



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Cabieses, Baltica; Rice, Marilyn; Muñoz, Mónica; Zuzulich, María Soledad  
Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable  
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 29, núm. 3, septiembre-diciembre, 2011, pp. 308-319  
Universidad de Antioquia  
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021452011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable\*

## Equality and equity: necessary steps to build a healthier university

Baltica Cabieses<sup>1</sup>; Marilyn Rice<sup>2</sup>; Mónica Muñoz<sup>3</sup>; María Soledad Zuzulich<sup>4</sup>

- <sup>1</sup> PhD in Health Sciences, University of York, enfermera-matrona, Magíster en Epidemiología, Docente Investigador Universidad del Desarrollo, Clínica Alemana.
- <sup>2</sup> Senior Advisor in Health Promotion, Leader, Health Determinants and Health Promotion Team, Area for Sustainable Development and Environmental Health, Pan American Health Organization
- <sup>3</sup> Enfermera-matrona, Magíster en Comunicación Social, Profesora Asociada, Directora Programa UC Saludable, Directora Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
- <sup>4</sup> Enfermera-matrona, Magíster en Psicología de la Salud, Dirección General Estudiantil, Pontificia Universidad Católica de Chile

Recibido: 09 de mayo de 2011. Aprobado: 16 de agosto de 2011.

---

Cabieses B, Rice M, Muñoz M, Zuzulich MS. Igualdad y equidad: pasos necesarios para construir una universidad más saludable. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(3): 308-319

---

### Resumen

El concepto de promoción de la salud surgió de forma simultánea al de igualdad y equidad. Estos conceptos implicaron un giro en la forma de explicar fenómenos de salud-enfermedad, incorporando la perspectiva psicosocial y contextual. No se ha desarrollado una reflexión crítica sobre cómo una *universidad saludable* debe incorporar la perspectiva de igualdad y equidad en salud. **Objetivos:** describir la relación entre estos conceptos; identificar mecanismos explicativos de desigualdad; proponer pasos a seguir para promover la equidad e igualdad en una universidad. **Metodología:** búsqueda de literatura en bases de datos y reportes recomendados por expertos. **Resultados:** se presentan definiciones de determinantes sociales de salud,

desigualdad, equidad y promoción de salud; se revisa la evidencia de desigualdad social y sus consecuencias en salud en la comunidad universitaria; se discuten posibles modelos explicativos de dichas desigualdades y se establecen algunos posibles pasos a seguir para reducir estas diferencias en salud en una universidad. **Conclusiones:** un ambiente universitario más igualitario y equitativo podría contribuir de manera concreta a catalizar una vida sana en esta comunidad. Una universidad con estructura y cultura más igualitaria y equitativa, es un camino desafiante y complejo, pero seguro hacia el éxito. ----- **Palabras clave:** promoción de salud, igualdad, equidad, universidad saludable.

### Abstract

The concept of health promotion emerged simultaneously with those of equality and equity. These concepts implied a change in the way in which the phenomena known as health and disease are explained, thus incorporating psychosocial and contextual perspectives. However, no critical reflection has been developed regarding how a healthy university should incorporate the perspectives of equality and equity in terms of health. **Objectives:** to describe the relationship between these

concepts, identify the mechanisms that explain inequality, and propose steps to promote equity and equality at the university level. **Methodology:** a literature search using databases and reports recommended by experts (a total of 62 documents.). **Results:** we present definitions for the social determinants of health, equality, equity, and health promotion. We also review the evidence of social inequality and its impact on health in the university community. Likewise we discuss possible models

---

\* Versión preliminar de esta publicación fue presentada en el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud, Universidad Pública de Navarra, 08 de octubre de 2009.

explaining these inequalities and establish some possible steps to follow in order to reduce the differences in terms of health at the university level. **Conclusions:** a more equal and equitable university environment could contribute specifically to bring about a healthy life in its community. Achieving a university

with a more egalitarian and equitable structure and culture is a challenging and complex task, but it will surely lead to success.

----- *Key words:* health promotion, equality, equity, healthy university.

## Introducción

Las universidades desempeñan un papel protagónico en la sociedad donde están insertas. Son escenario de formación técnica y profesional de los miembros de la comunidad. Además, apoyan los cambios en diversos espacios nacionales e internacionales y buscan comprender fenómenos y aportar soluciones que enriquezcan la sociedad. El rol social de las universidades bajo el marco de la promoción de la salud ha sido organizado en cuatro puntos por Muñoz y Cabieses [1]: a) responder a la problemática de educación y salud del país, b) generar e intercambiar conocimiento en torno a promoción de la salud, c) orientar y apoyar la educación para el autocuidado y los estilos de vida saludables y d) ser un agente de cambio modelo para la promoción de la salud.

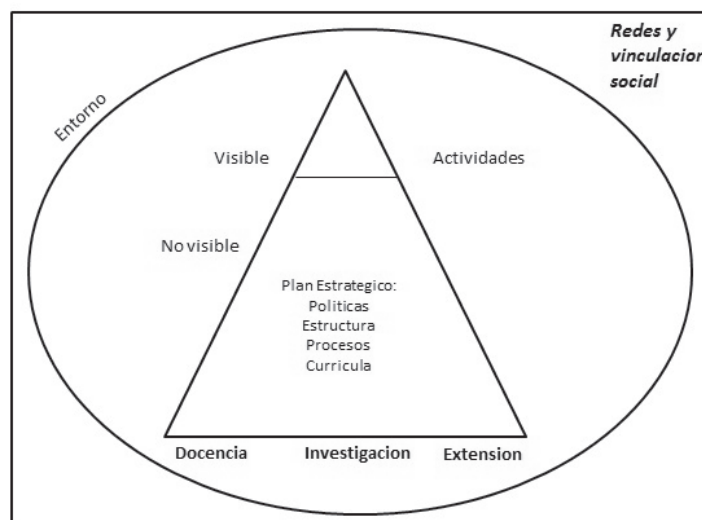
Pese a la reconocida relevancia de la promoción de la salud en el escenario universitario [1, 4], la relación entre ambas no es simple ni del todo descrita en la actualidad. De forma concreta, el concepto de promoción de salud surgió en los años setenta e implicó un giro en la forma de explicar y evaluar los fenómenos de salud-enfermedad en el ámbito mundial, al incorporar la perspectiva psicosocial y contextual [5, 6]. En forma simultánea, el concepto de equidad en salud adquirió una creciente importancia internacional y reflejada en múltiples documentos y cartas de consenso [7, 8]. También se ha propuesto que la promoción de la salud pública sea observada en su dimensión poblacional más que individual, por su fuerte componente multinivel, multisectorial y multidisciplinario [5, 7, 9].

La vinculación entre equidad y promoción de la salud ha emanado desde el sentido de *justicia social*, inherente al concepto de promoción de salud [5, 7, 8]. La equidad en salud ha sido definida como la ausencia de diferencias (o desigualdades) injustas, innecesarias y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que tienen diferentes características socioeconómicas, demográficas o geográficas [10-12]. Tal como lo define el concepto de “promoción de la salud social” de Lomas [13], es urgente enfrentar los desafíos sociales existentes en el mundo y reducir las diferencias en salud percibidas como injustas al afectar mayorita-

riamente a los grupos menos favorecidos. Las universidades han debido desarrollar paulatinamente una mayor comprensión respecto del concepto de promoción de la salud. De acuerdo con lo propuesto hace unos años, la universidad promotora de la salud es aquella que incorpora el fomento de la salud a su proyecto, con el fin de propiciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, influyendo así en entornos laborales y sociales [4].

La incorporación del concepto de promoción de la salud en el escenario universitario ha sido lenta y paulatina, alcanzando grados variables de aplicación en aquellas instituciones que la han incluido en su estructura y procesos organizacionales. En estas instituciones cohabitan al menos tres grupos muy diferentes, como son el estudiantil, el académico y el administrativo [14, 15]. Dichos grupos cuentan con su propia cultura organizacional y se vinculan con los demás grupos por medio de complejas interacciones sociales, que aún no han sido totalmente comprendidas. Al mismo tiempo, cada universidad cuenta con su propia estructura organizacional, normativa, regulaciones y sistemas de monitoreo, y que tienden a ser relativamente complejos (figura 1). Las formas, estructuras y procesos diseñados por cada universidad pueden variar enormemente con otras, desde formatos tradicionales más rígidos y verticales hacia modalidades innovadoras más horizontales, flexibles y multidisciplinarias.

Por otra parte, aquellas universidades que han incorporado explícitamente el concepto de promoción de la salud, lo han hecho principalmente desde una perspectiva cognitivo-conductual y de foco individual (esto es, centrados en estilos de vida individuales saludables) [1]. La perspectiva estructural y de interacción entre grupos y procesos relevantes de la misma no ha sido ampliamente abordada. Si bien existen algunas iniciativas que implícitamente atienden al colectivo universitario (como la generación de ambientes libres de humo de tabaco, por ejemplo), estas son más bien aisladas y están exentas de un marco conceptual de equidad organizacional que las sustente [2]. Un paso necesario requiere de la comprensión del efecto directo de estructuras y procesos colectivos de la población universitaria [16-18].



**Figura 1.** Componentes básicos de una universidad†

El anhelo de transformar la visión de promoción de la salud y equidad en una sociedad requiere entonces de una renovación al interior de la universidad. Para iniciar dicha renovación, este documento propone posibles pasos a seguir, luego de revisar algunos conceptos teóricos relacionados fundamentales.

## Metodología

La introducción expuso la relación entre promoción de la salud y equidad. A continuación el documento desarrolla los siguientes objetivos:

- Describir las bases teóricas y conceptuales de la relación entre promoción de la salud, equidad e igualdad;
- identificar posibles mecanismos explicativos de las desigualdades e inequidades que pueden observarse al interior de los ambientes universitarios;
- proponer posibles pasos a seguir para promover la equidad e igualdad en la universidad, como eje central para un avance sustancial de la promoción de la salud.

Para el logro de estos objetivos, se llevó a cabo una búsqueda de literatura en las siguientes bases de datos de uso internacional: Medline, EMBASE, Scielo, Alerta al conocimiento, Cinhal y Lilacs. Las palabras claves fueron: “promoción de la salud”, “equidad” e “igualdad”, que luego fueron acotadas con el término “universidad” (junio de 2009). No se realizaron límites de año y se aceptaron artículos en inglés, español y portugués. En total

se encontraron un total de 263 artículos, de los cuales 72 estaban a texto completo. De ellos, sólo 22 fueron relevantes para el escenario universitario. Un año más tarde, en octubre de 2010, esta búsqueda fue actualizada y permitió la inclusión de 11 nuevos artículos relevantes para la promoción, equidad e igualdad en la universidad. Al mismo tiempo, se contactaron tres expertos internacionales en la materia de Latinoamérica y Europa, quienes aportaron a este artículo por medio de la recomendación de incorporar otros reportes de amplio uso en el debate actual (29 documentos). De esta forma, un total de 62 documentos fueron utilizados para esta revisión de literatura y se consideraron tanto estudios científicos como revisiones de literatura, actualizaciones y formulaciones teóricas.

## Bases teóricas y conceptuales

Para una comprensión más profunda de la relación presentada entre promoción de la salud, equidad e igualdad, a continuación se describen las principales bases teóricas y conceptuales de cada uno de ellas. Esta descripción está focalizada en la dimensión *pública* de la promoción de la salud y subraya la centralidad de la posición social y del modelo de determinantes sociales de la salud como marco de referencia para mejorar la salud y el bienestar de la comunidad universitaria.

## Salud

Existen diversas definiciones de salud. La más habitual es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS),

† Diagrama tomado con autorización de los autores

que indica que la salud es el completo bienestar físico, mental, emocional y espiritual, y no sólo la ausencia de enfermedad (1946). La oms, en 2007, amplía esta definición de salud al estado de adaptación de un individuo al medio en donde se encuentra. La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, siendo este equilibrio relevante no sólo individual sino también colectivo. Además de equilibrio, la definición de salud incluye la capacidad de realizar funciones esenciales para vivir, crecer y desarrollarse como ser humano, grupo o sociedad. La noción de *grupos humanos*, por lo tanto, también tiene lugar en estas definiciones de salud, en tanto su capacidad de adaptarse, mantenerse en equilibrio y realizar funciones que brindan bienestar y satisfacción a cada uno de sus miembros.

### Determinantes Sociales de la Salud (dss)

Estos se definen como las condiciones sociales en que viven y trabajan las personas y que afectan a su salud, en otras palabras, las características sociales dentro de las cuales tiene lugar la vida [6, 10-20, 21]. Este concepto ha sido utilizado ampliamente en la literatura experta y en el ámbito de las políticas de salud pública, especialmente en los últimos veinte años.

El interés y la pertinencia del concepto han reflejado tanto la perspectiva histórica como los procesos políticos y la evidencia científica obtenida en las últimas décadas. En este sentido, la condición humana es un íntimo reflejo de cómo vivimos en la sociedad y la salud se considera una expresión constante de la *justicia social*, un elemento esencial e indispensable para el progreso de las naciones y las sociedades. Sin embargo, en todo el mundo, las personas que son vulnerables y socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos de salud, se enferman con mayor frecuencia y mueren antes que las personas en posiciones sociales más privilegiadas [6, 10, 20-22].

Al menos cinco modelos diferentes de dss han sido presentados en la literatura internacional desde 1991. La importancia del modelo presentado por el Comité de Determinantes Sociales de la oms está en que no sólo describe los principales determinantes de acuerdo a la evidencia internacional disponible, sino que actualiza las relaciones entre dichos componentes y sus efectos directos e indirectos en salud [16]. Este modelo se organiza en tres niveles: el nivel macro/contextual, el nivel individual, ambos definidos como estructurales, y el nivel intermediario en salud que presenta los diversos modelos explicativos de la existencia de desigualdad en salud [16]. Si bien el modelo de dss reúne y revisa el inmenso cuerpo de evidencia epidemiológica en el tema, todavía se hace necesario contrastarlo con el ambien-

te universitario, que cuenta con su propio contexto interno, jerarquía y cultura organizacional, en algunos casos tendientes a la verticalidad y rigidez [6, 10, 20, 21]. Las figuras 2 y 3 ilustran las grandes diferencias estructurales que se pueden encontrar entre universidades, las cuales reflejan la complejidad inherente al estudio del ambiente universitario.

### Posición social

El concepto de posición social es complejo y multidimensional [16, 23-25]. Conceptos asociados pero no idénticos son la clase social, el estatus socioeconómico y la posición socioeconómica. Interesados en revisar su naturaleza sociológica de manera más profunda pueden acudir a los trabajos clásicos de Karl Marx y Max Weber, y sus estudiosos posteriores como Talcott Parsons y C. Wright Mills [16, 26-31]. En la actualidad, la posición social es una variable ampliamente utilizada en investigación en salud [32, 33] y múltiples estudios han demostrado su asociación con diversas enfermedades y condiciones de salud [34, 36]. No existe una forma única ni óptima de medir posición social (no existe un *gold standard*) [23], sino que su medición varía de acuerdo con la pregunta de investigación, la teoría considerada de base, la población de interés y, en algunos casos, la información disponible.

En los estudios contemporáneos no se ha investigado la implicación en salud de una estructura social jerárquica u horizontal al interior de una universidad. Sin embargo, se reconoce que el grado de rigidez y verticalidad organizacional de cualquier institución podría determinar algunos efectos en la salud de quienes allí trabajan o estudian, y que esta estructura varía enormemente entre instituciones. Además, factores mediadores de calidad de vida y bienestar en la universidad, como el estrés laboral o estudiantil, el rendimiento y la recompensa, entre otros, son elementos claves que se construyen sobre la base de la realidad sociocultural de cada universidad. Factores estructurales y mediadores también interactúan con componentes personales como la etnia, el estatus migratorio, el género, la edad, la situación económica familiar, entre otros, los cuales generan complejas interacciones entre individuos y grupos que moldean la vida universitaria en todos sus niveles.

### Desigualdad en salud

El concepto de desigualdad en salud ha sido utilizado para referirse al hecho de que algunos grupos sociales tienen una mejor salud que otros [17, 20, 37-42]. Los conceptos de salud de las variaciones, disparidad de salud y desigualdad de salud, reconocen las diferencias entre los estados de salud de las personas [17, 20, 21, 37-42]. La desigualdad ha sido definida como la evaluación

sistemática de las diferencias estructurales en el estado de salud entre los grupos sociales dentro de la población [21, 37]. Se refiere a las múltiples influencias sobre el estado de salud, incluyendo el status socioeconómico, la dieta, la educación, el empleo, la vivienda y los ingresos, entre otros.

Interesantes hallazgos recientes encontrados por Wilkinson & Pickett, al investigar la desigualdad en salud en países desarrollados, lograron determinar que sociedades más igualitarias presentaron mejores indicadores de salud y esperanza de vida global, incluso tras ajustar por ingreso per cápita. En contraste, peores indicadores en salud fueron encontrados en países similarmente ricos, pero con mayor desigualdad social. Lo notable de este hallazgo es que la salud de países con mayor desigualdad social afecta negativamente, incluso, a aquellos ubicados en los niveles más altos de la jerarquía social, y no exclusivamente a los que se ubicaron en un nivel relativamente menor. Por lo tanto, la sociedad en la cual se vive afecta la salud de todos sus integrantes, no sólo aquellos más desfavorecidos [26].

La evidencia que se puede recoger de la investigación sobre desigualdad en salud en el ámbito internacional sugiere la importancia de los componentes estructurales de una sociedad y de sus interacciones con factores mediadores como el género, la etnia, la orientación sexual, la ocupación o el estatus migratorio. Si bien se reconoce un salto sustancial entre el nivel poblacional macro y el universitario, sus evidentes diferencias en tamaño y escala de efectos en salud, es cierto que poco se ha investigado y discutido respecto de las posibles desigualdades existentes al interior de la universidad. Cabe hacer un paralelo para incitar a investigar los DSS y la desigualdad social y de salud en el ambiente universitario. La escasa y reciente evidencia empírica encontrada a este respecto al momento de la búsqueda de literatura será expuesta en el párrafo a continuación y está enfocada mayoritariamente al grupo estudiantil.

Las universidades realizan importantes y sostenidos esfuerzos por mantener y mejorar la calidad de trabajo y de vida de sus estudiantes, académicos y administrativos. Sin embargo, aún quedan desafíos por enfrentar, en especial al incluir el concepto de desigualdad en grupos sociales universitarios, en la formación académica y en condiciones de vida y de salud de sus miembros. En la literatura internacional se pueden observar, por ejemplo, diferencias en el rendimiento de estudiantes según el tipo de refuerzo por parte de profesores [43] y según el estado de salud y bienestar [44]; diferencias en conductas autoagresivas según el nivel socioeconómico y diferencias en cuanto a niveles de estrés según el

género [45]. También se observan diferencias entre el estrés y el consumo de drogas y tabaco en estudiantes universitarios según el nivel socioeconómico [46, 47] y diferentes estados de salud según sexo, lugar residencia y educación del padre [48, 49]. Una creciente prevalencia de obesidad, así como una pobre dieta se observa a lo largo de la formación universitaria [50, 51], así como una desigual realización de medidas de prevención entre estudiantes según educación [52]. Adicionalmente, existe evidencia de violencia vertical académico-alumno y que estaría dado por el uso indebido de diferencias de poder existentes al interior del ambiente universitario [53]. El cuerpo académico, por su parte, enfrenta importantes desafíos educativos y competitividad laboral, puede presentar sobrecarga de trabajo y baja remuneración [54]. En algunos países, además, se conoce la importante desigualdad socioeconómica al ingreso a la universidad por su alto costo [55] y no se encontró información sobre condiciones de vida del personal administrativo y de aseo al interior de la universidad. Su posición social relativa baja comparada en este ambiente también podría hacerlos un grupo vulnerable, tal como ha sido reportado en ocupaciones similares en múltiples estudios poblacionales [6, 38, 39, 41].

### Equidad en salud

Esta se define como la ausencia de diferencias (o desigualdades) injustas, innecesarias y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que tienen diferentes características socioeconómicas, demográficas o geográficas. El concepto de inequidad en salud es diferente al de desigualdad en salud, pues no necesariamente todas las desigualdades en salud son siempre inequitativas. Por ejemplo, diferencias en salud según localidad geográfica entre individuos no son necesariamente inequidades, a menos que uno de los dos lugares se considere inhóspito para vivir o nocivo para la salud. En este sentido, el concepto de inequidad implica que las desigualdades se pueden prevenir y remediar. Además, los componentes de justicia y prevención son centrales en la definición de la equidad y, por ende, pueden variar entre sociedades y culturas [3, 11, 16].

La promoción de la salud contiene en su definición el componente de equidad (justicia social). Se han logrado progresos en el camino de facilitar el desarrollo y promoción de estilos de vida individuales saludables, en especial mediante técnicas educativas con enfoque cognitivo-conductual centrado en el individuo. No obstante, poco se ha avanzado de manera explícita en el logro de una universidad más igualitaria y equitativa como elemento esencial de promoción de la salud.



## Posibles mecanismos explicativos de las desigualdades e inequidades

A continuación se presentan los cuatro principales modelos explicativos de desigualdad en salud. Estos modelos se construyen a partir de los conceptos descritos previamente e intentan identificar los mecanismos sociales a través de los cuales se producen efectos diferenciados en salud entre grupos con distinta posición social, tal como los efectos nocivos presentados en la sección anterior al interior de la universidad.

### Modelo material y neomaterial

Como se ha mencionado en líneas atrás, gran parte de la evidencia de la existencia de las causas materiales de las desigualdades de salud proviene de estudios que muestran que la salud es peor y que existe menor esperanza de vida en personas que tienen ingresos relativamente bajos [6, 10, 12, 16, 22, 41, 56]. Tanto los ingresos individuales como los ingresos de los hogares se han asociado inversamente con la mortalidad y la esperanza de vida. La explicación de este modelo es tanto directa como indirecta. Directa en cuanto una pobre vivienda se expondría más a frío y humedad y por lo tanto a enfermar, y la indirecta en cuanto una vivienda precaria es reflejo de baja posición social que, a su vez, podría dañar la salud por su asociación al estrés crónico por sentirse el individuo “inferior” o sometido a otro que está por encima en la escala de clase social (ver también modelo neomaterial) [37, 56, 57].

En el ambiente universitario, en particular, no se conocen los posibles efectos de un espacio que no protege a sus individuos y los expone a situaciones diferenciadas de infraestructura insuficiente. No obstante, es posible especular que una universidad que ofrece oficinas más amplias y luminosas, o materiales ergonómicos a un grupo seleccionado de ellos, podría facilitar la desigualdad social y de salud en el largo plazo por razones directas e indirectas. Al mismo tiempo, la pobreza material también puede afectar el acceso de la comunidad universitaria a una alimentación, vestuario, vivienda, recreación diferencial y, por tanto, su impacto sobre la salud puede ser amplificado. En otras palabras, no es solo un problema de condiciones materiales de la universidad, sino de la manera como la universidad trata de proteger a sus miembros de los efectos de las diferencias materiales.

### Modelo cultural-conductual

El modelo conductual se basa en el supuesto de que las personas con menos control sobre sus condiciones de empleo, y con una posición socioeconómica más baja y con menos ingresos, son menos capaces de desarrollar

ciertos tipos de capacidades personales como inteligencia, y otras aptitudes personales como la resiliencia. El modelo cultural incluye las reglas que rigen las conductas que están determinadas por la exposición a un determinado entorno social en el curso de la vida [26, 37, 41].

Existen dos dimensiones del modelo conductual/cultural. La dimensión conductual corresponde a que las personas con menos control sobre sus condiciones de empleo, con baja posición socioeconómica y bajos ingresos, son menos capaces de desarrollar ciertos tipos de capacidades personales. La dimensión cultural establece que las normas compartidas son moldeadas por la exposición a un entorno social. En este sentido, las personas de menor ingreso podrían no modificar conductas nocivas para la salud al estar validadas por su entorno social inmediato (como su grupo de colegas administrativo o estudiantil, por ejemplo), aún cuando contarán con toda la información e infraestructura necesaria para decidir un cambio conductual [26, 37, 41].

### Modelo psicosocial

Los múltiples estudios desarrollados en el pasado no han logrado una explicación suficiente sobre las desigualdades de salud. Esto ha obligado a mirar más allá del estilo de vida y condiciones materiales para explicar las diferencias en salud entre grupos más y menos favorecidos. El modelo psicosocial propone incluir factores psicosociales como son el apoyo social, el control, la autonomía en el trabajo, y el equilibrio entre esfuerzo y recompensa. En este sentido, el modelo psicosocial intenta abordar lo que está a la base de las diferencias sociales en salud y más allá de estrategias puntuales que se quieran desarrollar en el ámbito individual [22, 26, 37, 39].

El proceso básico subyacente que explica la relevancia de los factores psicosociales es la respuesta orgánica al estrés. Dos circuitos intervienen en la reacción del estrés: el simpático-adrenomedular y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Esta respuesta fisiológica al estrés mantenido en el tiempo podría explicar la gravedad de los resultados de salud entre los que han sufrido la exposición crónica al estrés. Un hallazgo sorprendente suscitado en la investigación internacional sobre las desigualdades en salud es que algunas experiencias adversas como tener un bajo estatus social en una sociedad jerárquica estarían fuertemente relacionadas con los resultados de salud pobres. Las desigualdades en salud social, por lo tanto, parecen ser una consecuencia de las sociedades o comunidades altamente jerárquicas y con poca movilidad social [6, 22, 26].

### De curso de vida (life course approach)

Se ha propuesto que la salud en etapas de la vida adulta puede ser el resultado de complejas combinacio-

nes de circunstancias que tienen lugar desde la temprana infancia y a través del tiempo. Como ejemplo de referencia común, si la gente de estratos sociales menos privilegiados logra alcanzar menores niveles de educación, entonces están menos equipadas para su posterior éxito social. El enfoque de la vida ha presentado la relevante fortaleza de ser muy robusto para explicar la mencionada gradiente social de salud [22, 37, 41, 57-59].

Este enfoque de curso de vida incluye a su vez otros interesantes modelos como: 1) el modelo “de curso de vía” (*pathway model*) donde una pobre infancia temprana (incluso intrauterina) sería determinante para que en el futuro existan adultos pobres y enfermos, 2) el modelo de período crítico (*critical period model*) los períodos críticos de desarrollo biológico y social en los que si algo va mal, tendrá un daño permanente como resultado y 3) el modelo de acumulación (*accumulation model*) el cual está centrado en los riesgos y ventajas de acumular durante toda la vida para determinar el riesgo de enfermedades crónicas y la mortalidad [22, 37, 41, 57-59].

## Pasos a seguir para promover la equidad e igualdad en la universidad

Cada uno de los conceptos y modelos expuestos sugieren aspectos relevantes para incorporar en el actual concepto de *promoción de la salud* en el escenario universitario. Más aún, los modelos presentados previamente dan cuenta de la potencial relevancia de la posición social al interior de la universidad como pilar central para el desarrollo de la igualdad entre sus miembros y, consecuentemente, la promoción de la equidad y de una vida saludable en la universidad. Las distancias sociales dadas por rígidas categorías académicas y administrativas, la creciente competitividad individual, la pobre recompensa positiva por parte de jefaturas y pares, y las complejas relaciones de poder, entre otras, son un claro reflejo de la forma como se está viviendo en esa sociedad fuera de las paredes institucionales y, más inquietante aún, son un reflejo de cómo queremos construir el futuro de nuestra sociedad por medio de nuestros estudiantes. A continuación se desarrollan una serie de posibles pasos a seguir para la incorporación de igualdad y equidad en el escenario universitario, en pro de una universidad más saludable a lo largo del tiempo.

### Revisión y consenso conceptual por parte de la comunidad universitaria

Se propone como paso inicial que cada universidad y todas ellas en su conjunto revisan el concepto de promoción de la salud, igualdad y equidad en la universidad en el marco de la equidad y a la luz de *las metas de desarro-*

*llo del milenio*. Una alternativa interesante es realizarlo a través del modelo propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS [3, 7]. Este modelo cumple los objetivos de aclarar los mecanismos mediante los cuales los determinantes sociales generan inequidades en salud, a fin de establecer las formas en que diferentes factores están relacionados, y establecer un marco que permita evaluar la importancia de cada una de ellas, para generar un mapa identificando los lugares y niveles de acción y de intervención, en este caso particular, en el escenario universitario.

### Promover la investigación en este tema, en su forma y en su fondo

Llama la atención cómo la estructura global de la universidad contiene todos los elementos incorporados en esta definición de DSS, tanto factores intermediarios como estructurales. Sin embargo, a la inversa, los DSS no han sido investigados ni discutidos en su fuerza potencial de incidir en la promoción de la salud al interior de la universidad y este aspecto emerge como una segunda tarea para incorporar el modelo de igualdad en el ambiente universitario. De este modo, investigar aspectos estructurales y mediadores, y contrastar los diversos modelos explicativos en el escenario universitario podrían representar un valioso aporte a favor de estrategias más efectivas y duraderas en promoción de la salud al interior de la comunidad universitaria.

### Revisar la estructura organizacional de las universidades, ¿es realmente necesaria una estructura vertical?

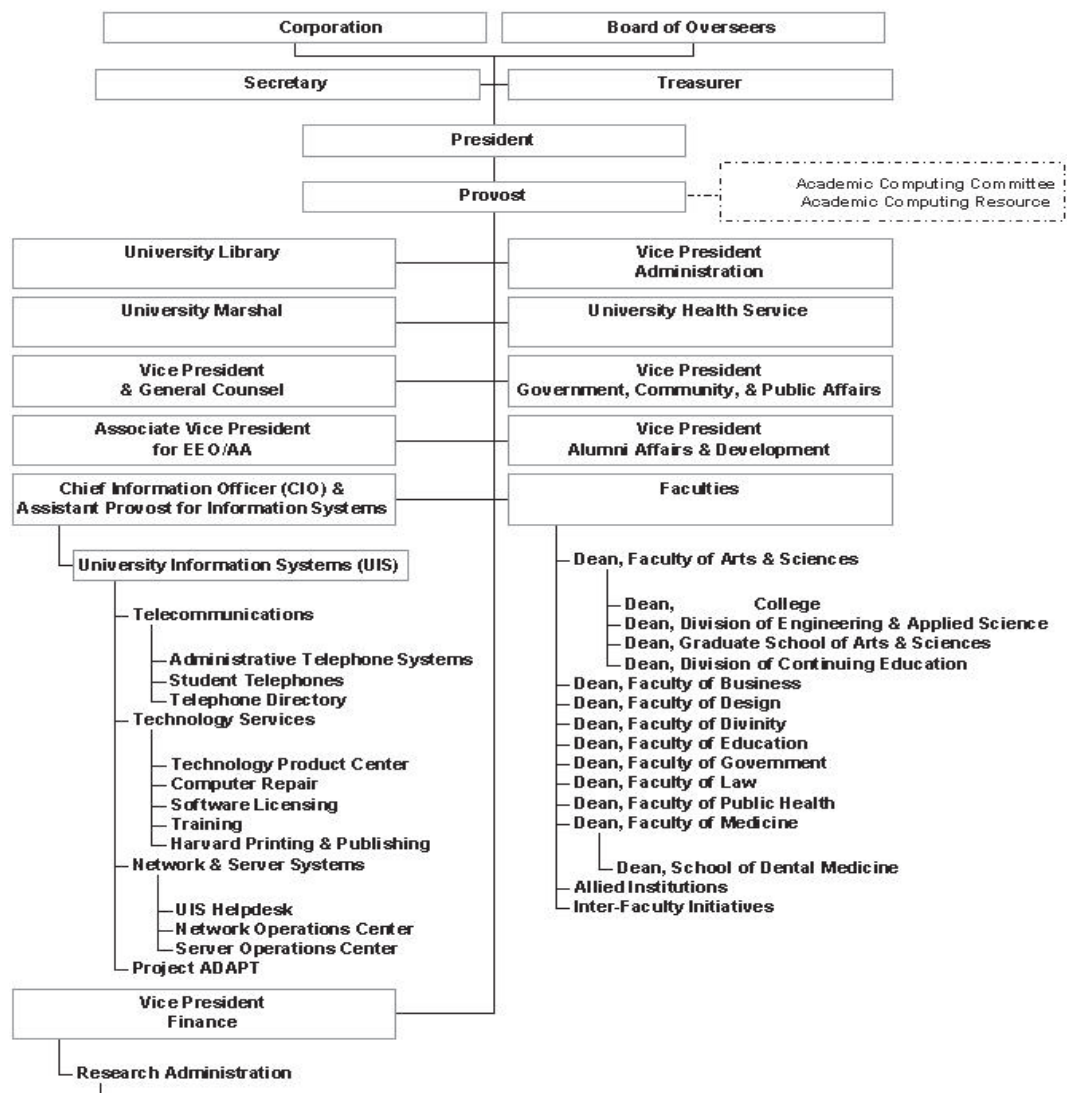
En tercer lugar, resulta necesario explicitar tanto en la estructura organizacional, misión, planificación estratégica, desarrollo curricular y trabajo en promoción de la salud el componente de igualdad y equidad. Toda acción interna de la universidad debiera perseguir la perspectiva de universidad saludable. Diferencias individuales y grupales podrían observarse como fortalezas de toda la comunidad *diversa e integrada* en su sociedad y el concepto de igualdad y equidad como responsabilidad y derecho podría existir de manera presente en el trabajo de cada estudiante, académico y administrativo que construye la realidad social de dicha institución, cada día.

En algunas universidades, la jerarquía está definida de manera clara y en ocasiones rígida, por medio de diversos escalones sucesivos de desarrollo académico y, menos frecuente, administrativo (figura 2). Sin embargo, existen otras formas de construir universidad. Ejemplo de ello son aquellas instituciones de educación superior cuya estructura más horizontal está dada solo por la existencia de departamentos o núcleos de acción, y no por una secuencia rígida de



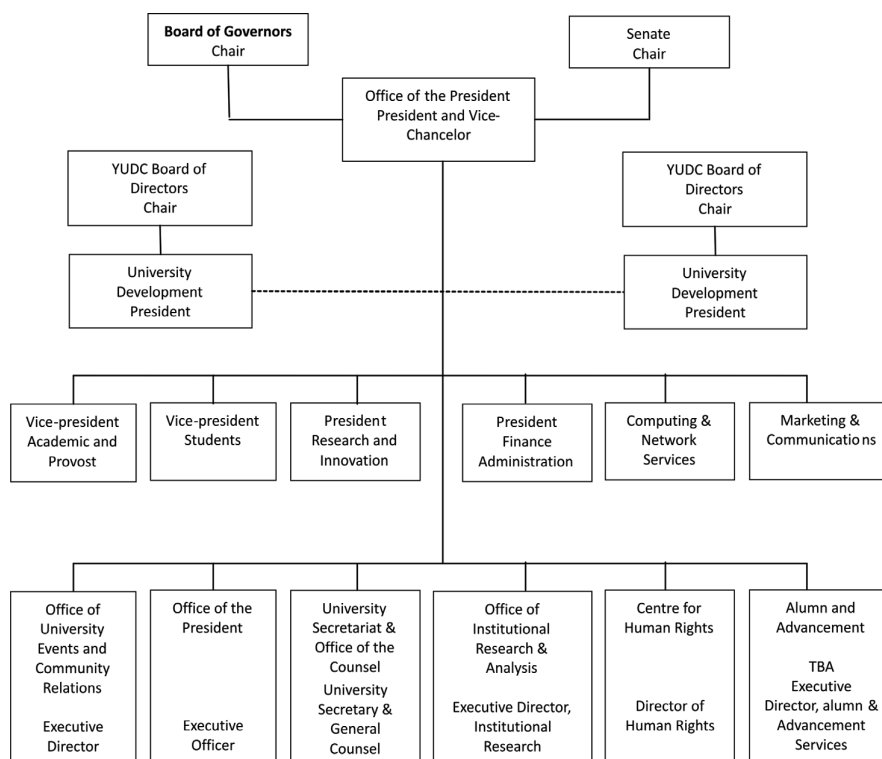
estructuras como decanatos, facultades, direcciones, escuelas, unidades y otras más (figura 3). En estas instituciones, el trabajo en equipos de investigación y docencia facilitan la colaboración simultánea y multidisciplinaria en diversos grupos especializados. Sin

duda, este tipo de estructura organizacional ampara sus propias complejidades y desafíos, pero invitan a la reflexión en torno a la posibilidad de construir universidades que promuevan una vida equitativa y saludable desde sus cimientos.



**Figura 2.** Estructura organizacional de una universidad de prestigio internacional con fuerte componente vertical

*Fuente:* sitio Web de cada una de las universidades identificadas (se mantiene confidencial el nombre, dado que solo se utilizan como ejemplo dentro de un amplio rango de estructuras universitarias).



**Figura 3.** Estructura organizacional de una universidad de prestigio internacional con débil componente vertical

Fuente: sitio Web de cada una de las universidades identificadas (se mantiene confidencial el nombre, dado que solo se utilizan como ejemplo dentro de un amplio rango de estructuras universitarias).

Estas dos tipologías de estructura organizacional de las universidades son un ejemplo concreto y real de la gran variabilidad que existe en esta materia en el ámbito mundial. Los ejemplos escogidos representan dos puntos opuestos, una universidad altamente vertical y otra de estilo organizacional más horizontal. La importancia de estas tipologías no radica sólo en su estructura, sino necesariamente en sus funciones y procesos. La estructura de una universidad define la forma en la cual sus miembros se relacionarán con sus pares y superiores, el grado en el cuál sus miembros se sentirán autónomos y potenciados en su capacidad de creatividad, y finalmente afectarán la percepción de *valor* que cada uno de los individuos tendrá al interior de dicha institución. Esta apreciación global de “cuánto valgo” al interior de una universidad está íntimamente relacionada con la estructura, políticas y procesos de la institución, y sus efectos en promoción de salud pueden ser excepcionalmente favorables o muy nocivos. El simple reconocimiento de la importancia de estos elementos en una institución educativa que desea ser Universidad Promotora de Salud (UPS) es el punto de partida necesario para promover

una vida saludable y feliz en cada uno de sus miembros, estudiantes, académicos y administrativos.

### Comprender mejor los efectos de la posición social al interior de la universidad

Retomando la discusión en torno a la literatura internacional disponible y a la existencia de diversos modelos explicativos a partir de la síntesis de evidencia, cabe destacar el rol fundamental de la mediación de *posición social* dentro de una comunidad como el eje desencadenante de pobres condiciones de salud. En este artículo, la posición social es un concepto amplio que combina dimensiones relacionadas de clase social y estatus socioeconómico. Más allá de diferencias teórico-conceptuales, el elemento en común y de relevancia para el presente trabajo está en los efectos negativos de una sociedad o universidad de estructura vertical y rígida. En este sentido, las personas que están en la parte inferior de la escala social sufren de mayores problemas sociales y de salud que aquellos que nacen, crecen y se desarrollan en el tope superior de dicha escala. La posición social no sólo combina riqueza económica (dimensión

materialista), sino que también considera la posibilidad de relacionarse con personas y grupos influyentes en la sociedad, quienes brindan aún mayores oportunidades y prestigio al grupo o élite (dimensión funcionalista). Las observaciones sociológicas de posición o clase social pueden ser replicables al escenario universitario, en especial en instituciones verticales.

A la luz de esta evidencia, es urgente comprender cómo al interior de una universidad se define la posición social de un individuo, sea estudiante, profesor o administrativo; cuáles elementos estructurales posibles de modificar debieran revisarse para reducir estas desigualdades de posición social en cada escenario particular; cuáles mediadores están afectando directamente la salud de la comunidad universitaria; y cómo dichos mediadores interactúan con sus condiciones de vida fuera del trabajo en la universidad en estos grupos.

#### **Favorecer la movilidad social: una oportunidad para la igualdad y la equidad**

Las universidades también tienen un rol de movilidad social, que está ligado a la calidad y a las expectativas de vida de una sociedad. Estas promueven la inclusión y desarrollo social cuando la selección de sus estudiantes, académicos o administrativos no depende del nivel socioeconómico de los mismos, sino que mide capacidades, motivaciones y conocimientos.

Desafortunadamente, este no es el escenario educacional de muchos países alrededor del mundo, en especial aquellos en vías de desarrollo. En estos países, los jóvenes de estratos socioeconómicos más bajos ingresan en menor proporción a la universidad y, más aún, tal como lo indicara la Unesco en 2006, la tasa de deserción estudiantil es del 65% entre el primero y cuarto año de universidad para los quintiles de ingreso más bajos. Sin embargo, los de quintiles más altos muestran una tasa de deserción significativamente menor, del 28% [46].

Por lo tanto, se debe promover la integración a mediano y largo plazo de aquellos jóvenes que desean utilizar la educación como un catalizador de movilidad social a favor de su bienestar, el de sus familias y de la sociedad que componen. Las universidades deberían no sólo facilitar el acceso a estos alumnos sino también darles las herramientas necesarias para su desarrollo académico y personal, el que incluye el cuidado de la salud física y mental. Sólo en este momento estaremos hablando de universidades inclusivas, integradas, igualitarias y equitativas.

Asimismo, es responsabilidad de las universidades promover espacios más participativos y menos jerárquicos, practicar la coherencia entre el discurso y la acción (pedagogía invisible), profundizar en políticas de equi-

dad y fomentar la integración entre todos los estamentos, en todos sus niveles, estudiantes, administrativos y docentes.

## **Conclusiones y recomendaciones**

Este documento desarrolla una reflexión teórica y empírica en torno a la relación entre promoción de la salud, equidad e igualdad. Para este propósito, primero describe las bases teóricas de estos conceptos, luego identifica posibles mecanismos que estarían a la base de las desigualdades e inequidades que pueden observarse al interior de los ambientes universitarios y, finalmente, se presentan posibles pasos a seguir para promover la equidad e igualdad en la universidad, como eje central para un avance sustancial de la promoción de la salud. Se espera que los lineamientos desarrollados por este artículo inviten a una discusión profunda y sistemática sobre cómo la universidad, desde su estructura y procesos, puede afectar la promoción de una vida saludable en cada uno de sus miembros.

Evidencia acumulada por décadas, presentada en este manuscrito en torno al efecto de la desigualdad e inequidad social en salud, permite establecer algunas conexiones esenciales entre la promoción de la salud, la equidad e igualdad. Las universidades enfrentan hoy grandes desafíos, pero, al mismo tiempo, un enorme potencial de promover de manera efectiva y sustentable una vida saludable. En la medida en que estas instituciones reconozcan este importante rol y lo hagan explícito en sus políticas, funciones y estrategias, mayor será su contribución al bienestar de la población en la cual están insertas. De esta forma, es posible proponer la urgencia de incorporar el concepto de equidad en salud a cualquier iniciativa de promoción de la salud en la universidad. Desde la perspectiva histórica e internacional, los *objetivos del milenio* responden a la necesidad mundial de explicitar la equidad en salud como un bien social. Los diferentes modelos explicativos desarrollados proponen estrategias catalizadoras de una vida sana y, simultáneamente, más equitativa. Instancias de reflexión y actividades académicas diversas deben agilizar la transmisión de este conocimiento a quienes estudian y trabajan en la universidad.

Las instituciones de educación superior deben avanzar en la concepción de una universidad promotora de la salud. Es urgente incorporar los conceptos de igualdad y equidad en salud y el marco de los determinantes de la salud para comprender que, más allá de los estilos de vida individuales, existen dimensiones estructurales y mediadores esenciales que se deben modificar para impactar positivamente en la salud de su comunidad.

Como se ha venido mencionando, en este documento se presentan una serie de posibles pasos a seguir al interior de las universidades para favorecer que esta comunidad, en su forma y su fondo, alcance estructuras y relaciones humanas más respetuosas y horizontales. La reducción de diferencias percibidas como injustas y prevenibles son el paso esencial necesario para promover la equidad en salud y la equidad social en las instituciones de educación superior. En otras palabras, la igualdad es un intermediario fundamental para alcanzar equidad al interior de una sociedad al igual que de una universidad.

## Referencias

- Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿cómo alcanzar el punto de encuentro? *Rev Panam Salud Pública* 2008; 24(2): 139-46.
- Cabieses B, Muñoz M, Zuzulich MS, Contreras A. Como implementar la nueva ley chilena antitabaco al interior de la Universidad. *Rev Panam Salud Pública* 2008; 23(5): 361-368.
- Organización Panamericana de la Salud. Organización mundial de la salud. Consejo Directivo N°46, Sesión del Comité regional N°57. [internet] Washington: OPS/OMS; 2005 [acceso 18 de junio de 2008]. Disponible en: <http://paho.org>.
- Vio F, Lange I. Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior. Santiago: Ministerio de Salud; 2006.
- Organización Mundial de la salud. Sundsvall statement on supportive environments for health, 1991 [internet]. Geneva: OMS; 1991. [acceso 13 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://who.org>.
- Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Organización Mundial de la salud. Ottawa Charter for health promotion [internet]. Geneva: OMS; 1986 [acceso 05 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://who.org>.
- Organización Mundial de la Salud. The Yakarta declaration on health promotion for the 21st century [internet]. Geneva: OMS; 1997 [acceso 02 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://who.org>.
- Carlisle S. Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health promotion int* 2000; 15(4): 369-376.
- Tarlov AR. Social Determinants of Health. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, editores. *Health and Social Organization*. London: Routledge; 1999.
- Krieger N. A glossary for social epidemiology *J. Epidemiology Community Health* 2001; 55: 693-700.
- Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. NHS Briefing Paper [revista en internet] 2004 [acceso 12 de septiembre de 2009]. Disponible en: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
- Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Soc Science and Med* 1998; 47: 1181-1188.
- Organización Mundial de la Salud. The Adelaide recommendations on healthy public policy [internet]. Geneva: OMS; 1988 [acceso 20 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://who.org>.
- Kickbusch I, Draper R, O'Neill M. Healthy public policy: a strategy to implement the Health for all philosophy at various governmental levels. En: Evers A, Farrant W, Trojon A, editores. *Healthy public policy at a local level*. Vienna: European Centre for Social Welfare, Policy and Research; 1990.
- Organización Mundial de la Salud. CSDH Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health [internet] 2008 [acceso 08 de septiembre de 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/).
- Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O. The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities. *PLoS Med* 2006; 3(6): e106.
- Organización Mundial de la Salud. Communities: Tackling the root causes of ill-health. Commission on the social determinants of health [internet] 2005 [acceso 02 de junio de 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/).
- McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion. *Health Affairs* 2002; 21(2): 78-93.
- Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 668-677.
- Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings *The Milbank Quarterly* 2004; 82(1): 101-124.
- Marmoreview.org UCL Institute of Healthy Equity [internet] [acceso 13 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/>.
- Liberatos P, Link B, Kelsey J. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic reviews* 1988; 10: 87-121.
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 7-12.
- Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch J, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 95-101.
- Wilkinson RG, Pickett KE. *The Spirit Level, Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. New York: Bloomsbury; 2009.
- Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. from black boxes to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996; 86: 674-677.
- Bottomore T. *Interdisciplinaridad y ciencias humanas*. España: Tecnos ediciones UNESCO; 1983.
- Hollingshead AB. Four factor index of social status. New Haven: Department of sociology. Yale University; 1975.
- Weber M. Class, status and party. En: Gerth H, Mills CW, editores. *From Marx Weber: essays in sociology*. New York: Oxford University Press; 1946.
- Lipset SM. Social class. *Int Encycloped Soc Sci* 1968; 15: 298-316.
- Geyer S, Hemstrom O, Peter R, Vagero D. Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 804-810.
- Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 327-332.

- 34 Rognerud MA, Zahl PH. Social inequalities in mortality: changes in the relative importance of income, education and household size over a 27-year period. *Eur J Public Health* 2006; 16: 62-68.
- 35 Sellstrom E, Bremberg S. The significance of neighbourhood context to child and adolescent health and well-being: a systematic review of multilevel studies. *Scand J Public Health* 2006; 34: 544-554.
- 36 Shohaimi S, Ningham S, Welch A, Luben R, Day N, Wareham N. Occupational social class, educational level and area deprivation independently predict plasma ascorbic acid concentration: a cross-sectional population study in the Norfolk cohort of the European Prospective Investigation into cancer (EPIC-Norfolk). *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 1432-1435.
- 37 Bartley M. Health inequalities. An introduction to theories, concepts and methods. Polite Press: Cambridge; 2007.
- 38 Marmot M. Introduction. In *Social Determinants of Health*, Ed. By Marmot M. & Wilkinson R.G. Chapter 1, pp 1-16. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- 39 Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*. London: Routledge; 1996.
- 40 MacIntyre S, Hunt K. Socio-economic Position, Gender and Health: How Do They Interact? *J Health Psychol* 1997; 2: 315-334.
- 41 Davey Smith G, Blane D, Bartley M. Explanations for socio-economic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere. *Eu J P Health* 1994; 4, 131-134.
- 42 Townsend P. Inequalities in health: The need to construct more comprehensive health policies. *An HEA Occasional Paper*. Health Education Authority, London, UK; 1998.
- 43 Miller A, Archer J. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: a systematic review. *BMJ* 2010; 341: c5064.
- 44 El Ansari W, Stock C. Is the health and wellbeing of university students associated with their academic performance? Cross sectional findings from the United Kingdom. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(2): 509-527.
- 45 Landstedt E, Gillander Gådin K. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scand J Public Health* 2010 Sep 16. [Epub ahead of print]
- 46 Silverstein ST, Kritz-Silverstein D. A longitudinal study of stress in first-year dental students. *J Dent Educ* 2010; 74(8): 836-848.
- 47 Feliciano-Alfonso JE, Mendivil CO, Ariza ID, Pérez CE. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in a population of young students from the National University of Colombia. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3):293-298.
- 48 Rasool S, Akram S, Mirza T, Mohammad ZA, Mohammad MA, Mirza A, Hussain I. Oral self screening among students of Dow University of Health Sciences. *J Coll Physicians Surg Pak* 2010; 20(6):357-360.
- 49 Guo J, Whittemore R, He GP. Factors that influence health quotient in Chinese college undergraduates. *J Clin Nurs* 2010; 19(1-2):145-155.
- 50 Seubsman SA, Lim LL, Banwell C, Sripaiboonkit N, Kelly M, Bain C, Sleigh AC. Socioeconomic status, sex, and obesity in a large national cohort of 15-87-year-old open university students in Thailand. *J Epidemiol*. 2010; 20(1): 13-20.
- 51 Nelson MC, Larson NI, Barr-Anderson D, Neumark-Sztainer D, Story M. Disparities in dietary intake, meal patterning, and home food environments among young adult nonstudents and 2- and 4-year college students. *Am J Public Health* 2009; 99(7): 1216-1219.
- 52 Uddin M, Cherkowski GC, Liu G, Zhang J, Monto AS, Aiello AE. Demographic and socioeconomic determinants of influenza vaccination disparities among university students. *J Epidemiol Community Health* 2010; 64(9): 808-813.
- 53 Thomas SP, Burk R. Junior nursing students' experiences of vertical violence during clinical rotations. *Nurs Outlook* 2009; 57(4):226-31.
- 54 McDonald PJ. Transitioning from clinical practice to nursing faculty: lessons learned. *J Nurs Educ* 2010; 49(3):126-131.
- 55 Zuzulich MS, Cabieses B, Pedrals N, Contreras L, Martínez D, Muñoz M, Espinoza MA Factores asociados al consumo de tabaco en el último año de vida por parte de estudiantes universitarios. *Revista Investigación y Educación en Enfermería* 2010; 28(2): 232-239.
- 56 Lynch J, Davey Smith G, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA et al. Is income inequality a determinant of population health? Part I. A systematic review. *Milbank Q* 2004; 82: 5-9.
- 57 Lynch SM. Explaining the lifecourse approach and cohort variation in the relationship between education and health: the role of income. *J health Soc behave* 2006; 47: 324-338.
- 58 Wolfson M, Rowe G, Gentleman JF, Tomiak M. Career earnings and deaths: a longitudinal analysis of older Canadian men. *J Gerontol* 1993; 48,167-79.
- 59 Davey Smith G. *Health inequalities: lifecourse approaches*. Bristol (UK): Policy Press; 2003.
- 60 Muñoz M, Cabieses B. Programa UC Saludable. [Presentación oral] III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de Salud "Entornos formativos multiplicadores". México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez; 2007.
- 61 Lange I, Muñoz M. Construyendo una Universidad Saludable: la Experiencia de la Pontificia Universidad Católica de Chile. [Presentación oral] Reunión de OPS y Universidad de Tucumán, Argentina; 2009.
- 62 Arroyo H, Price M, Franceschini MF, Valenzuela F, Equipo Latinoamericano de Universidades Promotoras de la Salud. Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud. [Documento de trabajo] IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud. Pamplona, España del 7-9 de octubre; 2009.