

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ENFERMERÍA

María Claudia Duque Páramo *

Introducción

Los programas de formación en la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana integran tres elementos: los modelos y estrategias en el campo de la salud y la enfermedad, los aspectos específicos de la formación de la Universidad Javeriana y el concepto de cuidado de enfermería como acción central de profesionales y posgraduados. Con el fin de exponer cómo se han venido desarrollando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los programas, se tratarán los siguientes aspectos:

1. Modelos y estrategias en el campo de la salud y la enfermedad: curación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.
2. El contexto educativo de la Universidad Javeriana que se relaciona con la prevención y la promoción de la salud.
3. El concepto de *cuidado de enfermería* y su relación con la promoción y la prevención.

* Profesora titular. Departamento Enfermería Salud Colectiva. Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Enfermera Pediatra, Magíster en Psicología Comunitaria. mduque@javeriana.edu.co

4. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en programas de pregrado y posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana.
5. Estilos y modelos pedagógicos para su parte operativa.
6. La investigación sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana.

1. Modelos y estrategias en el campo de la salud y la enfermedad

En el campo de la salud y la enfermedad se han desarrollado a través de la historia, y particularmente en los siglos XIX y XX, una gran variedad de modelos y estrategias. Una mirada amplia permite clasificarlos en tres tipos de orientaciones que, en la actualidad, se encuentran de manera integrada y no son necesariamente excluyentes: curación, prevención y promoción de la salud. Para la presente exposición, interesa ver la lógica de cada uno de ellos.

1.1. Acciones orientadas hacia la curación: el modelo clínico

Como lo plantea Foucault (1999), entre los siglos XVI y XVII surge en Occidente, una nueva forma de mirada sobre la enfermedad en la que ésta se localiza, ya no en modelos imaginarios de clasificaciones o en fenómenos o seres sobrenaturales, sino en el cuerpo del enfermo. Esta nueva forma de mirada a la enfermedad, localizada en el cuerpo humano y del enfermo como receptáculo de la enfermedad, se denomina clínica. La mirada clínica se constituirá en el primer gran elemento de lo que Emilio Quevedo ha denominado el paradigma moderno de la enfermedad.

Al localizar la enfermedad en el cuerpo del enfermo, se empieza a buscar allí la evidencia del evento morbos, dando origen a tres formas diferentes de abordarlo para su estudio y conocimiento. Quevedo denomina a estas formas de abordaje sobre las causas y localización de las enfermedades las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, con una cuarta a la que denomina la aproximación ecléctica, que predomina actualmente e integra las tres versiones mencionadas.

En la versión anatomoclínica se asume que la enfermedad se localiza en un órgano, el cual presenta una lesión que es la evidencia material del daño. La versión fisiopatológica entiende la enfermedad como consecuencia de una alteración en el funcionamiento de órganos o sistemas, y la etiopatológica asume que la enfermedad es consecuencia

del efecto de un agente patógeno externo que se constituye en su causa directa.

Desde la mirada clínica, el propósito de la intervención es escudriñar el cuerpo del enfermo con tecnologías, cada vez más precisas, que permitan localizar ya sea la lesión, la alteración de la función o el agente causal. Estos propósitos han generado grandes avances en la práctica médica actual y, en general, han propiciado un gran desarrollo de las diversas profesiones en el campo de la salud, contribuyendo, en algunos casos, a desarrollar tratamientos como las vacunas que han disminuido de manera dramática los índices de mortalidad. Sin embargo, se acepta también que el modelo tiene limitaciones y que ha generado problemas como el aumento irracional de costos y la instrumentalización de la relación terapéutica.

Puesto que la enfermedad se localiza en el enfermo, éste se convierte en objeto de innumerables intervenciones dirigidas a localizar y apresar la enfermedad, es decir, a diagnosticarla. Desde este modelo conocer es, entonces, hacer uso de la razón instrumental, de su poder observador y manipulador para transformar el daño, la lesión, la alteración funcional o el agente causal. El paciente no se concibe como un sujeto autónomo, ni comunicativo; interesa más bien como informante de sus dolencias. Como lo plantea Foucault, refiriéndose al significado de la clínica:

...esta apertura, la primera en la historia occidental, del individuo concreto al lenguaje de la racionalidad, este acontecimiento decisivo en la relación del hombre consigo mismo y del lenguaje con las cosas ha sido tomada muy pronto por un emparejamiento simple, sin concepto, de una mirada y de un rostro, de una ojeada y de un cuerpo mudo, especie de contacto previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje, por el cual dos individuos vivos están enjaulados, en una situación común pero no recíproca (2000 : 8).

En síntesis, el modelo clínico significó un cambio de gran importancia en el conocimiento y la intervención sobre las enfermedades que generó grandes avances tecnológicos en medios de diagnóstico y tratamiento, cuya finalidad central es la curación. Sin embargo, el saber clínico concibe la enfermedad como una realidad exclusivamente objetiva, no contempla, sino de manera tangencial, las dimensiones subjetivas y socioculturales del fenómeno salud-enfermedad y, por ello, propicia intervenciones descontextualizadas de la realidad de las personas y los colectivos. Este modelo predominó en la formación de enfermeras y enfermeros en la Universidad Javeriana hasta comienzos de la década de los ochenta y se caracterizó por centrar las intervenciones de enfermería en la atención a las enfermedades, expresadas en frases que fueron de uso clásico en los textos de esa época: "atención de enfermería al paciente con X o Y enfermedad".

1.2. Acciones orientadas hacia la prevención: la historia natural de la enfermedad

Sir MacFarlane Burnet introdujo, en 1940, el concepto *historia natural de la enfermedad* (HNE) y lo aplicó, exclusivamente, a las enfermedades infecciosas. Posteriormente, Leavell y Clark aplicaron los elementos conceptuales de dicha propuesta a cualquier tipo de enfermedad y, con base en ella, estructuraron un sistema de prevención en cada una de las etapas de la enfermedad (Cfr. González, 1984:20). El modelo retoma el concepto ecológico de la enfermedad y la concibe como el resultado de la interacción de factores en el huésped, el agente y el medio ambiente.

Según el modelo, la historia natural de todas las enfermedades se divide en dos periodos: prepatogénico y patogénico. En el primero, se produce el estímulo de la enfermedad como consecuencia de la acción recíproca entre agente, huésped y medio ambiente. El segundo, denominado periodo patogénico de la enfermedad, se inicia con la reacción del huésped al estímulo de la enfermedad, la cual condiciona un horizonte clínico caracterizado por: una patogénesis temprana, lesiones tempranamente discernibles, enfermedad avanzada y convalecencia o muerte.

Para cada una de las etapas, Leavell y Clark proponen niveles particulares de prevención de la enfermedad, porque éstos guardan una relación directa con el momento en que se encuentra el evento morboso. En el periodo prepatogénico se propone realizar dos tipos de acciones de prevención primaria: promoción de la salud y protección específica. En este modelo la **promoción de la salud** se entiende entonces como el nivel más general de acciones para prevenir diversas enfermedades en grupos poblacionales. La **protección específica** comprende acciones de prevención de la enfermedad dirigidas al control de factores de riesgo específicos en grupos considerados de mediano o alto riesgo para eventos morbosos específicos (Cfr. González, 1984:31).

La prevención secundaria comprende acciones de diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y acciones dirigidas a la limitación de la incapacidad. La prevención terciaria se refiere a acciones de rehabilitación como adiestramiento y educación con el fin de usar al máximo las capacidades remanentes; educación al público y a la industria para emplear al rehabilitado; terapia en hospitales y ubicación selectiva de dichas personas.

En el modelo de la HNE, el conocimiento que se produce busca intervenir en la realidad controlando factores de riesgo en la tríada ecológica: huésped, agente y medio ambiente. La difusión del modelo de Leavell y Clark permitió importantes avances no sólo en la comprensión de la enfermedad como fenómeno ecológico y multicausal, sino que, también, abrió las puertas para implementar acciones pre-

ventivas de manera diferenciada de acuerdo al estado de evolución del evento morboso y propició un gran movimiento preventivo, que, junto con la epidemiología, han producido grandes avances en el control de factores de riesgo y en la promoción de factores protectores. Sin embargo, el evento morboso se entiende como un fenómeno predominantemente bioecológico donde los factores sociales, psíquicos, culturales, políticos y económicos se encuentran indiferenciados ya sea dentro del huésped, el medio ambiente o el agente. Asimismo, dentro de este modelo, la salud no es un fenómeno positivo —no tendría por que serlo ya que es un modelo de la enfermedad y no de la salud— sino que sigue siendo ausencia de enfermedad.

Este modelo empezó a formar parte de los programas de formación de la facultad desde inicios de la década de los ochenta y se instauró como modelo central en el currículo que se inició entre 1982 y 1983. Así, todos los programas se reorientaron hacia el concepto de *riesgo*, el control de los factores de riesgo, la prevención de la enfermedad y el uso de estrategias educativas para el control de factores de riesgo.

1.3. Hacia la promoción de la salud: el modelo de los determinantes de la salud

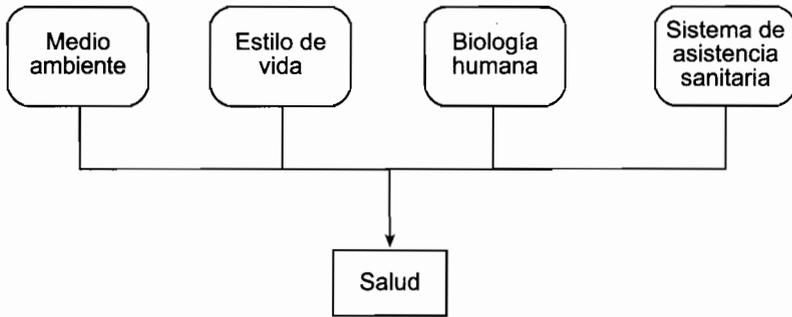
El concepto *determinantes de la salud* fue desarrollado por Henry Blum a comienzos de la década del setenta y, posteriormente fue retomado por Lalonde cuando fue Ministro de Salud del Canadá. Plantea que el nivel de salud de un grupo social se encuentra determinado por la interacción de cuatro factores: la biología del organismo humano (genética); el medio ambiente (contaminación física y biológica y aspectos psicosociales y socioculturales); el estilo de vida (conductas de salud), y el sistema de asistencia sanitaria (Fig. 1). Este concepto considera a los factores sociales, económicos, políticos y culturales como parte del ambiente, puesto que también se encuentran factores de riesgo del ambiente físico como la luz y la contaminación y otros factores químicos y biológicos de este último.

El primer modelo de los determinantes de la salud ha dado paso al estudio diferenciado de los factores no sólo biológicos, sino también sociales, culturales y económicos que determinan el nivel y estado de salud de los individuos y los colectivos. En este sentido, el conocimiento actual permite afirmar que la salud es un fenómeno determinado por factores sociales, culturales, políticos y económicos y que la enfermedad se vivencia y se representa a partir de categorías culturales como valores, conocimientos y prácticas.

La atención primaria en salud (APS), propuesta en la reunión de Alma Ata en 1978, fue una de las primeras estrategias en el ámbito

FIG. 1. DETERMINANTES DE LA SALUD

Adaptado de Salleras, L. "La salud y sus determinantes". En: *Anthropos* No 118-119 (marzo - abril de 1991).



mundial que consideró la salud como un fenómeno determinado por factores sociales y culturales. Asimismo, propuso la participación en salud como un medio para la aceptación de tecnologías en salud por parte de las comunidades y como una forma de abaratar los costos de los servicios y aumentar la cobertura de los servicios de salud.

La APS significó un primer momento en el recorrido de los programas de salud, de la curación hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Sin embargo, es necesario precisar que, a pesar de las mejores intenciones de esta propuesta con respecto a la importancia de disminuir las inequidades en salud y desarrollo, los medios propuestos no lograron salir del concepto de *promoción de la salud* indicado en el modelo de la HNE y, por ello mismo, las acciones continuaron centradas en la enfermedad.

Un segundo momento, que realmente marca el paso de los modelos centrados en la enfermedad hacia la salud como un hecho positivo, es el expuesto en la Carta de Ottawa. En 1986, el documento escrito en la ciudad canadiense definió la *promoción de la salud* así:

La Promoción de la Salud (PS) consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos personales y sociales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (OMS, 1986).

En este contexto, y al igual que en el modelo de los determinantes de la salud, ésta se entiende, al mismo tiempo, como la resultante de condiciones de vida (justicia, equidad, entre otros) y como un medio para el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano y social. Asimismo, la participación se entiende como la acción de las personas y las comunidades con el fin de controlar los determinantes de la salud, y conceptos como autonomía, transferencia de poder, empoderamiento y acceso al saber que se constituyen en elementos centrales para los programas de salud con los colectivos.

Desde la perspectiva de la PS surgen nuevos actores: políticos, medios de comunicación, comunidades, familias y organizaciones no gubernamentales e internacionales que empiezan a ejercer papeles protagónicos en el mejoramiento de la calidad de salud de las sociedades.

2. El contexto javeriano

Son varios los elementos comunes entre la PS y la Misión y el Proyecto Educativo Javeriano. En la Misión de la Universidad se afirma, como intencionalidades centrales, el desarrollo de la investigación, la formación centrada en los currículos y la contribución a la solución de problemas nacionales, entre los que se mencionan: la crisis ética y la instrumentalización del ser humano, la falta de conciencia sobre la identidad cultural, la intolerancia y discriminación, la concentración del poder y la ineficiencia de las instituciones.

En el Proyecto Educativo, la educación se define como reciprocidad comunicativa, producción corporativa del saber y praxis autoformativa. La educación se orienta hacia la formación integral que se entiende como el desarrollo armónico de todas las dimensiones del ser humano a través del desarrollo de la autonomía, la participación, la comunicación y el acceso al saber.

Los valores y las intencionalidades expuestos tienen una clara relación con los propuestos en la Carta de Ottawa y en otros documentos posteriores que continúan apoyando el desarrollo de la PS a través del mundo. En este sentido, al mismo tiempo que se buscan los propósitos de formación institucional, se está trabajando en la formación de profesionales capaces y sensibles frente a la diversidad cultural, a la autodeterminación de las personas y las comunidades, y contribuyendo para que el valor de la participación, el acceso al saber y la comunicación sirvan como medios para el desarrollo social y humano de los servicios de salud.

3. Cuidado de enfermería

El cuidado se define como la interacción que la enfermera y el enfermero realizan con otras personas con el fin de promover su salud y

prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las enfermedades que puedan padecer. Asimismo, los motivos, las razones por las que la enfermera busca intencionalmente interactuar con las personas son la búsqueda del bienestar y de la calidad de vida a través de acciones de promoción de la salud y cuidado de la enfermedad.

Entender al cuidado como una forma de interacción significa que los fines se logran a partir de la coordinación de acciones entre la enfermera y el individuo o los colectivos. En este sentido, tanto la valoración como la definición de problemas y la ejecución y evaluación de los planes de acción se hacen de manera participativa, a partir del intercambio de saberes de los actores sociales.

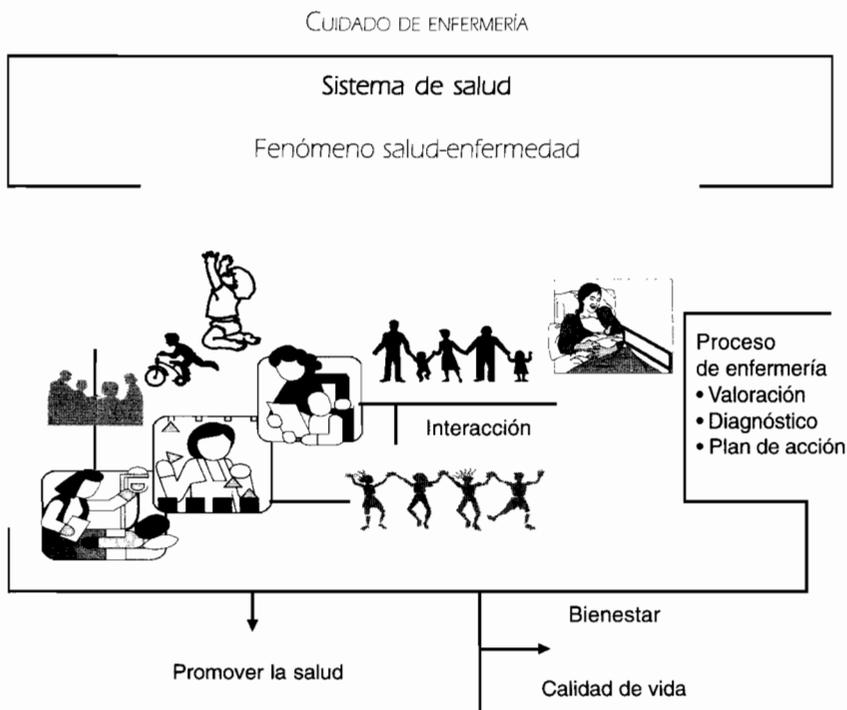
Como ya se mencionó, el cuidado de enfermería tiene como propósito la búsqueda conjunta del bienestar y la calidad de vida, a través de acciones de promoción de la salud y cuidado de la enfermedad. De esta idea se deriva que la acción de enfermería se contextualiza en la realidad social, nacional e internacional, del fenómeno salud-enfermedad. Asimismo, hacer cuidado de enfermería implica conocer los diferentes modelos y enfoques acerca de la promoción de la salud y la atención de la enfermedad.

Para el caso de esta última se asume el modelo de historia natural de la enfermedad que considera los niveles de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación. La promoción de la salud se entiende desde la perspectiva propuesta en la Carta de Ottawa y en documentos posteriores que, siguiendo esta línea, conciben la salud como un fenómeno positivo y como un medio cuyo fin es el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de todas las personas.

En el contexto social y cultural, las enfermeras realizan su acción dentro de un sistema de salud, al cual pertenecen y en el que participan como parte del sistema de prestación de servicios. En Colombia, el actual sistema de salud y la forma de prestación de servicios están definidos en la Reforma a la Seguridad Social (Ley Número 100 de 1993), particularmente en el *Libro sobre la salud*. En este sentido, el conocimiento acerca del sistema de salud colombiano es un paso necesario con el fin de ubicar al estudiante en el marco de la realidad en el país.

Los sujetos de atención del cuidado de enfermería son individuos y colectivos (familia, grupo, comunidad), con quienes interactúa en diferentes contextos sociales: instituciones de salud (hospitales, centros de salud), sector educativo (colegios, escuelas) y otras instituciones sociales (guarderías, centros de tercera edad, organizaciones laborales, entre otras).

Con el fin de cuidar individuos y colectivos, la enfermera utiliza como herramienta básica el proceso de atención de enfermería (PAE), el cual sigue el método tradicional del proceso de solución de problemas. El PAE es un conjunto de pasos cuya aplicación permite definir un diagnóstico de los problemas de salud y enfermedad con el fin de proponer y ejecutar un plan de acción coherente para la solución de los problemas identificados de manera conjunta. El primer paso del PAE es la valoración integral que contempla aspectos clínicos, psicológicos y sociales; su fin es llegar de manera participativa a definir los problemas de salud y enfermedad y las explicaciones de por qué se presentan esos problemas. El segundo paso es la definición de un diagnóstico de enfermería que describe de manera precisa cada problema identificado y sus explicaciones; a partir del diagnóstico se define, también de manera conjunta, un plan de acción que contempla las metas que se deban lograr, las acciones que se van a realizar, los recursos que se van a utilizar y los mecanismos de control y seguimiento. El último paso del PAE es la evaluación entendida como la descripción de los logros de las metas propuestas.



4. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en los programas de la facultad

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se abordan durante toda la carrera de enfermería, así como en los diferentes programas de posgrado.

4.1. Carrera de Enfermería

En primer semestre, en la asignatura Enfermería en Salud, se desarrollan elementos generales que le permiten al estudiante ubicarse tanto en el campo de la salud como en el contexto colombiano a través de contenidos como concepto de *salud*, promoción de la salud y sistema de salud colombiano.

Los elementos conceptuales particulares acerca de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se trabajan en segundo semestre en la asignatura Enfermería Básica I.

Basándose en el concepto de *cuidado de enfermería*, expuesto en el numeral anterior, el programa le provee a las (os) estudiantes de herramientas, básicamente conceptuales, que le permitirán comprender ideas básicas que irá desarrollando y practicando en el cuidado de enfermería en los diferentes grupos poblacionales en los semestres siguientes.

El programa de Enfermería Básica I se estructura en seis partes:

1. Fenómeno salud-enfermedad: determinantes nacionales e internacionales, conceptos, modelos de atención de la salud y la enfermedad, historia natural de la enfermedad, promoción de la salud, educación y comunicación en salud.
2. Sistemas de salud: concepto, sistemas culturales e interculturalidad, sistema de salud colombiano (sistema general de seguridad social en salud).
3. Cuidado de enfermería: modelos teóricos de atención de enfermería, el cuidado como interacción.
4. Proceso de atención de enfermería: método de solución de problemas, pasos del Proceso.
5. Sujetos de atención del cuidado de enfermería: individuo, colectivos (familia, grupos, comunidad).
6. Valoración de enfermería: herramientas de valoración de enfermería para individuos y para colectivos.

A partir de cuarto semestre los elementos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se integran a la atención de cada grupo poblacional particular: niño, en cuarto semestre; mujer, en quinto; adulto y anciano, en sexto y séptimo, y uno de estos grupos, en octavo semestre.

De manera general, en cada uno de estos semestres, se busca conocer al grupo poblacional en términos de perfil epidemiológico, características del desarrollo y factores determinantes de la salud. Asimismo,

en las prácticas se trabaja en diagnósticos y planes de acción participativos, se busca que las personas y los colectivos logren empoderamiento a través del acceso al saber en salud, el manejo de tecnologías y el control de factores de riesgo ambientales. Se busca así, desde la formación, apoyar la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción. Las prácticas se realizan en diferentes contextos como servicios de salud de nivel primario y secundario —en algunos casos de nivel terciario—, y también en sitios de trabajo, guarderías, hogares de tercera edad y colegios. Se busca también que, a través de las prácticas, los estudiantes aporten información que sirva para el diseño y ejecución de políticas institucionales a favor de la salud en los campos de práctica.

4.2. Posgrado: el caso de la especialización en enfermería pediátrica

El currículo de la especialización en enfermería pediátrica se articula a partir de dos elementos centrales: el niño y el cuidado de enfermería. En este sentido, el niño se aborda como sujeto social desde la perspectiva de las dimensiones: cultura, sociedad, teorías del desarrollo humano, comunicación e interacción. Asimismo, se estudian las características de la niñez colombiana en el horizonte de la salud y la enfermedad.

El cuidado de enfermería se concibe según el marco ya propuesto y se desarrolla en prácticas de atención, en tres ámbitos: el ambulatorio, el hospitalario y el hogar. Se busca que los estudiantes realicen acciones orientadas hacia tres finalidades: promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención de los niños enfermos.

5. Estilos pedagógicos

El aprendizaje sobre promoción de la salud contempla no sólo los elementos históricos, conceptuales y metodológicos, sino que requiere de la vivencia cotidiana de los valores que ésta busca implementar. Por esta razón, las propuestas pedagógicas se reorientan hacia que los estudiantes sean autónomos y usen el diálogo y la comunicación como medios fundamentales para la participación en la realidad social.

De igual forma, en las interacciones entre docentes y estudiantes, se propicia el uso de normas que sean el resultado de acuerdos que busquen calidad de vida y desarrollo de la comunidad educativa.

En este sentido, se trata de que las (os) estudiantes vivencien el uso democrático del poder (el valor y la importancia que implica el hecho de que el saber circule socialmente), cumplan funciones de beneficio común y reconozcan a la salud y la enfermedad no como un asunto de “especialistas poderosos”, sino como parte de la realidad de todas las personas y los colectivos.

6. La investigación

Tanto docentes como estudiantes han venido realizando investigaciones en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Entre otras, se resaltan:

Salud ocupacional

- Construcción de significados de salud y trabajo.
- Estado del arte en promoción de la salud.

Salud infantil

- Ejercicios de la autoridad en la familia y escuela.
- Cuidado de la salud del niño en diferentes grupos socioculturales.

Investigación participativa en localidades

- Salud, mujer, ancianos, adolescentes.
- Conceptos de salud y enfermedad.

Con la investigación se busca conocer, crear espacios de comunicación, propiciar espacios de interculturalidad y facilitar el acceso a saberes en favor de la salud de los colombianos

Bibliografía

DUQUE, MC. *Manual sobre temas de cuidado primario al niño*. Bogotá: Universidad Javeriana, 1995.

FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. Madrid: Alianza.

FRANCO, S., OCHOA, D., y HERNÁNDEZ, M. *La promoción de la salud y la seguridad social*. Bogotá: Corporación Salud y Desarrollo. Instituto de Seguro Social. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social, 1995.

GONZÁLEZ, J., DEL BOSQUE, S. y DEL BOSQUE, M.T. *Manos a la salud*. México: Centro (CIESS) y OPS, 1998.

GONZÁLEZ, N. *Infectología clínica*. México: Trillas, 1984.

GUTIÉRREZ, M.L. *La formación y el desempeño de la enfermería con énfasis en la promoción de la salud. Un posicionamiento estratégico a favor de la salud*, 1997.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, SALUD Y BIENESTAR SOCIAL CANADÁ Y ASOCIACIÓN CANADIENSE DE SALUD PÚBLICA. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa, 1986.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "Declaración de Alma Ata".
En: *Salud Mundial*, agosto-septiembre, 1998.

QUEVEDO, E. "El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas". En: CARDONA, Alvaro (comp.). *Sociedad y salud*. Bogotá: Zeus, 1992.

SALLERAS, L. "La salud y sus determinantes". En: *Anthropos*. Madrid, No 118-119 (marzo-abril, 1991).

VÉLEZ, A. *Conceptos básicos del proceso salud-enfermedad*. Manizales: Universidad de Caldas, 1990.