

# ¿En qué paradigma de promoción de la salud se inscribe el constructo sanitario adventista?

Daniel Pinzón Gómez  
Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista

---

Fecha de aprobación: 10 de marzo de 2015.

Gustavo Adolfo Pherez Gómez: [gpherez@unac.edu.co](mailto:gpherez@unac.edu.co)

Wilson Arana Palomino: [unac.virtual@unac.edu.co](mailto:unac.virtual@unac.edu.co)

Luz Doris Chaparro Salazar: [edoc@unac.edu.co](mailto:edoc@unac.edu.co)

Resumen

Objetivo: Reflexionar sobre la promoción de la salud desde el desarrollo de sus paradigmas hegemónicos y emergentes actuales en los que se fundamenta su operativización, analizando sus elementos más característicos, fortalezas, límites y la crítica que cada uno de ellos recibe, explicando la situación de cada paradigma en el marco de la filosofía adventista de la salud. Metodología: La investigación es de carácter documental, se basó en una revisión bibliohemerográfica detallada acerca de los paradigmas de la promoción de la salud, para lo cual se tomaron fuentes bibliográficas: las publicaciones de la Biblioteca Virtual de Salud, bases de datos como Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo y Redylac, dadas a conocer entre 2009 y

2014 y revisiones de algunas publicaciones clásicas de indispensable citación. Para determinar su pertinencia, los artículos y documentos fueron revisados a partir de su resumen; y los libros, a partir de su tabla de contenido. Resultados: Se obtuvo la identificación de tres paradigmas explicativos de la promoción de la salud, cada uno de los cuales ofrece una construcción conceptual y una forma de comprender y operar la promoción de la salud; así mismo, se identifican críticas entre paradigmas. Se identifica cómo se inserta la filosofía adventista de la salud en cada uno de ellos. Conclusión. La comprensión de la promoción de la salud puede ser explicada actualmente desde tres paradigmas, cada uno de los cuales

ofrece una explicación; su comprensión permite identificar el tránsito de perspectivas centradas en el sistema asistencial, por lo general reduccionista y hegemónico, hacia enfoques centrados en el individuo y el comportamiento, hasta explicaciones integrales de entenderla como una construcción holística, sistémica y comprensiva. Se identifica que el constructo de salud adventista se inserta en los dos enfoques iniciales.

Palabras clave: paradigma, promoción de la salud, estilo de vida, biomédico, socio-ecológico.

#### Abstract

Objective: To reflect about health promotion through a theoretical development of classic and emergent paradigms in which its operationalization is founded. It presents an analysis of their distinctive elements, their strengths and weaknesses, their limits and the critics they have received; subsequently, each paradigm is explained under Health Adventist Philosophy. Methodology: This is a documentary research, and it is based in a detailed book-journal review about health promotion paradigms. The following documentary sources were consulted (published between 2009 and 2014): Virtual Health Library, databases such as Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo and Redalyc, and some classic publications. Abstracts (articles) and Tables of contents (books) were checked in order to define their

relevance. Results: Three Health promotion paradigms were identified, each one of them presents a conceptual structure, a comprehension and operationalization route; likewise, some critics among the paradigms were identified, as well as the insertion of Adventist Philosophy of Health in each one of them. Conclusion: Health promotion can be currently explained from three paradigms, each one of them presents an explanation of this issue. Their comprehension makes possible to recognize a perspective transit from an healthcare system, seen as reductionist and hegemonic, towards approaches centered in individuals and behavior, unto integral points of view which understand it as a holistic, systemic and comprehensive construct. Adventist Health conforms to the two initial approaches.

Key-words: Paradigm, Health promotion, lifestyle, biomedic, socioecologic.

#### Introducción

Thomas Kuhn (p. 13) [1] consideró un “paradigma” como “...realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”. Chalmers [2] los entiende como los supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas que adoptan los miembros de una comunidad científica para investigar su objeto de estudio; así, los

paradigmas permiten explicar teóricamente ciertos problemas de la realidad científica y dar respuesta a preguntas de investigación en determinados momentos históricos. Es común que dentro de un campo de conocimiento coexistan varios paradigmas, pudiendo ser uno de ellos el que predomine sobre los otros. Así, un “paradigma dominante o hegemónico” se refiere a los sistemas de pensamiento que en una sociedad funcionan para explicar el mundo en un momento determinado y que es usado por la mayoría de la comunidad científica. Por su parte, los paradigmas dominantes cuando resultan insuficientes para explicar un fragmento de la realidad que no se adapta a las leyes o preceptos es llevado a un desgaste técnico que lo hace entrar en crisis, llegando a lo que el mismo Kuhn denominó “revolución científica”, y el pensamiento paradigmático es sustituido por otro (p. 61, 62) [3]. Los paradigmas, hegemónicos o dominantes, altamente posicionados son legitimados, ya sea por la academia, el sistema político, los grupos de profesionales-económicos o los medios de comunicación, en tanto que los paradigmas alternativos, emergentes o complementarios, aunque pueden explicar la realidad desde otro punto de vista no cuentan con un amplio respaldo o difusión; sin embargo, no quiere decir que sean menos importantes o sus aportes menos científicos. Ejemplos de paradigmas hegemónicos y alternativos se resumen en la tabla 1 y resultan ser útiles para comprender la pretensión de del presente artículo.

Tabla 1. Paradigma dominante y alternativo en diversos campos del saber, arte, cultura y ciencia.

<b>Campo de conocimiento, práctica o sistema cultural</b>	<b>Paradigma dominante o hegemónico</b>	<b>Paradigma(s) alternativo(s), emergente(s) o complementario(s)</b>
Ciencia	Evolucionismo	Creacionismo <sup>1</sup>
Educación	Pedagogía	Andragogía, geragogía
Medicina	Biomédico clásico (alopatía)	Medicinas alternativas (homeopatía, ayurveda, naturopatía)
Epistemología de las ciencias	Positivismo	Hermenéutica, teoría crítica

<sup>1</sup> El creacionismo como explicación del origen del mundo tuvo su máximo apogeo hegemónico en la Edad Media, a partir de explicaciones teístas formuladas por el sistema político-religioso dominante de la época.

Metodología de la investigación	Empírico analítico	Histórico hermenéutico, crítico social
Salud pública	Biomédico (patocéntrico)	Sociomédico, salud colectiva (salutocéntrico)
Economía	Libre mercado	Solidaria
Agricultura	Agroquímico	Agroecológico
Religión (en Occidente)	Judeocristiana	Judaísmo, hinduismo, islamismo

En el ámbito de la salud es posible identificar rupturas entre paradigmas; uno de ellos se identifica claramente en el desarrollo de la definición propuesta por la OMS en 1946, de considerarla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social...” [4], que trajo posteriormente el desarrollo del modelo bio-psico-social propuesto por Engel en 1977 [5], lo cual puso un punto de quiebre a la idea dominante de entender que la salud era ausencia de enfermedad de absoluto dominio médico. Al incorporarse el componente psicosocial, la salud comienza a ser explicada por otros actores y saberes, entre ellos las ciencias del comportamiento y las ciencias sociales y, aunque tradicionalmente la creencia de que la comprensión de la salud se reserva al campo de las ciencias biomédicas, aquella ha comenzado a deconstruirse. Actualmente aunque el modelo biomédico sigue siendo hegemónico, diversas corrientes científicas han hecho migrar la medicina hacia una comprensión más integral.

Así mismo, la promoción de la salud (PS) ha estado sometida al influjo de corrientes dominantes que, a pesar de las continuas revoluciones científicas, con algunas ideas hegemónicas que prevalecen en el pensamiento de académicos y profesionales de la salud, al que la filosofía adventista de la salud se acoge. Una muestra de ello es equipar la PS con “promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (PyP), un fenómeno que surgió en 1979, con el informe del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE. UU. intitolado *Healthy People. The Surgeon General Report’s on Health Promotion and Disease Prevention* [6], a lo que algunos salubristas se opusieron, entre ellos el reconocido Milton Terris [7], quien llamó enfáticamente la atención sobre el inconveniente de reducir la PS a promoción de estilos de vida saludables a través de estrategias de educación para la salud (EpS) y entender la prevención en relación con factores de riesgos ambientales. Esta comprensión es heredada de la forma de

entender la PS en el sistema de salud estadounidense que ha influenciado a mucho otros países, en especial a Latinoamérica y el Caribe (LAC), donde tienden a considerar la fuente estadounidense como la de mayor veracidad. [8]

Esto fenómeno generó una ruptura en la idea universal impulsada por la OMS de considerar la PS como una estrategia con una perspectiva más integral y englobadora. [7] A pesar de existir esta hegemonía paradigmática, en la literatura científica se reconocen otros paradigmas que “juegan” en el escenario científico y profesional y que en lugar de repelerse o contradecirse se complementan. Por tanto, se pretende en este artículo presentar los tres paradigmas que dominan en campo de la PS en nuestro medio, argumentando en la necesidad de una comprensión integral de aquella, de tal suerte que sirva de sustrato para migrar a un “cambio de paradigma” que permita explicar de una manera más completa los alcances de la PS.

#### Paradigma biomédico y epidemiológico

En este paradigma la salud se entiende como ausencia de enfermedad, en el cual las personas acuden a los profesionales de la salud y a sus instituciones que los representan (clínicas, hospitales y centros médicos) para que sean curadas. El cuerpo médico es la máxima autoridad en temas de salud y recae sobre este la responsabilidad de curar y restaurar al enfermo a través de diversas intervenciones clínicas y terapéuticas.

La promoción de la salud se materializa en las acciones de prevención clínica que procuran aconsejar sobre los daños a la salud, y prevenir la discapacidad y la muerte.

Sus niveles de intervención son individuales y de tipo predominantemente curativo. El énfasis es la enfermedad, el cuerpo médico el responsable y protagonista de las intervenciones, apoyado en el desarrollo tecnológico y representado por las instituciones que lo secundan.

Bajo el paradigma biomédico se guían la mayoría de las intervenciones promotoras de salud y es este enfoque el que permanece vigente y hegemónico, a medida que la salud pública clásica sigue siendo conducida por los caminos de la medicina, es decir, siempre con un enfoque morbicéntrico y patocéntrico. Promover la salud desde esta orientación significa realizar acciones de protección inespecífica para evitar enfermedades: recomendaciones, inmunización, pruebas para detección temprana de enfermedades y su tratamiento, favorecer prácticas individuales de higiene, control de riesgos, organizar la atención médica, romper la cadena epidemiológica, poner barreras contra agentes de enfermedad, diagnosticar, curar, cuidar y rehabilitar. [9] Las críticas que se le hacen a este paradigma se refieren al excesivo reduccionismo que tiende a racionalizar las soluciones en la genética molecular y la biotecnología, la ingeniería biomédica y el conocimiento médico sobrespecializado del personal asistencial, que desemboca

irremediablemente en la racionalidad económica y la competencia del mercado, lo que finalmente tiende a deshumanizar al individuo, el cual deja de ser sujeto para convertirse en objeto y en el que la salud deja de ser un derecho para convertirse en un privilegio.

Paradigma comportamental o de estilo de vida

Este paradigma complementa al anterior a medida que interpreta la salud como un fenómeno causal, como un todo indivisible, ya sea bio-psicosocial o bio-psico-socio-espiritual; a pesar de pretender el holismo, su argumento central es que con la adopción de “simples cambios de estilo de vida” [10] se pueden obtener mejoras en la salud. Sus intervenciones son individuales o grupales, y es predominantemente preventivo. En este paradigma los cambios de estilo de vida dependen de la capacidad volitiva, la auto regulación y el ejercicio de la fuerza de voluntad, en la que el individuo puede y tiene el control completo de su realidad y por tanto, siempre tendría la capacidad de tomar decisiones (choices) adecuadas y de esta manera elegir lo que le conviene o no a partir del ejercicio del libre albedrío (free will). Dicha capacidad de decisión dependería de una dimensión psico-lógica y en especial de la funcionalidad biológica del área frontal del cerebro donde se aloja la razón [11] [12]. La tesis central defendida es que la salud es una responsabilidad individual que reposa en la capacidad de decisión (choices) de cada persona.

Es en este paradigma donde la promoción de la salud es equivalente a promoción de estilos de vida saludables, lo cual se soporta en las estrategias de educación para la salud (EpS) [13] y estrategias de psicología de la salud (PsS). [14] En las primeras se asume que la educación a los individuos es la mayor prioridad, en el entendido que con informar a las personas se logran cambios en los hábitos de vida y podría reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad. La tradicional EpS se ha concebido con un abordaje unidireccional, mecánico-lineal de transmisión de conocimientos con intención prescriptiva y “concepción bancaria de la información”, donde en un lado se sitúa el educador en salud (profesional sanitario, educador, comunicador) que imparte información lógica, racional y pragmática sobre hábitos y conductas salubérrimas, y en el otro, un consumidor (público o individuo) emocional e instintivo que adopta costumbres perjudiciales, pero que una vez recibe la información (es educado) se espera que adopte hábitos adecuados [15]. Este enfoque entiende que “educar para la salud” es equivalente a “informar”, “aconsejar”, “recomendar”, “prescribir” y “recetar” sobre hábitos saludables. En el segundo rubro están las contribuciones de las teorías y modelos de cambio de comportamiento en salud (teorías cognitivo-sociales, cognitivo-conductuales) orientados hacia individuos o grupos, que en compañía de la EpS, buscan desencadenar cambios plausibles en los individuos en procura de prevenir las enfermedades crónicas

no transmisibles y las adicciones, e impulsar la adopción de hábitos saludables. [16]

En este paradigma las acciones de promoción de la salud (estilos de vida saludables) tiende a hacerse en grupos de riesgo (hipertensos, diabéticos y otras personas con patologías crónicas instaladas o en proceso), en los conocidos “programas de PyP” en establecimientos de salud.

Las críticas a este paradigma son: la excesiva centralización de la responsabilidad en las elecciones individuales, pues existe la tendencia a moralizar el riesgo y “culpar a la víctima” por su fracaso moral de enfermar o morir [15], sobre la idea que cada persona puede llegar a ejercer control completo sobre su realidad particular; esta crítica resulta ser válida toda vez que sí se tiene en cuenta que existen grandes variaciones en las condiciones de vida, entre los diferentes grupos humanos, que inciden directamente sobre su forma de enfermar y morir y que dependen esencialmente de la organización social [17], que escapan de la capacidad de elección o del libre albedrío. Condiciones como situaciones de conflicto armado, inestabilidad política, inequidades, desempleo, pobreza, desastres, marginalidad y exclusión social por género, etnia, religión o preferencia sexual generan barreras para la adopción de hábitos saludables, especialmente en países de baja y media-na renta, donde incluso el individuo puede saber que ciertos hábitos son perjudiciales para su salud,

pero las opciones saludables disponibles pueden ser limitadas [18].

#### Paradigma socio-ecológico

Sus intervenciones son grupales y colectivas, escasamente individuales, es predominantemente promocional y sus acciones se escapan del sector de la salud. La premisa fundamental de esta perspectiva es que la salud es producto de una interdependencia entre el sistema sanitario, la personas, el Estado y el ecosistema en general; incluye la familia, la iglesia, la comunidad, la cultura, el medio ambiente, así como el sistema social, la economía, entre otros. Para promover salud, estos ecosistemas deben ofertar condiciones económicas y sociales que conduzcan o contribuyan a fomentar la salud [19]. Los ecosistemas naturales son un buen ejemplo de este paradigma: cuando un ecosistema está en homeostasis (saludable), todos los individuos y las poblaciones lo están. Este principio está regido por las leyes de la naturaleza y no únicamente por las elecciones de los individuos.

El enfoque aboga por las acciones colectiva, social, política y transectorial que son determinantes de la salud. Se sustenta en los procesos de participación ciudadana, facultando a los individuos y comunidades a través del empoderamiento, conformación de alianzas intersectoriales, búsqueda de la transformación social, equidad, desarrollo humano sostenible, sustentable y restaurativo en su contexto más amplio, creación de oportunidades para vivir de manera saludable al alcance de todos y mejoramiento de la calidad de vida. Implica la creación de una cultura de la

salud, a favor de la vida y los derechos universales de los seres humanos. Cabildea acciones para el cambio en las condiciones y modos de vida y de trabajo para hacerlos saludables. Se preocupa por la satisfacción de las demandas sociales básicas, entre ellas la atención primaria de salud universal, y la participación social efectiva en la planeación, organización y evaluación de los servicios. Demanda procesos de socialización del conocimiento, fortalecimiento de los valores éticos, respeto al otro, tolerancia a las diferencias, rotunda negativa a la exclusión social, y formación de un espíritu solidario y de servicio social entre los miembros de la colectividad. [20]

Este enfoque se soporta en las dimensiones conceptual, filosófica, política y social abordadas en la Carta de Ottawa de 1986. En esta Carta se establecen como pre-requisitos para la salud: la paz, el vestido, la educación, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Dentro de la agenda operativa de este enfoque se establecen cinco líneas estratégicas promocionales de la salud: 1) Construir políticas públicas saludables, 2) crear entornos favorables a la salud, 3) fomentar la acción comunitaria y el empoderamiento, 4) desarrollar aptitudes personales (estilos de vida saludables), 5) reorientar los servicios de salud. [20]

Las críticas que recibe este enfoque se refieren a la pretendida “superioridad moral” [21] que le atribuyen sus detractores, dado que algunas corrientes de este paradigma tienden a despreciar

la medicina clínica y el modelo biomédico clásico, así como los estilos de vida saludables individuales, por considerarlo reduccionista y morbicéntrico. Otra crítica es la limitada evidencia evaluativa sobre sus impactos; así mismo, se critica porque puede constituirse en un vehículo para proselitismo político, competencia por recursos financieros del sector médico, entre otros.

¿En qué paradigma se inscribe el constructo sanitario adventismo?

La filosofía y la práctica de salud adventistas pueden verse inscrita en los tres paradigmas, pero al igual que el laicismo se alinea con enfoques hegemónicos o dominantes, su participación en estrategias emergentes o alternativas es aún marginal, sin embargo, pueden verse desarrollos interesantes.

El paradigma biomédico y epidemiológico, al igual que en el laicismo, en el adventismo tiene gran relevancia, y puede verse reflejado en el establecimiento de programas educativos de formación médica en el sistema educativo adventista, así como el establecimientos de salud, clínicas, hospitales, sanatorios; entre ellos, uno de los más conocidos es el Centro Médico de la Universidad de Loma Linda, localizado en los EE. UU.

El paradigma comportamental o de estilo de vida recibe bastante atención. En una encuesta telefónica [22] a diversos grupos de profesionales de la LAC, al indagárseles sobre qué entendían por promoción de la salud, el 100% de los encuestados la identificó

como fomento de estilos de vida saludables que se materializan en actividades promocionales-educativas que se extienden a la población sana; por ejemplo, a la feligresía en general a través y no sujetas necesariamente a programas institucionales regulares.

Los modelos biomédico y de estilo de vida pueden fusionarse de tal suerte que logren una gran supremacía hegemónica validado por las instituciones, los profesionales y la ideología que los acompaña; también lo es para el adventismo, en virtud de la influencia que tiene el pensamiento sanitario estadounidense, del cual ambos paradigmas reciben legitimidad científica y tal como se mencionó antes, pues se acepta que la fuente estadounidense es la de mayor veracidad.

Con respecto al paradigma socio-ecológico, a pesar de abogar por una construcción holística de la salud en el adventismo, no se identifican claramente acciones orientadas hacia este paradigma y en su lugar parece existir un distanciamiento en el discurso. Sin embargo, las acciones de fortalecimiento de los valores éticos y morales, el pacifismo y la sana convivencia pueden identificarse como acciones promotoras de salud aunque no tienen una función explícitamente intencionada hacia el fomento de la salud en el adventismo. Las acciones aisladas de la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA) en algunas países de LAC ofrece algunas líneas de PS con este enfoque sin ser reconocidas como prácticas promotoras de salud de manera explícita, programas de

seguridad alimentaria, gobernabilidad y democracia, defensa de derechos humanos, gestión ambiental, implementación de sistemas de abastecimiento de agua, construcción de viviendas sismo resistentes, entre otros programas; son algunas de las prácticas que fomentan la salud con una mirada más allá de los enfoques biomédico y comportamental.

Algunas expresiones de corrientes fundamentalistas del adventismo vienen construyendo acciones con un enfoque integral de desarrollo humano; entre ellas se pueden identificar algunas colonias ubicadas en áreas rurales de LAC, que desarrollan prácticas alternativas no hegemónicas de modo de vida, integran sistemas de economía alternativa, sistema agro-alimentario sustentable, sostenible y restaurador, permacultura, autoatención en salud, entre otras prácticas que pudieran entenderse como un enfoque integral de la salud.

#### Conclusión

Aunque no existen fronteras plenamente establecidas entre paradigmas, se evidencia una marcada diferencia entre ellos, de tal suerte que en lugar de complementarse existen diferencias y hasta tensiones que si bien pudieran superarse, su acción sería benéficamente complementaria. Mientras que los modelos biomédico y de estilo de vida resultan hegemónicos dada su alta legitimidad, la PS con un enfoque integral y holístico resulta distante de los dos primeros, por cuanto estos la excluyen, en tanto que la pretensión del último, salvo su

pretendida superioridad, es la integración a partir de la apuesta común que trae la Carta de Ottawa del 1986.

Resulta necesario pensar en la necesidad de caminar hacia las concepciones complementarias, en tanto que los tres enfoques paradigmáticos descritos son necesarios pero se requieren esfuerzos para reorientar los énfasis o intereses y esa reorientación sólo es posible con aproximaciones holísticas e integrales. Cuanto más se amplíe la mirada respecto a la salud mayores elementos es posible encontrar en ella.

A la luz de la pretendida integralidad por el que aboga el constructo de salud adventista resulta necesario que los

profesionales de las ciencias de la salud, instituciones y asociaciones aboguen por una comprensión holística, sistémica y complementaria. Centros de vida sana, asociaciones médicas, departamentales de salud e instituciones sanitarias y la misma academia adventista deberán propender por una articulación de otras miradas desde diversos campos del saber y otros conocimientos: ingeniería, ciencias sociales y ciencias humanas y la vindicación de los saberes y prácticas de la feligresía de base con una agenda común y una apuesta dialógica de saberes, de preferencia interdisciplinaria y por qué no, con un enfoque transdisciplinar.

## Referencias

1. Kuhn, T. S. (1971). La estructura de las revoluciones científicas. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
2. Chalmers, A. F. (1984). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? 3 ed. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. 113 – 114.
3. Guzmán, P. L. (Coord). (2010). Introducción a la promoción de la salud. La salud como campo de conocimiento. México, D.F.: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
4. OMS. Resolución WHA37.13 de 1983.
5. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129 – 136.
6. U.S. Department of Health, Education and Welfare. (1979). Healthy People. The Surgeon General Report's on Health Promotion and Disease Prevention, 164 - 165.
7. Terris, M. (1999). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En: OPS. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS. 37 - 44.
8. Restrepo, H. (2007). La Promoción de la Salud y la Prevención de Riesgos y de Enfermedades: Un Debate Presente. Documento para el Foro. CIPS-2007 [Internet]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/-portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSal>

udPublica/Diseno/archivos/s\_permanente/Conceptos%20B%C3%A1sicos%20Helena%20Restrepo.pdf. Consultado el 7 de diciembre de 2014.

9. Pérez, M. M., Ramos, G. S. & Silva, R. P. Propuesta de dimensiones confi-gurativas de la promoción de salud. [Internet] Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol\\_25\\_4\\_09/mgi14409.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi14409.htm). Consultado el 13 de diciembre de 2014.

10. Lechleitner, E. Adventist Church promotes next step for comprehensive health ministry. En: Adventist News Network (ANN). [Internet] Disponible en: <http://news.adventist.org/en/archive/articles/2013/04/15/adventist-church-promotes-next-step-for-comprehensive-health-ministry/>. Consultado el 4 de mayo de 2013.

11. King, W. (2011). Creation health. Florida Hospital. Miami, Florida, Estados Unidos.

12. Pinzón-Gómez, D. (2012). Retos en promoción de la salud. UNACIENCIA. Revista de Estudios e Investigaciones.

13. Costa M. y López, E. (2008). Educación para la salud. Guía para promo-ver estilos de vida saludables. Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).

14. Fiorentino, M. T. (2004). Conductas de salud. En: Oblitas, L., Labiano M., Fusté A., Florentino, M. T., Bacona, E. y Mussi, C. Psicología de la salud y calidad de vida. México, D.F.: International Thomson Editores. 57 - 81.

15. Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. The International Journal of Health Services, 7(4), 663 - 689.

16. Pinzón – Gómez, D. (2013B). Estilo de vida saludable (EVS): limitaciones del enfoque biomédico. Revista Apuntes Universitarios, 3(1), 9 - 26.

17. Glanz, K., Rimer B. y Viswanath, K. (Editors). (2008). Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass.

18. García, J. C. Hábitos saludables de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá, D.C. Tesis doctoral. (2011). Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. p. 17.

19. Pinzón-Gómez, D. (2014). Barreras para el comportamiento saludable desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud-enfermedad. Revista Científica de Ciencias de la Salud, 7(1), 64 - 71.

20. Martínez, M., Sanabria, G. y Prieto, R. (2009). Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 25(4), 138 - 150.

21. Organización Mundial de la Salud. (1986). *Salud y Bienestar Social de Canadá*. Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública. p. 6.

22. Restrepo, H. E. y Málaga, H. (Coord.). (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D.C.: Médica Internacional.

23. Encuesta telefónica realizada a líderes adventistas de instituciones de sostén propio de Colombia, Chile, Bolivia, Uruguay y Honduras.

Fecha de recepción: 3 de marzo de 2015.

Fecha de aprobación: 16 de marzo de 2015.

Correo electrónico: pinzon.gomez@gmail.com

Otros datos biográficos: Cuenta con estudios en Ingeniería Agronómica, Gestión de la Salud y del Medio Ambiente, y Atención Prehospitalaria; cursa una maestría en Salud Pública. Actualmente trabaja en la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista, en Medellín, Colombia.