

Promoción de la salud: una mirada crítica a sus antecedentes y al rol de los profesionales de salud

Health promotion: a critical view at its background and the role of health professionals

María Eugenia Flórez-López ¹

1 Fisioterapeuta. Magíster en salud pública doctoranda en universidad nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Contacto: mefloresl@unal.edu.co

Resumen

Introducción: Abordar el tema de Promoción de la salud y particularmente sus antecedentes es un asunto de permanente vigencia, dada su importancia a la luz de las políticas internacionales de salud pública planteadas desde el siglo XX. Para que la Promoción de la Salud se siga fortaleciendo, se requiere de la creación de condiciones favorables a la salud en lo cual los profesionales de la salud juegan un rol trascendental, que pasa por su formación académica, continuando con su desempeño profesional y participación ciudadana.

Objetivo: Presentar una revisión crítica de los antecedentes de la promoción de la salud y del rol de los profesionales de la salud en su desarrollo.

Método: Se realizó una revisión de artículos, libros y documentos oficiales de organismos internacionales de salud, publicados en español y en inglés. Se usaron los términos en ambos idiomas: “promoción de la salud”, “personal de salud” y “salud pública”. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, SciELO y Science Direct.

Conclusiones: Los hallazgos muestran cómo la Promoción de la salud ha estado enmarcada en críticas y debates desde su origen, lo que demuestra su importancia y vigencia en el tiempo; los profesionales de la salud como actores principales en la promoción de la salud, deben recibir desde su formación las bases necesarias para su aplicación profesional y personal.

Palabras clave:

“Promoción de la salud”, “Personal de salud”, “Salud pública” (DeSC)

Abstract

Recibido: 24/jul/2020

Aceptado: 08/nov/2020

Publicado: 15/dic/2020



Introduction: Addressing the issue of Health Promotion and particularly its background is a matter of permanent validity, given its importance in the light of international public health policies raised since the twentieth century. In order for the Health Promotion to continue strengthening, the creation of favorable health conditions is required in which health professionals play a transcendental role, which goes through their academic training, continuing with their professional performance and citizen participation.

Objective: To present a critical review of the background of health promotion and the role of health professionals in their development.

Method: A review of articles, books and official documents of international health organizations was conducted, published in Spanish and English. The terms “health promotion”, “health personnel” and “public health” were used in Spanish and English. The databases consulted were PubMed, SciELO and Science Direct.

Conclusions: The findings show how Health Promotion has been framed in criticism and debates since its inception, which demonstrates its importance and validity over time; Health professionals, as the main actors in health promotion, should receive since their professional education the necessary bases for their professional and personal application.

Keywords:

“Health promotion”, “Health personnel”, “Public health” (MeSH).

Introducción

La Promoción de la Salud (PS) es una corriente de pensamiento importante para la salud pública, enunciada por algunos como la “Nueva salud pública” (1,2,3) que busca que las personas y comunidades tengan una influencia real en sus condiciones de vida, bienestar y calidad de vida. Es una corriente de pensamiento en continuo desarrollo, cuya aplicación permite que las personas y comunidades, a partir de los recursos con los que cuentan, potencien sus capacidades y alcancen su desarrollo, logrando la transformación social de los entornos, en los cuales ellos viven su cotidianidad a lo largo de su ciclo de vida.(4) Durante la vida de las personas hay diferentes situaciones, tanto positivas como negativas, agradables y desagradables, que influyen en su proceso de salud y enfermedad, proceso continuo, fluctuante y variable a lo largo del tiempo; estas situaciones hacen parte de la dinámica compleja de la vida.(5)

Para el desarrollo de las acciones y estrategias de la PS, se requiere de la participación de equipos de trabajo interdisciplinarios e intersectoriales, de los cuales hacen parte los profesionales de la salud, en muchos casos como líderes de estos. Este artículo busca dar una mirada crítica, pasados treinta años de la firma de la Carta de Ottawa, de los antecedentes de la PS, prestando una atención especial al rol que deben cumplir los profesionales de la salud en su gestión e implementación.

Métodos

Se realizó una revisión de artículos, libros y documentos oficiales de organismos internacionales de salud, publicados en español y en inglés. Se usaron en español los términos DeCS: “promoción de la salud”, “personal de salud” y “salud pública” y en inglés los términos MeSH: “health promotion”, “health personnel”, “public health”. Se usó el operador booleano AND y no se limitó la fecha de los documentos. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, SciELO y Science Direct. Se utilizaron también como fuentes secundarias para la obtención de información, las bibliografías de los artículos encontrados. Se buscó información relacionada con los antecedentes de la PS, posturas críticas sobre su origen y desarrollo, e información sobre el rol de los profesionales de la salud en la PS. Se buscaron, en lo posible, los artículos originales de los antecedentes teóricos.

Desarrollo

La información se obtuvo de la revisión y análisis de 43 fuentes: 30 artículos, 7 libros y 6 documentos oficiales, publicados entre 1971 y 2018; 70% de la información revisada estaba en español. Los datos obtenidos se organizaron en los siguientes apartados: Antecedentes de la PS, Consolidación de la PS: la Carta de Ottawa, Rol de los profesionales de la salud, y ¿Qué se podría hacer? A continuación, se presenta cada uno de ellos.

Antecedentes de la PS

Hace un poco más de 30 años, la PS fue propuesta como un referente internacional para la implementación de acciones orientadas a que las personas y comunidades mejoraran su salud y ejercieran un mayor control sobre la misma, participando en la creación y el mantenimiento de condiciones saludables en cada uno de los entornos en los cuales ellas desarrollan su cotidianidad. Terris indica que el primero en utilizar el término PS fue Henry Sigerist, incluyéndola en 1945, como una de las cuatro tareas esenciales de la medicina. (6)

La definición de la PS como se concibe en la actualidad, tiene su origen en la nueva (para su momento) forma de ver la salud planteada por la OMS en 1946, en un contexto de postguerra, cuando en el mundo se planteaban lineamientos orientados a la búsqueda del bienestar general, con un Estado benefactor, garante de derechos.(7,8,9) Se fundamentó la concepción de la salud como un derecho, en tanto se buscó garantizar condiciones sociales, económicas, educativas, ambientales, etc., propicias para el desarrollo y crecimiento de las personas y comunidades, haciéndolas partícipes en el mejoramiento de su

calidad de vida, sus niveles de satisfacción, su interacción con el entorno y teniendo la oportunidad de vivir su vida con vigor y fortaleza.(10)

Como antecedentes de la PS se han considerado algunos trabajos como el de Mckeown en Europa, quien con bases científicas probó el efecto del mejoramiento en la nutrición, los cambios favorables en el nivel de vida y del desarrollo económico, en la disminución de la mortalidad en Inglaterra.(9,11) En Canadá, el Informe Lalonde (Campo de la salud),(12) desarrollado a partir del modelo de Laframboise,(13) propuso cuatro categorías o elementos para dividir el campo de la salud: medio ambiente, estilo de vida, biología humana y los servicios de salud. Blum, basándose en el Campo de la salud, presentó una propuesta con una orientación más administrativa, hacia la reorganización del sistema de salud.(9)

Aunque los postulados presentados por Lalonde han perdurado y han sido fundamentales en el desarrollo de las propuestas de PS, no han estado exentos de críticas. Buck consideró que en el Informe de Lalonde, las recomendaciones para mejorar el medio ambiente eran débiles y no obligaban al gobierno canadiense a modificar las condiciones principales que afectaban la salud de algunos grupos poblacionales.(11,14) La dimensión propuesta por Buck para el abordaje del medio ambiente, buscó resaltar la importancia de este elemento, en tanto, propuso la inclusión de condiciones sociales y económicas, que tienen un efecto considerable en la salud de las personas y comunidades. Su propuesta es aplicable en la actualidad, dado que promueve el abordaje de las cuestiones ambientales, las cuales determinan las decisiones individuales, pero están fuera del control de los individuos.(14) En la actualidad, en Canadá se ha planteado la importancia de la inclusión de los determinantes ecológicos de la salud, en interacción con los sociales; se considera que los dramáticos y rápidos cambios globales en las condiciones ambientales, impulsados por fuerzas sociales, culturales y económicas, ponen en riesgo la salud de las personas.(15)

Algunos autores europeos indican que en el origen de la PS, tuvieron influencia los movimientos de salud comunitaria y salud de las mujeres, generados en los años sesenta del siglo XX, en los países occidentales industrializados, como Nueva Zelanda y Gran Bretaña, los cuales fueron un intento de articulación de nuevas formas de relaciones políticas y sociales, con respecto a la salud y la curación. (16)

En 1978 se enunció la estrategia global de Atención primaria en salud (APS), declarada en Alma Ata,(17) precedida por la meta Salud para todos en el año 2000, que pasaría luego a ser Salud para todos, y ha sido considerada por algunos autores como la meta política y ética más trascendental en salud pública.(18,19) Se ha planteado que la PS surgió de la necesidad de reactivar los compromisos establecidos en Alma Ata, en busca de fortalecer los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el campo político, para mejorar la condición de salud en el mundo,(11) ante lo que algunos autores llamaron “el fracaso de la APS”. (20,21) Entre las causas de dicho fracaso se proponen: falta de un auténtico compromiso político, falta de apoyo económico, aparición de diversas interpretaciones de la APS (APS – APSS – selectiva), fallas metodológicas, choque con el poder de las industrias farmacéuticas, políticas económicas basadas en el mercado, la descentralización y la privatización, etc. Otros autores en cambio consideran que más que haber sufrido un fracaso, la estrategia se vio disminuida por decisiones de la agenda política y económica mundial, por la falta de compromiso político para su desarrollo y la falta de asignación de los recursos requeridos para la superación de las desigualdades. (22,23,24)

En 1979, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicó el Informe del cirujano general Gente sana, (25) siguiendo el modelo presentado por Lalonde. Un grupo de expertos estadounidenses evaluó las diez principales causas de mortalidad de 1976 según el modelo de Lalonde. Sus hallazgos indicaron que al menos la mitad de mortalidad se debió a comportamientos o estilos de vida no saludables, 20% a factores ambientales, 20% a factores biológicos y 10% a insuficiencias en el sistema de cuidado de la salud. La principal conclusión de este análisis fue la necesidad de reexaminar las prioridades para el gasto nacional en salud. A la luz de estos resultados, se enfatizó en la importancia de mejorar la condición de salud de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad (PE) y la PS, centrando las acciones de la primera en la protección de la salud frente a las distintas amenazas procedentes del ambiente y las de la segunda en los cambios de los estilos de vida. (6,25)

El impacto del Informe del Cirujano General fue importante en el campo de la PS, de un lado, porque marcó la ruta que se seguiría en Estados Unidos, con un énfasis en la modificación de los estilos de vida, y por el otro, porque creó un precedente de confusión con relación a los términos PS y PE. (6,11) Este documento le daba igual importancia a la PS frente a la PE, por lo cual en su momento dio lugar a múltiples interpretaciones sobre el objetivo de la PS; unos concluían que la PS daba

cobertura a todos los servicios sanitarios, otros consideraban que era sinónimo de la PE y algunos creían que la PE debía subordinante a la PS. (6)

Otra propuesta teórica que genera confusión en la delimitación de las acciones entre la PS y la PE es la de los niveles de prevención de Leavell y Clark, quienes incluyen la PS en el nivel de prevención primaria de la enfermedad. (26) Las diversas interpretaciones mencionadas han ocasionado dificultades para la definición del campo de acción de la PS en las instituciones de salud. (11,27)

Consolidación de la PS: la Carta de Ottawa

Con los antecedentes mencionados y en una época en la cual ya se estaban decayendo los postulados que sostenían los estados de bienestar en los países industrializados,(22) la propuesta de la PS fue consolidada con la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá en 1986; los lineamientos para el desarrollo de la PS fueron presentados en la Carta de Ottawa.(28) Esta conferencia fue liderada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de salud y bienestar social de Canadá y la Asociación canadiense de salud pública.

La Carta de Ottawa indica que la 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 a medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”. (28) Se trata por lo tanto de un concepto positivo y progresivo. (29) Enuncia que las condiciones y requisitos para la salud, son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. (28) Esto ha hecho que la PS sea identificada como un proceso político colectivo, porque se basa en las capacidades de las personas, pero se soporta en las condiciones sociales, económicas, políticas, ambientales, etc. (19)

A partir del análisis de las condiciones propias de la elaboración de la Carta de Ottawa, esta se basó en las necesidades y realidades de los países industrializados, aún en contravía de los mismos postulados que se estaban proponiendo; en su preparación, se tuvieron en cuenta puntos de vista privilegiados y se obviaron las necesidades y posturas ideológicas de poblaciones como las de los países en desarrollo y las indígenas, desconociendo sus conocimientos, necesidades y prácticas. (30,31) A pesar de esta crítica, McPhail-Bell, Fredericks y Brough indican que se requiere mayor consideración y acción sobre los principios y valores de la PS y cómo estos pueden ser practicados, en busca de realizar la visión original de la PS a nivel mundial. (31)

Rol de los profesionales de la salud

Un elemento relevante de la PS es el relacionado con la construcción de capacidad, en la cual los profesionales de la salud tienen un papel fundamental. La construcción de capacidad es entendida como la creación de condiciones favorables a la salud y la generación de influencia positiva en los aspectos estructurales que determinan la posibilidad de individuos y grupos de intervenir en las decisiones que afectan su salud y de acceder a oportunidades y servicios.(30) En este tipo de enfoques, una crítica que se ha hecho es la falta de oportunidades que se da a los ciudadanos de participar en la definición de sus problemas, en el planteamiento de sus estrategias de acción y en la determinación de los criterios de éxito. Entre tanto, investigaciones han encontrado que la participación ciudadana y la sostenibilidad de los programas aumentan en la medida en que los planteamientos de las intervenciones son coherentes con los intereses de la comunidad y de sus líderes. (32)

En la construcción de capacidad, los profesionales de la salud juegan un rol fundamental y para ello deben tener la formación adecuada, con orientación colectiva y comunitaria, que trascienda la formación orientada al individualismo y al modelo biomédico que tradicionalmente se ha recibido.(33,34) Además, una formación que permita que el centro de atención sea la persona, no el paciente, ni el cliente; esa persona que tiene un saber propio, que le permite tomar decisiones a partir de su propia cultura, entendiendo “cultura” como lo presenta Duque-Páramo (35) desde una perspectiva progresista de la PS, como el conjunto de conocimientos, experiencias, actitudes, prácticas y valores alrededor de la salud y la enfermedad. Esto resalta la responsabilidad de la academia en la formación del recurso humano en salud, el cual debe estar preparado para apoyar el desarrollo de las capacidades de las personas y comunidades con las que interactúa.

El profesional de la salud debe tener formación, no solamente para transmitir información, sino para generar en las personas y comunidades motivación para la búsqueda de transformaciones sociales reales. Se requiere un profesional para la salud que amplíe su atención fuera de los límites establecidos por los aspectos biofísico-patológicos; que comprenda que su conocimiento no es absoluto, que precisa del apoyo de un equipo de profesionales de diferentes disciplinas y sectores, y que las necesidades de las personas con las que interactúa son más importantes que las del sistema de salud. (33,34)

Además, es fundamental que los profesionales de la salud tengan una sólida formación investigativa, que permita subsanar los vacíos de información existentes y mejorar la transmisión de información desde las realidades sociales hacia los tomadores de decisiones para generar políticas públicas soportadas en la evidencia y en la práctica. (34,36,37) Otro elemento primordial es que los profesionales de la salud tengan la capacidad de desarrollarse como actores sociales y la capacidad de liderazgo para movilizar a los diferentes actores sociales y a los diferentes sectores en el trabajo decidido por la búsqueda del bienestar común. (33,34)

El profesional de la salud, además de ser un agente de salud, es un actor social, entendido este como un sujeto colectivo, estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad en busca de defender los intereses de los miembros que la componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias; debe ser un actor político en busca de la garantía de sus derechos, basado en el cumplimiento de sus deberes, en la defensa de los intereses propios y de las comunidades que representa. (38,39) En ocasiones, los profesionales de la salud no se visualizan como co-partícipes en las situaciones que abordan en su cotidianidad profesional, sino como agentes externos, ajenos a las realidades y necesidades de las personas y comunidades con las que interactúan; en otras ocasiones, los profesionales de la salud se presentan como dueños del poder, representado en la posesión del conocimiento, en una relación desigual, donde las personas son vistas como quienes necesitan, quienes carecen, quienes requieren la ayuda, sin tener nada que dar a cambio. (33)

¿Qué se podría hacer?

Son muchas las críticas, debates y controversias que se han generado en torno a la PS, incluida considerar que ha perdido vigencia debido a los cambios económicos, sociales y políticos que ha vivido el mundo desde que fue promulgada a través de la Carta de Ottawa en 1986, y es precisamente esta consideración, la que podría pensarse que más vigencia le da a la PS. (38,39) Los cambios de las condiciones de vida de las personas en el mundo han generado que en muchos lugares se presenten manifestaciones de rechazo, levantamientos de grupos poblacionales que reclaman cambios en las políticas, en los sistemas de salud, en los regímenes laborales, etc. Esos reclamos, que piden mejor calidad de vida, pueden verse resueltos, en parte, mediante la implementación de estrategias basadas en la PS, de carácter interdisciplinar, con participación real, con equipos de trabajo intersectoriales, de tal manera que requisitos indispensables como la vivienda, los ingresos, el suministro de agua potable, los servicios sanitarios, las condiciones laborales, etc. sean suplidos, como lo propone la Carta de Ottawa. (38,39)

Se requiere entonces que las personas, incluidos los profesionales de la salud, desarrollen su rol como actores sociales y políticos, partícipes en la toma de decisiones en los entornos en los cuales viven y desarrollan sus actividades personales y profesionales. (33,38,39) Esto a su vez necesita la formación en liderazgo, conocimiento de los deberes y derechos que como ciudadanos se tiene, responsabilidad que debe asumirse desde el sector educativo, en todos sus niveles.

Para lo anterior, es necesario también que se respete la dignidad de las personas, su autonomía y libertad; así, las personas podrían seleccionar, en ambientes con oportunidades suficientes, los modos de vida y los hábitos que consideren adecuados, según su acervo cultural, sin imposiciones externas, sin juzgamientos sobre si es bueno o malo lo que hacen, sino con el respeto que tiene en cuenta su capacidad de tomar decisiones acertadas, para ellas, teniendo en cuenta que los comportamientos de las personas se basan en sus condiciones sociales y de vida. (10,11,33,40,41)

Los elementos anteriores pueden permitir que las personas y comunidades conserven condiciones potencialmente sanas, concibiendo la salud como un aspecto positivo, como diría Sigerist, como “una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace caer en el individuo” (7) o como diría el médico catalán Jordi Gol considerando que “la salud es una manera de vivir autónoma, solidaria y placentera”. (42)

Los salubristas tenemos una responsabilidad social que puede ser desarrollada en diferentes niveles de acción, desde el apoyo a las personas y comunidades en los procesos de interacción a través de proyectos o programas de PS, hasta el asesoramiento científico y experiencial, a través de la transferencia de conocimiento, a los tomadores de decisiones. Dicho conocimiento podrá finalmente ser traducido en políticas públicas basadas en evidencia y en práctica, (37) bien en entornos públicos como privados, para lo cual se requiere la implementación de estrategias como la abogacía, el cabildeo, la información, la educación y la comunicación en salud. (43)

Conclusiones

La PS ha sido foco de críticas y debates desde su origen, las cuales demuestran su importancia y vigencia en el tiempo.

Pese a la falta de inclusión de posturas diferentes a las hegemónicas y el no reconocimiento de realidades contextuales de poblaciones como la latinoamericana, en su origen, en los microcontextos se pueden implementar acciones de PS, a través de estrategias culturalmente adaptadas, sustentadas en sus postulados originales. Se debe reconocer que los principios planteados en la Carta de Ottawa y mantenidos en el tiempo, son adaptables a dichas realidades. Ajustando las estrategias y teniendo en cuenta las características sociales, educativas y culturales de los actores sociales de los diferentes contextos, se puede lograr que las personas y las comunidades puedan disminuir las brechas existentes para la satisfacción de sus necesidades y deseos.

El abordaje de las acciones desde la promoción de la salud permite enfocarse en las capacidades, recursos y potencialidades con que cuentan las personas y las comunidades en sus territorios, para alcanzar y mantener condiciones de bienestar y calidad de vida que les permitan desarrollar sus actividades en la cotidianidad y aportar constructivamente al mejoramiento de sus entornos. La PS busca potenciar las capacidades de los individuos y comunidades, para que, a partir de su autonomía y dignidad, del reconocimiento de su realidad contextual, de sus capacidades y condiciones de vida, puedan de manera organizada, consciente, participativa y responsable, tomar decisiones que consideren acertadas, para ser agentes de cambio en sus entornos, en busca de alcanzar el desarrollo individual y colectivo, influenciando positivamente las condiciones en las que viven.

Es importante, además, el fortalecimiento de la participación social, de la capacidad de las personas y comunidades de aportar según sus posibilidades y recibir según sus necesidades, en busca de la equidad y la justicia social, fortaleciéndose como comunidad, movilizándose en busca de ejercer su ciudadanía en la exigencia de sus derechos, cumpliendo sus deberes ciudadanos. Para ello, se requiere que el Estado ejerza su rol como garante de los derechos de sus ciudadanos, en este caso el derecho a la salud, que implica condiciones dignas de vivienda, educación, trabajo, recreación, ocio, entre otras.

Finalmente, se debe resaltar que la academia debe cumplir también su responsabilidad social en la búsqueda de la salud de los ciudadanos, tanto desde la formación del recurso humano en salud, como de las demás áreas de formación. Ello requiere un compromiso político desde las altas esferas administrativas, entiéndase Ministerios de Educación y Salud, los cuales, trabajando mancomunadamente, deben buscar la inclusión de temáticas de PS en los planes de estudio de todas las carreras de formación, tanto en pregrado como en postgrado.

Bibliografía

1. Franco G. Álvaro. *Tendencias y teorías en salud pública*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2006 [citado ene. 31 de 2017];24(2):119-130. Disponible en: <https://bit.ly/2MK6gsa>
2. Awofeso, N. *What's new about the "new public health"?* Am J Public Health [Internet]. 2004 [citado jun. 8 de 2017];94(5):705-709. Disponible desde: <https://bit.ly/2xk7NQM>
3. Dooris, M. *Expert voices for change: Bridging the silos—towards healthy and sustainable settings for the 21st century*. Health & place. [Internet]. 2013. [citado jun. 9 de 2017];20:39-50. Disponible desde: DOI:10.1016/j.healthplace.2012.11.009
4. Nutbeam, D. *Glosario de promoción de la salud*. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998. 50 p. Disponible desde: <https://bit.ly/2MKwk6n>

5. García-Vargas, M. C. *Aproximaciones conceptuales para diferenciar promoción de la salud de la prevención de la enfermedad*. *Avances en Enfermería* [Internet]. 1998. [citado may. 17 de 2017];16(1-2):35-45. Disponible desde: <http://bdigital.unal.edu.co/20274/1/16380-53945-1-PB.pdf>
6. Terris, M. *Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública*. En: *Promoción de la Salud: Una Antología (Publicación Científica 557)*. Washington, DC: Pan American Health Organization, ed.; 1996. p. 37-44.
7. Gil, G. P., y Gálvez, R. *Medicina preventiva y salud pública*. 11ª ed. Barcelona: Elsevier Masson. 2008. 1416 p.
8. Espinosa-Restrepo, H. *Controversias sobre la Carta de Ottawa: Debate promovido por Michel O' Neill*. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2012. [citado abr. 27 de 2017];30(3):347-52. Disponible desde <http://www.redalyc.org/pdf/120/12025369012.pdf>
9. Robledo-Martínez, R., y Agudelo-Calderon, C. *Aproximación a la construcción teórica de la promoción de la salud*. *Rev Salud Publica (Bogota)* [Internet]. 2011. [citado abr. 27 de 2017];13(6):1031-50. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/36209/37708>
10. Green L. y Marshall W. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Kreuter Mayfield Publishing, Mountain View, California, 2nd edn. 1991.
11. Restrepo, H. E., y Málaga, H. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2002. 298 p.
12. Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians*. [Internet]. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974. [citado abr. 27 de 2017]. 77 p. Disponible desde: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
13. Laframboise, H. L. *Health policy: breaking the problem down into more namageable segments*. *CMAJ* [Internet]. 1973. [citado ene. 31 de 2017];108(3):388-393. Disponible desde: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf>
14. Buck, C. *Boletín Epidemiológico de la OPS. Después de Lalonde: hacia la generación de salud*. [Internet]. 1984. [citado jun. 3 de 2017]; p. 10-16 Disponible desde: <https://bit.ly/2DbZnAt>
15. Trevor Hancock, M. B. *Population health promotion 2.0: An eco-social approach to public health in the Anthropocene*. *Can J Public Health*. [Internet]. 2015. [citado jun. 5 de 2017];106(4):e252–e255 DOI: 10.17269/CJPH.106.5161
16. Grace, V. M. *The marketing of empowerment and the construction of the health consumer: A critique of health promotion*. *Int J Health Serv* [Internet]. 1991. [citado ene. 19 de 2017];21(2):329-343. Disponible desde: <https://bit.ly/2OBxQJV>
17. Organización Panamericana de la Salud. *Declaración de Alma Ata*. [Internet]. OPS; 1978. [citado ene. 31 de 2017]. Disponible desde: <https://bit.ly/2qd2X24>
18. Roses, M. *La población y sus necesidades de salud: identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes*. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2004. [citado abr. 3 de 2017];22(99):9-20. Disponible desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021902>
19. Franco, Á. *Promoción de la salud (PS) en la globalidad*. *Rev Fac Nac Salud Publica* [Internet]. 2012. [citado abr. 3 de 2017];30(2):193-201.
20. Palacio, I. A. *Treinta años de Alma-Ata: Interpretaciones y consecuencias para el bienestar psicosocial y la salud comunitaria*. *Persona* [Internet]. 2009. [citado jun. 27 de 2017];12:153-165. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147117618009.pdf>
21. Green, A., Ross, D., & Mirzoev, T. *Primary health care and England: the coming of age of Alma Ata?* *Health Policy* [Internet]. 2007. [citado jun. 27 de 2017];80(1):11-31. Disponible desde: http://www.getmed.co.za/Green_Ross_Mirzoev.pdf
22. Hernández, M., & Obregón, D. *La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia*. [Internet]. Editorial Organización Panamericana de la Salud; 2002. [citado jun. 27 de 2017]; 399 p. Disponible desde: <https://bit.ly/2ML7UcM>

23. Rovere, M. (2012). Atención primaria de la salud en debate. *Saúde em Debate* [Internet]. 2012. [citado jun. 9 de 2017];36(94):327-342. Disponible desde: <https://bit.ly/2OCiKIU>
24. Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo "Atención Primaria de Salud en Debate". *Saúde em Debate* [Internet]. 2012. [citado jun. 9 de 2017];36(94):352-354. Disponible desde: <https://bit.ly/2QMHTXI>
25. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. [Internet]. Washington, DC: U.S. Dept. of Health, Education and Welfare, DHEW (PHS) Publication No. 79-55071. 1979. [citado may. 1 de 2017]. 262 p. Disponible desde: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>
26. Garcia, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ Med Salud* [Internet]. 1971. [citado jun. 27 de 2017];5(2):130-150. Disponible desde: <https://bit.ly/2QHSfys>
27. Díaz-Mosquera, S. P., Rodríguez-Villamil, L. N., & Valencia-González, A. M. Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2015. [citado ene. 31 de 2017];14(28):32-47. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540401003>
28. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la salud. [Internet]. OPS; 1986. [citado ene. 31 de 2017]. Disponible desde: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
29. Blanco, J., & Maya, J. M. Fundamentos de salud pública. Tomo I, Salud pública. 2ª ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2000. 146 p.
30. Salazar, L. Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. 1ª ed. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009. 396 p.
31. McPhail-Bell, K., Fredericks, B., & Brough, M. Beyond the accolades: a postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Glob Health Promot* [Internet]. 2013. [citado feb. 10 de 2017];20(2):22-29. Disponible desde: <https://bit.ly/2xrCu5C>
32. Labonte, R., & Laverack, G. (2001). Capacity building in health promotion, Part 1: For whom? And for what purpose? *Crit Public Health* [Internet]. 2001. [citado jun. 5 de 2017];11(2):111-127. Disponible desde: <https://bit.ly/2QFMaIX>
33. López-Dicastillo, O. et al. Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2017. [citado abr. 3 de 2017];31(3):269-72. Disponible desde: <https://bit.ly/2xnTb2P>
34. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2015. [citado mar. 31 de 2017];33(3):414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
35. Duque-Páramo, M. C. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *IEID* [Internet]. 2011. [citado abr. 3 de 2017];9(2):127-42. Disponible desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212857004>
36. Sanabria Ramos Giselda, Pupo Ávila Noria Liset, Pérez Parra Susett, Ochoa Soto Rosaida, Carvajal Rodríguez Cirelda, Fernández Nieves Yamila. Seis décadas de avances y retos para la promoción de la salud en Cuba. *Rev Cub Salud Publica* [Internet]. 2018. [citado sep. 18 de 2018]; 44(3):467-88. Disponible en: <https://bit.ly/2NVMkHa>
37. Delgado-Bravo AI, Naranjo-Toro M, Castillo R, Basante Y, Rosero-Otero M. Tendencias de investigación en salud. Análisis y reflexiones. *Aquichan* [Internet]. 2014. [citado sep. 18 de 2018]; 14(2): 237-250. Disponible desde: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n2/v14n2a11.pdf>
38. O'Neill, M. La Carta de Ottawa: ¿un manifiesto para "el indignado"? *Glob Health Promot* [Internet]. 2012. [citado abr. 3 de 2017];19(2):75-77. Disponible desde <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975912443035>
39. López-Fernández, L. A., & Hormazábal, O. S. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gac Sanit* [Internet]. 2017. [citado abr. 15 de 2017];31(6):443-45. Disponible desde: <https://bit.ly/2MMGjg6>
40. Buchanan, D. R. Promoting Dignity: The Ethical Dimension of Health. *Int Q Community Health Educ* [Internet]. 2016. [citado abr. 3 de 2017];36(2):99-104. Disponible desde: <http://journals.sagepub.com.ez.unisabana.edu.co/doi/pdf/10.1177/0272684X16630885>

41. Buchanan, D. *Moral reasoning as a model for health promotion*. *Soc Sci Med [Internet]*. 2006. [citado abr. 3 de 2017];63(10):2715-26. Disponible desde: <https://bit.ly/2Dc9x45>
42. I Candela, J. A., Martín, L. E., Quiroga, O. F., I Pellicer, A. F., & I Molinos, T. T. *La participación ciudadana en la sanidad pública catalana: concepto, análisis y propuestas*. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales [Internet]*. 2008. [citado jun. 29 de 2017];12;270(103). Disponible desde <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-270/sn-270-103.htm>
43. Prieto-Rodríguez, A. *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde la fisioterapia. Revisión conceptual*. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]*. 2004. [citado jun. 28 de 2017];52(1),62-74. Disponible desde: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43300/44596>