

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

What paradigm of health promotion Adventist health construct enroll?

Daniel Pinzón Gómez¹

Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista

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 biblio-hemerográfica 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, publicadas entre 2009 y 2014, y re-

visiones 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 operativizar 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 perspecti-

¹ Este artículo es el resultado parcial de la investigación “Elecciones y oportunidades que determinan el estilo de vida saludable en adventistas entre 18 a 45 años, Medellín, 2016.” Como requisito parcial para obtener el grado de magister en Salud Pública. La investigación es financiada con recursos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

vas 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 enfoque iniciales.

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

Abstract

Objective: To reflect on health promotion from their current hegemonic development and emerging paradigms in which its operationalization is based, analyzing its most characteristic features, strengths, limits and criticism that each one of them receives, explaining the situation of each paradigm within the Adventist philosophy framework of health. Methodology: The research is documentary, based on a detailed review biblio-hemerographic about the paradigms of health promotion, for which bibliographical sources were taken: the publications of the Health Library, databases and Dialnet, Medline, Pubmed, Scielo and Redylac published between 2009 and 2014 and reviews some classic essential publications citation. To determine its relevance, the articles and documents were reviewed from the abstract and books from its table of contents. Results: the identification of three explanatory paradigms of health promotion, were obtained, each of which provides a conceptual construct and a way to understand and operationalize health promotion, also

identifies criticism among paradigms. Identifies how the Adventist philosophy of health inserts in each one.

Conclusion. The understanding of health promotion can now be explained from three paradigms, each of which offers an explanation, its understanding permits the identification of the traffic outlook centered on the health care system usually reductionist and hegemonic towards approaches that focus on the individual and his behavior to understand it as a holistic, systemic and comprehensive construction. It identifies the Adventist health construct as inserted into the two initial approach.

Keywords: health promotion, paradigm, biomedical, lifestyle, socio-ecological

Introducción

Kuhn (1971) consideró un “paradigma” como “...realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (p. 13). Chalmers (1984) 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 que uno de ellos sea el que predomine sobre los otros. De este modo, un “pa-

radigma dominante o hegemónico” se refiere a los sistemas de pensamiento que en una sociedad funcionan para explicar el mundo en un momento definido y que es usado por la mayor parte de la comunidad científica. Por su lado, 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 (1971) denominó “revolución científica”, y el pensamiento paradigmático es sustituido por otro (pp. 61, 62) (Guzmán, 2010). 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 relevantes o sus aportes menos científicos. Ejemplos de paradigmas hegemónicos y alternativos se resumen en la Tabla y resultan ser útiles para comprender la pretensión de este artículo.

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

Campo de conocimiento, práctica o sistema cultural	Paradigma dominante o hegemónico	Paradigma(s) alternativos, emergentes o complementarios
Ciencia	Evolucionismo	Creacionismo ¹
Educación	Pedagogía	Andragogía, gerogogía
Medicina	Biomédico (alopatía)	clásico Medicinas alternativas (homeopatía, ayurveda, naturopatía)
Epistemología de las ciencias	Positivismo	Hermenéutica, teoría crítica
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

2 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.

En el ámbito de la salud es posible identificar rupturas entre paradigmas; una de ellos se identifica claramente en el desarrollo de la definición propuesta por la OMS (1983) en 1946, al considerarla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social...”, que trajo posteriormente el desarrollo del modelo bio-psico-social propuesto por Engel (1977), lo cual fijó 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, esta 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.

De igual forma, la promoción de la salud (PS) ha estado sometida al influjo de corrientes dominantes que a pesar de las continuas revoluciones científicas, existen 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 equiparar la PS con “promoción de la salud y prevención de la enfermedad” (PyP), un fenómeno que surgió con el informe del Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EE.UU. (1979), a lo que algunos salubristas se opusieron, entre ellos el

reconocido Milton Terris (2000), 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 muchos otros países, en especial a Latinoamérica y el Caribe (LAC), que tienden a considerar la fuente estadounidense como la de mayor veracidad (Restrepo, 2007). Este 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 globalizante (Terris, 2000). 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, la pretensión en el presente artículo es mostrar los tres paradigmas que dominan en el campo de la PS en nuestro medio, argumentando 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 insti-

tuciones 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 PS se materializa en 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, siendo 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, en la medida que 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 (Martínez Pérez, Sanabria Ramos & Prieto Silva, 2009).

Las críticas que se le atribuyen a

este paradigma es el 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 conductual o de estilo de vida

Este paradigma complementa al anterior en la medida en que interpreta la salud como un fenómeno causalístico, como un todo indivisible, ya sea bio-psico-social o bio-psico-socio-espiritual; a pesar de pretender el holismo, su argumento central es que con la adopción, como dice Lechleitner (2013), de “simples cambios de estilo de vida”, 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 autorregulación 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 psicológica y en especial de la funcionalidad biológica

del área frontal del cerebro donde se aloja la razón (Pinzón-Gómez, 2015; King, 2011). La tesis central defendida es que la salud es una responsabilidad individual que reposa en su capacidad de decisión (choices) de cada persona.

Es en este paradigma donde la PS es equivalente a promoción de estilos de vida saludables, el cual se soporta en las estrategias de educación para la salud (EpS) (Cabanillas & Méndez, 2008) y estrategias de psicología de la salud (PsS) (Pinzón-Gómez, 2014). En las primeras se asume que la educación a los individuos es la mayor prioridad, en el entendido de que con informar a las personas se logran cambios en los hábitos de vida y podría reducirse 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 (Crawford, 1977). 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) orientadas a 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, las adicciones y la adopción de hábitos saludables (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008).

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 instauradas o en proceso), en los conocidos “programas de PyP” en establecimientos de salud.

La crítica a este paradigma es 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 (Crawford, 1977), sobre la idea de que cada persona puede llegar a ejercer control completo sobre su realidad particular. Esta crítica resulta válida toda vez que si 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 (García-Ubaque, 2011), que escapan de la capacidad de elección o del libre albedrío. Condiciones como conflicto armado, inestabilidad política, inequidades, desempleo, pobreza, desastres, marginalidad y exclusión social por género, etnia, religión o preferencia sexual, que generan barreras para la adopción de hábitos saludables, especialmente en países de baja y

mediana rentas, donde incluso el individuo puede saber que ciertos hábitos son perjudiciales para su salud, pero las opciones saludables disponibles pueden ser limitadas (Pinzón-Gómez, 2014).

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 también el sistema social y la economía, entre otros. Para promover salud, estos ecosistemas deben ofertar condiciones económicas y sociales que conduzcan o contribuyan a fomentar la salud (Martínez Pérez et al., 2009). 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 la acción 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;

de la creación de oportunidades para vivir de manera saludable al alcance de todos, y del 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 hacerlas 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 y tolerancia ante las diferencias de la rotunda negativa a la exclusión social, y la formación de un espíritu solidario y de servicio social entre los miembros de la colectividad (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 6).

Este enfoque se soporta en la dimensión conceptual, filosófica, política y social abordada en la Carta de Ottawa de 1986. En esta Carta se establecen como prerequisites 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: (a) Construir políticas públicas saludables, (b) crear entornos favorables a la salud, (c) fomentar la acción comunitaria y el empoderamiento, (d) desarrollar aptitudes personales (estilos de vida saludables), (e) reorientar los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Las críticas que recibe este enfoque es su pretendida “superioridad moral” (Restrepo & Málaga, 2001), 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, es criticado 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 adventista pueden verse inscritas en los tres paradigmas, pero al igual que en 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 en establecimientos de salud, clínicas, hospitales, sanatorios, etc.; 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 (Pinzón-Gómez, 2012) a diversos grupos de

profesionales de la LAC, al indagarseles 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, pero no sujetas necesariamente a, de programas institucionales regulares.

Los modelos biomédico y de estilo de vida pueden fusionarse, de tal suerte que constituyan una gran supremacía hegemónica validada por las instituciones, los profesionales y la ideología que los acompañan; también lo son 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, se reconocen, por cuanto se acepta que la fuente estadounidense es la de mayor veracidad.

Con respecto al paradigma socioecológico, 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 de la Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales (ADRA) en algunas países de LAC, ofrecen algunas líneas

de PS con este enfoque sin ser reconocidas como prácticas promotoras de salud de manera explícita; se observan 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, que son algunas de las prácticas que fomentan la salud con una mirada más allá de los enfoques biomédico y conductual.

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 ciertas áreas rurales de Colombia, que desarrollan prácticas alternativas no hegemónicas de modo de vida, integran sistemas de economía alternativa, sistema agroalimentario sustentable, sostenible y restaurador, permacultura, auto-atención 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 benéfica 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, puesto que 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 de 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 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 otros campos del saber y otros conocimientos: ingeniería, ciencias sociales, 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

- Cabanillas Costa, M. & Méndez López, E. (2008). Educación para la salud: guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chalmers, A. F. (1984). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia? (3 ed.). Madrid: Siglo XXI Editores
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663-680.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4.286), 129-136.
- García-Ubaque, J. C. (2011). Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education: Theory, research, and practice: New Jersey: John Wiley & Sons.
- Guzmán, L. P. (2010). Introducción a la promoción de la salud: la salud como campo de conocimiento. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Health, United States. Office of the Assistant Secretary for & General, Surgeon. (1979). Healthy people: The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention: US Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General: for sale by the Supt. of Docs., US Govt. Print. Off.
- King, W. (2011). Creation health. Miami: Florida Hospital.
- Kuhn, T. S. (1971). La estructura de las revoluciones científicas. México, D. F: Fondo de Cultura Económica.
- Lechleitner, E. (2013). Adventist Church promotes next step for comprehensive health ministry. Retrieved April 15, 2013, from <https://news.adventist.org/en/all-news/news/go/2013-04-15/adventist-church-promotes-next-step-for-comprehensive-health-ministry/>
- Martínez Pérez, M., Sanabria Ramos, G. & Prieto Silva, R. (2009). Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(4), 138-150.
- 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.
- Pinzón-Gómez, D. (2012). Retos en promoción de la salud. *UNACIENCIA. Revista de Estudios e Investigaciones*, 3(1), 101-122.
- Resolución WHA37.13 de 1983 (1983). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un Nuevo Concepto de la Salud Pública (1986).

Restrepo, H. E. (2007). La promoción de la salud y la prevención de riesgos y de enfermedades: Un debate presente.

Restrepo, H. E. & Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Columbia: Pan American Health Organization.

Terris, M. (2000). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. 1992. BUSS PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.

Daniel Pinzón-Gómez: Trabaja para la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista como Director Administrativo y de Calidad en Medellín. Correo-e: ipsuniversitariadventista@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de abril de 2016.

Fecha de aprobación: 12 de abril de 2016.