



# Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa

Álvaro Franco-Giraldo\*

Recibido en septiembre 18 de 2021, aceptado en mayo 21 de 2022

---

## Citar este artículo así:

Franco-Giraldo A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. *Hacia Promoc. Salud.* 2022; 27(2): 237-254. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.2.17

---



## Resumen

**Objetivo:** este artículo se propone identificar diferentes modelos de promoción de la salud (PS), y analizar cómo ha evolucionado la promoción de la salud a partir de los lineamientos de los determinantes sociales de la salud (DSS) y su aplicabilidad en los países. **Metodología:** se parte de una revisión temática, de los artículos en Pubmed, Lilac y Scielo, mediante los operadores booleanos ((promoción salud) or (atención primaria)) and ((determinantes sociales) or (determinación social)), en los últimos 5 años; se obtuvieron 178 artículos en Lilac, 69 en Scielo, 132 en Pubmed; 33 en scholar.google.com, gracias a los descriptores: “modelos, enfoques y teorías” and PS. **Resultados:** las principales áreas identificadas fueron: atención primaria, DSS, políticas públicas, salud bucal, políticas de salud, servicios de salud, accesibilidad, enfermedades crónicas. Se analiza la lógica de la prevención y su diferenciación con la racionalidad de PS, a partir de un análisis del contexto de la práctica internacional. Se discute la confusión entre promoción y prevención y la falta de desarrollo de los niveles colectivos y comunitarios de la PS basados en la atención primaria en salud. **Conclusiones:** la PS y la prevención no lograron ser desarrolladas en los sistemas de salud. Muchos de los postulados teóricos de la PS han sido relegados. Se proponen varios niveles de intervención en PS: contextual, macro, meso, micro, individual, y acciones globales, estratégicas, comunitarias, interpersonales e intrapersonales. Hace falta más investigación sobre DSS, que establezca el balance entre lo individual y lo colectivo en PS.

## Palabras clave

Promoción de salud, prevención primaria, política de salud, modelos de atención en salud, determinantes sociales de la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Médico, Doctor en Salud Pública. Profesor Universitario/ Investigador. Institución Universitaria Visión de las Américas, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com.  orcid.org/0000-0003-4342-4025. 



## Health promotion models and social determinants of health: a narrative review

### Abstract

**Objective:** This article intends to identify different models of health promotion (HP), and analyze how health promotion has evolved from the guidelines of social determinants (SDH) and its applicability in the countries. **Methodology:** starting from a thematic review of the articles in Pubmed, Lilac and Scielo, using the Boolean operators (PS) or (primary care) and (SDH) or (social determinants of health) in the last 5 years. A total of 178 articles were obtained in Lilac, 69 in Scielo, 132 in Pubmed. A total of 33 articles were found in scholar.google.com, thanks to the descriptors, “models, approaches and theories“ and PS. **Results:** the main areas identified are: primary care, SDH, public policies, oral health, health policies, health services, accessibility. The logic of prevention and its differentiation with the rationality of PS is analyzed, based on an analysis of the context of international practice. The confusion between promotion and prevention and the lack of development of the collective and community levels of HP based on primary health care, are discussed. **Conclusions:** PS and prevention failed to be developed in health systems. Many of the theoretical postulates of PS have been relegated. Several levels of intervention in PS are proposed: contextual, macro, meso, micro, individual, and global, strategic, community, interpersonal and intrapersonal actions. More research is needed on SDH, which establishes the balance between the individual and the collective, in PS.

### Keywords

Health promotion, primary prevention, health policy, health care models, social determinants of health (*source: DeCS, BIREME*).

## Modelos de promoção da saúde e determinantes sociais: uma revisão narrativa

### Resumo

**Objetivo:** este artigo se propõe identificar diferentes modelos de promoção da saúde (PS), e analisar como tem evoluído a promoção da saúde a partir dos lineamentos dos determinantes sociais da saúde (DSS) e sua aplicabilidade nos países. **Metodologia:** parte-se de uma revisão temática, dos artigos em Pubmed, Lilac e Scielo, mediante os operadores booleanos ((promoção saúde) ou (atenção primária)) e ((determinantes sociais) ou (determinação social)), nos últimos 5 anos; se obtiveram 178 artigos em Lilac, 69 em Scielo, 132 em Pubmed; 33 em scholar.google.com, graças aos descritores: “modelos, enfoques e teorias” e PS. **Resultados:** as principais áreas identificadas foram: atenção primária, DSS, políticas públicas, saúde bucal, políticas de saúde, serviços de saúde, acessibilidade, doenças crônicas. Analisa-se a lógica da prevenção e sua diferenciação com a racionalidade de PS, a partir de uma análise do contexto da prática internacional. Discute-se a confusão entre promoção e prevenção e a falta de desenvolvimento dos níveis coletivos e comunitários da PS baseados na atenção primária em saúde. **Conclusões:** a PS e a prevenção não conseguiram ser desenvolvidas nos sistemas de saúde. Muitos dos postulados teóricos da PS tem sido relegados. Propõem-se vários níveis de intervenção em PS: contextual, macro, micro, individual, e ações globais, estratégicas, comunitárias, interpessoais e intrapessoais. Faz falta mais pesquisa sobre DSS, que estabeleçam o balanço entre o individual e o coletivo em PS.

### Palavras chave

Promoção da saúde, prevenção primária, política de saúde, modelos de atenção em saúde, determinantes sociais da saúde (*fonte: DeCS, BIREME*).

## Introducción

La promoción de la salud (PS) ha evolucionado notablemente en los últimos años, después de los lineamientos de la Carta de Ottawa de 1986 (1), seguida y refrendada por 9 Conferencias internacionales más (2, 3) y otras de carácter regional. Esa transformación se ha dado en su fundamentación axiológica, pero también en su concepción estratégica y en su operacionalización a través de instrumentos renovados de la salud pública. Su último gran avance podría estar influenciado por el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) del año 2008 (4). No obstante, no se evidencia una mejora en los resultados, como se desprende del incremento de la inequidad y las desigualdades sociales en el mundo, la mayoría de las veces por cuenta de discriminaciones de género, etnia y clases sociales, temas centrales para la Comisión.

El presente artículo tiene como propósito analizar cómo ha evolucionado la PS a partir de los lineamientos de los DSS, su aplicabilidad en los países y los avances que se pudieran dar desde esta nueva perspectiva. El análisis pasa por identificar diferentes modelos de promoción y prevención en el lapso que sigue a la Carta de Ottawa, hasta nuestros días. Como bien se ha sugerido en el marco de la literatura:

Las acciones de promoción de la salud han evolucionado a lo largo de los años, desde enfoques individuales de prevención de enfermedades biomédicas, educación en salud para cambio de comportamiento, hasta la utilización de un modelo socio-ecológico para describir los determinantes sociales de la salud (5).

Para cumplir con este cometido, se revisarán algunos antecedentes, siguiendo la lógica de la prevención de la enfermedad y su diferenciación con la racionalidad de PS. Ha sido usual confundir promoción con prevención, prevaleciendo la concepción asistencialista y preventivista en los sistemas de salud; peor aún, cayendo en la confusión de los términos, al estar hablando indistintamente de ambas o definir las simultáneamente como promoción y prevención (“p y p”). Para desentrañar esta doble racionalidad es necesario dilucidar la PS y su perspectiva filosófica inmanente, en contraste con la prevención de la enfermedad (6); es imperioso hacer un rastreo de su interpretación en el contexto internacional, para lo cual se revisarán los aportes de varios actores proclives a la PS, en múltiples países, entre ellos, organismos multilaterales como Naciones Unidas (7).

Si bien el paradigma que ha dominado varios momentos del siglo XX y comienzo del presente, ha sido el de los factores de riesgo poblacionales de acuerdo con el enfoque epidemiológico, es importante esclarecer cómo se ha logrado el cambio hacia la perspectiva de los DSS, bajo el supuesto de facilitar un mayor alcance y efectividad de las intervenciones sanitarias. La transición de los enfoques basados en la educación para la salud y en los estilos de vida, tan importantes a lo largo de la historia de la salud pública en el siglo XX, hacia otros sociales y políticos, ha generado varias corrientes de pensamiento y modelos en PS, que también son objeto de análisis en este ensayo. Tarea que se complementa con el apoyo teórico de los enfoques basados en la determinación social de la salud (8), con mayor capacidad interpretativa de las desigualdades sociales y de las políticas sociales, en la actual etapa de crisis de la humanidad y de la sociedad global.

## Materiales y métodos

Para su abordaje, se tomó en cuenta una revisión narrativa de los artículos publicados en las bases de datos: Pubmed, Lilac y Scielo, mediante los términos y operadores booleanos ((PS ) or (atención primaria)) and ((DSS) or (determinación social)), en los últimos 5 años, en inglés, portugués y español; se obtuvieron 178 artículos en Lilac, 69 en Scielo, 132 en Pubmed. En la búsqueda en scholar.google.com, gracias a los descriptores: “modelos, enfoques y teorías“ and PS, se obtuvieron 33 artículos de revista; esta se complementó con publicaciones de literatura gris, principalmente de organismos multilaterales, en los últimos 2 años. La revisión permitió seleccionar los más pertinentes en PS y determinantes (filtrados por el título y el resumen), de los cuales se condensaron en este trabajo sus aportes centrales.

Al final, mediante un proceso de integración teórica, se propone un modelo holístico que permita resolver las contradicciones, bajo un esquema analítico basado en diferentes niveles de intervención en salud pública y PS; una propuesta integral, en la cual quepan todas las estrategias y acciones, desde el nivel micro al macro, incluido el contexto internacional y global.

## Resultados

En general las principales áreas identificadas fueron: atención primaria, DSS, políticas públicas, salud bucal, políticas de salud, servicios de salud, accesibilidad, salud comunitaria, salud laboral, salud mental, ecología, psicología positiva, enfermedades crónicas, entre otras, según frecuencia de aparición. A continuación se hace una descripción contingente de algunas de ellas, basada el relato conceptual sobre promoción y prevención.

## Racionalidades y perspectivas de la promoción de la salud y la prevención

Eslava (9), citando a Susser (10), hizo una revisión al respecto, manifestó que “desde que se concibió, con fineza técnica y amplio soporte científico-tecnológico, la posibilidad de evitar la aparición de enfermedades y controlar los factores de riesgo”, la prevención adquiere su rol central en la formulación de las políticas de salud, para la orientación de las actividades sanitarias y poder enfrentar las enfermedades. Destaca que inicialmente desde finales del siglo XIX creció la línea de control de enfermedades infecciosas, debido al auge de la microbiología, pero hacia finales del siglo XX, la línea del control de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) entró en un desarrollo muy importante. La epidemiología con diferentes modelos, desde el unicasalismo hasta el enfoque de riesgo y los modelos complejos y multinivel, ha puesto todo su arsenal al servicio de esta lógica de la prevención. Esta es una connotación negativa de la salud, entendida como ausencia de enfermedad, distinta a la PS que bajo un enfoque salutogénico, percibe la salud con sentido positivo del proceso vital humano.

En España, Gil-Girbaua *et al.* (6), en un estudio reciente que caracteriza las actividades de promoción y prevención, relacionadas con la APS en 7 comunidades autónomas, encontraron que: “Las prácticas de PS de los/las profesionales de APS participantes siguen principalmente los modelos intrapersonales. Además, algunos/as profesionales realizan actividades [...] que encajan en modelos interpersonales y más puntualmente en modelos comunitarios” (6).

Estos autores recalcaron, que los modelos intrapersonales e interpersonales siguen ante todo la lógica de la prevención; y por ende, muy poco del desempeño en salud pública se

cumple siguiendo el modelo comunitario más acorde con la PS.

La PS se enfoca en una visión centrada en la salud y no en la enfermedad, aunque dentro de la propia PS también se han dado múltiples enfoques y hasta paradigmas, resumidos así por Eslava (9):

Dentro de la misma PS existe un fuerte debate entre aquellas posturas que enfatizan la acción dirigida a la transformación de los estilos de vida y aquellas posiciones que privilegian las acciones dirigidas a la transformación social y la lucha política (9).

En el primer caso, actuando sobre el comportamiento de los individuos y, en el segundo, sobre los colectivos y la sociedad; basados, en el primer caso, en los estilos saludables de vida y, el segundo, en los modos saludables de vida. Los enfoques político sociales destacan el desarrollo de los entornos saludables, las políticas públicas saludables y, últimamente, el enfoque de salud en todas las políticas en conexión con los DSS.

A todas estas, la educación en salud (mejor denominada educación para la salud), que muchos han asimilado con la PS plantea, según sus autores (11), que “la PS constituye un proceso por el cual las personas son más conscientes de su realidad”, que les permite citando a Riquelme-Pérez (12), “desarrollar a partir de sus experiencias, vivencias y conocimientos, capacidades para adecuar sus comportamientos a la realidad y contexto en el que se desarrollan”. Por su parte, Porto-Fernandes y Schubert-Backes (13), argumentan que el proceso educativo potencia la consciencia crítica de las personas frente a la comprensión y participación en el abordaje de sus circunstancias de vida. Esta perspectiva transformadora de la educación emancipadora

y libertaria, “media en la construcción social de los sujetos y en la legitimación de sus derechos como ciudadanos” (13).

Volviendo al punto anterior, otros autores arguyen que “tampoco debe extrañarnos que masivamente se confunda PS con prevención de enfermedad, incluso a nivel de los servicios de salud pública” (14), confusión que se asocia a los enormes niveles de iatrogenia que se produce en la atención médica; y recomiendan: “Desarrollar unos servicios sanitarios más conscientes y preparados para la realización de actividades que logren más beneficios que perjuicios, abordando, con toda su complejidad, las implicaciones de asumir que *primum non nocere*” (14).

El enfoque social (15), históricamente ha significado que la salud y la enfermedad estaban determinadas por la situación social que se vive alrededor del acceso a diferentes componentes del bienestar, los cuales definen las condiciones generales de vida de la población. A su vez, ese proceso social determina o condiciona el proceso vital humano, representado por todo el devenir del sujeto social a lo largo de la vida (*life course*) (16), constituyéndose así en el objeto de la PS.

Alternativamente, el enfoque político de PS se ha desarrollado desde la implementación de las políticas públicas saludables (las *policy*) definidas esencialmente en la 2ª. Conferencia Internacional de PS celebrada en Adelaida 1988 (17); más adelante se redimensiona en Adelaida 2010 (18) bajo una perspectiva más integral, la de *la salud en todas las políticas*; hoy el reto es repensar la salud en función de *políticas transectoriales*, y reorientar la PS en el marco de la *politic* (de mayor alcance que las *policy*). Este enfoque se resume bien por Restrepo y Málaga (19), cuando señalan que los modelos de PS deben ser sociopolíticos, ecológicos y socioculturales, dependiendo de

la interacción entre los individuos y grupos con su ambiente físico, social, cultural, económico y político. Para Hancock (20), siguiendo un marco interpretativo parecido:

La PS es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder (...) que se extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario.

### Algunas experiencias y modelos

Fernández *et al.* (21) en Cuba, sugieren un propósito similar al de este artículo, identificar teorías y modelos de PS y concluyen que la:

Sistematización de posiciones teóricas y experiencias prácticas avalan que al hilo de las ideas que ya se legitiman en la práctica es preciso concebir la PS también como un tipo de actividad extensionista y valorizar el carácter totalizador integrador que puede tener las actividades...

Con lo cual hacen alusión a las metodologías participativas, dialógicas y reflexivas, y enfatizan en los presupuestos teóricos y metodológicos que amplían las concepciones y prácticas en PS.

Si se sigue este hilo conductor, se encuentra que clásicamente se han reconocido varios modelos en salud pública, algunos de ellos incluyen modelos de PS (22). Los principales ejemplos se sintetizan en el Cuadro 1.

Si se mantiene la secuencia histórica, el primer referente que despunta internacionalmente corresponde al modelo instituido en la Primera Conferencia Mundial de PS (Carta de Ottawa) (1), el cual cambió el enfoque de PS y configuró

una veta hegemónica en su desarrollo, aunque algunos autores después de la evaluación realizada 30 años más tarde, cuestionan el modelo de Ottawa al precisar que “estamos ante un impulso que, en la práctica, se ha convertido, en su mayor parte, en educación para la salud centrada en los estilos de vida, y con grandes dosis de culpabilización hacia las personas” (23).

En respuesta a ello, otro referente en PS sigue la vía de un modelo contra hegemónico. En relación con este, analistas venezolanos reconocen un movimiento de PS latinoamericano, basado en la determinación social y deducen que “surge como una crítica al modelo dominante del Movimiento Global de PS (MGPS) [el modelo de la Carta de Ottawa], y está basado en la perspectiva del materialismo histórico y de las teorías críticas postmarxistas” (24). Este movimiento, de origen tercermundista, se manifiesta desde los años 60 del siglo pasado y concibe la salud como derecho social.

Muy cercano a este último, el enfoque de la educación popular también se presenta como alternativa a ese estilo hegemónico de PS. Así Fernández *et al.* (22) sostienen que “la PS también configura una metodología que se centra en las acciones de comunicación social, la participación comunitaria y formación en temas de salud”. La educación popular tiene un carácter participativo, reflexivo, dialógico, permitiendo a la comunidad “*implicarse*”, tanto en el análisis de las problemáticas de salud como en la transformación de la misma.

Siguiendo otra vía analítica, el estudio de Costa Rica (25), refleja otra experiencia más, al analizar varias formas de prevención y PS, recomienda la visión positiva costarricense, dada por *el* Modelo de Rectoría de PS, fundamentado en las necesidades humanas y

en los derechos humanos, pero manteniendo un componente institucional fuerte.

Otras experiencias importantes también se dan por el aporte institucional, es el caso de los Centros colaboradores de OMS/OPS, en áreas específicas como “promoción de la salud escolar, evaluación de la efectividad en PS, ciudades saludables, formación de recursos humanos en PS y universidades promotoras de la salud” (26). Por su parte, el Proyecto de Universidades Promotoras de Salud está basado en la participación comunitaria, con el fin de mejorar las condiciones de salud, la calidad de vida y el bienestar de la comunidad universitaria. La red de Universidades Promotoras de la Salud en América Latina se constituye en el 2003, en tanto que la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud se consolida en el 2007 (27).

En la última etapa adquiere fuerza el modelo ecológico de PS, modelo ecosocial, al cual se refieren varios autores aun desde disímiles corrientes de pensamiento, como se hará explícito a lo largo de este ensayo. Así, una de esas experiencias de PS es referenciada en la literatura como “perspectiva contextual-evolutiva del modelo ecológico” (28) para la prevención de la violencia en Colombia, complementada con la educación para la salud. Esta, hace uso del “modelo ecológico” y describe varios niveles en interacción: “teniendo en cuenta las características de la persona, del ámbito relacional, de la familia, la comunidad y el microambiente, para el mejoramiento de los servicios” (28).

También en el área de salud laboral, se encuentran modelos de PS. En una revisión (29), encuentra diversos modelos y enfoques en este campo, sobre todo desde la perspectiva de la psicología positiva y en salud mental, definiéndolos como “modelos de tipo ecológico, cognitivo, cognitivo/conductual,

[modelos de] demandas y recursos laborales de Bakker y Demerouti, demanda y control de Karasek, sistémicos, derrame, expectativas de Vroom e integración de atención de salud” (29).

Pero, es la psicología el área más asidua en enfoques y modelos: “el modelo biopsicosocial, el modelo salutogénico, el modelo de salud positiva desde la psicología positiva, el modelo holista, el modelo de elección personal, el modelo de salud como bienestar” (30), relacionando varios objetos de trabajo, así: salud como madurez, salud como inteligencia emocional y salud como resiliencia, entre otros. Así mismo, en esta área, han tomado mucha fuerza “los modelos cognitivos y cognitivos sociales, tales como: el modelo de creencias en salud, la Teoría de la Motivación a la Protección, los modelos de Acción Razonada y Acción Planeada y la Teoría de la Autoeficacia de Bandura” (31).

Aunque muy cercano a la escuela clásica de PS, basada en el mejoramiento de los estilos de vida, otro enfoque en PS referenciado de manera novedosa en la literatura de psicología y trabajo social es el cuidado del cuerpo, del otro y del entorno, como una construcción social (32); el concepto del “cuidado de sí”, que es entendido desde la perspectiva foucaultiana: “cuidado de sí es un concepto histórico y, por tanto, relacional” (32). Concepto que desde la perspectiva ética lleva al autocuidado y al cuidado de los otros, tan necesarios para el mantenimiento de la salud.

Entre los modelos basados en el comportamiento y en la comunicación social, se tiene el modelo transteórico del comportamiento en salud (33), que explica el cambio del comportamiento de acuerdo con cinco variables (etapas, procesos de cambio, balance decisorio, tentación y autoeficacia).

Por otra parte, pasando de los enfoques basados en el individuo a otros, de orden colectivo, se encuentra el modelo de PS recomendado en el Informe SESPAS 2016 (34), que aconseja la perspectiva comunitaria en la práctica sanitaria, al retomar algunas experiencias españolas como ejemplos: un proyecto de elaboración de rutas saludables en los centros de salud en Baleares, mediante un proceso participativo, basado en el Plan Interdepartamental de Salud Pública de Cataluña (mantiene la coordinación intersectorial en salud, como estrategia) y otros proyectos para impulsar la PS y la salud pública en la atención primaria.

En el mismo Informe SESPAS 2016, Cofiño *et al.* (35), plantean un novedoso enfoque: “PS/ Salud Comunitaria basada en activos”, siguiendo una perspectiva más integral, en términos de “intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud”; dirigido a la resiliencia comunitaria, la inclusión y la cohesión social, y promueve los activos para el bienestar.

De otro lado, una revisión de Giraldo-Osorio (36), hace referencia al modelo integral más reconocido hoy en nuestros países, el modelo de APS. Este autor estudia las categorías de medición de la APS, siguiendo el Informe SESPAS, así:

Continuidad de la información, integralidad de los servicios, continuidad de la gestión, accesibilidad (primer contacto/capacidad), calidad técnica de la atención clínica, comunicación interpersonal, respeto, relación continua, sensibilidad cultural, atención centrada en la familia, atención integral de la persona, abogacía, equidad y orientación a la población (36).

Finalmente, asumiendo una actitud más crítica, un estudio cualitativo de investigadoras de Brasil (37), deja ver que más que cuestión de enfoques, son importantes los discursos. Las autoras argumentan que detrás de los enfoques están los discursos de los diversos agentes, bien sean institucionales o comunitarios. En el estudio, se refieren como ejemplo a los discursos de los profesores de la red de enseñanza, y encuentran que “predominaron los discursos médico-sanitario y clínico-biológico”, señalando de nuevo esta crítica a la práctica actual de la PS.

En el análisis de estos enfoques, se traslucen dos tendencias, una comportamental y otra basada en los DSS. Esta última será discutida más adelante.



**Cuadro 1.** Experiencias, Modelos y enfoques teóricos en PS

<b>Experiencia/ Modelo</b>	<b>Descripción/ Características</b>	<b>Finalidad/ Ejemplos</b>
<b>Modelos clásicos de salud pública</b>	Preventivo en salud, Leavell y Clark 1958; territorios de salud, La Framboise 1973; campo de salud, Lalonde 1974; salutogénico, Antonovsky 1979; transteórico del cambio, Prochaska 1979; ecológico de salud, Hancock 1984 y McLeroy 1988; triesférico de promoción, Tannahill 1990; alianzas promotoras de salud, Gillies 1995 (21).	Modelos de PS (21).
<b>Movimiento global de PS (MGPS)</b>	Incluye educación para la salud centrada en los estilos de vida. Basado en 5 pilares de la Carta de Ottawa.	Se ha universalizado, generar habilidades personales y empoderamiento comunitario.
<b>Modelo contrahegemónico de PS</b>	Concibe la salud como derecho social; movimiento basado en la determinación social, la educación popular, en los movimientos sociales. Base: la salud colectiva/ medicina social.	Basado en la perspectiva del materialismo histórico y de las teorías críticas posmarxistas
<b>Modelo basado en activos</b>	Mediante la metodología del mapeo de activos de la salud comunitaria de Kretzmann y McKnight (1993), se identifican los recursos generales de resistencia (GRRs de la teoría salutogénica) representados por las condiciones sociodemográficas y los determinantes sociales de salud (DSS) en el modelo de activos para la salud de Morgan y Ziglio (MAS.2007). En el contexto colombiano existen buenas prácticas del modelo de activos (58).	Modelo salutogénico basado en un enfoque de salud positiva. La incorporación del modelo de activos para la salud en PS, refuerza aspectos relacionados con la equidad, los DSS, la intersectorialidad y la participación (33).
<b>Modelo salutogénico</b>	Sentido de coherencia, y sus componentes la significatividad, la comprensibilidad y la manejabilidad.	Enfoque positivo de la salud (59).
<b>Modelo de salud comunitaria</b>	Modelo enfocado en la salud pública y atención primaria, y las entidades locales y ciudadanas, para que sean formales y eficientes, y aprender a trabajar en ellas. Utiliza la evaluación de las actividades comunitarias y la práctica.	Conviene esto de recuperar la idea de participación comunitaria y los enfoques organizativos de los consejos de salud (32).
<b>Enfoque de educación popular</b>	Carácter participativo, reflexivo, dialógico, permitiendo a la comunidad involucrarse.	Cambio en situación de salud gracias a la capacitación y participación informada de la comunidad.
<b>Modelo costarricense de rectoría de PS</b>	Trabaja desde la perspectiva de las necesidades y los derechos humanos.	Enfoque institucionalista.

Experiencia/ Modelo	Descripción/ Características	Finalidad/ Ejemplos
<b>El modelo de APS (34)</b>	APS: continuidad de la información, integralidad de servicios, continuidad de la gestión, accesibilidad (primer contacto), calidad técnica, atención clínica, comunicación interpersonal, respeto, relación continua, sensibilidad cultural, atención centrada en la familia, atención integral de la persona, abogacía, equidad y orientación a la población (34).	La estrategia de PS y prevención de la enfermedad, vista como una oportunidad buena para desarrollar APS.
<b>Centros colaboradores de OMS/OPS en el ámbito de la PS</b>	Las universidades (investigación, capacitación y la práctica de la PS), en áreas específicas como PS escolar, evaluación de la efectividad en PS, ciudades saludables, formación de recursos humanos en PS.	Han servido a la consolidación de redes profesionales y académicas e incentivar la práctica de la PS, desarrollo de experiencias
<b>El Proyecto de Universidades Promotoras de Salud</b>	Está basado en la participación comunitaria del personal universitario, con el fin de mejorar las condiciones de salud, calidad de vida y bienestar de la comunidad universitaria.	Las universidades son escenarios idóneos para implementar estrategias/ mejorar estilos de vida en el campus.
<b>Modelos ecológicos</b>	Fundamentado en diferentes niveles de intervención, teniendo en cuenta las características de persona, ámbito relacional, de la familia, comunidad y macroambiente. Perspectiva contextual evolutiva, basada la concepción sistémica del ciclo vital humano, historia familiar-social y contexto sociocultural (5).	Modelo ecológico, para prevención de la violencia: pretende aplicar intervenciones en salud pública para la disminución de comportamientos de riesgo, para prevención de la violencia
<b>Modelos de psicología positiva</b>	Modelos de tipo ecológico, cognitivo, cognitivo/ conductual, demandas y recursos laborales de Bakker y Demeroutti, demanda y control de Karasek, sistémicos, derrame, expectativas de Vroom e integración de atención de salud.	Fortalecen repertorios conductuales del individuo y los reaprendizajes, estrategias/ afrontamiento. Promueve el bienestar y cómo conducir el estrés.
<b>Los modelos cognitivos y cognitivo-sociales</b>	El modelo de creencias en salud, la teoría de la motivación a la protección, los modelos de acción razonada y acción planeada y la teoría de la autoeficacia de Bandura (31).	Útil para la implementación y la elaboración de proyectos e intervenciones comunitarias en PS.
<b>Modelo basado en el “cuidado de sí”</b>	“Es la actitud que se tiene frente a la vida y la posición que, como sujetos, asumimos frente a ella, frente a nuestros procesos vitales y la capacidad de respuesta personal y política con respecto a la propia salud, la enfermedad y la muerte” (35). Sigue la interpretación foucaultiana del “cuidado de sí”.	Concepto que desde la perspectiva ética lleva al autocuidado y al cuidado de los otros, necesarios para el mantenimiento de la salud.

Experiencia/ Modelo	Descripción/ Características	Finalidad/ Ejemplos
<b>Modelo para la contención de la violencia</b>	Modelo basado en acciones de promoción de la convivencia y prevención de la violencia, como el mejoramiento de la crianza de niños, las habilidades para la vida y la revisión de las normas culturales (28).	Se resalta su aplicación en Colombia para manejar el comportamiento de la violencia y los programas de prevención dirigidos a su contención.
<b>Modelos de PS en la pandemia COVID-19</b>	Modelos basados en la supresión, la eliminación, la mitigación. Estrategia PRASS (los cercos epidemiológicos y el rastreo necesario para la mitigación y la contención del virus del SARS Cov-2). APS, cuidado de la salud comunitaria, en el ámbito local; vs. el hospitalocentrismo (las UCI) y las vacunas.	Medidas adoptadas para atender cambios sociales en la población general, en salud mental y en los trabajadores de la salud (60).
<b>Modelo socio-ecológico</b>	Relación con los DSS (5). La articulación con los DSS. Un modelo comunitario, emancipatorio y de políticas públicas que admite la importancia del Estado, pero también la responsabilidad individual y colectiva, y la gobernanza global.	Las relaciones ambiente, sociedad y naturaleza: cambios demográficos inéditos, el cambio climático, la equidad. Puede transformar los DSS.

Fuente: Construcción propia.

## Discusión

### Un abordaje conceptual y epistemológico, la determinación social

La salud pública, desde una mirada global, debe enfocarse en la determinación social de la salud, debe considerar de manera crítica las inequidades sociales y sanitarias, para lograr configurar políticas diferenciales por sectores sociales, etnia, género y clase social (38); es la forma recomendable de desarrollar la PS hoy en América Latina, según un análisis desde el contexto colombiano (39) y de otros autores latinoamericanos. Pero en general la literatura admite que se deben enfrentar los problemas comunitarios desde los DSS, empezando por el CDC (40). A los problemas descritos, en el contexto de la globalización, debe agregarse el desplazamiento poblacional que afecta la atención ambulatoria (41).

Otros autores en Latinoamérica (42, 43) han avanzado en el análisis desde la determinación social de la salud y describen un panorama alentador desde el punto de vista epistemológico, en coherencia con lo expuesto por Breihl (8, 44), pensador y adalid del enfoque de la determinación social, quien materializa metodológicamente su propuesta en el realismo crítico, al indicar que:

La epidemiología es pragmáticamente utópica; para serlo tiene que ser teórica y aplicada, tiene que ser cuantitativa y cualitativa; tiene que ser académica y popular; tiene que ser filosófica, económica, política, sociológica, antropológica, histórica, geográfica y ecológica; tiene que ser un brazo de ruptura y no de gobernanza de la salud pública (8).

Se define así una ruta epistemológica para analizar desde la epidemiología crítica y el realismo crítico, el modelo de la determinación social, aplicando métodos mixtos, cuanti-cualitativos, además del análisis sociohistórico y dialéctico, lo cual permitiría el análisis y la configuración de los procesos de determinación social para entender y transformar los problemas de salud concretos en una población determinada y en la sociedad, según concluyen sus analistas (42, 43).

Este análisis de la determinación social ayudaría a develar movimientos dialécticos en los diferentes niveles de la realidad (general, particular y singular), así podría dar cuenta del movimiento entre la realidad socioeconómica y política (del nivel general al singular), y de la resistencia y la movilización individual (dimensión singular), siguiendo la ruta epistemológica descrita (8, 42). Esta concepción se retoma, en parte, en el desarrollo de la estructura propuesta de la Figura 1.

### **Una visión integral de enfoques y niveles en el hacer de la promoción de la salud**

Es importante tener un buen direccionamiento conceptual y teórico para la PS, independientemente de la base ideológica. La *Revista Española de Salud Pública* lo definía hace 20 años, resaltando tres componentes principales de las iniciativas de educación sanitaria y PS: “Su fundamento en un modelo teórico sólido, el tener un contenido definido y repetible, y el lograr una eficacia conocida y relevante” (45), evitando así la retórica vacía y la pasividad.

Tratar de cumplir estas premisas de armarse de una buena teoría, tener estrategias previamente definidas y probadas en la práctica (caso de la APS), puede proporcionar una alternativa

sólida para las políticas de PS y de la salud pública con un mayor alcance.

En coherencia con lo anterior, en la Figura 1 se proponen varios niveles de intervención que podrían ayudar a definir y priorizar las acciones, señalando responsabilidades tanto académicas como políticas en PS. En ella se destacan los niveles contextual, macro, meso, micro, individual, que corresponden respectivamente a las acciones globales, estratégicas, comunitarias, interpersonales e intrapersonales, ya descritas en otro artículo (6). Para ganar en efectividad y sinergismo en su aplicación, es necesario trabajar simultáneamente en los niveles que se han definido, bien sea en prevención y estilos de vida (nivel micro), en promoción y salud comunitaria (nivel meso) y en salud pública de mayor alcance, basada en sistemas de salud organizados y en colectivos sociales (nivel macro).

Calderón y Betancur (46), también proponen un modelo concéntrico que subordina los niveles meso y micro al nivel general (este configura el marco más amplio de responsabilidad del sistema sanitario). Parten de una crítica al biologismo extremo (centrado en el individuo y en el sustrato biogenético), en contradicción con determinantes socioeconómicos y políticos. Se entiende además que poniendo el foco en los modelos políticos y económicos se facilita la orientación hacia los determinantes DSS, con enfoque de justicia social, ideario que también se defiende en este ensayo.

En consecuencia, la respuesta política debe estar bien enfocada en los DSS de orden estructural, partiendo del análisis del contexto, mediante la perspectiva de la determinación social de la salud (nivel macro) y no centrarse solo en los condicionantes o en los factores de riesgo (nivel micro). Algunos se preguntan dónde poner el foco, pero la visión debe

ser integral, coexistiendo en el tiempo y en la realidad los diferentes niveles de la determinación.

Debe complementarse esta estrategia integral, con una propuesta de PS a escala global para enfrentar asuntos universales y fenómenos como el de la pandemia (47): que considere todas las escalas de la realidad. La escala individual, la comunitaria y la nacional han demostrado ser absolutamente insuficientes para contener las amenazas y desafíos globales. Por lo tanto, se proponen

medidas en una escala más amplia y estrategias de la PS para enfrentar problemas como las pandemias y el cambio climático en la era del capitalismo global (47, 48, 49, 50); lo que obliga a cambiar las estructuras determinantes de la economía global, cambiar las relaciones desiguales entre países y entre los seres humanos, reafirmar una relación salutogénica de los seres humanos con la naturaleza y el medio ambiente, metabolismo sociedad-naturaleza, al decir de Breilh (51), y transformando las economías locales para que sean ecológicamente sustentables.

#### NIVELES DE ACCIÓN:



Figura 1. Niveles de acción en salud pública y PS.

Fuente: Elaboración propia.

#### Promoción de la salud y determinantes sociales de la salud en el contexto actual.

De acuerdo con lo propuesto en la Figura 1, es necesario tomar en cuenta varias facetas en

esos espacios multinivel: la responsabilidad individual o personal, la responsabilidad colectiva, el rol estatal, la gobernanza y la hegemonía global, y el área ambiental; e integrarlas en un modelo como el ecosocial.

Así, Jackson (52), al hablar de determinantes ecoambientales de la salud, se basa en la Conferencia de Shanghái (3), que se enfocó en PS y objetivos de desarrollo sostenible (ODS), con tres propósitos: 1) reconocer esta relación ODS, PS y DSS, la llave para lograr los objetivos; 2) reconocer la relación entre el desarrollo ecológico y los determinantes de la salud; y 3) desafiar a la PS a moverse de la educación en salud y los estilos de vida saludables, a otro enfoque basado en la economía política de la salud, que echa mano de ecosistemas dinámicos para enfrentar problemas como el cambio climático y los efectos en el ecosistema (determinantes ecoambientales).

Schülter Buss Heidemann (5), por su parte, argumenta que el modelo ecosocial de PS permite la articulación con los DSS, importante para la superación de la pobreza, la educación y alcanzar la equidad en varias áreas, y se constituye en un modelo comunitario, emancipatorio y de políticas públicas que puede transformar los DSS. Lamentablemente, al hacer una pesquisa de DSS en América Latina, otros investigadores (53) encuentran una gran debilidad del enfoque de determinantes en su implementación. En Latinoamérica hay una desigual aplicación de políticas integrales, desconocimiento de los determinantes ecoambientales y predominio del enfoque basado en la gestión de riesgo.

En sintonía con este debate, la OPS/ OMS (54) lanza el plan de acción para “renovar la PS por medio de acciones sociales, políticas y técnicas que aborde los DSS, con el fin de mejorar la salud y reducir las inequidades en el contexto de la agenda 2030”; plantea dos ejes grandes, la acción intersectorial y la participación social, y cuatro líneas estratégicas (favorecer entornos saludables, empoderamiento de la comunidad, gobernanza para abordar los DSS, sistemas de salud basados en PS). Enfoque que

debe adicionar otras estrategias para enfrentar las tensiones globales, los desequilibrios entre países y las desigualdades territoriales.

A su vez, debe pensarse en una perspectiva teórica coherente con lo expresado atrás. Perspectiva que debe entender, finalmente, que la PS no puede considerarse como una técnica sino una política basada en una concepción de salud pública y no médica unidisciplinaria, basarse en la complejidad de la ciencia, expresando el carácter diacrónico de lo social, como lo reflexiona Spinelli (55); combinando lo macropolítico con lo micro, como ya se expuso atrás en el Gráfico 1 y por otros autores (46). De la misma manera debe apoyarse en la evaluación de estrategias, para lo cual hay que volver a la teoría, “comprender las teorías causales o explicativas (...) y a partir de estas explicar las particularidades de la relación entre procesos y resultados” (56), siguiendo una lógica también multinivel y escalonada, como se ha expuesto a lo largo de este artículo. Solo reconociendo y actuando desde esta ruta integral con una visión holística y particularizante se podrán crear “sociedades del bienestar”, como lo enfatiza la última conferencia mundial de PS (57).

## Conclusiones

- La PS y la prevención no lograron ser desarrolladas de manera cabal en los sistemas de salud en América Latina, a pesar de su retórica en varios encuentros internacionales, encaminados a su implementación desde la atención primaria en salud, promulgada en Alma-Ata 78, y refrendada (renovada) en otras tantas conferencias (2008, 2018).
- Muchos de los postulados teóricos de la PS han quedado en espera, como corresponde centrarse en los colectivos, en los procesos

- sociales y en el interés común, más que en lo individual; y aprovechar la oportunidad de enfoques integrales como el de los DSS en el marco de los ODS.
- Se proponen varios niveles de intervención que podrían ayudar a definir y priorizar las acciones señalando responsabilidades tanto académicas como políticas, en PS; se destacan los niveles contextual, macro, meso, micro, individual, que corresponden respectivamente a las acciones globales, estratégicas, comunitarias, interpersonales e intrapersonales.
  - Es conveniente complementar esta estrategia integral, con una propuesta de PS a escala global, para enfrentar asuntos globales y fenómenos como el de la sindemia actual, las pandemias y el cambio climático, en lo cual tienen que concentrar su liderazgo los organismos multilaterales.
  - Es importante desarrollar más investigación y profundizar en la PS en relación con los determinantes sociales, la protección social y la determinación social. Ese balance entre lo individual y lo colectivo de los DSS debe ser considerado también un tema prioritario de investigación.

## Referencias bibliográficas

1. OPS. Carta de Ottawa para la PS. Una conferencia internacional sobre la PS hacia un nuevo concepto de salud pública, 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa (Ontario, Canadá): OPS; 1986.
2. Observatorio de Biopolítica. Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud. [Internet]. 10 de mayo de 2017 [citado, 26 julio de 2022]. Disponible en: <https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Acuerdo de dirigentes mundiales para promover la salud en pro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. 21 de noviembre de 2016; Shanghái. Disponible en: <https://bit.ly/3ziIRti>
4. OMS/CDSS. Subsanan las desigualdades sociales en una generación. OMS; 2008. Disponible en: <https://bit.ly/3B0DwrI>
5. Schülter Buss Heidemann IT. Promoción de la salud y la articulación con los determinantes sociales. Hacia Promoc. Salud [Internet]. 2020; 25(1):9-10. Disponible en: <https://bit.ly/3ySDjnR>
6. Gil-Girbaua M, Pons-Vigués M, Rubio-Valeraa M, Murrugarraa G, Maslukh B, Rodríguez-Martíni B et al. Modelos teóricos de PS en la práctica habitual en APS. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2021; 35(1):48-59. Disponible en: <https://bit.ly/3uZPNsW>
7. OPS/OMS. PS y DSS [Internet]. 2020 [citado 20 de julio de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3aNIPAA>
8. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013; 31:13-27. Disponible en: <https://bit.ly/3cqPX6b>
9. Eslava JC. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia Rev. salud pública, 2002; 4(1):1-12.
10. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. Am J Public Health. 1996; 86(5):668-673.
11. Ocampo-Rivera DC, Arango-Rojas ME. La educación para la salud: Concepto abstracto, práctica intangible. Rev Univ. Salud. 2016; 18(1):24-33.
12. Riquelme-Pérez M. Metodología de educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; (21):77-82.
13. Porto-Fernandes MC, Schubert-Backes VM. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. Rev. bras. enferm. 2010; 63(4):567-573.
14. Castiel LD, Alvarez-Dardet C. La salud persecutoria. Rev Saude Publica [Internet]. 2007; 41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000029>

15. Carmona LD, Rozo CM, Mogollón A. La salud y la Promoción de Salud: Una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Rev. Cienc. Salud*, Bogotá (Colombia). 2005; 3(1):62-77.
16. Hosking J, Ameratunga S, Morton S, Blank D. A life course approach to injury prevention: a “lens and telescope” conceptual model. *BMC Public Health* [Internet]. 2011; 11:695. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-695>
17. OMS. Segunda Conferencia Internacional sobre PS Políticas públicas saludables. Adelaide, South Australia: OMS; 1988.
18. OMS. Declaración de Adelaida sobre la salud en todas las políticas. Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar [Internet]. 2010 [citado, 26 julio de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44391/9789243599724_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Medica Internacional; 2001. 298 p.
20. Hancock, T. Health promotion in Canada: did we win the battle but lost the war? In: Rootman I, Dupéré I, Pederson A, O’Neill M, editors. *Health promotion in Canada*. Canada: W. B. Saunders; 1994. p. 350-373.
21. Fernández VB, López MM, Batista A. Sistematización de experiencias de promoción de salud en la universidad y enfoques metodológicos para la práctica. *Revista Conrado*, 2020; 16(75): 218-224.
22. Cabrera, G. Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica* [Internet]. 2004; 35(3):164-168. Disponible en: <https://bit.ly/3yW5GRY>
23. Álvarez-Dardet C y Marcos-Marcos J. La salud pública y el espíritu de los tiempos (zeitgeist) [Internet]. *Gaceta Sanitaria Blog*. 2020 [citado, 26 julio de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3aXfQd8>
24. Sira AJ, Gásperi RJ. Bases epistemológicas e históricas de la perspectiva latinoamericana por una promoción de la salud crítica y emancipadora (PSCE). *Salud, Arte y Cuidado* [Internet]. 2017; 10(2):5-20. Disponible en: <https://bit.ly/3RLrQ28>
25. Picado LI, Fonseca R. Marco conceptual y enfoques en la promoción de la salud en Costa Rica. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 2019; 30(2):155-172.
26. Arroyo H, Mantilla BP, Contreras A, Westphal MF, Mendes R. La contribución de los Centros Colaboradores de la OMS/OPS en los avances de la promoción de la salud en América Latina. *Global Health Promotion* [Internet]. 2016; 23(3):102-106. Disponible en: <https://bit.ly/3v2oazb>
27. Martínez JR, Gallardo C, Aguiló A, Granados MC, López-Gómez J, Arroyo H. La universidad como comunidad: universidades promotoras de salud. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018; 32(S1):86-91.
28. Hernández DM, Páez E, Múnera LM, Duque LF. Diseño de un programa basado en la promoción del desarrollo positivo en la infancia para la prevención temprana de la violencia en Colombia. *Global Health Promotion*, 2017; 24(1): 83-91.
29. Velásquez AM. Salud mental en contextos laborales, una revisión sistemática desde la perspectiva de la promoción y la prevención [Internet]. Disponible en: <https://bit.ly/3B7kLDj>
30. Juárez F. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *Intern J Psychol Res* [Internet]. 2011; 4(1):70-79. Disponible en: <https://bit.ly/3PFHcTX>
31. Salamanca A, Giraldo C. Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica* [Internet]. 2011; 2(2):185-202. Disponible en: <https://bit.ly/3RWV7ai>
32. Franco N. La promoción de la salud desde el trabajo social, en perspectiva del cuidado de sí masculino. *Revista Trabajo Social*. 2018; 26-27:87-111. Disponible en: <https://bit.ly/3B1gfpG>
33. Cabrera G. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2000; 18(2):129-138. Disponible en: <https://bit.ly/3B2UINp>
34. Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit* [Internet]. 2016; 30(S1):81-86. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012>
35. Cofiño R, Avino D, Belén C, Botello B, Morgan A, Paredes-Carbonell JJ, Hernán M. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. *Gac Sanit*. 2016; 30(S1):93-98.



36. Giraldo-Osorio A. Instrumentos que valoran las funciones de la atención primaria de salud: perspectiva de los usuarios. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2018; 20(4):498-504.
37. Pinto MB, Silva KL. Health promotion in schools: speeches, representations, and approaches. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2020; 73(3):e20180774. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0774>
38. Borrell C, Artazcoza L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):465-473.
39. Carmona-Meza Z, Parra-Padilla D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*. 2015; 31(39):608-620.
40. Hunter D, Wilson J. Centers for Disease Control and Prevention. Promoting Health Equity A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2008.
41. Henríquez-Mendoza GM. Desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria de población desplazada en Colombia 2012-2013. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2016; 18(5):687-699.
42. Ruiz-Taborda JP, Higuaita-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]*. 2020; 39(1):e341437. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341437>
43. Morales C, Eslava JC. Tras las huellas de la determinación. Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud. Universidad Nacional de Colombia: Bogotá; 2015. p. 20-85.
44. Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En: Morales C, Eslava JC, editores. Tras las huellas de la determinación. Memorias del Seminario Interuniversitario de Determinación Social de la Salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá; 2015. p. 20-85.
45. Villalbí JR. Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2001; 75(6):489-490.
46. Calderón-Gómez C, Betancurth-Loaiza DP. Atención primaria de salud: una mirada global para orientarnos en lo local. *Rev. Salud Pública [Internet]*. 2021; 23(5):1-6. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n5.85333>
47. Franco-Giraldo A. Pandemia y Promoción de la Salud (PS) a gran escala. *Hacia Promoc. Salud [Internet]*. 2021; 26(1):9-12. Disponible en: <https://bit.ly/3PmKAU6>
48. Arizmendi L. La crisis epidemiológica global en el marco de la crisis epocal del capitalismo. *Migración y Desarrollo [Internet]*. 2020; 18(34):7-32. Disponible en: <https://bit.ly/3ocEdH5>
49. Alpuche-Aranda CM. Infecciones emergentes, el gran reto de la salud global: Covid-19. *Salud Publica Mex [Internet]*. 2020; 62(2):123-124. Disponible en: <https://bit.ly/3cpSKMK>
50. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P, Morrison J. Health equity in England: The Marmot Review 10 years on [Internet]. London: Institute of Health Equity Health Foundation; 2020 [26 July 2022]. Available from: <https://bit.ly/3zhgz29>
51. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva (Buenos Aires) [Internet]*. 2010; 6(1):83-101. Disponible en: <https://bit.ly/3dTYtIe>
52. Jackson S. How can health promotion address the ecological determinants of health? *Global Health Promotion* 2017; 24(4):3-4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975917747448>
53. García-Ramírez JA, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev. salud pública*. 2013; 15(5):731-742.
54. OPS/OMS. Estrategia y plan de acción de PS en el contexto de los Objetivos de Desarrollo sostenible 2019 2030. 57.º Consejo Directivo 71.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C. Del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019 [Internet]. Washington: OPS/OMS; 2019 [citado, 26 julio de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3PCC8zJ>
55. Spinelli H. Promoción de la salud: ¿política o metapolítica?. *Hacia Promoc. Salud [Internet]*. 2020; 25(2):9-11. Disponible en: <https://bit.ly/3AY79Kp>
56. Valencia González AM, Hincapié Zapata ME, Gómez Builes GM, Molano Builes PE. Tendencias de evaluación en promoción de la salud. Actualización del debate en la década 2005-2015. *Hacia Promoc. Salud [Internet]*. 2019; 24(1):123-137. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.11

57. WHO. Geneva Charter for well-being [Internet]. Switzerland: WHO; 4 March 202 [cited, 26 July 2022]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7\\_21&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/geneva-charter-4-march-2022.pdf?sfvrsn=f55dec7_21&download=true)
58. Guzmán KJ. Sentido de coherencia y determinantes sociales de la salud del modelo salutogénico influyentes en la promoción de estilos de vida saludables de la Fundación Universitaria Cafam (Bogotá) [Trabajo de Maestría]. [Bogotá]: Universidad Santo Tomás; 2020.
59. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion*, 1996; 11(1):11-18.
60. Cantor F, McDouall J, Parra A, Martin L, Quesada NP, González-Giraldo C et al. Cuidado de la salud mental del personal de salud durante COVID-19: recomendaciones basadas en evidencia y consenso de expertos. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2021; 50(3):225-231. Disponible en: <https://bit.ly/3v0MQYY>