



# Promoción de la salud en América Latina: Coherencia en su implementación\*

*Janeth Mosquera-Becerra\*\**  
*Andrés H. Pérez-Bustos\*\*\**  
*Constanza Díaz-Grajales\*\*\*\**  
*Carolina Quiroz-Arias\*\*\*\*\**  
*Mercedes Salcedo-Cifuentes\*\*\*\*\**  
*Jorge Mejía-López\*\*\*\*\**  
*Julián Alberto Herrera-Muergueitio\*\*\*\*\**  
*Laura Piedrahita-Sandoval\*\*\*\*\**  
*Lena Isabel Barrera-Vergara\*\*\*\*\**

Recibido en junio 12 de 2022, aceptado en febrero 09 de 2023

---

## Citar este artículo así:

Mosquera-Becerra J, Pérez-Bustos AH, Díaz-Grajales C, Quiroz-Arias C, Salcedo-Cifuentes M, Mejía-López J, et al. Promoción de la salud en América Latina: Coherencia en su implementación. *Hacia Promoc. Salud.* 2023; 28(2): 141-159. DOI: 10.17151/hpsal.2023.28.2.10

---



## Resumen

**Objetivo:** a la luz de los enfoques y estrategias de promoción de la salud propuesto en la Carta de Ottawa, avalados por la Organización Mundial de la Salud, se analizó cómo las autoridades sanitarias nacionales de Colombia, Brasil y México, que tienen sistemas de salud estructurados de manera distinta, conceptualizan y orientan la promoción de la salud. **Metodología:** análisis documental de información oficial de las dependencias encargadas



---

\* JMB concibió la idea del artículo, planteó la estructura y contribuyó a la escritura de las distintas versiones; AHPB ajustó la estructura y lideró la escritura del artículo; lo demás coautores contribuyeron en la revisión y ajustes de las distintas versiones del artículo hasta la revisión de la versión final.



\*\* Trabajadora social, PhD en Sociología. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: janeth.mosquera@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0001-9516-7011](https://orcid.org/0000-0001-9516-7011). 



\*\*\* Sociólogo, magíster en Salud Pública. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: perez.andres@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0001-5934-2767](https://orcid.org/0000-0001-5934-2767).  (autor de correspondencia).



\*\*\*\* Enfermera, magíster en Salud Pública. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: constanza.diaz@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0001-8757-4434](https://orcid.org/0000-0001-8757-4434). 



\*\*\*\*\* Bacterióloga, magíster en Administración de Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: carolina.quiroz@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0003-2148-7383](https://orcid.org/0000-0003-2148-7383). 

\*\*\*\*\* Bacterióloga, Ph. D. en Ciencias Biomédicas. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: mercedes.salcedo@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0002-9681-6893](https://orcid.org/0000-0002-9681-6893). 



\*\*\*\*\* Médico, especialista en Pediatría. Universidad del Valle, Cali Colombia. Correo electrónico: jorge.mejia@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0000-1295-2397](https://orcid.org/0000-0000-1295-2397). 

\*\*\*\*\* Médico, Ph. D. en Ciencias de la Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia. Correo electrónico: julian.herrera@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0001-7349-2614](https://orcid.org/0000-0001-7349-2614). 

\*\*\*\*\* Enfermera y psicóloga, Ph. D. en Educación. Universidad del Valle, Cali, Colombia Correo electrónico: laura.piedrahita@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0003-4316-0090](https://orcid.org/0000-0003-4316-0090). 

\*\*\*\*\* Médico, PhD en investigación médica. Universidad del Valle Cali, Colombia. Correo electrónico: lena.i.barrera@correounivalle.edu.co.

 [orcid.org/0000-0001-9179-7796](https://orcid.org/0000-0001-9179-7796). 



de promoción de la salud en cada país; posteriormente, se hizo un análisis de coherencia en torno a ese concepto. **Resultados:** hay distintos niveles de coherencia respecto a la promoción de la salud: en Colombia el concepto se transmuta en gestión del riesgo individual a través de los documentos que implementan el Plan Decenal de Salud Pública; en Brasil el concepto de promoción de la salud se aplica coherentemente, aunque las prioridades operativas están enfocadas en aspectos individuales, además, cada Estado y municipio lo implementa de acuerdo con sus necesidades y capacidades; en México la promoción de la salud está institucionalizada, pero el acceso de los ciudadanos al servicio depende del aseguramiento y la agencia individual. **Conclusiones:** la promoción de la salud se hace en un marco de prestación de servicios de salud enfocados en el control del riesgo individual. Oficialmente los tres países evidenciaron coherencia con los postulados de promoción de la salud expuestos en la Carta de Ottawa, sin una adecuada coherencia en su implementación.

### Palabras clave

Promoción de la salud, programa, normas, organización y administración, tendencias. (Fuente: DeCS, BIREME)

## Health promotion in Latin America: Coherence in its implementation

### Abstract

**Objective:** In light of the health promotion approaches and strategies proposed in the Ottawa Charter, endorsed by the World Health Organization, it was analyzed how the national health authorities of Colombia, Brazil and Mexico, which have health systems structured differently, conceptualize and guide health promotion. **Methodology:** Documentary analysis of official information from the agencies in charge of health promotion in each country. Subsequently, a coherence analysis around this concept was carried out. **Results:** There are different levels of coherence regarding health promotion: in Colombia the concept is transmuted into individual risk management through the documents that implement the Ten-Year Public Health Plan; in Brazil, the concept of health promotion is applied coherently although operational priorities are focused on individual aspects, and each state and municipality implements it according to their needs and capabilities; in Mexico, health promotion is institutionalized, but the access of citizens to the service depends on insurance and individual agency. **Conclusions:** Health promotion is done within a framework of health service provision focused on individual risk control. Officially, the three countries showed coherence with the health promotion postulates set out in the Ottawa Charter, without adequate coherence in its implementation.

### Key words

Health Promotion, Program, Standards, Organization and Administration, Trends. (Source: MeSH, NLM)

## Promoção da saúde na América Latina: coerência em sua implementação

### Resumo

**Objetivo:** À luz dos enfoques e estratégias de promoção da saúde propostas na Carta de Ottawa, endossada pela Organização Mundial da Saúde, foi analisado como as autoridades nacionais de saúde da Colômbia, Brasil e México, que possuem sistemas de saúde estruturados de forma diferenciada, conceituam e orientam promoção de saúde. **Metodologia:** Análise documental de informações oficiais dos órgãos responsáveis pela promoção da saúde de cada

país; posteriormente, foi feita uma análise de coerência em torno desse conceito. **Resultados:** Há diferentes níveis de coerência em relação à promoção da saúde: na Colômbia o conceito se transmuta em gestão de risco individual por meio dos documentos que implementam o Plano Decenal de Saúde Pública; No Brasil, o conceito de promoção da saúde é aplicado de forma consistente, embora as prioridades operacionais sejam focadas em aspectos individuais, além disso, cada estado e município implementa de acordo com suas necessidades e capacidades; No México, a promoção da saúde é institucionalizada, mas o acesso dos cidadãos ao serviço depende de seguro e agência individual. **Conclusões:** A promoção da saúde é feita dentro de uma estrutura de prestação de serviços de saúde com foco no controle de risco individual. Oficialmente, os três países mostraram-se coerentes com os postulados de promoção da saúde previstos na Carta de Ottawa, sem a devida coerência em sua implementação.

### Palavras chave

Promoção da Saúde, Programa, Normas, Organização & administração, Tendências. (Fonte: DeCS, BIREME)

## Introducción

Una de las consecuencias de la Revolución Industrial fue el reconocimiento del papel de las condiciones de vida y de trabajo en la salud de las poblaciones humanas. Rudolf Virchow, en 1848, analizó una epidemia de tifo en una zona políticamente compleja y señaló que la atención paliativa de cada caso era insostenible; además, sugirió la necesidad de atender asuntos de educación, libertad y prosperidad como estrategia para la prevención de eventos similares en el futuro. A dichos eventos los catalogó como resultantes de un problema social (1).

Durante el siglo XX se continúa la conceptualización sobre salud y se discute el papel de la medicina. Salvador Allende, en 1939, mencionó que el modelo económico capitalista en Chile impacta la mortalidad materna, es causa de enfermedades crónicas, aumenta las enfermedades transmisibles como las infecciones de transmisión sexual, genera toxicomanías y produce enfermedades profesionales. Allende sostenía que los “problemas médicos” estaban asociados a las condiciones generales de vida y propuso tres aspectos que debían ser atendidos: los salarios, la vivienda y la alimentación (2).

En la década del 40, Henry Sigerist señaló que, aunque por miles de años la medicina se enfocó en la enfermedad, en su época avanzó hacia un “alcance infinitamente más amplio” y propuso las cuatro funciones de la medicina: 1. Prevención de la enfermedad; 2. Recuperación de la misma; 3. Rehabilitación y; 4. Promoción de la salud. Esta última la reconoció como una de las más importantes, pues la salud no podía darse por garantizada y debía ser “mantenida y promovida a través de incesantes actividades en las que el médico comparte con otros” (3). También, señaló que la educación, en general, y la educación en salud debían ser el punto de inicio de toda actividad en salud, así como el sistema educativo debía ser uno de los más importantes para la salud pública.

La medicina social, liderada por académicos, practicantes e investigadores en Latinoamérica, surge asociada al concepto de salud pública. Este movimiento latinoamericano se preocupa por denunciar el deterioro de la salud, responsabilizando de esto al modelo de crecimiento económico (modelo desarrollista) implementado en América Latina en los años 60; además, buscó mantener las ganancias de “las modalidades latinoamericanas de Estado de Bienestar”, lucha en la que se unieron con estudiantes y trabajadores (4).

Posteriormente, en 1974 se produce el Informe Lalonde, el cual buscó orientar el accionar del Gobierno Federal de Canadá, en conjunto con las provincias, para responder a los cambios en las necesidades de salud de la población. Lalonde propuso el concepto de campo de la salud, entendido como el conjunto articulado de actividades y programas coordinados desde la autoridad en salud, compuesto por cuatro subcampos: 1. La biología humana; 2. El entorno; 3. Los estilos de vida y 4. La organización de servicios de salud (5).

En 1986, la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (6), que consolida la noción de promoción de la salud y recupera el enfoque positivo de la salud, cambió el enfoque de riesgo de enfermar y enfatiza que la promoción de la salud no es un asunto exclusivo del sector sanitario. En esta Carta se sugieren cinco campos de actuación de la promoción de la salud:

1. Construir políticas públicas saludables, teniendo en cuenta la legislación, medidas fiscales, sistemas tributarios y cambios organizativos. Unas políticas sanitarias, de rentas y sociales que permitan alcanzar mayor equidad.
2. Crear entornos favorables en donde el trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud y se conserven tanto los recursos naturales como los construidos.
3. Fortalecer la acción comunitaria para el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones y el diseño e implementación de estrategias de planificación para tener un mejor nivel de salud.
4. Desarrollar aptitudes personales a través de la información, educación sanitaria y otros elementos que aporten a que la población ejerza un mayor control sobre su propia

salud, sobre el ambiente y haga elecciones que contribuyan a su propia salud.

5. Reorientar los servicios de salud para la promoción de la salud de forma que trascienda la prestación de servicios clínicos. Estos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos. La reorientación implica, también, la investigación sanitaria, cambios en la educación y en la formación profesional.

En 1993, la Organización Panamericana de la Salud recomendó, después de hacer un análisis en América Latina, que el enfoque de la promoción de la salud tuviese en cuenta un concepto de “salud” más amplio que incluyese aspectos económicos y sociales, ir más allá de la recomendación de los estilos de vida saludables y plantear estrategias de mayor alcance social, incorporar el concepto de toma de poder e involucrar a las comunidades en la caracterización y análisis de sus necesidades (7).

Otro hito relevante de promoción de la salud han sido las conferencias mundiales de promoción de la salud que se vienen realizando desde 1986 (Ottawa), la última se llevó a cabo en 2016 en Shanghái. Estas conferencias han contribuido a establecer los conceptos, principios y áreas de acción de la promoción de la salud en un contexto globalizado. Entre ellas, se destaca la edición de 2009 en Nairobi, en la cual se hizo un llamado a cerrar la brecha de implementación entre la evidencia y su aplicación en el campo de la salud, llamado que se concreta en la conferencia de 2013 en Helsinki donde se propone involucrar la salud en la elaboración de planes y proyectos a través de la estrategia “Salud en todas las políticas” (8).

Transcurridas tres décadas de la promulgación de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, en América Latina han mejorado

algunos indicadores, por ejemplo, la esperanza de vida aumentó de 72,3 en 1995 a 76,9 en 2019 y la mortalidad en menores de 5 años pasó de 28 defunciones por cada mil nacidos vivos (nn.vv.) en el año de 1995 a 15 defunciones en 2017 (9). Además, desde 1991 se viene implementando, con el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud, la estrategia de “Municipios Saludables”, la cual busca transformar territorios de manera progresiva e incluyente, con la participación de líderes locales y comunidades, quienes definen sus necesidades, pactan planes de trabajo y reciben asistencia técnica en el proceso (10).

Las diferencias entre los indicadores de los países siguen siendo muy amplias. Por ejemplo, en 2017 la razón de mortalidad materna en Colombia fue de 51 muertes por cada 100.000 nn.vv., mientras que en Argentina y Chile las cifras fueron 28,7 y 17,3, respectivamente (9). Adicionalmente, en las últimas décadas, los cambios socioeconómicos y la persistencia de mala alimentación, sedentarismo y tabaquismo han contribuido al aumento de la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas en la población entre los 15 y 60 años de edad de América Latina (11). Las inequidades en salud son consecuencia de la desigualdad en recursos económicos, aseguramiento, educación y poder que persisten entre y al interior de los países de la región de América Latina (12).

Se han señalado también los retos de la evaluación de las intervenciones de promoción de la salud. Por un lado, la tendencia en Latinoamérica ha sido desarrollar intervenciones que se enfocan en prevención de enfermedades y en el control de sus impactos, así como en la mejoría del acceso y la calidad de los servicios de salud y no en promoción de la salud. Y, por otro lado, hay una distancia entre quienes implementan estrategias de promoción de la salud, quienes

hacen evaluación y las necesidades e intereses de los tomadores de decisión. Es decir, hay dudas respecto a la pertinencia o uso de los resultados de las evaluaciones y la evaluación no es tomada en cuenta al momento de diseñar intervenciones o ejecutar acciones en promoción de la salud (13).

En este documento se presentan los resultados de un análisis de coherencia, en el cual se estableció la relación entre lo planteado en la Carta de Ottawa y los lineamientos de promoción de la salud de tres países latinoamericanos: Brasil, Colombia y México. Se encontró que las iniciativas de promoción de la salud de estos países se han enfocado a los estilos de vida saludables e incluso han limitado su campo de acción en el manejo de los riesgos individuales.

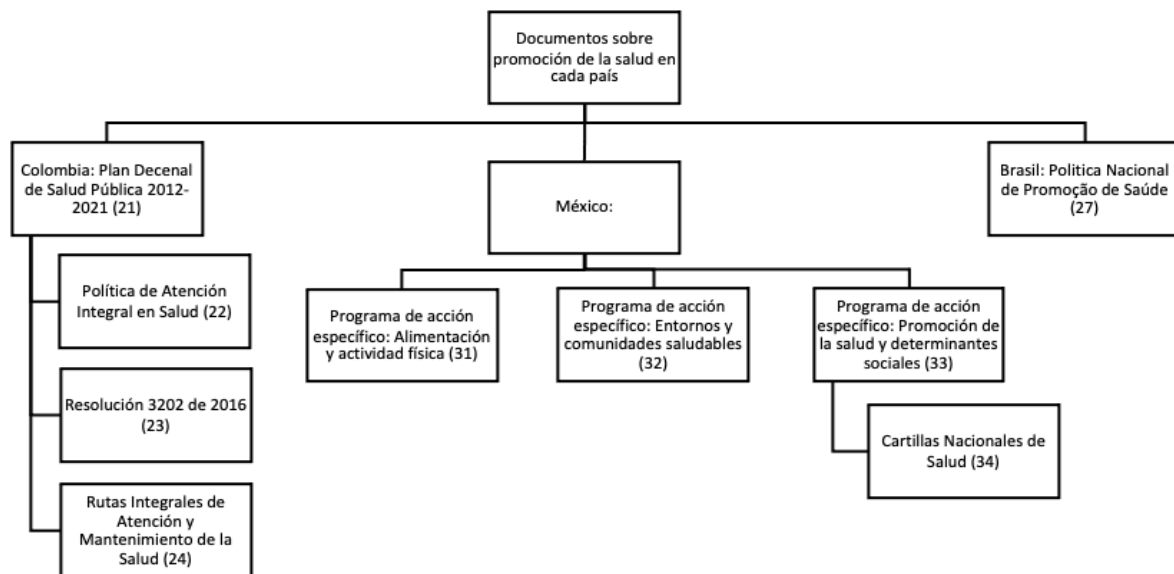
## Materiales y métodos

Para conocer qué se implementa como acciones o estrategias de promoción de la salud en los tres países se utilizó el análisis documental (14), el proceso consistió en identificar y leer los documentos seleccionados y extraer la información en una rejilla que contenía los datos sobre promoción de la salud y su implementación con base en tres parámetros: 1. ¿Qué de lo encontrado en los documentos es abiertamente explícito respecto a promoción de la salud?; 2. Según los documentos, ¿qué se espera hallar en la práctica respecto a promoción de la salud?; 3. ¿Qué ideologías o discursos permean el documento?. Las interpretaciones sobre promoción de la salud y las actividades ejecutadas por cada país se describen en el cuerpo del documento. En el caso de Colombia, al tener directrices nacionales sobre promoción de la salud, se logró consolidar la información en tablas que muestran las líneas de acción para la implementación.

Este tipo de análisis aplicado a documentos institucionales favorece la identificación de procesos más amplios, como pueden ser la priorización en los gastos, consolidación de agendas políticas u otros asuntos relacionados con la ideología del gobierno y cómo, todo ello, se traduce en resultados para la salud de la población. La revisión realizada buscó establecer la coherencia entre el modelo de promoción de la salud propuesto en los lineamientos nacionales de tres países latinoamericanos con lo propuesto en la Carta de Ottawa

Este estudio se enfocó en conocer qué se interpreta por promoción de la salud y cómo se traduce esto en acciones de salud dentro de los planes de salud de cada país, en las guías específicas y en las normatividades que les sustentan. El análisis de estos documentos se centró en sus objetivos,

indicadores y actividades. Los pasos que se siguieron fueron: primero, se ingresó al sitio web de la máxima autoridad sanitaria en cada país para identificar la disponibilidad de la documentación. Luego, se identificó la dependencia responsable de la promoción de la salud y allí se hizo la búsqueda de los lineamientos y guías que orientan o soportan las acciones de promoción de la salud en cada país en el período de 2006 a 2017. Los documentos seleccionados y analizados se presentan en la Gráfica 1. Después de hacer una lectura general de los documentos, se identificaron las definiciones de promoción de la salud contenidas y cómo esa definición se traduce en los planes operativos o se convierten en actividades específicas a medida que se implementan: líneas estratégicas, transversales, indicadores y actividades que proponían la promoción de la salud en cada país.



**Gráfica 1.** Documentos que guían el actuar en promoción de la salud en Colombia, Brasil y México, 2006-2017. Fuente: elaboración propia con base en los documentos oficiales sobre promoción de la salud en los tres países.

Se seleccionaron estos tres países porque tienen sistemas de salud distintos. El sistema de salud en Colombia se diseñó con base en el pluralismo estructurado (15), compuesto por aseguradores, clínicas, hospitales, laboratorios y consultorios (públicos, privados o mixtos) que se articulan sobre la base de la compra y venta de servicios de salud (16).

Por su parte, el sistema de salud de México tiene dos sectores: público y privado, divididos en múltiples instituciones, entre los dos sectores garantizan el acceso a servicios de salud de la población (17). Finalmente, en Brasil el Estado es responsable de la provisión de los servicios. Está el Sistema Único en Salud (SUS) y un Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) que presta servicios de salud por pago directo (18).

La presente investigación se consideró sin riesgo por ser de análisis documental, acorde a la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia.

## Resultados

A continuación, se presenta cómo se implementa la promoción de la salud en Colombia, México y Brasil (2006-2017), en el marco de los sistemas de salud que en ellos rigen.

### Colombia

Este país con 48 millones de habitantes tiene un sistema de salud basado en el aseguramiento universal, que actualmente está en 95 % (19). El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) determina que el Estado, a través de los entes territoriales (gobernaciones y alcaldías) y sus respectivas secretarías de salud se encargan de “formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el SGSSS y de coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación” (20). El sistema es complementado por las aseguradoras (llamadas Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que pueden ser públicas o privadas. En teoría, la comunidad también es un actor del sistema.

En Colombia la promoción de la salud está propuesta en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y es coherente con los postulados de la Carta de Ottawa. A su vez, las acciones en materia de promoción de la salud se determinan a través de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). Sin embargo, la promoción de la salud se reconfigura en el proceso de implementación (Tabla 1), convirtiéndose en gestión del riesgo individual, para lograr acoplarse al modelo de aseguramiento en salud que tiene el país. Adicionalmente, la promoción de la salud se confunde con actividades de atención primaria en salud, gestión del riesgo individual y educación en salud.

**Tabla 1.** Definiciones de promoción de la salud en los documentos que orientan la promoción de la salud en Colombia (2012-2017)

Documento	Definición de promoción de la salud
Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2012	“Conjunto de acciones que debe liderar el territorio, convocando los diferentes sectores, las instituciones y la comunidad, para desarrollarlas por medio de proyectos dirigidos a la construcción o generación de condiciones, capacidades y medios necesarios para que los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto logren intervenir y modificar los Determinantes Sociales de la Salud en cada territorio, y así las condiciones de calidad de vida, consolidando una cultura saludable basada en valores, creencias, actitudes y relaciones, que permita lograr autonomía individual y colectiva que empodere para identificar y realizar elecciones positivas en salud en todos los aspectos de la vida, con respeto por las diferencias culturales de nuestros pueblos. Esta línea incluye acciones de: Formulación de políticas públicas; Movilización social; Generación de entornos saludables; Generación de capacidades sociales e individuales; Participación ciudadana; Educación en salud” (21).
Política de Atención Integral en Salud (PAIS)	La Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) comprende: “las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad” (22).
Resolución 3202 de 2016 (esta resolución determina la creación de las RIAS y las RPMS)	Retoma la definición del PDSP. Sin embargo, a continuación se dice que dentro de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) se “reconoce en este componente las intervenciones poblacionales y de educación para la salud, dirigidas a las persona, familias y comunidades, para el cuidado intencionado y consciente de la salud, a través de: adopción de prácticas de cuidado, protección y mantenimiento seguro del ambiente, alimentación saludable, ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, desarrollo de habilidades sociales y emocionales, construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales, sana convivencia ejercicio del derecho a la salud” (23).
Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS)	En las Rutas de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) la promoción de la salud se aborda como un objetivo, pues la RPMS “comprende acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud. Esta ruta se aplica para toda la población en el territorio” (24). Las RPMS contienen las actividades específicas que se realizan en el territorio en materia de promoción de la salud de acuerdo a la edad de la población.

Fuente: elaboración propia con base en los documentos del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.



El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia introdujo la promoción de la salud a manera de línea operativa en el PDSP, luego creó la estrategia llamada PAIS (Política de Atención Integral en Salud) y, posteriormente, diseñó el modelo operativo MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud), este, a su vez, creó las RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud), una de las cuales es la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS). En ese último documento se determina qué se debe hacer en materia de promoción de la salud.

Las actividades de promoción de la salud que se realizan en Colombia, acorde a la RPMS, no son coherentes con los postulados de la Carta de Ottawa. Primero, las actividades de promoción de la salud están enfocadas a la prevención de riesgos específicos. Y, segundo, las comunidades o la población no participan en los procesos de planificación de las

intervenciones de salud. De hecho, lo que se encuentra es que las actividades que se dicen son de promoción de la salud se delimitan a 1) detección temprana y protección específica [p. ej.: valorar las prácticas de consumo de alimentos (tipo de alimento, cantidad, calidad, inocuidad y frecuencia)], 2) educación para la salud [p. ej.: educar para la promoción de la cultura del envejecimiento activo y saludable] y 3) caracterización ambiental [p. ej.: caracterizar y reconocer amenazas naturales y/o antrópicas en los entornos] (Tabla 2).

Adicionalmente, el cumplimiento, evaluación y mejoramiento de las actividades denominadas de promoción de la salud recae en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (16), quienes dependen de la venta de servicios de salud a las aseguradoras, en el marco del aseguramiento del riesgo individual, en coherencia con el modelo del SGSSS de Colombia.

**Tabla 2.** Número de actividades propuestas en la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la Salud por dimensión y población específica, Colombia, 2016

	Detección temprana y protección específica	Educación para la salud	Caracterización ambiental	Total
Primera infancia (0-5 años)	35	50	9	94
Infancia (6-11 años)	17	49	9	75
Adolescencia (12-18)	17	64	9	90
Juventud (10-28)	18	64	9	91
Adulthood (29-59)	18	63	9	90
Vejez (>50 años)	19	63	9	91
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>353</b>	<b>54</b>	

Fuente: elaboración propia.

En conclusión, en Colombia la normatividad busca que la promoción de la salud encaje en un sistema de salud que prioriza y se orienta hacia la gestión del riesgo individual. El documento maestro de salud en el país, el PDSP, establece la promoción de la salud en el marco de la Carta de Ottawa, pero en la implementación esto no se cumple y, en cambio, las actividades enmarcadas dentro de esa línea operativa son de educación individual y control del riesgo individual.

### **Brasil**

Este país tiene 210 millones de habitantes y cuenta con un Sistema Único de Salud (SUS) que apunta al acceso integral, universal y gratuito a toda la población, cubre 75 % de la población y se financia con recursos municipales, estatales y federales. La población restante (25 %) es cubierta por un aseguramiento privado denominado Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) (18). En la Constitución Política de Brasil se incluye el derecho a la salud como obligación del Estado y se define como el resultado de las condiciones dignas de vida y acceso a las actividades y servicios de promoción y protección de la salud (25).

En Brasil el planteamiento de promoción de la salud tiene coherencia conceptual con la Carta de Ottawa, incluso va más allá e incorpora la promoción de la salud en todas las políticas. Sin embargo, las prioridades operativas o sea aquellas actividades sobre las cuales los Estados y municipios deben enfocarse, en algunos casos, están orientadas al control del riesgo individual. Adicionalmente, la forma y contenido de las intervenciones de promoción de la salud dependen de cada Estado y municipio.

La promoción de la salud tiene como documento maestro la Política Nacional de Promoção da

Saúde (PNPS), creada en 2005 para articular e integrar acciones de promoción de la salud en el ámbito del SUS. La primera versión fue en 2006 (26) y su última revisión fue publicada en el año 2017. En ese documento la promoción de la salud es el primer objetivo específico y se define como:

“Un conjunto de estrategias y formas de producir salud, a nivel individual y colectivo, que se caracteriza por la articulación y cooperación intrasectorial e intersectorial y la conformación de la red de salud, buscando articularse con otras redes de protección social, con amplia participación y amplio control social. Así, reconoce las demás políticas y tecnologías existentes orientadas a la equidad y calidad de vida, con una reducción de las vulnerabilidades y riesgos para la salud derivados de determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales” (27).

En la PNPS se determinan los siguientes temas transversales para la formulación de planes de promoción de la salud: 1. Determinantes sociales de la salud, equidad y respeto a la diversidad, 2. Desarrollo sustentable, 3. Producción de salud y cuidado, 4. Ambientes y territorios saludables, 5. Vida y trabajo, y; 6. Cultura de paz y derechos humanos.

También se determinan como ejes operativos para la promoción de la salud: territorialización, articulación y cooperación intrasectorial e intersectorial, redes de atención en salud, participación y control social (veeduría), administración y educación y formación.

En cuanto a la intersectorialidad, la PNPS afirma que cada uno de los sectores debe ser consciente del impacto que pueden tener sus acciones en la salud y el bienestar de las personas. Además, que las bases de la

salud se encuentran fuera del sector sanitario estando constituidas por los contextos sociales y económicos, por ende, la salud debe ser transversal a todas las políticas, siendo esto clave para lograr impactar los determinantes sociales de la salud.

La PNPS señala que las acciones de promoción de la salud deben contar con la participación de todos los sujetos. Así pues, uno de los principios de la misma es la participación social, entendida como la inclusión de los distintos grupos, actores y colectivos en la caracterización de los problemas y elaboración de las soluciones, compartiendo responsabilidades en la planeación, ejecución y evaluación de las mismas.

Como se puede observar, existe coherencia conceptual entre los conceptos brindados desde Ottawa y lo que se plantea en la PNPS; sin embargo, sus prioridades operativas, en algunos casos, podrían tender hacia acciones de carácter individual y de control del riesgo: alimentación saludable, actividad física, control de tabaquismo, reducción de morbilidad por uso de drogas, reducción de morbilidad por accidentes de tránsito, prevención de violencia y estímulo a la cultura de la paz, y promoción del desarrollo sostenible.

Adicionalmente, la independencia entre los gobiernos federal, estatales y municipales genera un campo de acción de la promoción de la salud que involucra variables como prestadores de servicios de salud localmente disponibles, características en la población, sus territorios y sus necesidades, recursos financieros y humanos disponibles, entre otros, que hacen compleja la implementación de la PNSP. Al no especificarse cómo se harán las intervenciones, queda a disposición de cada autoridad. Las características de este proceso con baja participación de los Estados y relación directa entre el Ministerio de Salud

y las municipalidades, con diferentes grados de autonomía, han contribuido a diversidad de experiencias, en varios casos exitosas y más próximas a las necesidades locales y regionales. Entonces, esta descentralización se ha convertido en un reto importante para el SUS, porque ha obstaculizado la conformación de redes capaces de garantizar la integración e integralidad de la atención y el cuidado (28).

### **México**

Este país tiene 127 millones de habitantes y su sistema de salud se divide en un sector público, compuesto por instituciones y programas que se financian con las contribuciones de los gobiernos, empleadores o trabajadores, y un sector privado compuesto por aseguradores y prestadores de servicios de salud de la misma naturaleza; sin embargo, 38 millones de mexicanos no contaban con el aseguramiento en salud según el censo de 2010, equivalente a un 33 % de la población (29).

La Secretaría de Salud, máxima autoridad sanitaria, dependencia del poder ejecutivo de dicho país, define en la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud que la promoción de la salud tiene “por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo actitudes, valores y conductas adecuadas que motiven su participación en beneficio de la salud individual y colectiva” (30). Sin embargo, a pesar de tener una estructura política y administrativa pensada para la implementación de la promoción de la salud, en última instancia, las acciones se limitan a la demanda de información o servicios por parte del ciudadano asegurado.

El desarrollo de iniciativas en promoción de la salud es realizado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) a través de la Dirección General de promoción

de la salud (DGPS), responsable de crear tres programas para la promoción de la salud ligados al Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud:

### **1. Programa de Acción Específico: Alimentación y Actividad Física**

Se enfoca en el desarrollo de actividades educativas en el territorio nacional buscando impactar a través de siete acciones: 1. La promoción de la alimentación correcta en diferentes entornos, 2. La promoción de la actividad física en todos los grupos de edad, 3. La implementación de campañas educativas para promover estilos de vida saludables, 4. El fomento de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada, 5. El fomento del rescate de la cultura alimentaria tradicional, 6. El fortalecimiento de las competencias del personal de salud en materia de salud alimentaria, y 7. la supervisión y evaluación de las acciones desarrolladas. No obstante, las actividades realizadas en el marco de estos siete elementos son educativas, enfocadas en la comunidad y el personal encargado de las mismas (31).

### **2. Programa de Acción Específico: Entornos y Comunidades Saludables:**

En este programa se busca fomentar la organización comunitaria, la participación de los municipios como agentes clave para el bienestar de la población, capacitación del personal de salud y otros actores para atender las necesidades de cada municipio y evaluar constantemente el programa para su mejoramiento. Tiene como objetivos: 1. Fomentar que las comunidades y los entornos sean higiénicos, seguros y propicien una mejor salud, 2. Impulsar que los municipios aborden de manera integral los determinantes que influyen en el estado de salud de la población, 3. Fortalecer las competencias del

personal de salud y de los diferentes actores sociales de la comunidad y el municipio, y 4. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del programa (32). En conclusión, este programa busca la creación y certificación de entornos y comunidades<sup>1</sup> favorables para la salud, capacitación de Agentes de la Salud<sup>2</sup>, formación de Procuradores de la Salud<sup>3</sup> y capacitar al personal de salud sobre este programa de acción específico.

### **3. Programa de Acción Específico: Promoción de La Salud y Determinantes Sociales**

Se enfoca directamente en la promoción de la salud a través de seis objetivos: 1. Realizar la entrega de los servicios de promoción de la salud, con enfoque de determinantes de la salud, 2. Fortalecer la promoción de la salud en la atención integrada de línea de vida, 3. Desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes para el manejo adecuado de los determinantes de la salud, 4. Favorecer la incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado, 5. Generar hábitos y conductas favorables a la salud, basados en los principios de la mercadotecnia social en salud, y 6. Fortalecer los mecanismos de seguimiento y evaluación para incrementar la efectividad del programa.

Para ejecutar sus acciones, la DGPS creó el Modelo Operativo de Promoción de la Salud (MOPS), que estructura la forma como México hace la promoción de la salud, acogándose a

<sup>1</sup> Por “entorno” se hace referencia a un espacio, que puede ser diverso (lugar de trabajo, estudio, entre otros, incluyendo municipios completos). “Comunidad” hace referencia a conjuntos de entre 500 y 2.500 habitantes.

<sup>2</sup> Líderes comunitarios que representan a sus comunidades y son capacitados anualmente para que difundan conocimientos sobre determinantes de la salud, estilos de vida saludables y prevención de enfermedades.

<sup>3</sup> Personas de la comunidad capacitadas en temas de salud pública para el fomento de estilos de vida saludable y la creación de entornos saludables.

las áreas de acción prioritaria de la Carta de Ottawa:

“El servicio considera cuatro componentes sustantivos: manejo de riesgos personales, desarrollo de capacidades y competencia en salud, participación social para la acción comunitaria y desarrollo de entornos saludables y tres componentes transversales: abogacía intra e intersectorial, mercadotecnia social en salud y evidencias para la salud” (33).

En dicho documento, se indica que la participación social es el proceso que permite que los distintos sectores identifiquen los problemas que afectan su salud, interviniendo en el diseño, puesta en práctica y evaluación de las posibles soluciones. Según lo publicado oficialmente, se miden resultados relacionados con la promoción de la salud: frecuencia de realización de las ferias de la salud a población migrante e indígena en los territorios donde los potenciales beneficiarios se encuentran; validación de escuelas como promotoras de salud, según una norma oficial mexicana; capacitación y actualización para el personal que se desempeña en promoción de la salud a nivel estatal, jurisdiccional y local; formación de promotores de salud hablantes de lengua indígena; talleres comunitarios

para la promoción de la salud enfocados en el manejo adecuado de los determinantes de la salud, desagregados por población objetivo y periodicidad; incorporación de políticas públicas saludables en los sectores público, social y privado a través de grupos intersectoriales estatales de promoción de la salud y determinantes sociales.

México es el país con la estructura para la promoción de la salud más desarrollada, con una dependencia directamente ligada al poder ejecutivo, pero aun así los indicadores de resultado de las intervenciones son muy limitados para conocer el beneficio de las poblaciones y personas. La prestación de los servicios de salud, incluidos los de promoción de la salud, están apoyados en las Cartillas Nacionales de Salud (34) que se ajustan a diferentes poblaciones: infancia, adolescentes, mujeres y hombres adultos y adultos mayores; dichas cartillas (Gráfica 2) se aplican para toda la población y promueven la solicitud de información sobre temas generales y específicos por sexo y edad. Al parecer hay una gran capacidad para la promoción de la salud, pero la oferta para la población se limita a la educación, aunque hay formación a personas de la comunidad para que sean multiplicadores y ayuden a la gestión de los entornos saludables.



son coherentes; aunque la implementación de las actividades depende de los Estados y municipios, que con recursos propios deben sacar adelante las iniciativas. En ese sentido, teniendo en cuenta la estructura federal de este país, sería necesario analizar las acciones de promoción de la salud que los Estados y municipios realizan, pues lo aquí analizado es de carácter nacional.

México tiene la proporción más grande de población sin aseguramiento en salud, aunque tiene la estructura más sofisticada para implementar la promoción de la salud de manera fidedigna con la Carta de Ottawa, siendo el único país que cuenta con programas diseñados para población migrante o indígena; no obstante, por las múltiples modalidades de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud depende del ciudadano asegurado.

La Organización Mundial de la Salud definió la promoción en salud como la práctica que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, abarcando una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida, mediante la solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación de la enfermedad (36). Así, entonces, se concluiría que en estos tres países aún la promoción de la salud dista mucho de lo idealmente definido.

Los resultados mostraron que teóricamente existe concordancia en la mayoría de los conceptos más importantes del modelo de promoción de la salud y las conceptualizaciones descritas por las autoridades sanitarias de Colombia, Brasil y México en sus respectivos programas de promoción de la salud, pero las acciones están enfocadas primordialmente en actividades de educación para la reducción del riesgo individual. No se plantean acciones

que se relacionen con la distribución desigual de recursos o promueva la participación de la comunidad en la construcción de su propia salud. Adicionalmente, la promoción de la salud en estos países tiene un carácter instrumental (37); es decir, se busca adaptarla a las particularidades de los sistemas de salud de cada país.

Las intervenciones en salud pública enfocadas en la educación individual, incluyendo las de promoción de la salud, tienen un impacto muy limitado. La pirámide de impacto en salud pública (38) e iniciativas como Impacto en la Salud en 5 años (39) señalan que las intervenciones de carácter individual tienen un efecto reducido en comparación con aquellas intervenciones que se orientan a la legislación de políticas que promuevan la salud o reestructuración de agendas educativas en procura del bienestar. Las formas que adopta la promoción de la salud dependen de los contextos políticos de los países en que se desarrolla, encontrando a partir de las configuraciones enfocadas en la construcción de una cultura de la salud, el control de los riesgos de todo tipo, con énfasis en los comportamientos humanos (estilos de vida) o los enfoques estructurales. Sin embargo, la configuración de los sistemas de salud (vertical, de jerarquías y presupuestos/planes diseñados de manera centralizada u horizontal, con autonomía en los programas a desarrollar y relativa libertad en la destinación de los recursos) determina el desarrollo de programas de promoción de la salud aun en distintas configuraciones político-administrativas y con fenómenos regionales como el crecimiento de las inequidades (40).

Actualmente, en los tres países revisados se prioriza el enfoque de los estilos de vida, control de riesgo y las intervenciones individuales y no la promoción de la salud como acción participativa, política y de contrapeso a

la globalización y las desigualdades (41). La promoción de la salud es siempre elogiada y citada, pero limitada en su implementación. No existe articulación con sectores como vivienda, educación o transporte, entre otros, pues son ellos quienes podrían aportar al cumplimiento de los postulados pioneros de la carta de Ottawa.

La promoción de la salud y sus intervenciones, así como la medición de sus resultados, impacto y construcción de un cuerpo de evidencia representa un reto (42), pero puede jugar un papel fundamental en el mundo contemporáneo para la construcción de sociedades más saludables. Así mismo, representa un reto para los prestadores de servicios de salud el estar correctamente capacitados para ejecutar programas de promoción de la salud (43).

Un ejemplo de exitoso de programas de promoción de la salud es el Join the Healthy Boat, que incluyó a las escuelas primarias de un Estado alemán y demostró una reducción en las horas de uso de pantallas entre los estudiantes y el desarrollo de estrategias dentro de los colegios y las familias para la promoción de la actividad física, pero además articuló las instituciones educativas, padres y líderes políticos locales en pro de un objetivo común. Los estudiantes recibieron capacitación por parte de unos docentes previamente entrenados en estilos de vida saludable y elección de alimentos con base en

la calidad nutricional, en un ejercicio llamado “comportamiento de desayunos saludables”. Los padres también fueron intervenidos. Esta iniciativa demostró que no es un cambio rápido, pero logró resultados muy satisfactorios en su primer año (44).

## Conclusiones

Las propuestas de promoción de la salud de las autoridades nacionales en los tres países analizados son limitadas al momento de convertirse en acciones, especialmente en Colombia, donde el concepto se usa para denominar actividades de control de riesgo individual. El limitado alcance de esas políticas para impactar a las personas y comunidades en procura de las mejoras de sus condiciones de vida y salud es consecuente con los modelos de atención en salud usado en cada país, con diferencias y oportunidades específicas, pero actualmente insuficientes para contribuir a mitigar las inequidades en salud de sus poblaciones.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la investigación desarrollada.

**Agradecimientos:** Esta investigación contó con el apoyo de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle a través de la convocatoria para fortalecimiento de centros e institutos (CI 09517002).



## Referencias bibliográficas

1. Virchow R. Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia. *Med Soc.* 2007; 3(1):5-20.
2. Allende Gossens S. La realidad médico-social chilena [Internet]. Chile; 1939 [citado 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.34720/mj3z-6m24>
3. Terris M. The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Service Organization. *J Public Health Policy.* 1995; 16(2):152-197.
4. Breilh Paz y Miño JE, Iriart C, Waitzkin H, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2002; 12(2):128-136. Disponible en: <http://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3569>
5. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. [Internet]. Ottawa: Minister of Supply and Services (Canada); 1981. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En: *Promoción de la salud: una antología.* Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
7. Arroyo HV, Cerqueira MT. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. San Juan, Puerto Rico; 1997. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/46051>
8. World Health Organization (WHO). WHO Global Health Promotion Conferences [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>
9. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas [Internet]. Washington D.C.; 2019 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/data/index.php/es/>
10. Organización Panamericana de la Salud, Pan American Health Organization, World Health Organization. Acerca de Municipios Saludables [Internet]; 2015 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/6cNjhj>
11. Canudas-Romo V, García-Guerrero VM, Echarri-Cánovas CJ. The stagnation of the Mexican male life expectancy in the first decade of the 21st century: the impact of homicides and diabetes mellitus. *J Epidemiol Community Health.* 2015; 69(1):28-34.
12. OECD, World Bank. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020 | OECD iLibrary [Internet]. OECD Publishing. Paris; 2020 [citado 8 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/6089164f-en>.
13. De Salazar L, Vélez JA. Hacia la búsqueda de efectividad en promoción de la salud en América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004; 9(3):725-730.
14. Shaw S, Elston J, Abbott S. Comparative analysis of health policy implementation. *Policy Studies.* 2004; 25(4):259-266.
15. Londoño, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 1997 [citado 11 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/EIK1BE>
16. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública México.* 2011; 53:s144-s155.
17. Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Pública México.* 2011; 53:s220-s232.
18. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública México.* enero de 2011;53:s120-31.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Comportamiento del aseguramiento [Internet]. 2021 [citado 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://acortar.link/tvdhpt>
20. Congreso de la República de Colombia. Artículo 42. 2001 [citado 28 de octubre de 2023]. Ley 715 de 2001. Disponible en: <https://acortar.link/Ojpl1u>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 [Internet]. 2012 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud (PAIS) [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/sPbdX8>
23. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 (25 de julio) [Internet]. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <https://acortar.link/hkk9SU>
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Matrices. Rutas Integrales de Atención para la promoción y Mantenimiento de la Salud. [Internet]. 2016 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/hrkBXn>
25. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok [Internet]. Washington, DC; 2006 [citado 23 de octubre de 2023]. (47o Consejo Directivo). Report No.: CD4716. Disponible en: <https://acortar.link/f2Ifkn>
26. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 [Internet]. Ministério da Saúde; 2010 [citado 28 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/f4D2Zy>
27. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS [Internet]. Ministério da Saúde; 2018 [citado 28 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://acortar.link/FkMGwG>
28. Giovannella L, editor. Atención Primaria de Salud en Suramérica [Internet]. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; 2015 [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/yjJqhA>
29. De la Cruz Guerrero. Cobertura Universal de la Salud en México: Estimación del Gasto Público Adicional [Internet]. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Ciudad de México; 2012. [citado 12 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://acortar.link/0bL8qA>
30. Frenk Mora J. Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida. [Internet]. Diario Oficial de la Federación (México); 2018. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=689500&fecha=23/10/2003&print=true](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=689500&fecha=23/10/2003&print=true)
31. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico: Alimentación y Actividad Física 2013-2018. Programa sectorial de salud. [Internet]. 2014 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>
32. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico: Entornos y Comunidades Saludables 2013-2018. Programa sectorial de salud. [Internet]. 2014 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>
33. Secretaría de Salud de México. Programa de Acción Específico: Promoción de la Salud y Determinantes Sociales 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. [Internet]. 2014 [citado 15 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/dgps-nuestros-programas>
34. Secretaría de Salud de México. Cartillas nacionales de salud [Internet]. 2019 [citado 26 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
35. Mantilla BP. Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. Salud UIS [Internet]. 2011; 43(3) Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2571>
36. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud - OPS/OMS. [citado 28 de octubre de 2023]. Promoción de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
37. Carmona Moreno LD, Roza Reyes CM, Mogollón Pérez AS. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. Revista Ciencias de la Salud. 2005; 3(2).
38. Frieden TR. A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. Am J Public Health. 2010; 100(4):590-595.

39. Centers for Disease Control & Prevention (CDC). Office of Policy, Performance, and Evaluation. 2019 [citado 4 de diciembre de 2020]. Health Impact in 5 Years. Disponible en: <https://www.cdc.gov/policy/hi5/index.html>
40. Atkinson S, Cohn A, Ducci M, Gideon J. Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: Comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Promot Int.* 2005; 20(2):167-175.
41. López-Fernández LA, Solar Hormazábal O, López-Fernández LA, Solar Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gac Sanit.* 2017; 31(6):443-445.
42. Nutbeam D. The challenge to provide 'evidence' in health promotion. *Health Promot Int.* 1999; 14(2):99-101.
43. Robertson S, Witty K, Zwolinsky S, Day R. Men's health promotion interventions: what have we learned from previous programmes. *Community Pract.* 2013; 86(11):38-41.
44. Kobel S, Wirt T, Schreiber A, Keszyüs D, Kettner S, Erkelenz N, et al. Intervention Effects of a School-Based Health Promotion Programme on Obesity Related Behavioural Outcomes. *J Obes.* 2014; e476230.