundamentalmente de prevención de la enfermedad, todas ellas ligadas con el antiguo paradigma que concibe la salud meramente como ausencia de enfermedad. Para la promoción de la salud queda entonces una ínfima participación, si acaso alguna, de los recursos propios del sector de la salud.

La Resolución 3997, del Ministerio de Salud, que reglamentaba las actividades de prevención y promoción a cargo de las EPS, enuncia en 11 artículos exactamente 11 actividades de prevención de diversas alteraciones o enfermedades susceptibles de ser sufridas a lo largo de la vida. Afortunadamente el Consejo Nacional de Seguridad Social ha establecido modificaciones en su última sesión, aunque no alcanzan a ser suficientes ni trazan una política global promocional de orden estratégico que desarrollen la salud.

Una mejor definición de lo que realmente se considera como promoción de la salud podría ayudar a que legisladores, ejecutores y beneficiarios canalicen más efectivamente los recursos de la comunidad, mas allá de la ausencia de enfermedad y con una genuina visión de la salud como el goce de altos niveles de bienestar individual y colectivo. Para ello es necesario hacer algunos ajustes en el sistema de seguridad social, de tal manera que se cumplan los siguientes aspectos:

- Separación normativa y operativa de las actividades dedicadas a la promoción de la Salud.
- Definición de un monto de dinero exclusivamente dedicado a las actividades de promoción de la salud, entendidas éstas como las “acciones que van más allá de la ausencia de enfermedad y que buscan garantizar mejores condiciones de salud física, mental y social para individuos y colectividades”, tal como reza en el texto definitorio de las mismas resoluciones.
- Definición de un paquete mínimo de actividades de promoción de la salud, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, y que estaría disponible no solo para las personas enfermas que desean recuperar su salud sino también, y en forma muy especial, para todas las personas sanas que están afiliadas y que tienen interés en mejorar sus condiciones de salud. Algunos de los servicios aquí propuestos, para incluir en el POS y a cargo de la UPC, serían: programas de actividad física dirigida, asesoría alimentaria y nutricional, actividades de recreación y sano esparcimiento, orientación para la salud sexual y reproductiva, educación para la vida en comunidad, programas de meditación y relajación, orientación y consejería en estilos de vida saludables, capacitación y concientización para el autocuidado, formación para el liderazgo y el trabajo comunitario y otras actividades de bienestar que resulten pertinentes. Se reconoce que es necesario que estos servicios apunten a la promoción de la salud en individuos y grupos poblacionales.

Finalmente, el papel del Estado es fundamental en las actividades de vigilancia en salud pública y en la formulación de las políticas públicas que aporten a las acciones intersectoriales y de la esfera pública ampliada, en lo cual es necesario trazar políticas de estado que comprometan otros sectores de la sociedad y con la suficiente financiación.

Bibliografía

1. Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar. *Cuestión Social* 1998; (42): 24-37.
2. Latapí J. Reformas de los sistemas de salud. *Cuestión Social* 1993; (39): 28-34.
3. Colombia. Constitución Política República de Colombia 1991. Medellín: Universidad de Antioquia; 1991. p. 172.

4. Orlandini L. Principios y cambios en seguridad social. *Cuestión Social* 1996; (39):17-27.
5. Asociación Médica Colombiana. Posición oficial de la Asociación Médica Colombiana frente al sistema de seguridad social. Santafé de Bogotá; octubre 31 de 1998.
6. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington, DC: OPS; 1996. (Publicación Científica, No 557).
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3997 de 1996, octubre 30, por el cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1996.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996, noviembre 20, por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones. Santafé de Bogotá: El Ministerio; 1996.