

Retos en promoción de la salud

Por Daniel Pinzón Gómez
Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

La filosofía adventista de la salud está soportada por una clara, significativa y solvente evidencia bíblica (Pinzón-Gómez, 2013), constituyéndose en una de los pilares fundamentales de la fe de la organización (Iglesia Adventista del Séptimo Día, 2006); ampliada y reinterpretada por White en el siglo XIX (White, 2010), se extiende hasta el siglo XXI, habiendo acumulado un abundante y sólido acervo científico, especialmente desde las aportaciones de la epidemiología conductual (Gálvez-Vivanco, 2002), nutricional (Fraser, 2003) y la salud pública basada en la evidencia (Friis y Seller, 2009). La importancia científica del modelo de salud adventista toma significativa importancia en la medida en que desde hace más de 50 años Pinzón-Gómez (2013) y Beeson (1999), estudios aleatorizados en países desarrollados como los de Beeson, Mills, Phillips, Andress y Fraser (1989); Mills, Beeson, Phillips

y Fraser (1989); Beeson (1999); Fonnebo y Helseth (1981); Guerrero-Montoya y Salazar (2010); Buettner (2008); Jenson (1993); Berkel Waard (1983); y Kuratsume, Ikeda y Hayashi (1986), demuestran sus significativos resultados en materia de salud pública referidos a la prolongación de la esperanza de vida (9,4 años) y reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Igualmente destacados y no menos significativos las acciones e impactos en materia de educación sanitaria a nivel universitario, servicios de salud de calidad, industrias alimenticias y soporte humanitario en situaciones de desastre.

No obstante, de manera general la interpretación y la práctica de los que se conoce como proceso salud-enfermedad (PSE), en el seno de la institucionalidad adventista se han concentrado primordialmente en acciones educativas (prevención primaria) para disminuir la incidencia

de enfermedades, especialmente las crónicas no transmisibles; y en acciones curativas de tipo médico-asistencial morbicéntrica (prevención secundaria), con un enfoque marcadamente individual y reduccionista. Con el protagónico papel que juega el mercado de la salud de hoy, que da prioridad al aseguramiento, lo biomédico, la tecnología médica, lo farmacéutico, lo hospitalario y los estilos de vida saludables (como ideología política), y con la llegada de la contraparte que trae el moderno discurso sobre determinantes sociales de la salud (OMS, 2010), los retos que encaran la filosofía y la práctica de la salud adventista requieren comenzar a retomar análisis de tipo crítico, incluso epistemológico, dado que nuestra tendencia denominacional es pasar de la filosofía a los métodos, sin considerar la construcción teórica, conceptual y estructural, dando por sentado que lo que ofrecen la técnica y la ciencia (especialmente la biomédica) es de validez universal irrefutable.

Este artículo plantea algunos retos referidos al desarrollo de la promoción de la salud (PS) en su concepto más ampliado y holístico, en el marco de la primera Conferencia sobre Promoción de la Salud efectuada en 1986 (Carta de Ottawa) y sus subsecuentes desarrollos, los cuales requieren ser revisados en el ámbito de la institucionalidad adventista, especialmente en Colombia, y para lo cual hacen parte la organización formal, las instituciones de apoyo o de sostén propio y la base social eclesiástica, representada en la feligresía en general, con el fin de generar la discusión sobre la necesidad

de caminar hacia un proyecto un “médico-misionero” más ambicioso, próspero y de mayor impacto.

La promoción de la salud como reto

La noción de PS tradicionalmente ha sido entendida como un asunto propio del sector salud y de sus profesionales desde una perspectiva técnico-normativa, enmarcado en el tradicional concepto de la historia natural de la enfermedad propuesto por Leavell y Clark (Leavell y Clark, 1965), quienes plantean los niveles de prevención de la enfermedad: i) prevención primaria, orientada a disminuir la incidencia de la enfermedad; ii) prevención secundaria, destinada a la curación y evitar complicaciones; y iii) prevención terciaria, que busca evitar la progresión de la enfermedad y la muerte. De esta manera la PS es entendida como un equivalente de prevención de la enfermedad, pero es importante puntualizar que aunque algunas de las acciones de PS coincidan o se complementen en algunas de prevención, no son sinónimos (Rootman, Goodtadt, Potvin y Springett, 2007).

Dado que pueden existir múltiples definiciones e interpretaciones de lo que es y no es PS, nos acogeremos a la acepción que recoge Kickbusch, utilizada por Rootman y colaboradores, en la que se entiende como un “proceso para comenzar, manejar e interpretar el cambio [...] un proceso de desarrollo personal, de organización y de políticas” (Rootman, Goodtadt, Potvin y Springett, 2007), que lógicamente puede tener objetivos (logros a mediano plazo) y metas (logros a largo

plazo), para finalmente alcanzar un resultado, que serán el mantenimiento y mejoramiento de la salud.

En la primera Conferencia sobre Promoción de la Salud, efectuada en Ottawa, Canadá, en 1986, se establecieron lineamientos para una construcción de salud con un enfoque estructural, materializados en la conocida Carta de Ottawa (OMS, SB, ACSP, 1986). La Carta de Ottawa ofrece un abordaje amplio para trabajar por la salud, constituyéndose en el instrumento orientador para la comprensión holística de la PS, siendo uno de los conceptos más importantes en la nueva salud pública (Rootman, Goodtadt, Potvin y Springett, 2007), la cual refiere acciones en los campos de: i) las políticas públicas saludables; ii) la creación de entornos favorables a la salud; iii) fortalecimiento de la acción comunitaria; iv) desarrollo de las aptitudes personales; y v) reorientación de los servicios de salud.

Eventos internacionales subsecuentes secundan su legitimidad y procuran el desarrollo de esta primera conferencia. Acontecimientos como la Conferencia de Alma Ata (1978), la segunda Conferencia de Promoción de la Salud o de Adelaida (1988), la tercera Conferencia de Promoción de la Salud o Conferencia de Sundasll (1991), Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá (1992), Carta del Caribe (1993), la cuarta Conferencia de Promoción de la Salud o Declaración de Yakarta (1997), la Declaración de Medellín (1999) y la quinta Conferencia de Promoción de la Salud o Conferencia de México, D.C. (2000)) abogan por la promoción de

una salud más orientada al abordaje de las estrategias estructurales que conlleva la salud en el mundo.

En el presente artículo se revisarán los elementos considerados en la Carta de 1986, analizando las respectivas posibilidades que tiene la organización adventista, algunas de las cuales ya se realizan o están en proceso de implementación, pero que requieren su institucionalización, fortalecimiento y legitimidad, lo cual permitirá abrirse paso hacia una promoción de la salud con mayor alcance.

1. Las políticas públicas saludables (PPS)

El término “política” puede generar resistencia, pero la concepción del término política ha sido comprendida de manera restringida. Dejo al lector para que libremente acuda a un diccionario y se ilustre frente al término. Pero sirva de ejemplo comentar que para poder acudir a un templo cada sábado y reunirse con la feligresía libre y sin impedimento alguno, se requirió un proceso político que abogó por la libertad de culto que se materializó en la Constitución Nacional de 1991, que hoy nos permite congregarnos libre y sin ninguna presión (aunque habrá excepciones). Así, desde la perspectiva de las ciencias sociales, acudir el sábado al templo es una clara praxis política que legitima la democracia.

Frente a la participación de la institucionalidad adventista en política para comprometer a los actores políticos en la construcción de decisiones legislativas que promuevan, salud se cita la declaración de White: “...Póngase de manifiesto el peligro

del tráfico de bebidas, y créese una opinión pública que exija su prohibición...Exija la voz de la nación a sus legisladores que supriman tan infame tráfico” (White, 2010b; p. 266, 267).

La propuesta de White es una clara recomendación frente al desarrollo de una política pública en salud referida al control en la elaboración y comercio de bebidas alcohólicas, que no es más importante que el problema que entraña el consumo de tabaco y otras sustancias psicoactivas que se constituyen en un grave problema de salud pública para la población mundial, y que en Colombia ocasiona significativas cifras de mortalidad, morbilidad y discapacidad (MSPS, 2011); (MSPS b, 2012); (Pulido, Higuera, Ortega y Salamanca, 2009); (DANE, 2010), y que es necesario mitigar mediante acciones políticas que la sola educación para la salud (EpS) y atención medicalizada no solucionan. En el país, diversas organizaciones y actores trabajan por el desarrollo normativo que conduzca hacia la PS, como por ejemplo, la iniciativa de los “espacios libres de humo” que se materializó a través de la Resolución 1956 de 2008, etiquetado de cajetillas de cigarrillos con advertencias sanitarias, restricción de venta a menores de edad y venta de cigarrillos al menudeo, restricción de la publicidad para su venta, aplicada en la Ley 1335 de 2009.

Esta normatividad abre el camino para trabajar en iniciativas políticas orientadas a la reducción de la demanda de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, que deberán ser dirigidas no solo a la temperancia individual,

sino a medidas que redunden en el control de la producción nacional, importación, reducción del número de puntos de venta, más control de los “nuevos” productos, prohibición de muestras gratuitas, mayores gravámenes, ayuda a los consumidores que deseen abandonar el vicio y promover el rol ejemplar de personas clave en la sociedad; todas estas medidas siguen siendo marginales en nuestro país y son un escenario promisorio para la participación de la institucionalidad adventista.

Se hace menester considerar el actual debate sobre las drogas ilícitas en Colombia, como un escenario donde cabe la defensa de la filosofía adventista de la salud. Con la despenalización del porte y consumo de la dosis mínima de estupefacientes: un gramo de cocaína, 20 gramos de marihuana (Corte Constitucional de Colombia, 2012; Serna 2012); el debate actual muestra la eliminación del carácter penal que constituyen la tenencia y consumo de dosis mínimas de drogas sintéticas (Dinero, 2013); debates no sólo sobre cómo tratar como enfermos a los adictos (y no como delincuentes) y, que por el contrario, deben ser considerados enfermos que deben ser atendidos con planes de salud pública, y que a su vez su prohibición atenta contra el principio de libre albedrío, ponen a la luz discusiones estructurales en el plano internacional sobre su legalización, en virtud de que la lucha contra las drogas ha sido infructífera. De esta manera surge la necesidad imperiosa de que la institucionalidad adventista manifieste su carácter ideológico, moral, ético y científico en

defensa de la salud y la vida frente a un tema que ha agobiado al país en los últimos 25 años.

Existen otras oportunidades de desarrollar espacios para liderar iniciativas activas y propositivas como las que posibilita la Ley 1355 de 1999, conocida como la “Ley de la Obesidad”, la cual plantea alcances en materia de comercialización de las grasas en los alimentos, la promoción de la dieta balanceada y saludable, etiquetado, regulación del consumo de alimentos y bebidas en instituciones educativas, publicidad, mercadeo, educación y comunicación para el consumidor, así como la declaración del 24 de septiembre como el día de la obesidad y la semana de los hábitos saludables.

En estas líneas la institucionalidad adventista podría incidir aún más con decisiones legislativas orientadas a mitigar el impacto de la globalización del comercio alimentario, especialmente el ejercido por la “golosinización” de la sociedad (preferencia por las golosinas, la comida rápida y procesada) y la “cultura snack”, que se caracteriza por una oferta ilimitada de alimentos sólidos y bebidas con gran atractivo organoléptico (placer que proporciona su consumo), ricos en grasas y azúcares, con alto valor energético, con una muy limitada o nula calidad nutricional, en presentaciones cada vez más grandes (super-size) y a un coste asequible para el público, como el caso de hamburguesas, pizzas, papas fritas, pasta, pastelería, entre otros (Gutiérrez-Moro, 2006), que no tienen ninguna regulación en nuestro medio y

que causan un gran impacto en la salud de las personas (Tejada, 2011).

La participación de la institucionalidad adventista en el cabildeo en las PPS pueden ser de orden nacional y territorial. En las primeras, le corresponderá al departamental de Salud y Temperancia de la respectiva Unión encontrar espacios directos a nivel de Congreso de la República o mediante articulación de una organización nacional que lidere procesos en esta línea, en la que iniciativas concretas puedan incidir de manera progresiva. A nivel territorial, la inserción podrá ser plausible a través de los mecanismos de participación que se generan a nivel de Alcaldía o Distrito para el debate de los planes de salud territorial (Resolución 425 de 2008), en la que los capítulos regionales de la Asociación Médica Adventista de Colombia (AMAC), donde esta agencia esté establecida o a partir de grupos de profesionales, pudiera incluir programas relacionados con estilos de vida saludables y otras iniciativas. Las ligas y organizaciones de usuarios de salud (OUS) establecidas mediante el Decreto 1757 de 1994, las mesas de salud y las mesas ambientales que se establecen mediante acuerdos en municipios pequeños y comunas-zonas de ciudades grandes e intermedias ligadas a la planeación de microterritorios, son escenarios que pudieran propiciar PPS (Echeverry-López, 2009), en los que los departamentales de salud de las iglesias de cada distrito pudieran tener espacio para el debate de las ideas y los principios de salud, siendo el nivel local el más propicio para formular este

tipo de iniciativas (Restrepo, 2001). Ejemplos exitosos de PPS abundan, pero estas requieren seguimiento y legitimidad social y comunitaria para cuidarse de que estas iniciativas una vez implantadas se conviertan en letra muerta.

2. Creación de entornos favorables a la salud

Los entornos saludables se refieren a la promoción de la salud en diversos microambientes (vivienda, edificios, lugares de trabajo, centros deportivos y de recreo, escuelas, universidades, medios de transporte, establecimientos de culto, zonas de comida-restaurantes, plazas de mercado, entre otros) y que es posible implementarlos a través de las PSS. Los ambientes favorables para la salud van de la mano con el establecimiento de un estilo de vida saludable (Restrepo, 2001). La Organización ASD de manera implícita trabaja en este aspecto al propiciar ambientes saludables (libres de sustancias como alcohol, tabaco y otras sustancias estimulantes). Los lugares de culto, colegios, centros médicos, universidades (UNAC) y mercados (Mercaunac), librerías, puestos de avanzada y otros espacios de la Iglesia Adventista son zonas saludables que pudieran ser promocionadas, como ejemplo de conquistas en la creación de ambientes favorables a la salud. No es suficiente con educar a los niños, jóvenes y adultos en evitar exponerse a condiciones que pueden propiciar condiciones mórbidas, obesogénicas, cardiogénicas o carcinogénicas, y en cambio posibilitar que las condiciones sean propias para fomentar la salud en

ambientes y condiciones adecuadas; esto requiere la voluntad política de los tomadores de decisiones de la institucionalidad adventista, pero también debe surgir de la iniciativa de la base social eclesiástica.

El templo como espacio de adoración, también es concebido como una escuela, pero también es un espacio propicio para la promoción de entornos favorables para la salud; la adopción de tiendas saludables ubicadas en cada templo puede proveer un mercado solidario de alimentos y productos saludables, el cual puede constituirse, para algunos, en el único espacio cercano donde se pudiera tener acceso a alimentos saludables cercanos a sus casas, sobre todos en aquellos que tienen dificultades de tipo geográfico, los cuales presentan dificultades de accesos a grandes superficies e hipermercados, especialmente en pueblos apartados y barrios periféricos de las ciudades.

Estas tiendas saludables adventistas podrían trascender hacia la provisión de productos provenientes de agricultura limpia, un escenario marginalmente explorado en la organización. Igualmente, la adopción de prácticas de agricultura urbana ecológica en solares de templos y otros establecimientos adscritos a la Organización ASD podrían ser optimizados y aprovechados para estas prácticas, que pudieran proveer ocupación a grupos de damas (Dorcas) y jóvenes (Guías Mayores) voluntarios de la Iglesia; así mismo, generar el suministro de alimentos inocuos y a bajo costo para suplir el consumo institucional. La práctica de la agricultura urbana ecológica ha

probado ser una estrategia altamente efectiva para combatir la inseguridad alimentaria como determinante de la salud en centros urbanos y periurbanos empobrecidos de Colombia, Latinoamérica y el Caribe (Agroecología, Medio Ambiente y Desarrollo Rural, 2003; Cruz, 2004; Cruz, 2005b; RAUB, 2005; Muñoz, 2006; Cole, Grace y Diamond, 2008).

Complementario a lo anterior, es necesario considerar tres aspectos: i) Las tiendas de autoservicio (como Mercaunac, ubicado en Medellín) podrían constituirse en una tienda de mercado solidario dominical, que pudiera proveer productos basados en agricultura ecológica; de esta manera se estimularía la producción de aquellos campesinos que han optado por la salida del paradigma agroquímico y trascender hacia una opción sanitaria y ambiental responsable. ii) Las “cafeterías” o tiendas de la UNAC y los colegios adventistas deberán migrar hacia la provisión de alimentos bajos en grasas y en su contenido energético, y en su lugar proveer “dulces saludables” como las frutas en toda su gran variedad; la producción de jugos o bebidas naturales (bajos en azúcar o endulzados con endulzantes naturales, como la stevia), que pudieran ser elaboradas por la propia feligresía, lo que posibilitaría opciones de empleo para aquellos que están sin trabajo. ii) Los restaurantes vegetarianos, especialmente de tipo solidario, son entornos saludables en el marco de la promoción de la salud que es necesario propiciar dentro de la institucionalidad adventista; paradójicamente, la iniciativa de

este tipo de establecimientos ha tenido mayor fuerza entre personas y organizaciones no confesionales, que han venido a suplir la demanda de una población creciente cada vez más informada (especialmente en estratos medio-altos), con mayor conciencia social y ambiental sobre la alimentación saludable y sustentable.

Las ferias de arte, de salud y los mercados verdes que se realizan en muchos municipios de Colombia, con auspicio del Estado, pueden ser un espacio para la promoción de la salud atractivos, en el que la institucionalidad adventista pueda hacer su representación, ya sea liderando estos procesos o como participante activa en la exposición de muestras de cocina vegetariana, alimentos ecológicos, potenciando la ya posicionada “Exposalud,” que en algunas ciudades se consolida como una iniciativa propia de los adventistas; estas actividades pueden ser complementadas con ferias de deportes sanos con la participación de los clubes de Jóvenes Adventistas, accediendo a parques o áreas verdes públicas, sin costo para los usuarios.

3. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Empoderamiento

Desde el punto de vista filosófico, la concepción de la salud en el adventismo está ligada a la creencia bíblica que la asocia con un don de Dios, estrechamente ligado al comportamiento y a la violación o no de las leyes físicas y morales (Gálvez-Vivanco, 2002). Esta forma de entender la salud en los tiempos bíblicos, especialmente en las del pueblo de Israel, está inscrita en un sistema

político teocrático [gobierno de Dios]1, donde su base social y económica supone una sociedad ideal, horizontal, equitativa, con estrategias altamente concentradas en el desarrollo humano, la calidad de vida, misericordiosa y justa, con el desarrollo de un liderazgo de servicio, con miras a la consolidación de un proyecto de nación y de desarrollo holístico. En este contexto la salud estaba inscrita en un sistema donde las políticas sociales, económicas, culturales-religiosas y de salud colectiva eran garantistas de la salud individual y del bienestar de la población.

Hoy, las cosas son diferentes. Vivimos en una sociedad que presume ser democrática, donde la estructura social no está mediada por los principios bíblicos, sino por el modelo egoísta altamente materializado por el capitalismo con su más sofisticada expresión de modernidad, el neoliberalismo, el cual incorpora la creencia ideológica de que la salud es una mercancía (Almeida-Filho y Silva-Paim, 1999; Franco (2006b); Cardona Franco, 2005; PIDHDD / ALAMES, 2005; y Stolkiner, 2010), para la cual hay que pagar, pues si la persona se enferma es por su mal comportamiento (Benach, 2012), ignorando de manera indolente que es ese mismo sistema el que le impone al individuo ambientes mórbidos, impidiendo que las personas puedan acceder a aire limpio, a seguridad alimentaria, a empleo digno, a una vida libre de presiones por el consumo, la economía y de los sistemas financieros, y la seguridad ciudadana, entre otros. Es este modelo de desarrollo antiteocrático el que

crea barreras de acceso a la salud, apelando a los “altos costos” que deja la salud de las personas necesitadas de los servicios a su suerte, muchas veces condenados a una muerte que pudiera ser evitable, sin la más mínima consideración humana, más que la racionalidad económica que media el contrato de aseguramiento a la salud. Entonces tiene sentido la apreciación de Stolkiner que dice que “cuando en el sistema de salud se niegan los servicios por el alto costo subyace allí un equivalente a la ideología del nazismo que decía que hay ‘vidas que no merecen ser vividas’” (2010).

En esta línea cobran sentido la necesidad de la participación social en salud y el empoderamiento como instrumentos poderosos para la PS. Sanabria (2001) define la participación social como “los procesos sociales a través de los cuales los grupos, las organizaciones, las instituciones o los diferentes sectores (todos los actores sociales, incluida la comunidad), intervienen en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines, y se unen en una sólida alianza para diseñar, poner en práctica y evaluar las soluciones”. Adicional a ello la autora señala que la participación comunitaria “no es la distribución de tareas a la comunidad, tareas que son decididas por los profesionales de la salud, sino las actividades que los individuos de la comunidad despliegan en función de sus intereses colectivos de salud y en el encargo de su bienestar. Dicho de otra forma, participar significa que la gente intervenga estrechamente en

los procesos económicos, sociales, culturales y políticos que afectan sus vidas”. De esta manera tanto la participación como el empoderamiento plantean el reto de crear los espacios de concertación y de negociación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas, entre ellos la salud y por extensión la vida.

El adventismo promueve la vida en su más amplia y extensa definición terrenal, incluso metafísica. También promueve el empoderamiento eclesial (a nivel de iglesia y grupos pequeños) e individual (el evangelismo personal). En virtud de esta fortaleza es necesario apelar a la participación de manera organizada por la defensa de la salud como parte del proyecto médico-misionero ampliado. Entre los frentes en los que se pueden desarrollar esta participación y el empoderamiento, se pueden comentar la impostergable defensa por el cambio del sistema de salud actual que promueve la desvanecimiento de la intermediación de las Empresas Promotoras de Salud y que han impuesto una lastre para la salud, y sus aciagas consecuencias traducidas en muerte y miseria en muchos hogares colombianos. Otro de los frentes es el que expone la relación de mala salud y la condición de mujer, etnia (negritudes e indígenas), edad (jóvenes y ancianos), discapacidad, presidio, incluso el relacionado con las preferencias sexuales; son líneas en las que hay que promover el empoderamiento social para la salud.

Se sabe que en Colombia se criminaliza a las trabajadoras sexuales (prostitutas) y a las comunidades de lesbianas, gays, transexuales,

bisexuales e intergénero (comunidad LGTBI), lo que se materializa con la violencia física y psicológica, el destierro, y en muchas ocasiones con el homicidio (Corporación El Otro, 2005); incluso, se les hace segregación negativa para acceder al sistema judicial, la seguridad social integral, el empleo, incluso a la educación (Colombia Diversa, 2010). De manera parecida ocurre con las mujeres en relación con sus derechos sexuales y reproductivos; la niñez, la juventud, los afrodescendientes e indígenas, los cuales, por ser personas en condiciones de desventaja social, son aún más marginadas, violentadas y atropelladas en sus más mínimos derechos, entre ellos la salud. En este punto las acciones de la institucionalidad adventista se han concentrado en el empoderamiento individual, que también es importante, para lograr cambios favorables en el estilo de vida, es decir, para lograr modificaciones personales y el incremento de actuaciones salutogénicas y espirituales del individuo; no obstante, el empoderamiento comunitario tiene un fuerza mucho mayor para los fines de la transformación de los determinantes sociales de la salud, fines últimos de la PS (Restrepo, 2001).

Ante este panorama queda por hacer un llamado al empoderamiento denominacional y a una organización en defensa de la vida y la salud. El adventismo de hoy requiere trascender de su enfoque biomédico altamente morbicéntrico a un paradigma sociomédico alterocéntrico y salutogénico; es menester integrar el paradigma de la teología médica de la

salud con el de la teología social de la salud.

4. Desarrollo de las aptitudes personales

Este quizás es el concepto con mayor aceptación en el sector salud y el que principalmente es comprendido por la institucionalidad adventista, dado que se relaciona con la educación para la salud (EpS) y el cambio de hábitos para un estilo de vida saludable (EVS). Este concepto se ha entendido como prevención de la enfermedad; igualmente, se reconoce como equivalente a PS, pero como se ha indicado anteriormente, no son sinónimos. Esta situación ha generado confusión entre los profesionales de la salud en todos los sectores.

El motivo de esta ambigüedad es identificado por Terris (1992) así: “La razón para la confusión que ahora presenciamos nace de la publicación *Gente Sana*, Informe del Cirujano General sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 1979. Existe inconsistencia en estas apreciaciones; la prevención también empieza con personas que están sanas. Además, la promoción de la salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye como dijo Sigerist, ‘un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación’ ...” Aunque el capítulo 10 se titula “Promoción de la Salud” se refiere fundamentalmente a la prevención de la enfermedad a través de programas como cesación de fumar, reducción del abuso del consumo de alcohol y de drogas, mejoramiento de la nutrición, ejercicio físico y actividad

física y control del estrés. Aún en estas tres últimas áreas, las cuales están verdaderamente relacionadas con la salud positiva, el énfasis mayor se hace en la prevención de la enfermedad” (Solano, 2000; Restrepo, 2001; OPS, s. f.).

Esta ambigüedad conceptual también ha permeado a las instituciones y a los profesionales de la salud adventistas, los cuales han entendido la PS primordialmente como acciones de tipo educativo para el cambio de hábitos en las personas y la consabida adopción de un EVS, pero como se ha logrado evidenciar a través de las recientes investigaciones referidas al tema de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2010; Aguirre, 2011), el comportamiento individual está limitado por los modos de organización y reproducción social y las condiciones de vida determinadas por las organizaciones a nivel comunitario y poblacional (Castellanos, 1998), más cercanas a temas como economía, equidad, acceso, riqueza nacional, redes de apoyo social y otros factores sociales y sistémicos que se escapan de la voluntad del individuo, como la inseguridad alimentaria, las guerras, los desastres, el desempleo, la pobreza, las relaciones de poder laborales, la discriminación de género y etnia.

En este contexto 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 al educador en salud (médico, pastor, promotor, laico) que imparte información lógica,

racional y pragmática sobre hábitos y conductas salubérrimas, y en el otro, un consumidor (público o feligrés) emocional e instintivo que adopta costumbres perjudiciales, pero que una vez recibe la información (es educado) se espera que éste adopte hábitos adecuados. En caso de no corregir los hábitos insanos corre el riesgo de enfermar, para finalmente ser culpabilizado (por la familia, los amigos, los profesionales de la salud o la sociedad) por una actitud negligente, situación que se conoce como “victimizar a la víctima” (Crawford, 1977), lo que es común encontrar en algunos de las líneas más fundamentalistas del adventismo. La tendencia de culpabilizar al individuo por su enfermedad va en contra de la PS que busca cambios razonados, graduales que van desde lo contextual hasta lo individual y no mediante acciones culpabilizantes (Restrepo, 2001).

Este paradigma mecánico-lineal de la EpS, de acuerdo con Serra, “está condenado al fracaso y tiende a desaparecer” (Serra, 2009), dado que no funciona o por lo menos no arroja los resultados esperados, pues existen diversas limitaciones que superan el nivel de decisión individual que el paradigma de EpS no considera. Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (DSS) se plantean opciones de tipo multidireccional y con enfoque sistémico, donde se llega a impactar la conducta del individuo desde las condiciones contextuales, a decir, el cambio de las condiciones ambientales y sociales protectoras de salud; además, la EpS se comprende

desde una dimensión participativa, donde se proponen alternativas de cambio social, pues no todo es responsabilidad de los individuos; de esta manera es posible darle mayores oportunidades de optar por las prácticas saludables.

Así, pues, optar por hábitos saludables, requiere entornos apropiados; por ejemplo, las personas no pueden defenderse de las emisiones contaminantes que provienen del parque automotor y las industrias, las cuales pueden estar asociadas al desarrollo de cáncer, problemas cardiovasculares y respiratorios (Mills, Abbey, Beeson y Petersen; 1991; Chen et al., 2005; Euler, Abbey, Hodgkin y Magie, 1988)², en tanto no exista una política de control de los gases contaminantes que apoye el derecho a un ambiente limpio. Lo mismo puede decirse para los fumadores pasivos que deben aspirar el humo en sus sitios de trabajo, y en el hogar donde hay consumidores de tabaco. Una familia de escasos recursos no puede acceder a una dieta sana, si no hay políticas de seguridad alimentaria o carece de empleo, lo mismo para las personas en desventaja social que no tienen acceso a condiciones de saneamiento básico en su ambiente (sistemas de recolección de residuos sólidos, agua potable, sistema recolección de aguas servidas); si no hay políticas educativas que posibiliten a los individuos informarse del contenido nutricional de los alimentos que se venden; del control de precios para productos básicos de la canasta familiar; si no hay tiendas ni mercados cercanos a su domicilio (limitación geográfica)

donde se provean alimentos saludables (las tiendas de barrio, pueblos y veredas carecen de una oferta variada de alimentos saludables); si las personas carecen de escenarios deportivos para ejercitarse, y en el caso de que hubiera, carecen de las condiciones de seguridad para efectuar estas prácticas. Todas estas son condiciones limitan a los individuos para optar por EVS y deben ser tenidas en cuenta a la hora de promover el cambio de hábitos.

5. Reorientación de los servicios de salud

Colombia es líder en Latinoamérica y el Caribe (LAC) en la implementación de políticas basadas en el pluralismo estructurado (Hernández, 2001; Londoño y Frenk, 1998; Gómez-Arias, 2006), las cuales redujeron la salud a un asunto de servicios médico-asistenciales privados mediados por la capacidad de pago de las personas, pasando de ser pacientes a “usuarios” o “clientes” bajo la ideología del aseguramiento (Congreso de la República de Colombia, 1993), sustentado en la idea de que para obtener la salud es necesario recurrir a lo absolutamente biomédico, lo tecnológico, lo farmacéutico, lo hospitalario (Benach, 2012) y dejando por un lado su eficiencia a la acción de la “mano invisible del mercado” (Robledo, 2011; Robledo, 2011b), y por otro, transfirió la responsabilidad de la salud a los individuos al motivar la idea de que los estilos de vida saludables son la única forma para mantenerse sano (Benach, 2012), despojando la corresponsabilidad que tienen la sociedad y el Estado en la

construcción de buena o mala salud.

En esta lógica han tenido que entrar las Instituciones Pretadoras de Servicios de Salud (IPS) adventistas en el país, las cuales han venido a ser víctimas al tener que ceñirse a la voluntad normativa de las Empresas Promotoras de Salud (Robledo, 2011a), situación que ha significado el cierre de algunos centros médicos como los de Santa Marta, Ibagué y Cali, debido a su vulnerabilidad político-administrativa y financiera. Prevalcen aún la Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista, de Medellín, y la IPS Unidad Médica Adventista de Bucaramanga, las cuales se resisten a desaparecer, pese a sus limitaciones administrativas, financieras y operativas.

En este contexto, estas instituciones adventistas se articulan a la PS con los escasos instrumentos que ofrece la normatividad, pero que quedan sustancialmente limitados por su dependencia a la regulación del mercado, que los obliga a circunscribirse a la prevención primaria con actividades de educación sanitaria (a población en riesgo) y protección específica (vacunación), acciones de prevención secundaria (diagnóstico precoz, tratamiento, limitación del daño) y terciaria (rehabilitación), predominantemente de carácter individual, sin tener la posibilidad de orientar sus servicios a acciones de salud comunitaria que deben tener estos programas para incidir de manera significativa en la mortalidad, morbilidad y la discapacidad.

Por otro lado se encuentran las instituciones adventistas denominadas “puestos de avanzada” (outpost

centers) o de sostén propio, las cuales desarrollan proyectos de salud en zonas rurales o suburbanas que se materializan en instituciones sin ánimo de lucro (fundaciones) que llevan el nombre de “Centro de Vida Sana”, “Sanatorio”, “Casa de Salud” o “Casa Campestre”. En la actualidad, en el país se identifican ocho de estas instituciones, la mayoría asociadas a actividades de entrenamiento misionero: Nuevo Amanecer (Norte de Santander), Loma Linda Campestre (Boyacá), Vida Sana R-Edén-Sion (Fusagasugá), Vida Sana Buena Vista (Cauca), Las Delicias (Quindío), Vida Superior (Cauca) y Escuela de Entrenamiento Misionero (Caldas). Estas instituciones se alejan del establecimiento médico convencional, en su lugar brindan entrenamiento y tratamiento basados en medicina natural (ochos remedios naturales) sin costo o a muy bajo precio para los usuarios.

Estos establecimientos por carecer de la infraestructura física, administrativa, financiera y el talento humano requerido no se constituyen en instituciones de salud legalmente reconocidas, situación que las ubica en una sensible desventaja normativa y jurídica. Así, estas instituciones no están reguladas por la normatividad aplicada a los establecimientos de salud (Resolución 1643 de 2006) ni las exigencias del mercado; en este contexto la PS que se divulga en estas organizaciones se restringe a las conocidas en el contexto de la historia natural de la enfermedad (modelo de Laevell y Clark), con un énfasis en prevención primaria, específicamente

con un enfoque a la educación para el cambio de estilos de vida, las cuales complementan con la provisión de alimentos saludables, prácticas de agricultura orgánica y actividades misioneras convencionales, todas estas prácticas transversales a la vida religiosa y espiritual. La prevención secundaria orientada a la aplicación de terapias (hidroterapia, masajes, geoterapia, fitoterapia, jugoterapia, horticultoterapia, trofoterapia, entre otras). No se identifican acciones específicas en prevención terciaria, salvo las referidas a la vida espiritual y las que realizan la Fundación Las Delicias (Quindío) y Fundación R-Edén-Sion (Fusagasugá), las cuales tienen una apuesta para la rehabilitación de personas con adicción a sustancias psicoactivas.

En este sucinto diagnóstico en torno de las instituciones de salud adventistas de Colombia, queda por decir que el reto será incorporar en los planes estratégicos, mecanismos para la defensa de la agenda Atención Primaria en Salud (APS) (OMS/ UNICEF, 1978) y la capacitación del personal en los nuevos lineamientos estructurales de la promoción de la salud (Restrepo, 2001). Desde la APS, es posible fortalecer las intervenciones de salud educativas y preventivas, siempre y cuando se hagan con proyección comunitaria y continuidad en el tiempo y el terreno, con el fin de impactar la salud de la población. En todo caso, deberán limitarse las intervenciones tipo “brigada médica” o “de salud”, dado que esto poco o nada favorece la salud de la población, y en su lugar, genera grandes expectativas

que actividades esporádicas y aleatorias no pueden solucionar.

Adicional a ellos, incorporar estrategias que permitan un acercamiento entre los “proveedores” y los “verdaderos promotores de salud,” es decir, con todos los actores sociales y políticos que puedan contribuir a la mejoría de la calidad y las condiciones de los beneficiarios.

El encauzamiento hacia una medicina más natural (ocho remedios) y complementaria a la apuesta farmacológica clásica podría aumentar las posibilidades de proyección y coherencia con el discurso denominacional. Igualmente, la provisión de servicios orientados a población de adultos mayores (servicios gerontológicos y geriátricos), con capacidades diferentes (discapacitados), programas específicos para la atención de la obesidad, adictos a sustancias psicoactivas, consejería de familia, estimulación temprana, capellanía, y defensa de la mujer y la niñez, pueden presentar posibilidades de diversificación de los servicios sostenibles o facturables. Conviene igualmente que los profesionales de la salud y tomadores de decisiones orienten acciones hacia el acompañamiento de los puestos de avanzada, los cuales carecen de profesionales para su acompañamiento, con miras a su habilitación y posterior acreditación.

El establecimiento de una red apoyada por tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC), aplicada a los servicios de salud (telesalud) podría ser una estrategia innovadora para apuntalar

los centros de avanzada, a su vez para el ofrecimiento de otros servicios que requieren alta especialización y subespecialización, lo cual podría ser posible a través de una articulación entre las instituciones de salud adventistas establecidas en Estados Unidos (Loma Linda University, Florida Hospital, Wildwood Lifestyle Center & Hospital y Uchee Pines Institute, entre otros) y la red de instituciones de salud establecidas en las Américas.

Conclusiones y recomendaciones

- La PS en su concepción más ampliada se entiende como un proceso encaminado al desarrollo personal, de organización y de políticas. Suele confundirse con educación para la salud y estilos de vida saludables.

- La PS tiene como objetivo y meta generar salud en los individuos y poblaciones. Transitan desde las acciones individuales, pasando por la participación de la sociedad en general y la responsabilidad del Estado, yendo más allá de la tradicional relación individuo/paciente-profesional de la salud.

- El desbordado comercio de sustancias psicoactivas legales (cigarrillo, alcohol y otras drogas), así como la oferta de alimentos rápidos, con bajo nivel nutricional, bajo precio, mayores porciones y propiedades organolépticas apetecibles, representan un desafío para contrarrestar las enfermedades crónicas no transmisibles como los cánceres, la violencia, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad, diabetes tipo 2, entre otras.

Tal oferta subordina la posibilidad de elección de los consumidores, quienes carecen de limitadas opciones saludables. La generación de políticas públicas para su control es una opción que la organización adventista y sus profesionales de la salud deberán considerar para contrarrestar los peligros que representan para la salud pública tales fenómenos.

- Los entornos saludables son posibilitan el mejoramiento de la salud individual y colectiva, fortalecen la participación y el desarrollo de habilidades para la autoprotección colectiva. Los restaurantes vegetarianos, la agricultura urbana ecológica, la iglesia, la UNAC y los colegios adventistas son escenarios que posibilitan la legitimidad de entornos favorables para la salud, los cuales hay que fortalecer con prácticas y acciones conjuntas.

- La participación y el empoderamiento orientados a la defensa de la salud ante el actual auge del aseguramiento en salud permiten potenciar a colectividades, en especial, las minorías sujetas a vulneración de derechos (comunidades LBTBI, jóvenes, trabajadores sexuales, ancianos y etnias), potenciando las habilidades y conductas individuales salubérrimas.

- La EpS que ha probado mayor eficacia, comprende una dimensión participativa donde se proponen alternativas de cambio social, pues no todo es responsabilidad de los individuos; de esta manera es posible

darles mayores oportunidades de optar por las prácticas saludables.

- Existe la necesidad de integrar y acompañar las acciones de los servicios de salud de las IPS habilitadas con las de los puestos de avanzada. El apoyo mediante TIC (telesalud) resulta en una opción para superar las condiciones médico-legales y geográficas a las que están sometidas estas últimas.

- La inclusión de una medicina más natural complementaria a la terapéutica farmacológica y la atención primaria en salud (comunitaria) en los servicios de salud habilitados, seguirá siendo una demanda en relación con la filosofía adventista.

- La obra médico-misionera adventista actual requiere propagarse a través del enfoque biomédico (preventivista educativo conductista/médico-asistencial morbicéntrico) altamente posicionado y proyectarse hacia una comprensión del proceso salud-enfermedad desde perspectivas sociomédicas (determinantes sociales de la salud), esta integración sugiere la vindicación de la teoría y la práctica de dos paradigmas: el de la teología médica de la salud con el de la teología social de la salud.

Citas bibliográficas

1 [Cfr. Deu. 15: 1-11, Josué 13: 1-13, Éx. Gé. 2:15; Éx. 23: 10,11; Deu. 23:13,14, Deu. 26: 12-13; Ex. 20:8-11, Sal. 105:37.]

2 Cfr. Adventist Health Air Pollution Study.

Referencias

- Agroecología, medio ambiente y desarrollo rural. (2003). Agricultura urbana. Proyecto PESA Urbano y Periurbano. Agroecología, Medio Ambiente y Desarrollo Rural, 88.
- Aguirre, M. V. (2011). Factores determinantes de la salud: importancia de la prevención. *Acta Médica Perú*, 28(4), 237-241.
- Almeida-Filho, N. D. (2000). La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. y Silva-Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos de Medicina Social*, (75), 5-30.
- Almeida-Filho, N. y Silva-Paim, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos de Medicina Social*, 5(30), 1-24.
- Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 95-101.
- Álvarez, L. S. (2009). Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 69-79.
- American-Israeli Cooperative Enterprise . (2013). *Medicine*. Recuperado el 14 de febrero de 2013, de Jewish Virtual Library: Jewish Virtual Library tomó esta información Encyclopaedia Judaica, 2 ed.
- Ariza, E., López, C., Martínez, O. y Arias, S. (2004). Ecoepidemiología: el futuro posible de la epidemiología. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 22(001), 139-135.
- Baigorri, A. (1995). De lo rural a lo urbano. Hipótesis sobre las dificultades de mantener la separación epistemológica entre sociología rural y sociología urbana en el marco del actual proceso de urbanización global. Recuperado el 10 de febrero de 2013, de página de sociología: <http://www.eweb.unex.es/eweb/sociolog/BAIGORRI/papers/rurbano.pdf>
- Beeson, L. (1999). The Adventist advantage. *College and University Dialogue*, 11(2), 8-11.
- Beeson, W., Mills, P., Phillips, R., Andress, M. y Fraser, G. (August, 1989). Chronic disease among Seventh-day Adventist a low-risk group. Rationale, methodology and description of the population. *Cancer*, 598-604.
- Benach, J. (9 de 10 de 2012). Joan Benach. Neoliberalismo, determinantes sociales e inequidad en salud (1) . Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Greds-Emconet: <http://www.youtube.com/watch?v=U2Bo-KMPeO8>
- Berkel, J. y Waard, F. d. (1983). Mortality and life expectancy of Seventh-day Adventist in the Netherlands. *Inst. J. Epidemiol.*, 12, 455-459.
- Blum, H. (1981). *Planning for health: Generics for the eighties*. New York.
- Breil, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Buettner, D. (2008). The blue zones: Lessons for living longer from the people who've lived the longest. s. e., s. l.

Cardona, Á. y Franco, Á. (2005). La salud pública como disciplina científica: fundamento para programas de formación académica. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(2), 107-114.

Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. En V. Navarro, *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill.

Chen, L., Knutsen, S., Shavlik, D., Beeson, W., F, F. P., Ghamsary, M. et al. (Diciembre de 2005). The association between fatal coronary heart disease and ambient particulate air pollution: Are females at greater risk? *Environ Health Perspect.* 2, 113(12), 1723-1729.

Cockburn, T. (1996). Eradication of infectious diseases. *Science*(133), 1050-1058.

Cole, D., Grace, D. y Diamond, M. (2008). Research's approaches to evidence on urban agriculture and human health. En D. Cole, D. Lee-Smith y G. Nasinyama, *Healthy cities harvest: Generating evidence to guide policy on urban agriculture* (31-48). Lima: Comercial Gráfica Sucre.

Colombia Diversa. (2010). Situación de derechos humanos de la población LGTBI. Informe Alterno Presentado al Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas . Bogotá, D.C.

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Ley del Congreso de la República de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Corporación El Otro. (2005). Reflexión y sensibilización contra los crímenes de odio. Memorias 2005. Medellín: Corporación El Otro.

Corte Constitucional de Colombia. (2012). Sentencia C-491/12. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Corte Constitucional: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2012/C-491-12.htm>

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.

Cruz, C. (2004). La agricultura urbana. ¿Pobreza o desarrollo sustentable? *Agroecología, Medio Ambiente y Desarrollo Rural*, 44-51.

Cruz, C. (enero-marzo de 2005). Cuba, la agricultura de ciudad y el desarrollo urbano sostenible. *Soluciones Agrarias*, 3, 2-29.

Departamento Nacional de Estadística. (2010). *Así Vamos Colombia*. Bogotá, D.C., Colombia.

Dever, A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research* 2, 455.

Dinero. (30 de enero de 2013). Se abre debate sobre legalización de drogas sintéticas. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Dinero.com: <http://www.dinero.com/actualidad/nacion/articulo/se-abre-debate-sobre-legalizacion-drogas-sinteticas/168493>

Echeverry-López, E. (junio-diciembre de 2009). Las organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud. *Gerencia de Políticas en Salud.*, 8(17), 80-105.

Euler, G., Abbey, D., Hodgkin, J. y Magie., A. (Jul-Aug, 1988). Chronic obstructive pulmonary disease symptom effects of long-term cumulative exposure to ambient levels of total oxidants and nitrogen dioxide in California Seventh-Day Adventist residents. *Arch Environ Health.*, 43(4), 279-285.

Fonnebo, V. y Helseth., A. (1981). Cancer incidence in Norwegian Seventh-day Adventist. *Cancer*, 68, 666-671.

Foucault, M. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *10(2)*, 152-170.

Franco, Á. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 199-130.

Franco, A. (2006b). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 119-130.

Fraser, G. (2003). *Diet, life expectancy and chronic disease*. New York: Oxford University.

Fernández- Ledesma , J. D.; Orrego-Ramírez, L; Martínez-Mejía, C. M.; Uribe, L; Quintero, M. A.; Agudelo-Viana, G.; Franco-Restrepo, J. C. (2009). Estudio para determinar el nivel de satisfacción de la población beneficiada de actividad física y estilos de vida saludables ofrecidos por la Secretar. Itagüí: Universidad Cooperativa de Colombia.

Friis, R. y Seller, T. (2009). *Epidemiology for public health practice*. Ontario: Jones and Bartlett Publisher.

Gálvez-Vivanco, C. A. (2002). *Poder para cambiar. Los hábitos de salud de manera feliz y para siempre*. Lima: Imprenta Unión.

Gómez-Arias, R. (2006). La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*.

Gosselin, P., Morrison, K., Lapointe, S. y Valcke, M. (2010). Evaluación de riesgos y epidemiología ambiental. Los nuevos desafíos en las Américas. En O. P. Salud, L. A. Galvao, J. Finkelman y S. Hanao (Edits.), *Determinantes ambientales y sociales de la salud (67-99)*. México, D. F.: Litográfica Ingramex.

Granda, E. (2009). *La salud y la Vida (Vol. I)*. Quito: Umprinta Noción.

Guerrero-Montoya, R. y Salazar., A. L. (junio - diciembre de 2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. *Revista Venezonlana de Educación. Educere.*, 14(9), 287-395.

Gutiérrez-Moro., M. (2006). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. Recuperado el 18 de febrero de 2013, de Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura: <http://www.spapex.es/prevobesidad.htm>

Hernández, L. (2009). ¿Qué crítica la epidemiología crítica?: una aproximación a la mirada de Naomar Almeida Filho. *Boletín del Observatorio en Salud*, 2(4), 18-28.

Hernández, M. (enero-junio de 2001). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 57-70.

Iglesia Adventista del Séptimo Día (IASD). (2006). *Creencias de los adventista del séptimo día*. (2 ed.). Silver Spring: Pacific Press Publishing Association.

Infancia, O. M.-F. (6-12 de septiembre de 1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado el 25 de febrero de 2013, de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>

Jenson, O. (1993). Cancer risk among Danish male Seventh-day Adventist and other temperance society members. *J. Natl. Cancer Inst.*, 1011-1014.

J. J. Caraveo-Anduaga, B. C. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental*, 62-67.

Keyeux, G. (2007). Bioética e investigación en temas de frontera. En U. N. Colombia, *Bioética y salud pública: encuentros y tensiones* (189-207). Bogotá, D.C.: National Graphics.

Kliksberg, B. (2000). *El judaísmo y su lucha por la justicia social*. Fondo de Cultura Económica.

Kohn, R., Levav, I., Almeida, J. C.-d., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. et al. (2005). Mental disorders in Latin America and the Caribbean: A public health priority. *Panamá Salud Pública*, 18(4-5), 229-240.

Kuratsume, M., Ikeda, M. y Hayashi, T. (1986). Epidemiology studies on possible health effects of intake of pyrolysates of foods, with reference to mortality among Japanese Seventh-day Adventist. *Environ Health Perspective*, 67, 143-146.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. A working document. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare.

Leavell, H. y Clark, E. (1965). *Preventive medicine in the doctor in his community*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Londoño, J. L. y Frenk, J. (1998). El costo de no reformar. *Revista Cuestión Social*, (48), 24-37.

López-Orellano, O., Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.

Marmot, M. (29 de September de 2007). Achieving health equity: from root to fair outcomes. *The Lancet*, 370, 1153-1163.

Mills, P., Abbey, D., Beeson, W. y Petersen., F. (Septiembre-octubre de 1991). Ambient air pollution and cancer in California Seventh-day Adventists. *Arch Environ Health.*, 46(5), 271-280.

Mills, P., Beeson, L., Phillips, R. y Fraser., G. (1989). Cohort study of diet, lifestyle, and portate cancer in Adventist men. *Cancer*, 598-604.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). (15 de abril de 2011). Hacia una estrategia de respuesta integral al consumo de alcohol en Colombia. Simposio: El exceso de alcohol y el consumo moderado, implicaciones para la salud . Recuperado el 13 de febrero de 2013, de Universidad de Antioquia: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/General/Rodrigo%20Lopera%20Isaza.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (10 de septiembre de 2012). Tras cuatro años de implementación, avanza con éxito programa de Pactos por la Vida. *Boletín de Prensa No 272.*

Visión, U. (Productor) y Visión, U. (Dirección). (2011). En qué consiste el mensaje de salud [Película]. Estados Unidos de Norteamérica.

Monero-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención:una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70.

Muñoz, E. (2006). Agricultura urbana, prácticas, instituciones, discurso y sentidos políticos en Medellín. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín.

Nevins, M. (2010). Abraham Flexner. A flawed American icon. *Bloomington.*

Omran, A. (1971). The epidemiologic transition : A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538.

OMS. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social determinats of health discussion. Paper 2.* Geneve: Ediciones Journal.

Organización Mundial de la Salud, OMS; Salud y Bienestar Social de Canadá, SBC; Asociación Canadiense de Salud Pública, ACSP. (1986). 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). Ottawa.

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Biblioteca Virtual de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsast/e/fulltext/mental/mental.html>

Peñaranda, F., Pérez, E., Restrepo, M., Sarasti, D., Cáceres, F. y Borrero., Y. (2011). ¿Determinantes? o determinación social de la salud. En Universidad Nacional -Universidad de Antioquia. Bogotá, D.C.: National Graphisc.

Pinzón-Gómez, D. (13 de enero de 2013). Estilo de vida saludable: limitaciones del enfoque biomédico. Artículo sin publicar. Medellín, Antioquia, Colombia.

Plataforma Interamericana de Derechos Humano, Democracia y Desarrollo (PIDHDD); Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (2005). Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. Río de Janeiro: s. e.

Pulido, A., Higuera, D., Ortega, T. y Salamanca, N. (2009). Reporte anual 2009. Tendencias de la salud en Colombia. Bogotá, D.C.: Gráficas Gilpor.

RAUB Red de Agricultura Urbana de Bogotá. (Enero-marzo de 2005). La agricultura urbana como parte de una opción de vida. Soluciones Agrarias, 3, 45-49.

Restrepo, H. (2001). Antecedentes históricos de la promoción de la salud. En H. Restrepo, H. Malaga, Promoción de la salud: cómo construir vida saludable (15-23). Bogotá, D. C.: Médica Internacional.

Robledo, J. (3 de mayo de 2011). Derogar la Ley 100 para sacar las EPS, que parasitan la salud de los colombianos. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Jorge Enrique Robledo: <http://www.youtube.com/watch?v=7015yDEVrfe>

Robledo, J. (29 de abril de 2011). El cartel de las EPS. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Polo Democrático: http://www.polodemocratico.net/index.php?option=com_content&view=article&id=779:el-cartel-de-las-eps&catid=130:jorge-enrique-robledo&Itemid=132

Rojas-Martini, M., Rodríguez-Guzmán, J. y Sanín, H. (2). Desarrollo de la toxicología en las Américas: luces y sombras. En O. P. Salud, Determinantes ambientales y sociales de la salud (101-137). México. D. F.: Litográfica Ingramex.

Rootman, I., Goodtadt, M., Potvin, L. y Springett, J. (2007). Un marco para la evaluación de la promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud, Evaluación de la promoción de la salud. Principios y perspectivas (29-57). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Sanabria, G. S. (julio-diciembre de 2001). Participación social y comunitaria: reflexiones. Revista Cubana Salud Pública, 27(2), 89-95.

Sande, O. productor y Sande, O. dirección. (2008). El Mensaje Pro-Salud [Película]. Australia.

Serna, S. (28 de junio de 2012). Sentencia C-491 de 2012. Porte de dosis mínima, no es conducta penal. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Derecho Penal Colombiano: <http://derechopenalydoctrina.blogspot.com/2012/06/sentencia-c-491-de-2012-porte-de-dosis.html>

Serra, L. (12 de enero de 2009). Lluís Serra - La nutrición como determinante de la salud pública en el siglo XXI. Recuperado el 18 de febrero de 2013, de Universidad Oberta de Catalunya: <http://www.youtube.com/watch?v=5juvoocyWV0&noredirect=1>

Sociedades Bíblicas Unidas. (s. f.). Santa Biblia.

Solano, A. (2000). La promoción de la salud. Recuperado el 24 de febrero de 2013, de Hospitales de Costa Rica: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>

Ssuser, M. (1998). Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. *Epidemiology Community Health*, 52(10), 608-611.

Stolkiner, A. (marzo de 2010). Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*, 5(1), 89-95.

Tejada, A. (2011). Conferencia Determinantes de la Salud y las Políticas Públicas Parte 1. Recuperado el 19 de febrero de 2013, de Panamerican Health Organization: <http://www.youtube.com/watch?v=tiwKglrrhdg>

Terris, M. (1992). Concepts of health promotion: Dualities in public health theory. *Journal of Public Health Policy*, (3), 267-276.

White, E. (2010a). Ministerio de curación. Bogotá, D. C.: Inter-American Division Publishing Association.

White, E. (2010b). El evangelismo. Bogotá, D. C.: Inter-American Division Publishing Association.