

Comprensión e implementación de la promoción de la salud en instituciones de educación superior en Colombia

The understanding and implementation of health promotion at higher education institutions in Colombia

Clara Y. Duarte-Cuervo

Universidad Metropolitana. Barranquilla, Colombia. claradc2002@gmail.com

Recibido 1 Agosto 2014/Enviado para Modificación 4 Febrero 2015/Aceptado 18 Agosto 2015

RESUMEN

Objetivo Caracterizar la implementación y la comprensión de la Promoción de la Salud en Instituciones de Educación Superior en Colombia.

Métodos Se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en once instituciones de cinco ciudades, usando una encuesta y una entrevista exploratoria, entrevistas a gestores, observación directa, así como revisión documental. La información se analiza a la luz de conceptualizaciones sobre promoción de la salud, entornos saludables y universidades promotoras de la salud.

Resultados Las instituciones han desarrollado políticas, programas, así como acciones de educación, reorientación de los servicios de salud, participación, intervención sobre el ambiente, investigación y otras con alcance familiar y comunitario.

Conclusión El desarrollo de la promoción de la salud en estas instituciones ha recorrido caminos distintos, coexisten el enfoque preventivo y abordajes intersectoriales con perspectivas amplias. Se presentan como desafíos la formación de los profesionales como gestores de cambio y la promoción como proceso de transformación organizacional.

Palabras Clave: Promoción de la salud, educación superior, servicios de salud para estudiantes (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To characterize the implementation and understanding of health promotion at higher education institutions in Colombia.

Methods A qualitative study with an ethnographic approach was carried out at eleven institutions selected in five cities. It was conducted through research tools such as an exploratory survey, interviews, direct observation and review of documents. The information was analyzed considering conceptualizations about health promotion, health settings, and health-promoting universities.

Results These institutions have implemented policies and programs and have

undertaken actions like education, reorientation of health services, participation and intervention on the environment, as well as research and activities with family and community outreach.

Conclusion At these institutions, different scopes related to the development of health promotion were found, i.e. there was a preventive approach along with an inter-sectorial outlook with broad extent. Some of the main challenges for institutions are the training of professionals as agents of change, and fostering health promotion as a process of organizational change.

Key Words: Health promotion, universities, student health services (*source: MeSH, NLM*).

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (PS), a través de la cual se desarrollaron y afirmaron los principios y acciones que la enmarcan (1). Allí se posiciona la PS como un proceso social y político que no abarca solo el fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos, también las acciones orientadas a transformar las condiciones económicas, sociales y ambientales que pueden afectarla (2).

Actualmente el Enfoque de entornos o de Promoción de salud basada en los entornos, es una de las estrategias de PS más usada (3), ha impulsado desarrollos en contextos como ciudades, municipios, escuelas, lugares de trabajo, y desde hace más de 20 años, en Instituciones de Educación Superior (IES)(4). En el contexto panamericano se han construido conceptualizaciones sobre Universidad Promotora de la Salud (UPS) o Universidad Saludable (US) (5-7) que han influenciado a las IES colombianas.

El Ministerio de Salud ha generado orientaciones para el desarrollo de entornos saludables a nivel de los municipios, las escuelas y las viviendas; la estrategia se convirtió en política pública en 2007, se incluyó en el plan de desarrollo 2006–2010 (8,9) y en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (10). En 2011 y 2012 este Ministerio apoyó la publicación de orientaciones para IES (11).

En 2010 había más de 1 650 000 estudiantes en la educación superior en Colombia (12), alrededor del 3,7 % de la población del país. Para estudiantes y trabajadores “...los determinantes de salud están regidos en gran medida por las condiciones o características sociales en las cuales esas personas viven, estudian o trabajan en la universidad”(13), lo que muestra su potencial como entorno promotor de salud.

No obstante, pocas IES en Colombia han documentado sus experiencias en PS; son escasos los análisis sobre las construcciones teóricas y conceptuales derivadas de la práctica, sobre el estado actual de la implementación o las transformaciones que ha implicado.

Diversidad de enfoques, interpretaciones y tendencias coexisten en la PS. Kickbush (14) presenta una tipología exhaustiva y aporta como variables distintivas el “punto de partida” y el “foco u objetivo”. Así, los tipos 2, 3 y 3A parten de enfermedades, en consecuencia, su objetivo es reducir la morbilidad y la mortalidad, acudiendo al control de los factores de riesgo atribuidos principalmente al comportamiento de las personas; los tipos 5 y 6 parten de conceptos de salud positiva y holística, poniendo el foco en el logro del bienestar y de una salud ideal; el tipo 7 alude a un enfoque relacional, en tanto el 1 se centra en los pre-requisitos para la salud y en consecuencia, en la reducción de las inequidades.

Las clasificaciones de Sutherland y Fulton (15), Eslava (16) y Carmona, Rozo y Mogollón (17), diferencian dos tipos de PS, una centrada en los factores de riesgo del comportamiento y los estilos de vida, y otra en los determinantes de salud. Sutherland y Fulton aportan como diferenciador las estrategias y acciones que se implementan en cada enfoque, señalando que su énfasis está, en el primero, en la educación, y en el segundo, en la gestión política y de los entornos, y en el empoderamiento. Eslava, y Carmona, Rozo y Mogollón, agregan que en la primera perspectiva el foco de la PS está en la transformación de los comportamientos individuales, en la segunda en la transformación social.

Estas tipologías, permiten entonces identificar elementos que marcan diferencias entre las interpretaciones de la PS: El foco u objetivo hacia el que se dirige, el punto de partida para la acción, y las estrategias/acciones que realiza. Varios autores subrayan que los enfoques en PS responden además a las concepciones de salud que les subyacen (17-22).

De otra parte, Green, Poland y Rootman (23), así como Wenzel (24), identifican diferentes perspectivas frente al concepto de entorno en PS; estas pueden agruparse en dos tendencias: desde las perspectivas instrumental y mecanicista los entornos se conciben como pasivos–recipientes, con poca importancia en la determinación de la salud, pero ideales para desarrollar intervenciones; entre tanto, las perspectivas ecológicas y la crítica ven el entorno como complejo, singular, permeable, permeado, relacional,

con capacidad de influir en los individuos y las comunidades, y de ser influenciado social y culturalmente por ellos.

En la práctica los conceptos de PS y entorno han sido interpretados de maneras distintas. Este trabajo parte de valorar las experiencias y voces de los gestores de programas y acciones de PS en IES en Colombia, para aproximarse a la cultura construida en los procesos de implementación del enfoque en ese contexto.

MÉTODOS

Se realiza un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en once IES de cinco ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Yumbo y Pereira). Las personas e instituciones fueron contactadas a través de la Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud (REDCUPS).

Para conocer las experiencias de PS se utilizaron una encuesta y una entrevista exploratoria; entrevistas a profundidad con gestores de acciones; observación directa en algunas IES, diarios de campo; y revisión de documentos de las instituciones.

Se hizo el análisis de contenido de la información recolectada con apoyo del Software Atlas Ti. Como categorías iniciales se utilizaron: lo que se hace y con qué objetivos, el punto de partida para la acción, los conceptos de salud y entorno que subyacen a las acciones. Se identificaron categorías emergentes para la caracterización de las prácticas de PS, que se compararon con las conceptualizaciones existentes sobre UPS/US. Para la validación se realizó triangulación de fuentes.

RESULTADOS

La PS hace parte de las orientaciones actuales de unidades, servicios o programas de Bienestar Universitario de algunas IES, particularmente de aquellas encargadas de los asuntos de salud, sin desconocer la articulación con otras instancias y que algunas iniciativas han nacido desde programas académicos de salud.

En los relatos de los gestores, no siempre se especifica la existencia de un órgano articulador de las acciones de PS, como lo indica la teoría (5,6); en su lugar se trazan tres orientaciones: una en la que no se habla de un

ente encargado de ello, otra en la que la PS se subordina a la dependencia encargada del tema salud, y una tercera en la que se identifica una instancia a cargo de la PS con vocación articuladora de varias dependencias.

¿Qué se hace en las IES bajo el enunciado de PS? Emergen diversidad de acciones que pueden clasificarse en: políticas, educación, orientación (o reorientación) de los servicios de salud, participación, intervención sobre el ambiente, investigación, y acciones con alcance familiar y comunitario, las cuales giran principalmente alrededor de temas como actividad física, alimentación, sexualidad, consumo de psicoactivos y salud mental, si bien emergen otros como salud ambiental, desempeño académico, e inclusión social.

Programas

Los programas de PS son concebidos como un todo denominado “Programa de Universidad Saludable”, que articula diferentes actores, instancias y acciones para incidir en la salud de los miembros de la comunidad universitaria, abordando diversos temas; o bien, como unidades estructuradas de estrategias y actividades dirigidas a actuar frente a asuntos específicos considerados problemáticos o de interés.

Estos últimos pueden ser sectoriales o intersectoriales; los sectoriales son desarrollados generalmente por el área de salud, los intersectoriales implican la coordinación con otras dependencias de la institución o con organizaciones externas.

Aunque en cada institución funcionan de manera distinta, los programas de PS suelen combinar estrategias como educación, participación de los miembros de la comunidad, intervención sobre el ambiente, políticas y abogacía, y se dirigen fundamentalmente a fomentar el cuidado de sí o el cuidado de otros. Incluyen por lo general el diagnóstico o caracterización de la población (situación de salud, perfil de riesgo, caracterización de estilos de vida a partir de hábitos y comportamientos), y actúan a nivel individual, de grupos de riesgo o de la comunidad amplia.

Se reflejan entonces diferencias en lo que se identifica como programas de PS. Algunos se dirigen a la prevención o curación de enfermedades específicas de individuos enfermos o en riesgo de enfermar, principalmente los estudiantes; siendo su punto de partida la enfermedad o los factores de riesgo asociados a ella; son considerados de PS en tanto involucran acciones

de educación o intervenciones fuera del consultorio, o se consideran de “promoción y prevención”, sin una diferenciación clara de lo que uno y otro concepto significan.

Otros programas, como los de alimentación saludable, pretenden incidir sobre los estilos de vida de toda la población de la institución para mantener o mejorar su estado de salud y prevenir enfermedades. Su punto de partida son las condiciones del entorno, la responsabilidad institucional frente a ellas, el comportamiento individual y la relación de este con el entorno. Pueden combinar estrategias educativas con reglamentaciones internas y acciones de vigilancia y control para promover o controlar la distribución de ciertos alimentos o garantizar su calidad, así como abogacía ante las autoridades de las instituciones y otras instancias para garantizar espacios adecuados para la manipulación, conservación, preparación, venta y consumo de los alimentos, además de acciones para facilitar el acceso a alimentos como el control de precios, bonos, becas y subsidios de alimentación.

Políticas

Los gestores reconocen la existencia de políticas institucionales como elemento para dar empuje a la PS; algunos manifiestan que estas implican procesos previos de investigación, concienciación, participación y concertación con las autoridades universitarias para lograr su incorporación en los marcos de acción institucional, esto es, de abogacía (25), donde ellos cumplen un papel central. No obstante su relevancia, reconocen dificultades en esos procesos.

En cuanto a las configuraciones de las políticas institucionales, se identifican tres tipos: la expresión del compromiso o la voluntad institucional con la PS, la creación o soporte de acciones específicas y las regulaciones.

El primer tipo alude al compromiso institucional de actuar para incidir positivamente en el bienestar de las comunidades educativas, suponen transformaciones en el funcionamiento que involucran a diferentes sectores de la institución para lograr objetivos en salud. Esto ubica tales objetivos como valores institucionales alrededor de los cuales deberían girar diversas acciones. La política, formulada de esta manera, ejerce un papel articulador que implica el trabajo interdependencias y garantiza sostenibilidad. Este tipo de política es muy valorada entre los entrevistados, aunque señalan

su existencia como un logro difícil, en la mayor parte de los casos aún no alcanzado y que implica un trabajo de abogacía importante.

Un segundo tipo de políticas alude a la creación, desde la dirección de las instituciones, de instancias, programas o acciones para responder a propósitos considerados prioritarios o de especial interés en materia de bienestar o salud. Suelen implicar la destinación de recursos para su funcionamiento y aludir a temas como sexualidad, consumo de sustancias psicoactivas y deserción. El abordaje es preventivo, dirigido a disminuir la incidencia, actuando sobre factores de riesgo o comportamientos asociados.

Un tercer tipo de políticas se relaciona con la regulación de comportamientos. Estas medidas se dirigen principalmente a regular el entorno, aunque también se ejercen directamente sobre el comportamiento, como en el caso del consumo de tabaco.

Educación

Comprende: sensibilización y provisión de información a través de diferentes medios; inclusión de contenidos en los currículos; y oferta de opciones de formación en PS.

En cuanto a sensibilización y provisión de información, se identifican múltiples acciones dirigidas a individuos, grupos o a toda la comunidad de la institución; se realizan en espacios tradicionales de prestación de servicios de salud, como la consulta, pero también en otros como aulas, pasillos y cafeterías. Los medios utilizados incluyen material impreso, talleres y charlas, obras de teatro, cine-foros, entre otros. En algunas IES se cuenta con medios masivos de comunicación que se utilizan para estos fines.

La realización de jornadas o campañas se reconoce como estrategia de PS; estas combinan la provisión de información con actividades de tamizaje y sensibilización para estimular la modificación de comportamientos o inducir la demanda de servicios.

Estas acciones se dirigen principalmente a promover comportamientos como consumir frutas y verduras, hacer actividad física, lavarse las manos, hacerse el autoexamen de seno, o disuadir de otros, como del consumo de psicoactivos o tener relaciones sexuales sin protección.

En el diseño de materiales y estrategias educativas suelen participar diferentes actores, especialmente estudiantes, lo que se concibe como estrategia para acercarse y llegar a ellos.

La incorporación en los currículos de “conocimientos y competencias relacionadas con la prevención y promoción de la salud” (26) se refiere en la Declaración de Pamplona como línea de acción para las UPS, y es uno de los ejes de trabajo de REDCUPS, al que se denomina “Transversalización” (11).

Los entrevistados consideran importante trasladar la educación en salud de los consultorios y los servicios de salud a las aulas y otros espacios en las instituciones. Entrar a las aulas para “enseñar sobre salud” se reconoce como efectivo para llegar a los estudiantes. Las maneras de hacerlo varían de acuerdo a las dinámicas de relación entre bienestar y academia en las instituciones, al resultado de las gestiones de los funcionarios de salud/bienestar, y a la voluntad de docentes y autoridades académicas.

Se realizan cátedras, asignaturas obligatorias o electivas, se ceden horas de clase para el abordaje de contenidos relacionados con salud. Si bien algunos de estos espacios están abiertos a la comunidad, se dirigen principalmente a estudiantes de primeros semestres.

Entre los contenidos abordados se destacan la formación en habilidades para la vida, salud sexual y reproductiva, actividad física, alimentación y nutrición saludables, primeros auxilios, salud mental, bienestar emocional, uso del tiempo libre, consumo de psicoactivos, hábitos y métodos de estudio. Se alude con poca frecuencia al tema de salud ambiental, incluido en los conceptos de UPS.

Se refiere además que las carreras del área de salud incluyen en sus currículos la formación en PS y que existen programas de posgrado y de educación continua en PS ofertados desde unidades académicas. La articulación entre tales programas y las acciones institucionales de PS es escasa.

Orientación (o reorientación) de los servicios de salud

La existencia y alcance de los servicios de salud varía entre instituciones y genera controversias. Los entrevistados manifiestan inquietudes sobre la responsabilidad de las IES frente a la atención de los estudiantes y la posible duplicación de acciones del Sistema de Salud. En consecuencia,

algunas no cuentan con estos servicios, mientras otras tienen unidades que prestan atención endiferentes niveles.

Los entrevistados reiteran deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios prestados por el Sistema de Salud, que justifican la complementariedad e incluso la duplicidad.

Los gestores coinciden en que los servicios de salud de las IES cumplen un papel importante en la promoción del aseguramiento en salud, en la identificación de condiciones y necesidades de salud (principalmente de estudiantes), en la prestación de servicios preventivos y en la derivación al sistema de salud para la atención de enfermedades. Se considera imperativo que centren sus acciones de PSy prevención de la enfermedad.

Desarrollan intervenciones dirigidas a individuos o grupos sanos o en riesgo para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, incluyendo consultas de orientación, consejería y educación, tamizaje, vacunación, profilaxis y seguimiento, dirigidas a la detección e intervención tempranas de riesgos y enfermedades.

El punto de partida de sus acciones son los factores de riesgo detectados o aquellos asociados a etapas del ciclo vital; los modelos de mantenimiento de la salud han resultado entonces adecuados para guiar las intervenciones.

En definitiva, para los gestores las acciones de mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades, realizadas en los servicios de salud de las IES, caben bajo la sombrilla de la PS. Su existencia, tal como lo plantean las definiciones de UPS/US, contribuye a jalonar la salud de los miembros de sus comunidades, en tanto posibilita conocer sus necesidades, desplegar acciones acordes a las mismas y proveerles herramientas para el cuidado de sí, que puestas en el espacio donde transcurre buena parte de la vida cotidiana, resultan accesibles.

Participación

En el discurso de los gestores suele asociarse la participación con la asistencia a actividades, en algunas acciones los miembros de las comunidades educativas son receptores pasivos. No obstante, también se revelan prácticas en las que estudiantes, docentes y administrativos juegan papeles activos, evidenciando diferentes grados de participación: son consultados sobre sus problemas de salud y cómo solucionarlos,

apoyan, diseñan o lideran acciones, o actúan como pares multiplicadores en la comunidad.

Intervención sobre el ambiente

Como resultado de estrategias de abogacía y articulación intersectorial, se realizan acciones de señalización, gestión ambiental, gestión de seguridad (física y biológica), así como de disposición, construcción o modificación de la infraestructura.

Respecto a la gestión ambiental, se hacen menciones someras a estrategias de manejo de residuos, políticas sobre consumo racional de agua, energía eléctrica y papel, dirigidas a mitigar el impacto de las actividades desarrolladas en las instituciones sobre el medio ambiente. Estos programas generalmente están a cargo de instancias diferentes a salud o bienestar, pero se articulan con las iniciativas de US.

Se han realizado mejoras en cafeterías y otros expendios de alimentos, en escenarios para la actividad física, la recreación y las actividades culturales; se han creado lactarios y ludotecas. Adicionalmente, en los hospitales universitarios se garantizan condiciones adecuadas de vivienda y alimentación a estudiantes y docentes.

Investigación

Además de las contribuciones a la caracterización de la población, se realizan investigaciones orientadas al conocimiento de la vida universitaria y las necesidades percibidas por la población, así como a evaluar las acciones de PS. Sus resultados orientan la toma de decisiones y la priorización de acciones. Se realizan en cooperación con las unidades académicas y con participación de estudiantes.

DISCUSIÓN

Algunas de las acciones identificadas revelan la superposición de los conceptos de PS y prevención de la enfermedad, usados en ocasiones como sinónimos, así como la prevalencia de un concepto de salud asociado a enfermedad o a la ausencia de ella, no a sus satisfactores (16) o al desarrollo humano.

También se identifican aproximaciones a la PS que la reducen a acciones educativas o de mercadeo social, o al abordaje de los estilos de vida a partir

de la modificación del comportamiento individual, planteadas desde una perspectiva medicalizada en la que el entorno es solo la arena en que se llevan a cabo intervenciones dirigidas a poblaciones cautivas (23).

Si bien algunos gestores reconocen el entorno como activo en la determinación de la salud, no siempre su modificación se percibe como gobernable; las brechas entre bienestar y academia, las estructuras institucionales fragmentadas y desarticuladas, sumadas a la formación disciplinar y la experiencia de los funcionarios de las áreas de salud, llevan a privilegiar la educación y las prácticas preventivas (27-29).

El discurso de la PS recae inicialmente sobre las áreas de salud o los servicios médicos universitarios, demandando rupturas con el hacer tradicional, pero planteando a su vez posibilidades para reasignarles sentido. La cercanía y el conocimiento que tienen estos servicios de los entornos y comunidades universitarias, no han sido explotados por el sistema de salud.

Así, las tres estrategias clave para los practicantes de la PS identificadas en la Carta de Ottawa: abogacía para crear las condiciones esenciales para la salud; hacer posible que la gente desarrolle todo su potencial; y mediación entre los intereses de la sociedad en búsqueda de la salud (2), convocan a la transformación de la formación y la práctica de los profesionales de la salud (30,31), pero también de las IES como organizaciones.

La universidad como organización está llamada a pensarse en sus cimientos filosóficos, en las visiones de sociedad que acoge y promueve, así como en las condiciones de vida y trabajo que ofrece a sus comunidades, reconociendo plenamente su papel en la sociedad (4).

Cabe resaltar los esfuerzos de las redes, los gestores y las instituciones para transformar las estructuras y la cultura institucional. Aunque por caminos distintos, se han logrado avances importantes como la adopción de políticas y programas con perspectiva intersectorial y participación amplia de sus comunidades.

Resulta pertinente explorar desde las IES el enfoque de salud en todas las políticas (32), que permitiría abordar el efecto de las decisiones institucionales sobre la salud, por ejemplo, de las estructuras curriculares y la carga académica, las relaciones docente-estudiante, las condiciones de trabajo, etc.

En este sentido, partiendo de que la actividad universitaria suele ser la ocupación principal de muchos jóvenes (33), resulta legítimo pensar que su bienestar pasa por el ejercicio propio de esa ocupación (34). Esta relación ha sido poco abordada en la PS en las IES.

Por último, diferentes influencias han dado espacio al abordaje de la inclusión de poblaciones diversas (personas con discapacidad, mujeres, personas con identidades sexuales diversas, etnias), lo que impone desafíos a nivel de las prácticas, las políticas y la cultura de las IES (35, 36). Su relación con la PS no se reconoce claramente aún.

Las múltiples circunstancias que rodean a las IES como entornos promotores de salud, hacen evidente que el panorama de la PS en estas instituciones va más allá del abordaje de los estilos de vida saludables, y sugiere a la PS y a la salud pública, un campo de conocimiento por estudiar y desarrollar en toda su amplitud y complejidad •

REFERENCIAS

1. Catford J. Health's promotion record card: how principled are we 20 years on? *Health Promotion International*. 2004; 19(1): 1-4.
2. Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry MM. *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook*. París: IUHPE; 2011.
3. Rice M, Franceschini MC. Lessons Learned from the application of a participatory evaluation methodology to healthy municipalities, cities and communities initiatives in selected countries of the Americas. *Promotion and Education*. 2007; 14(2): 68-73.
4. Dooris M, Doherty S. Healthy Universities: current activity and future directions – findings and reflections from a national-level qualitative research study. *Global Health Promotion*. 2010; 17(3): 6-16.
5. Carta de Edmonton para universidades promotoras de salud e instituciones de educación superior. En: *II Congreso internacional de universidades promotoras de salud*; 2005; Edmonton, Canadá. p. 5.
6. Lange I, Vio F. *Guía para universidades saludables y otras instituciones de educación superior*. Santiago: Andros; 2006.
7. Arroyo H, Rice M. Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las Américas. Documento de trabajo. San Juan: 2009.
8. Ministerio de Protección Social - OPS. *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de estrategias de entornos saludables*. Bogotá; 2006.
9. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública. *Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010*. Decreto 3039 de 2007. Ministerio de Protección Social; 2007.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
11. REDCUPS, Ministerio de Salud y Protección Social. *Universidades e Instituciones de Educación Superior Promotoras de Salud*. Bogotá; 2012.
12. Ministerio de Educación Nacional. *Sistema Nacional de Información de Educación Superior* [Internet]. Disponible en: <http://www.mineduccion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/article-217583.html>. Consultado enero de 2011.

13. Muñoz M, Cabieses B. Universidades y promoción de la salud: ¿Cómo encontrar el punto de encuentro?. *Revista panamericana de salud pública*. 2008; 24(2): 139-146.
14. Kickbush I. Health Promotion. A Typology. In: OMS/Europa. *Health Promotion: concepts and principles*. Copenhagen: Documento Inédito; 1984.
15. Sutherland R, Fulton M. Health promotion. In: Sutherland R, Fulton M. *Health Care in Canada*. Ottawa: CPHA; 1992.
16. Eslava JC. Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*. 2002; 4(1): 1-12.
17. Carmona LD, Rozo CM, Mogollón AS. La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Ciencias de la Salud*. 2005; 3(1): 62-77.
18. ChapelaMdC. Promoción de la salud. Un instrumento de poder y una alternativa emancipatoria. En: Jarillo E, Guinsberg E. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
19. ChapelaMdC, Jarillo EC. Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos médico sociales*. 2001; 79: 59-69.
20. ChapelaMdC, Jarillo EC, Consejo C, Cerda A. Los conflictos de la investigación en promoción de la salud. *Salud problema*. 2003; 8(1): 69-79.
21. Czeresnia D, Machado C. *Promoción de la salud: Conceptos, reflexiones, tendencias*. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
22. Eslava JC. Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Salud Pública*. 2006; 8(Suplemento 2): 106-115.
23. Green LW, Poland BD, Rootman I. The Settings Approach to Health Promotion. In: Poland BD, Green LW, Rootman I. *Settings for health promotion: Linking theory and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
24. Wenzel E. A comment on settings in health promotion. *Internet Journal of Health Promotion*. 1997. [Internet]. Disponible en: <http://www.iuhpe.org/rhpeo/ijhp-articles/1997/1/index.htm>. Consultado marzo de 2011.
25. OMS. *Glosario de Promoción de la Salud*. Ginebra: OMS; 1998.
26. IV Congreso de Universidades Promotoras de Salud. *Declaración de Pamplona/Iruña*. 2009; Pamplona. p. 9.
27. Mantilla BP. Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. *Salud UIS*. 2011; 43(3): 299-306.
28. Maben J, Macleod J. Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 22: 1158-1165.
29. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I, Witney E. Settings based health promotion: a review. *Health Promotion International*. 2001; 16(4): 339 - 353.
30. McLean S. *Building health promotion capacity: action for learning, learning from action*. Vancouver: UBC Press; 2005.
31. Dooris M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*. 2005 December; 21(1): p. 55-65.
32. Kickbush I, McCann W, Sherbon T. Adelaide revisited: from healthy public policy to Health in All Policies. *Health Promotion International*. 2008; 23(1-4).
33. Duarte C. La actividad académica del estudiante universitario como proceso ocupacional: comprensión desde la Terapia Ocupacional. *Ocupación Humana*. 2001; 9(1): 94-101.
34. Wilcock A, Hocking C. Occupation, population health and policy development. In: Molineux M. *Occupation for occupational therapists*. Oxford: Blackwell; 2004.
35. Booth T, Ainscow M. *Índice de inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas Bristol*: Centre for Studies on Inclusive Education; 2000.
36. Perez L. Ocupación e inclusión en la educación superior. En: Katz S, Daniel P. *Hacia una universidad accesible: Construcciones colectivas por la discapacidad*. Buenos Aires: Edulp; 2011.