



Revista Ciencias de la Salud

ISSN: 1692-7273

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Carmona Moreno, Luz Dary; Rozo Reyes, Claudia Marcela; Mogollón Pérez, Amparo Susana

La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social

Revista Ciencias de la Salud, vol. 3, núm. 1, enero-junio, 2005, pp. 62-77

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230108>

- 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



Artículo de historia

La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social

Health and Health Promotion: an Approximation to Its Historical and Social Development

Luz Dary Carmona Moreno*, Claudia Marcela Rozo Reyes†, Amparo Susana Mogollón Pérez‡

Resumen

Dado que el concepto de salud-enfermedad puede ser abordado desde diversas perspectivas teóricas, en este apartado se presentan de manera sucinta los principales enfoques que se han desarrollado en torno a éste, con la intención de identificar sus alcances. Se busca evidenciar las perspectivas conceptuales de la salud y la promoción de la salud, como un hecho histórico circunscrito y afectado por una realidad social, y en esa medida constructoras no sólo de un saber, sino también de una práctica institucional, que determina los diferentes movimientos desde los cuales las comunidades se dirigen hacia modos de entender y manejar su salud, lo cual no quiere decir que los individuos y colectivos, como seres históricos y activos, no ejerzan de manera autónoma sus propias convicciones y decisiones frente al curso de su vida.

Palabras clave: salud, promoción de la salud, educación en salud.

Abstract

The health-disease concept can be considered from different theoretical perspectives. This paper presents an overview of the principal focuses that have been developed around it, with the intention of identifying its scope. The objective is to clarify the conceptual perspectives of both, health and health promotion, as historical facts, circumscribed and affected by a social reality, and therefore, builders of not only a knowledge but also of an institutional practice that determines the different movements from which the communities direct the understanding and management of their health. These statements do not imply that persons and collectives, like historical and active beings, do not exercise in an autonomous way its own convictions and decisions regarding their lives.

Key words: Health, health promotion, health education.

Recibido: diciembre de 2004.

Aceptado: marzo de 2005.

* Filósofa de la Universidad Nacional, candidata a Magíster en Desarrollo Educativo y Social Universidad Pedagógica Nacional.

† Terapeuta ocupacional, especialista en Docencia Universitaria de la Universidad del Rosario, profesora de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario.

‡ Fisioterapeuta de la Universidad del Rosario. Doctora en Salud Pública e Investigación Biomédica de la Universidad Autónoma de Barcelona, profesora Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad. Correo electrónico: amogollo@urosario.edu.co





LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ENTENDIDOS COMO EQUILIBRIO-DESEQUILIBRIO

Dentro de las aproximaciones que se han desarrollado en torno a la salud y a la enfermedad se destacan tres grandes enfoques: el primero, relacionado con la visión biológica, que asume el cuerpo desde una dimensión eminentemente física; el segundo, que aborda estos procesos desde una perspectiva psicológica, y, finalmente, el tercero, que describe una visión sociológica, que es quizá una de las que mayor integralidad ha brindado.

Enfoque biológico: el cuerpo como receptáculo físico

En la época de los griegos, la enfermedad adquiría un cuerpo de conocimiento a través del signo y del síntoma. Estos dos elementos constituían el lenguaje del cuerpo y el objeto de estudio de la práctica médica. El hombre de la sociedad antigua sentía una gran correlación con la naturaleza, por ello sometía su vida a su ritmo. En ese entonces, las escuelas médicas planteaban la teoría de los cuatro elementos: aire, tierra, fuego y agua (lo caliente, lo frío, lo húmedo y lo seco), a partir de cuya asociación o disociación explicaban los estados de salud o enfermedad del individuo (1).

Estas posturas de los griegos marcarían el devenir de la práctica médica durante muchos siglos y se unirían posteriormente con las ideas del cristianismo, para dar lugar al modelo médico clásico. De ese modo, de los griegos se retomaron las ideas de la salud como una práctica individualizada y muy circunscrita hacia determinados grupos sociales, en tanto que del cristianismo se tomó la influencia de lo divino en el desarrollo de la enfermedad —asociada con el pecado y con el castigo— y de la curación,

como el perdón y la redención. Esta situación favoreció la disociación del cuidar como una práctica curativa, que correspondía al hombre, y la curación, que tenía una procedencia divina (2). Este modelo, que se configuró a partir de los siglos IV y V, tendría una notable influencia durante la Edad Media, pero su decadencia se daría con el surgimiento de una visión higienista de la enfermedad, que sustituiría a la religiosa.

La visión higienista tuvo como principio orientador la búsqueda del equilibrio entre el individuo y el medio ambiente, lo que exigía la adopción de un determinado modo de vida, a fin de garantizar de esta manera el equilibrio de la *physis* corporal con el propio sujeto y con la naturaleza (3). Para este momento las normas de la higiene buscaban el *meson* o término medio, es decir, un equilibrio en el que era importante regular y ordenar todos los aspectos de la vida (aire-ambiente, comida-bebida, sueño-vigilia, etc.), centrando sus preceptos en una visión individualista de la salud.

Posteriormente, en el siglo XVI en Europa, el proceso salud-enfermedad se basó en el empirismo anatomopatológico, en el cual la lesión se convertía en el fundamento del conocimiento científico y clínico de la enfermedad, y a partir de la práctica de la autopsia era posible reconocer el diagnóstico y comprobar la causa de muerte. En la segunda mitad del siglo XIX, el pensamiento fisiopatológico concibe la enfermedad como un trastorno en el peculiar flujo energético-material, que es la vida orgánica, y ve en la enfermedad un modo típico de tal trastorno, en contraposición a la salud como un equilibrio. Hacia finales del siglo XIX surgen los revolucionarios conceptos teórico-metodológicos sobre la etiopatología, que en términos generales estudia la realidad concreta de la sustancia, del germen viviente o del agente físico que determina la enfermedad, producto de





Carmona L.D., Roza C.M., Mogollón A.S.

la acción de agentes químicos, biológicos o físicos (3).

Los enfoques anteriores develan una posición de las profesiones de la salud frente al concepto de salud-enfermedad, que está circunscrito al cuerpo como organismo biológico y que delimita la funcionalidad a la interacción de un conjunto órganos con el medio ambiente, el cual se convierte en un reservorio de agentes patógenos causantes de la enfermedad.

Estos planteamientos consideraron al cuerpo como un aparato mecánico, un ente receptáculo de acciones y sustancias que pueden modificar su estado de salud o enfermedad, de acuerdo con las acciones externas que se realicen, y que redujeron al ser humano a la suma de sus partes (órganos). En consecuencia, la práctica profesional se caracterizó por una concepción clínica basada en el examen (interpretar las dolencias del cuerpo y evidenciar la lesión), en el diagnóstico (clasificar el signo y el síntoma) y en la terapéutica individual.

De igual manera, el surgimiento de otras profesiones del área de la salud, que en un inicio sustentaron su quehacer en el enfoque biólogo, llevaron a plantear intervenciones eminentemente clínicas, que respondían a la detección del daño estructural y al desarrollo de programas dirigidos al restablecimiento funcional, lo cual reducía al individuo a un plano estructuralista que limitó su visión de la salud como concepto social.

Ello trajo como consecuencia el abandono de visiones como el humanismo y el humanitarismo, que se habían propuesto para la consideración de las personas víctimas de una enfermedad. Tales concepciones veían al sujeto como dotado de dignidad y de potencial para su desarrollo personal y social. Así, se hizo un cambio en las nociones fundamentales de las profesiones y se trató de adquirir un carácter más científico e implementar un modelo reduccionista.

Por ello estos cuatro momentos históricos evidencian que pese a la evolución de los métodos de exploración y, en consecuencia, a la redefinición de algunos marcos para su estudio, la comprensión de la salud y la enfermedad denota la presencia de un hilo conductor que define el equilibrio (como equivalente a la salud) frente al desequilibrio (equivalente a la enfermedad).

Lo anterior hace pensar que este marco interpretativo no da cuenta de la complejidad del ser humano en cuanto ser social, como se construye consigo mismo y con otros en un proceso dinámico, no acabado, afectado por las relaciones sociales y las condiciones de vida. Muestra, en cambio, la permanencia de una clasificación anatómica de la enfermedad, basada en las lesiones o manifestaciones del cuerpo (signos y síntomas), que obliga a pensarla como realidad que existe sólo desde el momento en que aparece la lesión y en que ésta se manifiesta por medio de los signos. La salud se entendió como la ausencia de lesiones y, por lo tanto, la ausencia de signos (4).

Esta concepción limita la existencia de la enfermedad al estrecho marco del cuerpo y convierte al paciente en un conjunto de órganos susceptibles de cambios estructurales que dieron lugar a los procesos de observación-experimentación, propios de un modelo biólogo de la salud.

Enfoque psicológico. El cuerpo y la mente

El hecho de que se hubiera considerado la integración entre la mente y el cuerpo en los estados de salud aparece a partir de dos momentos históricos en el desarrollo de las profesiones de la salud: el tratamiento moral, el cual aparece como reacción ante el maltrato que sufría el enfermo mental, y el movimiento de artes y oficios, desde el cual se creía en la posibilidad de un estado de salud colectivo, que iba más allá del trata-





miento de enfermedades específicas, a través del mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo. Estos dos movimientos desaparecieron con el aumento de la población y las limitaciones en la prestación de los servicios de salud de mediados del siglo XX (5).

A la perspectiva de la individualidad biológica (cuerpo físico), donde el ser humano es visto como un organismo tipificado según edad, sexo, raza, biotipo, se suma un enfoque en el cual la dimensión psíquica del individuo cobra un papel importante en la explicación de la enfermedad. Este enfoque, que representó una fisura con el modelo biologista de la salud y la enfermedad, tuvo origen a finales siglo XIX con los trabajos de Freud, quien demostró a través de un “Estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” que la lesión que explica este cuadro no se expresaba en un órgano, ni en una lesión funcional. Freud encontró que la explicación de la parálisis histérica se ubicaba en el campo del lenguaje y de los conceptos, es decir, una lesión en el concepto mismo que el paciente tenía de su propio cuerpo (4).

Este enfoque introduce la psicología en la medicina para explicar la salud y la enfermedad, lo cual posibilita la comprensión del sujeto; integra otras esferas, además de la biológica (psíquica), y reconoce la existencia de estructuras como el yo, el superyó y el ello. Lo anterior implicó entender la enfermedad no como una realidad ligada solamente a la anatomía y a la fisiología (cuerpo físico), sino en relación con una dimensión psíquica, susceptible de enfermar y que tiene características propias y diferentes de las biológicas y que, por lo tanto, requiere un manejo semiológico y terapéutico.

Al igual que los otros enfoques, éste presenta un problema, en cuanto centró la comprensión de la enfermedad a una realidad biográfica, que

se basó en la historia personal del sujeto, que dio lugar al surgimiento de la antropología de la medicina. En consecuencia, si bien estos planteamientos se constituyeron en un avance en la concepción de hombre, desconocieron cómo la historia personal está enmarcada dentro de la historia social de un grupo y cómo la psique humana es consecuencia de las interacciones del individuo con su cultura. De igual manera, se evidencia la polarización de la salud (en cuanto equilibrio mental, normalidad) y la enfermedad (desequilibrio mental, anormalidad).

Enfoque sociológico

La revolución industrial fue el inicio de una serie de transformaciones tanto en lo productivo como en los cambios de vida que conllevó al nacimiento de grandes empresas; pero, de igual manera, al incremento de una clase trabajadora que fue sometida a condiciones de explotación y marginación en medios ambientes no saludables. Así, con el surgimiento del Estado burgués y con el crecimiento de las desigualdades sociales, la higiene personal —muy relacionada con los factores de limpieza— se constituyó en uno de los referentes para que las clases dominantes culparan a los pobres de muchas de las enfermedades que padecían, ya que las asociaban con sus ‘hábitos antihigiénicos’ y a su ‘modo de vida’ y al desarrollo cada vez más marcado de las clases sociales.

Por su parte, los movimientos obreros, cada vez más, fueron tomando más importancia, al denunciar las injusticias que en diversos ámbitos se presentaron con la imposición de un nuevo sistema económico, lo que conllevó a que las instituciones de salud abandonaran su tradicional enfoque de la beneficencia sanitaria, para dar lugar a un papel más crítico frente al reconocimiento de los problemas derivados de los ámbitos laborales (6).





Carmona L.D., Roza C.M., Mogollón A.S.

Durante el siglo XIX aparece una dimensión que hasta ese momento no había sido relevante, la vida social del individuo, la cual adquiere un papel importante en el origen de la enfermedad. Esta visión surge básicamente de los cambios sociales producidos en Europa a partir del impacto de la industria sobre la sociedad y sus implicaciones en el surgimiento de las enfermedades profesionales, así como la intensificación de la conciencia de clase. De igual manera, el posicionamiento de la sociología como disciplina científica y su influencia en la medicina ayudaron a consolidar esta perspectiva. En 1847, el médico berlinés Salomón Neumann escribía:

La mayor parte de las enfermedades que perturban el pleno goce de la vida o acaban con una considerable parte de los hombres antes de su término natural, no dependen de condiciones naturales, sino de condiciones sociales; nada más evidente. La ciencia médica es en su núcleo y en su ser más íntimo ciencia social, y mientras esta significación de su realidad no le sea reconocida, no llegaremos a gozar de sus frutos, y habremos de contentarnos con su cáscara. La naturaleza social de la medicina está fuera de cualquier duda (7).

En esta misma corriente A. Grotjahn, en 1911, con su publicación *Patología social* (8), desarrolla la subjetividad social como determinante de la enfermedad y a partir de ahí establece seis criterios:

- Observación de la incidencia de las enfermedades según clases y grupos sociales.
- Establecimiento de la relación entre las formas clínicas de cada enfermedad y los campos de la sociedad en que aparece.
- Circunstancias sociales que determinan una enfermedad.
- Consecuencias de la enfermedad sobre el ser humano, su entorno y su socialización.
- Impacto social del tratamiento médico.
- Prevención de la enfermedad a través de medidas de orden social,

Desde estos postulados, la comprensión de la salud y la enfermedad estaba determinada por la situación social general: alimentación, vivienda, vestido, trabajo, goce de la vida, crianza y educación (9); sin embargo, esta nueva explicación de la salud y la enfermedad, ligada a la comprensión de las condiciones generales de la vida de la población, fue limitada por la epidemiología, en la medida en que ésta centró su análisis en las condiciones individuales que determinan la aparición de la enfermedad.

La coyuntura social del momento exigía el crecimiento económico de los países, fundamentado en el principio del aumento del ahorro interno, para con éste crear un acervo de capital, que implicaba el mejoramiento en la calidad de la mano de obra, asignación de recursos, progreso técnico y acumulación de capital (10). Esto condujo a la búsqueda de una explicación de la enfermedad que dio cuenta de los cambios del momento, ya que las teorías anteriores no permitieron abordar los elementos sociales implicados en su etiología. Así, los límites de la medicina unicusulista y curativa quedaron reducidos a la práctica privada y al hospital, pero las nuevas políticas y su intervención social exigieron un nuevo modelo acerca de la enfermedad y la salud que permitieran, además de resolver los problemas de salud del momento, garantizar individuos sanos y productivos.

Se elaboraron entonces las concepciones multicausales de la enfermedad, con una visión más amplia del concepto etiológico (causa y origen). En este sentido, los eventos causales o etiológicos se consideraron múltiples y de varios tipos: biológicos, hereditarios, sociales o culturales; aparte de que se reconoció que el origen de la enfermedad debe ser estudiado a partir de su identificación y de sus asociaciones en la aparición del trastorno.





Esta concepción mantiene el hilo conductor con las teorías anteriores, al concebir la enfermedad como un desequilibrio resultante de la interacción de aspectos relacionados con el agente, el huésped y el medio ambiente. A estos factores se les ha denominado *tríada ecológica* (4). Este enfoque se amplía cuando se retoman aspectos de orden social, cultural y de comportamiento en la conceptualización de la salud y la enfermedad, pero entendidos nuevamente como elementos etiológicos de ésta.

Entre aquellos quienes postularon este enfoque se encuentra Sigerist (1941), quien formuló el equilibrio corporal como la base para la salud de los sujetos y consideró que en la medida en que el sujeto se encontrara sano, podría controlar sus facultades físicas y mentales, y estaría en condición de responder a las exigencias medioambientales. Para este autor “la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona” (10).

A partir de estos elementos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraría, en 1947, que la salud corresponde al “completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (11). Esta definición, sin embargo, muestra debilidades en dos sentidos: en primer lugar, la concepción de bienestar es tautológica, ideal y utópica; en segundo lugar, la visión de estado tiene una connotación estática sobre la salud y la enfermedad y, por lo tanto, es de carácter ahistórico. De igual manera, su acepción sigue centrada en los individuos y no en el problema de la salud de los colectivos.

En este abordaje conceptual se incluye lo social como parte del ambiente y se confunde la especificidad de lo social con factores ambien-

tes. Es decir, se concibe lo social como parte del ambiente global que circunda a una persona, lo cual implica una deformación naturalista de la interpretación del proceso social y humano.

El surgimiento de la teoría microbiana y el descubrimiento del papel de los agentes externos en la producción de la enfermedad impulsó el modelo higienista, que analizó la exposición del individuo a condiciones ambientales inadecuadas como causa directa de la enfermedad y que propuso la higiene y el saneamiento como estrategias para su solución. Esto permitió que en el caso particular de Colombia se tomaran decisiones gubernamentales en relación con el mejoramiento de la infraestructura de los servicios públicos, como el alcantarillado, el manejo del agua potable, la manipulación de los alimentos y el mejoramiento de las áreas de esparcimiento (12). De igual manera, se implementó el control epidemiológico de todas las enfermedades producidas por agentes externos microbianos, como el cólera, la peste y la fiebre amarilla, lo que llevó a establecer medidas de vigilancia para los puertos y plazas que manipulaban mercancías.

Esta breve descripción del modelo higienista en nuestro país permite identificar la misma línea de pensamiento desarrollada hasta el momento, en relación con la explicación de la salud y la enfermedad como la ausencia o no de lesiones causadas por agentes microbianos, físicos, tóxicos, ambientales y comportamentales.

LA SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO VITAL HUMANO

En los planteamientos anteriores se trabajó la idea de salud y de enfermedad como expresiones antagónicas que van de lo normal a lo anormal, del equilibrio al desequilibrio y de lógicas metodológicas para su estudio que pri-





Carmona L.D., Roza C.M., Mogollón A.S.



vilegiaron una perspectiva positivista. En contraposición con esta idea, surge una concepción de salud-enfermedad centrada en una perspectiva social.

Este punto de vista parte de la necesidad que tiene el hombre de construir y mantener vínculos sociales, los cuales se inician a partir de su red primaria (la familia) y que continuará potenciando a lo largo de su ciclo vital. En este sentido, las condiciones a partir de las cuales se desarrolla su vida dependen directamente de sus relaciones sociales y de los medios a los que puede acceder (13). En la actualidad, los enfoques que analizan el proceso vital humano destacan como elementos fundamentales los siguientes:

- La salud-enfermedad no como una expresión antagónica, sino como la manifestación de unos determinantes que influyen en el sujeto a lo largo de su vida.
- La salud-enfermedad como un proceso continuo de actualización de las necesidades y posibilidades de desarrollo de los sujetos en un contexto específico. Este proceso connota una noción de movimiento y de permanente cambio, por lo que se define como dinámico.
- La salud-enfermedad, al estar en relación con las condiciones de vida de los sujetos, se teje en lugares y tiempos específicos, acorde con los valores del conjunto social, es decir, tiene un carácter histórico.
- El reconocimiento de la influencia del medio ambiente, la falta de solución de las necesidades básicas, la calidad del trabajo, el aislamiento, la marginalidad y la pobreza se constituyen en determinantes de la enfermedad. En un intento por superar esta visión ambientalista, la enfermedad se asume como el resultado de 'la civilización',

es decir, como un proceso colectivo y no individual, donde la esfera biológica está condicionada por lo social.

- Esta visión de la salud y la enfermedad considera al sujeto integral, en cuanto se asume que las expresiones de dicho proceso reconocen los planos biológico, psicológico y social en relación permanente. De esta forma, valida las percepciones, las representaciones y los conceptos de los sujetos de su propio cuerpo en un intento por romper la lógica de las leyes universales.

Precisamente, los anteriores elementos pueden alimentar una construcción que apunte a superar los límites impuestos por la concepción hegemónica de la salud y la enfermedad. En síntesis, la salud no puede ser asumida como un fin en sí misma, sino como un recurso para la vida cotidiana, que capacita al individuo para cumplir sus aspiraciones individuales y sus necesidades estratégicas y para cambiar su ambiente (14). De ahí que al abordar el fenómeno social de la salud, no se pueda desconocer el papel que cumple la cultura en su desarrollo, ya que "la cultura se construye y sirve de cimiento para la organización de la sociedad" (13). Desde esta perspectiva, la salud es la actualización permanente de los procesos vitales humanos, donde el bienestar o la enfermedad operan como momentos de dicho proceso y su coexistencia está determinada por las condiciones de vida de las personas y las sociedades en las cuales se desarrollan.

ENTENDIENDO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Una vez analizado el concepto de salud, es necesario abordar los paradigmas que han surgido sobre la promoción de la salud y establecer los enfoques que se han aplicado en los ámbitos nacional e internacional, y de esta manera



visualizar las posibles estrategias que pueden implementarse, al entenderlas como un elemento en el que es necesario la participación efectiva de los distintos actores.

Versión estilos de vida saludables

Para desarrollar los conceptos de promoción de la salud es necesario ubicarse dentro de los enfoques o abordajes del proceso salud-enfermedad, en la medida en que como fenómenos sociales el primero se encuentra afectado por la filosofía y la práctica del segundo. Con Galeno, médico griego de la Roma imperial, la higiene toma significado como promotora de la salud, la cual estaba centrada en el cultivo y el cuidado del cuerpo, que en términos modernos se podría asociar con estilos de vida saludables.

Muchos siglos después, con el paradigma microbiano, en el cual la enfermedad era producto de los microbios, la salud pública (salud de las colectividades) y la promoción de la salud quedaron supeditadas a la práctica médica, en consecuencia, la lucha por la salud sería de ahora en adelante tarea de los ‘cazadores de microbios’. El agente causal de la enfermedad debería ser controlado o eliminado por acciones públicas (15) —claro ejemplo de esta tendencia se presentó en los anteriores apartados—. De esta manera, el simultáneo desarrollo de la farmacología, los procedimientos diagnósticos instrumentales, así como de la biología celular y la bioquímica contribuyeron a reafirmar esta idea.

Esta perspectiva se ubica dentro del modelo unicausal que, aunque tuvo éxito en un principio, resultó insuficiente para explicar la totalidad de los fenómenos relacionados con la salud humana, en especial con aquellos asociados con el origen de las enfermedades crónico-degenerativas y, en general, con las no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, trombosis, etc.) (15).

Años más tarde, a partir del concepto de medicina preventiva se identifica la promoción de la salud como la esfera más general de la prevención de la enfermedad; el paradigma que subyace en tal propuesta es el higiénico-preventivista. La enfermedad es la ruptura del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con el que interactúan. La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión, tenía que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente (el ambiente incluye lo social).

En este contexto surge la segunda revolución epidemiológica, que se refiere a la intención de dominar las patologías no infecciosas con la propuesta de controlar los factores de riesgo (16). Dichos factores fueron agrupados en dos grandes categorías, aquéllos provenientes del entorno físico y los derivados del entorno social. Los primeros se asociaron con aspectos como las radiaciones, las sustancias químicas tóxicas, los agentes cancerígenos, entre otros, y los factores del entorno social, con ciertos hábitos, por ejemplo, fumar, dietas ricas en grasa, consumo de alcohol y falta de ejercicio físico. Se evidencia que estos últimos factores están asociados con los estilos de vida, y en esa medida las personas pueden tomar decisiones que influyen en su exposición a esos agentes.

Desde esta perspectiva, los factores de riesgo están asociados más que a las condiciones de vida, a la formas de vida, a los comportamientos y a las actitudes de los individuos frente a su salud. En consecuencia, se pasó de evaluar el papel de las instituciones en su compromiso con la salud de los sujetos a culpar a estos últimos de su proceso salud-enfermedad y, por ende, a promover estilos de vida saludables con el fin de





Carmona L.D., Rozo C.M., Mogollón A.S.

eliminar o controlar factores de riesgo.

Si bien es cierto que este enfoque centró sus acciones en el plano individual, tuvo como aspecto positivo el transformar la medicina preventiva, centrada en el papel asistencial de las instituciones, a un análisis social y cultural de la salud, que exigió volver a medir las acciones de planificación en salud que se habían desarrollado hasta ese momento. De este contexto de búsqueda de la salud por parte de los individuos en la práctica de estilos de vida saludables surge un nuevo concepto: el autocuidado, definido como:

Las actividades de salud no organizadas y las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud. (17)

Este enfoque del autocuidado se inserta dentro de la perspectiva de promoción de la salud como promoción de estilos de vida saludable, en la medida en que se define estilo de vida como la relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales, al igual que patrones de elección o patrones de conducta hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con la que pueden elegir unas y otras.

Desde esta perspectiva, el concepto de autocuidado era “la adopción de estilos de vida saludables, lo que implica que el individuo contribuya a su propia salud evitando los factores de riesgo, adoptando comportamientos de salud positivos y vigilándose a sí mismo” (17). Así, el enfoque se centra en modificación de la conducta por motivos de salud.

Dado lo anterior, la promoción de la salud trae consigo el concepto de la salud-enfermedad

en términos de equilibrio y desequilibrio. Aquí se identifican tres aspectos importantes que es necesario resaltar: en primer lugar, el proceso de salud-enfermedad carece de una dimensión social, esto si se entiende lo social como la esfera del ser humano en la cual él se interrelaciona no con un medio ambiente (presencia o no de factores de riesgo), sino con una sociedad que lo construye y que él construye. Ésta es una sociedad en la cual desempeña múltiples relaciones en escenarios distintos de lo público y lo privado (en el primero de ellos el trabajo, la escuela y la ciudad y, en el segundo, la familia). Relaciones en términos de lo económico, de lo productivo, de lo político, de lo cultural y de lo socializante.

El segundo aspecto alude a la relación lineal y estática del proceso salud-enfermedad, en cuanto la salud se considera como un equilibrio de lo físico, lo psicológico y lo social y la enfermedad se asume como su contrasentido. Así, el individuo deja de ser sujeto social para convertirse en un cuerpo que si bien es reconocido desde su condición biológica y psicológica, es un cuerpo estructuralmente susceptible de ser afectado por una serie de riesgos que están presentes en su entorno, pero sin ninguna posibilidad de modificar su condición de ser social. Esta condición de ser social hace referencia al desarrollo del sujeto humano desde su historia y desde la construcción colectiva de una red de significados elaborados a partir de la experiencia intersubjetiva.

Un tercer aspecto es el carácter instrumental que adquiere la promoción de la salud, al asignársele el control de una serie de factores de riesgo y agentes causales de enfermedad, a través del manejo de epidemias, el ejercicio de estilos de vida saludables por parte de los sujetos y políticas gubernamentales de mejoramiento de servicios públicos.





La promoción de la salud entendida como la capacidad de potenciar el desarrollo humano

En 1945, Henry Sigerist fue el primero en diferenciar la salud de la enfermedad, al definir que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación. En su momento planteó que se hace promoción si se facilita un nivel de vida decente; buenas condiciones de trabajo, educación y ejercicio físico, y medios de descanso y recreación (15).

A partir de los años setenta comienza a darse una transformación de la salud pública, centrada ahora en la prevención y en el desarrollo de estrategias en el plano individual, para dar paso a una visión crítica de los modelos médicos imperantes. El trabajo de Blum sería uno de los más significativos, al proponer la promoción de la salud como un esfuerzo intersectorial, que debería tener como fundamentos la participación y el desarrollo comunitario.

De manera coincidente, los cambios en la estructura de poder de muchas naciones, la mayor participación de los países no alineados, el reconocimiento del impacto de la pobreza como uno de los factores generadores de desigualdades sociales en salud, pero no desde la mirada clásica de la epidemiología y la crisis de los servicios de salud, llevaron al replanteamiento de muchas de las políticas públicas internacionales, que hasta ese momento habían hecho hincapié en lo medicalizante, para dar lugar a un modelo de promoción de la salud centrado en el favorecimiento de la equidad, de la participación comunitaria y del trabajo intersectorial, como lo había propuesto Blum.

Con el informe de Lalonde (perspectiva canadiense) la promoción de la salud se convierte

en una estrategia institucionalizada que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas de hacer frente a los problemas. El nuevo enfoque de la promoción de la salud representa un proceso que habilita a los sujetos en el mejoramiento o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, la mutua ayuda, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y la creación de ambientes favorables para la salud (18).

En una de las más recientes conferencias internacionales de Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, en Yakarta, Indonesia, se elaboró la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el siglo XXI (19), en la cual se retomaron las estrategias de la carta de Ottawa, que concibió la promoción de la salud como "el proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (20), para ello, la Declaración de Yakarta propuso:

- Construir política pública saludable.
- Crear ambientes favorables de apoyo.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de salud.

En este sentido, la promoción de la salud se constituye en un proceso político y social que busca incidir en las condiciones sociales, ambientales y económicas, a fin de disminuir el efecto que estos factores pueden tener en el ámbito público e individual. Desde este punto de vista, las prioridades expuestas para la promoción de la salud son:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.





Carmona L.D., Roza C.M., Mogollón A.S.

- Consolidar y expandir nuevas alianzas para la salud.
- Aumentar la capacidad de la comunidad y crear poder en los individuos (empoderamiento social).
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

Los anteriores postulados se comparten en la Declaración de Bogotá de 1992 (19), (21), con los conceptos básicos que resumen el mensaje de dicha declaración: el derecho a la vida digna, el bienestar colectivo, la redistribución equitativa de los recursos y la paz como elemento importante de la salud pública.

El desarrollo anterior presenta una postura institucional en la que se evidencia cómo sus orientaciones están sujetas a una política económica de reducción del papel del Estado, así como de los intereses de una clase política y dominante que va en contraposición de la búsqueda de mejores condiciones de vida y bienestar para la población.

En este sentido, la participación del Estado como garante de condiciones de vida que permiten el desarrollo del ser humano se ve limitada por la falta de inversión social, y pese al esfuerzo por generar políticas públicas saludables, en la práctica la promoción de la salud centra su atención en el papel de los individuos en la modificación de sus conductas personales para mejorar su estado de salud; sin embargo, también se recoge desde lo conceptual una mirada totalmente distinta a la anterior, en cuanto concibe la promoción de la salud como un conjunto de acciones que hacen los individuos y las instituciones para lograr que la salud y el bienestar se conviertan en la tarea social más importante. Posterior a la promulgación de la Ley 100 de 1993, ésta se consideraría como el “conjunto de acciones que buscan el óptimo desarrollo de las capacidades individuales y colectivas” (22).

Por ello, sólo en la medida en que se concibe la salud como una construcción colectiva, podrán controlarse las consecuencias de la globalización, de la inequidad, de la explotación en el trabajo, de las desigualdades de clase y de género, entre otros aspectos, a partir de una toma de conciencia del papel que le corresponde al Estado, en cabeza de sus instituciones y de sus ciudadanos.

La promoción de la salud, más que el control de enfermedades específicas, pretende desarrollar potencialidades, conciliar intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de una colectividad para movilizarse y destinar recursos, en función de dos propósitos principales: forjar los medios y condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar (23) (24).

Esta mirada brinda la posibilidad de construir, desde esta nueva perspectiva, mecanismos de movilización social que busquen, a través de la conciliación de intereses y motivaciones, posibilidades de desarrollo humano.

Los anteriores planteamientos también conllevan a un análisis de las tendencias que pueden marcar las políticas en salud para un país, ya que éstas reflejan las concepciones que prevalecen, así como el reconocimiento que se establezca de los factores que inciden de manera positiva o negativa sobre la salud. Es decir, para el logro de un cambio de políticas sanitarias se requiere, en primera instancia, un cambio en los paradigmas existentes en torno a la salud.

Por lo tanto, los cambios de paradigma que sean construidos no sólo pueden influir en las comunidades académicas, sino que, en palabras de Sabatier (25) y Lomas (26), el conocimiento general y las creencias compartidas por la mayoría de los ciudadanos serán el pilar para el





desarrollo de un cambio de política social en salud, lo que exige volver a evaluar el papel que vienen cumpliendo los distintos sectores y profesionales que trabajan en pos de la salud.

El papel que ha cumplido la educación en salud

A medida que se conocen las relaciones entre los comportamientos individuales, las condiciones del entorno y los factores de riesgo existentes, desempeña un papel fundamental la educación en salud, en la medida en que busca proveer oportunidades de aprendizaje orientadas a modificar los comportamientos que pueden afectarla o favorecer aquellos que resultan saludables (27).

Este enfoque se ha proyectado y fundamentado en dos acciones: la primera de ellas, centrada en la implementación de metodologías educativas que le permitan a la persona apropiarse de conocimientos, actitudes y técnicas que apunten a mejorar sus condiciones de vida y al mantenimiento de su salud. La segunda está enfocada en el desarrollo de estrategias masivas de información, que buscan disminuir comportamientos no saludables en la sociedad, como el fumar, el consumo de bebidas alcohólicas, el sedentarismo, entre otros aspectos.

El rol asumido por los profesionales de la salud en este enfoque fue el paternalista/asistencial, que clasifica de manera jerárquica a los sujetos y desconoce su contexto sociocultural. Ejemplo de ello son los atributos que confieren a determinados grupos sociales como 'organizados'/'no organizados', 'jóvenes'/'adultos', 'líderes/no líderes', a los cuales les designan conductas y formas de pensar específicas (28). Este proceder da lugar a que se activen lazos que refuerzan las distinciones y divisiones sociales que no reconocen la especificidad de la cultura. Se sustituye enton-

ces el análisis de contexto, por teorías aprendidas que conciben la comunidad como un ente carente de historia y saber, sobre la cual depositan sus conocimientos en nombre de sus intereses y necesidades. Esto la convierte en receptora de decisiones y conocimientos que en la mayoría de las ocasiones no tienen correspondencia con sus formas de ver y construir el mundo.

Como respuesta a ello surge una nueva visión de la educación en salud, que reivindica el papel que cumplen los sujetos en relación con el autocuidado, así como la función de las redes sociales y del trabajo comunitario, no sólo en la identificación de sus principales necesidades en salud, sino también en la formulación de alternativas de solución. Esta nueva perspectiva de educación en salud va más allá de la simple transmisión de conocimientos en torno a los factores de riesgo que afectan la salud.

En este sentido, orienta sus acciones hacia los grupos, las organizaciones y las comunidades, en busca de concienciar a los sujetos sobre las causas sociales, económicas y ambientales de la salud y enfermedad en un contexto político, a fin de generar un tejido social que se movilice y participe de manera activa en las decisiones políticas que le competen. Es decir, se trata de la búsqueda de la autonomía personal, mediante el desarrollo y utilización de habilidades que favorezcan la salud: esto es, una estrategia de empoderamiento personal y social. Por ello un trabajo de participación social en salud debe, por una parte, identificar las necesidades de la población, sus expectativas y el potencial de salud que posea, y, por otra, favorecer el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud (29).

Los anteriores aspectos hicieron que a partir de los años ochenta se volviera a pensar en la dimensión de la promoción de la salud, al introducirse el concepto del trabajo en 'entornos', no en el sentido





Carmona L.D., Roza C.M., Mogollón A.S.



exclusivo de espacios donde se pueden desarrollar acciones de salud, sino como entes sociales que por sí mismos dinamizan procesos y que, por lo tanto, pueden contribuir a la promoción de la salud. De allí que en el ámbito internacional no resulte extraño encontrar experiencias de “municipios saludables”, “hospitales saludables”, “lugares de trabajo saludables” y “escuela saludables”, que han propiciado acciones no sólo en las personas, sino también en las estructuras y patrones sociales, que han implicado una movilización política, el desarrollo de estrategias de participación ciudadana y un mayor empoderamiento de sus miembros frente a la responsabilidad social que les compete. No obstante, también es necesario reevaluar el papel de los profesionales de la salud, estableciendo una acción comunicativa que permita el encuentro de conocimientos, la identificación de necesidades colectivas, la intersubjetividad de saberes en torno al proceso salud-enfermedad y un diálogo de intereses consensuados entre individuos y comunidad.

RETOS DE LA SALUD DESDE UN CONTEXTO GLOBALIZADO

La globalización conlleva una serie de beneficios desde el punto de vista del desarrollo y crecimiento económico para algunas naciones, pero de igual manera se constituye en el origen de las grandes desigualdades sociales, en la medida en que propicia mayores condiciones de pobreza para algunos países.

En lo que respecta a la población, las precarias condiciones socioeconómicas, asociadas con el bajo nivel educativo, con las dificultades para la alimentación y con el acceso a los servicios sociales, así como la influencia de los factores medioambientales, propician no sólo el deterioro de sus condiciones de salud, sino que de igual manera se constituyen en favorecedores de su exclusión social. La situación de pobreza incide

directamente en el sector salud, en la medida en que conlleva a dificultades para que los gobiernos generen otras fuentes de ingreso y garanticen adecuadas condiciones medioambientales y de infraestructura, lo cual hace que cada vez se tengan menos recursos para financiar la atención en salud y que de esta manera se aumenten las inequidades frente a su acceso (30).

Las desigualdades sociales no sólo se dan en el interior de las comunidades, sino entre los diversos países, lo cual evidencia que la inadecuada distribución de la riqueza influye directamente en las posibilidades de educación, en la calidad de vida, en las condiciones de trabajo y en las posibilidades de desarrollo económico que puedan tener los individuos. De allí que sea entendible que la salud de la población se vea afectada por diversas situaciones, no sólo por las relacionadas con la pobreza, sino también por el impacto de las políticas públicas, el rol que cumplen los prestadores de servicios, así como por el papel que ejerce el ambiente social y las redes comunitarias (31).

El estudio de las desigualdades sociales en salud tomó gran importancia a partir de las décadas de los setenta y de los ochenta, y una de sus acciones más recordadas es la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, desarrollada en 1978, en Alma Alta (32), que postuló la necesidad de promover la “Salud para todos”. Este movimiento tuvo una gran aceptación en muchos países; sin embargo, a pesar de las estrategias que han sido promulgadas en todo el mundo, después de casi tres décadas los resultados siguen siendo desalentadores, ya que la situación económica de muchos países se ha deteriorado y en otros tantos se acogieron disposiciones de organismos internacionales, para adelantar reformas a los sistemas de salud, que en muchos casos conllevaron a una mayor difi-



cultad para la provisión de los servicios y a una mercantilización de la salud.

Frente a esta perspectiva, la salud para todos en el siglo XXI, propuesta por la OMS, da un giro en sus orientaciones y centra sus principios en el respeto por los valores individuales y colectivos, en la equidad de los sistemas de salud, en el favorecimiento del desarrollo de la mujer y del niño, en el soporte a los derechos humanos, en el respeto por la dignidad del hombre y la mujer y en la creación de oportunidades para la participación de los individuos en la toma de decisiones a diferente ámbito (33).

Todas las situaciones anteriores evidencian un nuevo reto para la salud pública, como es generar un mayor compromiso frente al reconocimiento de la desigualdades sociales, en busca de alternativas para el logro de la equidad en salud (34). El favorecimiento de mejores condiciones de vida para los grupos más vulnerables debe intentar reducir las inequidades a través de acciones, como la apropiación del concepto de promoción de la salud, el compromiso de los planificadores para mejorar la provisión de los servicios y la concienciación de la población frente a su responsabilidad social en salud.

A partir de estos referentes se entiende que la equidad en salud requiere eliminar las inequidades en los determinantes de la salud, no sólo aquellos que se derivan de la prestación de los servicios de salud (35),(36). De ahí que dentro de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tome importancia la visión de salud, que la considera como el potencial individual que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y, por lo tanto, favorecedora del desarrollo humano (33). Sin embargo, estos elementos sólo podrán darse en la medida en que se busque que dentro de las políticas públicas y las estrategias de salud se provea una base para el

desarrollo de las personas, desde una visión positiva de la salud, que les posibilite hacer uso de sus capacidades físicas, mentales y sociales. De esta manera, pensar en una visión positiva de la salud implica no sólo procurar las condiciones para el aumento en los años de vida y en los años libres de enfermedad, en la minimización de los efectos adversos de la enfermedad y la discapacidad, sino de igual manera en el incremento de la calidad de vida, a través de un ambiente físico, social y ecológicamente saludable (33).

Sin embargo, el avance de la promoción de la salud dependerá en gran medida del empoderamiento social que se logre con diversos colectivos: por un lado, del impacto de la información, de la autonomía que se logre en los sujetos, y, por otra, del trabajo en equipo que se logre en el desarrollo de las distintas propuestas (37). Debe tenerse en cuenta, en relación con este último referente, que se logre tanto una transformación en la forma de pensar y actuar que tengan las disciplinas, para así eliminar las prácticas excluyentes y orientar sus acciones hacia el desarrollo de saberes transdisciplinarios (38), como un compromiso, adquirido éste por los colectivos frente a la detección de sus necesidades y la formulación de alternativas consensuadas de solución, que permitan una participación real en la toma de decisiones políticas relacionadas con la salud.

CONCLUSIÓN

El concepto de salud estuvo dominado durante muchas décadas por un enfoque biologista que centró sus acciones en el desarrollo de estrategias individuales, que desconocieron en gran medida la influencia de lo social. No obstante, conferencias internacionales como las de Alma Ata, la Conferencia de Ottawa, la de Yakarta, entre otras, reivindicaron el papel que deben cumplir tanto el Estado como los colectivos en el mejoramiento de las condiciones de vida y en la búsqueda de alter-





Carmona L.D., Rozo C.M., Mogollón A.S.

nativas de solución para sus principales necesidades de salud. De esta manera, surge un concepto de empoderamiento ciudadano, que dirige sus esfuer-

zos hacia estrategias de participación social y de trabajo intersectorial como alternativa para la resolución de las principales inequidades en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Entralgo P. El diagnóstico médico: historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.
2. Comelles J. Atención primaria de salud: el difícil maridaje entre atención integral y atención institucional. JANO. 1994;46(1073):80.
3. Arrizabalaga J, Martínez A, Pardo J. La salut en la història d'Europa. Barcelona: Residència d'Investigadors, 1998.
4. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista. Bogotá. Zeus Asesores Ltda. 1992. p. 18, 24.
5. Reed K. Los comienzos de la terapia ocupacional. En: Hopkins H, Smith H. Terapia ocupacional. Philadelphia. Editorial Médica Panamericana. 1993. p. 27.
6. Molero, J. Dinero para la cruz de la vida: tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. Historia Social. 2001;39:31-48.
7. Rosen G. Análisis histórico del concepto medicina social. En: Lesky E. Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984. p. 21.
8. López, JM. Antología de clásicos médicos. Madrid. Editorial: Triacastela. 1998.
9. Niveau M. Historia de los Hechos Económicos Contemporáneos. Barcelona. Ariel. 1989.
10. Sigerist HE. Medicine and human welfare. New Haven: Yale University Press; 1941. En: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud en las Américas. Informe Anual del Director-2001. Documento Oficial 302. Washington: OPS; 2001.
11. World Health Organization: Constitution. Ginebra: World Health Organization; 1947.
12. León G. El higienismo: antecedente histórico de la seguridad social en Medellín 1886-1946. En: Guerrero J. Medicina y salud en la historia de Colombia. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia-Asociación Colombiana de Historiadores; 1995. p. 121-2.
13. Barona N, Álvarez L. Salud y sociedad. Cali: Formas Precisas Impresores; 1999. p. 100.
14. World Health Organization. The World Health Report 1998. Life in the 21st century: a vision for all. Geneva: World Health Organization; 1998.
15. Esteban J. Marcos conceptuales de la promoción de la salud, reflexiones para la práctica. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. OPS Manos a la salud. México: OPS; 1998. p. 34.
16. Secretaría Distrital de Salud-Grupo Guillermo Fergusson. Modelo de promoción de la salud para la Localidad de Kennedy. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1998.
17. Hatch S, Kickbusch I. Self-help and health in Europe. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen 1983. En: Kickbusch I. El autocuidado en la promoción de la salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1996. p. 235.
18. Jake E. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1996.
19. Restrepo H, Málaga L. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 27.





20. Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
21. Ministerio de Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: OPS/OMS; 1992. p. 3.
22. Decreto 1891 del 03 de agosto de 1994, por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 2º, 3º 4º 10, 21 y 22 de la Ley 60 de 1993; y parcialmente el artículo 160 del Decreto-ley 1298 de 1994, en cuanto a fomento de la salud y prevención de la enfermedad (Diario Oficial, número 41.480, de 05-08-94).
23. Ministerio de Salud. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1996.
24. Vélez AL. Marco político y legal de la promoción de la salud. Colombia Med. 2000;31:86-95.
25. Sabatier P. Knowledge, Policy-Oriented Learning, and Policy Change: An Advocacy Coalition Framework. Knowledge: Creation, Diffusion, Innovation. 8 (June 1987): 649-692.
26. Lomas J. Finding audiences, changing beliefs: the structure of research use in Canadian Health Policy. J Health Polit Policy Law. 1990;15(3):525-42.
27. Nutdeam D, Smith C, Murphy S, Catford J. La evaluación en la educación para la salud: una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas. En: Promoción de la salud: una antología. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1996. p. 183.
28. Cardaci D. Educación para la participación en promoción de la salud. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. OPS. Manos a la salud. México: OPS; 1998. p. 187.
29. Lium E, Lynn M. Health promotion: throughout the lifespan. 3rd ed. St Louis: Mosby; 1994. p. 215.
30. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ. 2002;80(2):97-103.
31. Garret M. Health futures: a handbook for health professionals. Geneva: World Health Organization; 1999. p. 193.
32. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
33. World Health Organization. Document A51/5. Health for all in the twenty-first century. Pan Am J Public Health. 1998;4(2):132-41.
34. Gwatkin D. Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? Bull World Health Organ. 2000;78 (1):2-17.
35. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2001-2002. Global Forum for Health Research. Geneva; 2002.
36. Mills C. Equity and health: key issues and WHO's role. WHO/CHS/HSS/98.3, Equity initiative;5(18).
37. Blanchard K, Carlos J, Randolph A. The 3 keys to empowerment. San Francisco: Berret-Koehler Publishers; 1999. p. 286.
38. Franco S, Ochoa D, Hernández M. La promoción de la salud y la seguridad social. Foros sobre promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá: Instituto de Seguros Sociales, Corporación Salud y Desarrollo; 1995.

