

Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad



Presidente de la República
Iván Duque Márquez

Ministra de Educación Nacional
María Victoria Angulo González

Viceministro de Educación Superior
Luis Fernando Pérez

Publicación del Instituto Colombiano
para la Evaluación de la Educación
(Icfes)
© Icfes, 2019.
Todos los derechos de autor reservados.

Elaborado por
Ivonne Andrea Ordóñez Monak
Francisco Nicolay Pedraza Rodríguez
Viviana Mesa Muñoz

Edición
Juan Camilo Gómez Barrera

Diseño de portada y diagramación
Linda Nathaly Sarmiento Olaya

Fotografía de portada
[https://www.accioncontraelhambre.org/
es/colombia-un-ano-despues-del-acu-
erdo-de-paz-aun-quedan-muchos-retos-
que-afrontar](https://www.accioncontraelhambre.org/es/colombia-un-ano-despues-del-acuerdo-de-paz-aun-quedan-muchos-retos-que-afrontar)

¿Cómo citar?

Icfes, (2019). *Marco de referencia del módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Saber Pro y TyT*. Bogotá: Dirección de Evaluación, Icfes.

Directora General
María Figueroa Cahnspeyer

Secretaria General
Liliam Amparo Cubillos Vargas

Directora de Evaluación
Natalia González Gómez

Director de Producción y Operaciones
Mateo Ramírez Villaneda

Director de Tecnología
Felipe Guzmán Ramírez

Subdirector de Diseño de Instrumentos
Luis Javier Toro Baquero

Subdirector de Estadísticas
Jorge Mario Carrasco Ortíz

Subdirectora de Análisis y Divulgación
Ana María Restrepo Sáenz

ISBN de la versión digital: 968-878-958-11-08

Bogotá, D. C., enero de 2019



ADVERTENCIA

Todo el contenido es propiedad exclusiva y reservada del Icfes y es el resultado de investigaciones y obras protegidas por la legislación nacional e internacional. No se autoriza su reproducción, utilización ni explotación a ningún tercero. Solo se autoriza su uso para fines exclusivamente académicos. Esta información no podrá ser alterada, modificada o enmendada.

Tabla de contenido

▶ Preámbulo	5
▶ Introducción	6
▶ Antecedentes	8
1.1 Marco legal	8
1.1.1 Saber TyT	8
1.1.2 Saber Pro	9
1.2 Alcance de los exámenes de Estado	9
1.3 Marco normativo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad	10
1.3.1 Lineamientos internacionales	11
1.3.2 Lineamientos nacionales	17
1.4 Contexto histórico: de la prevención a la promoción	21
1.5 Referentes conceptuales de la promoción de la salud	23
1.5.1 Buena Gobernanza Sanitaria	24
1.5.2 Educación para la salud	25
1.5.3 Entornos saludables	26
1.6 Referentes conceptuales de la prevención de la enfermedad	28
1.6.1 Niveles de prevención	30
1.6.2 Prevención en el trabajador	32
▶ Diseño de la prueba	35
2.1 Objetivo del módulo	35
2.2 Aspectos formales de la prueba	35
2.3 Contenidos que se evalúan	36
2.3.1 Promoción de la salud	37
2.3.2 Prevención de la enfermedad	38
2.4 Características de la prueba	39
2.4.1 Alcance para Saber TyT	40
2.4.2 Alcance para Saber Pro	41
▶ Referencias	43

Lista de tablas

▶ Tabla 1. <i>Afirmación y evidencia de promoción de la salud</i>	37
▶ Tabla 2. <i>Afirmación y evidencia de prevención de la enfermedad</i>	39

Preámbulo

Este marco de referencia presenta aspectos generales y referentes conceptuales del Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. En la definición de las especificaciones del módulo, se contó con la participación de un grupo de docentes expertos en varias profesiones de la salud, quienes en sucesivas reuniones y de manera conjunta formularon las competencias y desempeños transversales al grupo de programas del área de ciencias de la salud. Cabe resaltar que los avances de este trabajo fueron socializados y validados con miembros de la comunidad académica en todo el territorio nacional.

Los profesionales que participaron en la construcción y revisión del marco normativo del módulo fueron: Ivonne Andrea Ordóñez Monak, Carlos Fernando Niño Torres, Diana Alexandra Camargo Rojas, Gloria Stella Arenas Cadavid, Francisco Nicolay Pedraza Rodríguez.

En este marco de referencia el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (Icfes) presenta los objetivos de evaluación, la estructura y el contenido del Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, que hace parte de los módulos de competencias específicas, comunes a grupos de programas del Examen de Estado para la Evaluación de la Educación Superior, Saber Pro y Saber TyT. Esta prueba escrita estandarizada, conformada por preguntas de selección múltiple con única respuesta, cuyo objetivo es medir el grado de desarrollo de las competencias de los estudiantes en un área específica.

En el área de la salud, los futuros egresados de los diferentes programas académicos relacionados con las ciencias de la salud deben dominar teorías, metodologías y prácticas que les permitan ejercer con idoneidad los quehaceres propios de este campo, a fin de identificar y gestionar los problemas de salud de la población, e incidir positivamente en la historia natural de las enfermedades de origen común o laboral. Estos profesionales podrán, por consiguiente, centrarse en la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que redunden en beneficio de toda la población y del sistema, lo cual hará más eficiente el uso de los recursos en salud para la atención de la población colombiana.

Por tanto, el objetivo de este documento es responder las siguientes preguntas: ¿qué competencias se evalúan en el Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad?, ¿por qué se han seleccionado estas competencias como objeto de la evaluación? y ¿cómo se evalúan en el módulo?

Por su parte, respecto a los referentes conceptuales que sustentan el módulo, primero se tomó como base la definición de competencia que el Icfes adopta, entendida como un “Conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, comprensiones y disposiciones cognitivas, socio-afectivas y psicomotoras apropiadamente relacionadas entre sí para facilitar el desempeño flexible, eficaz y con sentido de una actividad o de cierto tipo de tareas en contextos relativamente nuevos y retadores” (MEN, 2006, p. 49).

Segundo, se resalta que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están constituidas como dos estrategias fundamentales que permiten alcanzar los propósitos de este campo de conocimiento, acción y formación. En efecto, desde el siglo XX, la salud pública se ha definido como “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental” (Winslow, 1920, p. 10).

Tercero, se tuvo en cuenta la normativa referente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por un lado, como se estableció en la Ley 1438 de 2011, se orientaron los esfuerzos hacia el fortalecimiento de las “acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco vigente de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población” (artículo 2.º). Por otro lado, se consideró fundamental que las intervenciones intersectoriales de las diferentes instituciones del sector educativo que poseen programas académicos en salud formen y desarrollen competencias en sus estudiantes que estén alineadas con la política y legislación nacional, así como con el nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En síntesis, este documento consta de tres grandes secciones: en la primera se analizan los referentes conceptuales para la construcción del módulo, que incluyen el contexto histórico (de la prevención a la promoción) y los conceptos promoción de la salud (buena gobernanza, educación para la salud y entornos saludables) y prevención de la enfermedad (prevención primaria, prevención secundaria, prevención terciaria y prevención de la enfermedad de origen laboral en el trabajador). Asimismo, se describe brevemente el marco legal que rige los exámenes del Icfes. En la segunda sección se describen los lineamientos normativos internacionales y nacionales vigentes sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En la tercera parte, se describen el objeto y el alcance de la prueba y se presenta la matriz de especificaciones por evaluar.

1.1 Marco legal

Los exámenes de Estado que realiza el Icfes están sustentados en la Ley 1324 de 2009, en donde se establece que el objeto del Icfes es “ofrecer el servicio de evaluación de la educación en todos sus niveles y adelantar investigación sobre los factores que inciden en la calidad educativa, con la finalidad de ofrecer información para mejorar la calidad de la educación” (artículo 12.º). Para estos efectos, en esta ley se le asigna al Icfes la función de desarrollar la fundamentación teórica de los instrumentos de evaluación, así como las de diseñar, elaborar y aplicar estos instrumentos, de acuerdo con las orientaciones que defina el Ministerio de Educación Nacional (MEN) (*Ibid.*, numeral 2).

En este marco legal, el Icfes diseña, desarrolla, aplica, califica y entrega resultados de tres exámenes de Estado, Saber 11.º, Saber TyT y Saber Pro. Adicionalmente, realiza un examen nacional por encargo del MEN para las pruebas de la educación básica, Saber 3.º, 5.º y 9.º. Cada una de estas evaluaciones tiene su respaldo en distintas leyes, decretos y normativas. A continuación, se describen brevemente las normas asociadas con el módulo que es objeto de este marco, a partir de lo dispuesto en la Ley 1324 de 2009.

1.1.1 Saber TyT

El examen de Saber TyT se basa en la Resolución 455 de 2016, fundamentada en la Ley 1324 de 2009 (artículos 1.º, 7.º y 12.º) y el Decreto 3963 de 2009, modificado por el Decreto 4216 de 2009, en donde señala que: “ El Icfes, con fundamento en lo dispuesto en esta y en otras normas que la complementen, dirigirá y coordinará el diseño, la aplicación, la obtención y análisis de los resultados del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, para lo cual podrá apoyarse en las comunidades académicas, profesionales y el sector productivo del orden nacional o internacional.” En tal resolución se dictan las disposiciones que establecen la Escala de los Resultados del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, y se aprueban módulos genéricos para las pruebas Saber TyT y el cambio de escala de dichas pruebas. Asimismo, en esta resolución se establece el calendario para la aplicación de los Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior,

dirigido a la población de técnicos y tecnólogos, las metodologías de cálculo para la obtención de resultados individuales y agregados y la línea de base para la calificación para los exámenes de las pruebas Saber TyT y Saber Pro. De igual manera, se establece la metodología de cálculo para la obtención de resultados individuales y se determina también que “es conveniente tener todas las anteriores decisiones de la Junta Directiva en un único cuerpo normativo, razón por la cual se derogarán la Resoluciones 892 de 2015 y 126 de 2016, compilando todas las normas vigentes en la presente resolución.”

1.1.2 Saber Pro

La Ley 1324 de 2009 establece el Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro, como un instrumento estandarizado para la evaluación externa de la calidad de la educación superior (artículo 7.º). También conforma, junto con otros procesos y acciones, el Sistema Nacional de Evaluación Estandarizada de la Educación, de manera que es otro de los instrumentos de los que el Gobierno nacional “dispone para evaluar la calidad del servicio público educativo y ejercer su inspección y vigilancia” (Decreto 3963, 2009, artículo 1.º). Según lo reglamentado en el anterior decreto, el diseño definitivo de los nuevos exámenes Saber Pro tendrá una vigencia de, por lo menos, doce años (artículo 3.º). Una vez sea adoptado de manera definitiva cada módulo de los exámenes será posible iniciar la generación de resultados comparables.

1.2 Alcance de los exámenes de Estado

Vale la pena señalar qué instancias participan en los procesos de evaluación de la educación y de qué manera lo hacen. Por un lado, las funciones que le competen al Icfes, al MEN y a otras entidades en la evaluación de la educación básica, media y superior se delimitan de la siguiente manera: el MEN define las políticas, los propósitos y los usos de las evaluaciones, al igual que los referentes de lo que se quiere evaluar, en consulta con los grupos de interés; también hace seguimiento a estrategias y planes de mejoramiento. Así, a partir de los criterios definidos por el MEN, el Icfes diseña, construye y aplica las evaluaciones; analiza y divulga los

resultados, e identifica aspectos críticos. Debido al desarrollo de estas funciones, otras entidades —como las secretarías de educación, los establecimientos educativos y las instituciones de educación superior— formulan, implementan y coordinan planes de mejoramiento.

Por otro lado, se cuenta con asesoría académica y técnica como parte fundamental de las labores propias del desarrollo de las evaluaciones a cargo del Icfes. Teniendo en cuenta que los lineamientos para el diseño de los nuevos exámenes se definieron de acuerdo con la política de formación por competencias del MEN, estas evaluaciones se desarrollaron en todas sus etapas (diseño, construcción de instrumentos, validación, calificación) con la participación permanente de las comunidades académicas y de las redes y asociaciones de facultades y programas, tanto en lo que se refiere a la educación básica y media como a la superior. Además, desde 2014 se ha contado con la puesta en funcionamiento de los Comités Técnicos de Área, que son una instancia consultiva de la Dirección de Evaluación para monitorear y hacer seguimiento a las evaluaciones que realiza el Icfes. Esta instancia está conformada por consultores de alto nivel en las distintas áreas evaluadas en los exámenes Saber.

1.3 Marco normativo en promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Un punto fundamental para la comprensión de los elementos propios de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la formación de los estudiantes del área de ciencias de la salud son los acuerdos internacionales y la legislación nacional vigente relacionada con el tema. Así, se tendrán en cuenta algunos actos administrativos que representan la tendencia en torno a las actividades de promoción y prevención.

1.3.1 Lineamientos internacionales

■ Declaración de Alma-Ata (1978).

En esta conferencia internacional se reafirma la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares; a su vez, se la entiende como un derecho humano fundamental cuya búsqueda del máximo nivel posible de salud es la meta social más importante a nivel mundial. Adicional, la atención primaria en salud, en la meta “Salud para todos en el año 2000”, se estableció como la estrategia específica para lograr que todos los individuos gozaran de un nivel de salud aceptable, basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad, a un coste aceptable para cualquier comunidad y país que permita cubrir cada una de las etapas de su desarrollo.

El enfoque de la atención primaria en salud abarca varios componentes. Entre estos se encuentran la equidad, la salud como asunto socioeconómico, el derecho de los individuos y las comunidades de participar en la planeación y cuidado de la salud, la intersectorialidad, la adecuación de la tecnología y los costos permisibles. Esta última se articula mediante estrategias de participación comunitaria y prevención de la enfermedad, de tal modo que es “una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas; [a su vez] esta estrategia considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud” (CENDEISS, 2004. p. 7).

■ Carta de Ottawa (1986) para la promoción de la salud.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, como respuesta a la nueva concepción de la salud pública en el mundo y a la necesidad de vincular acciones intersectoriales en las políticas públicas de los países. En la carta se planteó la salud no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida

cotidiana; se trata, por tanto, de un concepto positivo de bienestar que involucra a todos los sectores y a los sistemas sociales, culturales y económicos (OMS, 1986).

Varias investigaciones actuales han definido que la promoción de la salud es una estrategia que puede crear y modificar los modos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. Según esto, las cinco estrategias de la Carta de Ottawa que son indispensables para el éxito son (OMS, 1997):

- La elaboración de una política pública favorable a la salud;
- La creación de espacios, ámbitos o propicios;
- El reforzamiento de la acción comunitaria;
- El desarrollo de las aptitudes personales;
- La reorientación de los servicios de salud.

■ **Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santa Fe de Bogotá (1992).**

En términos generales, en esta declaración se destaca la relación entre salud y desarrollo, y se exige un compromiso renovado que sea más solidario y equitativo en la salud. Como consecuencia del desarrollo de los servicios de salud desde la década de los años 80, se genera una tendencia hacia la especialización en la atención que desarrolla más tecnología y concentra un mayor volumen de recursos en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de los individuos, con lo que los costos de la atención son mayores y el acceso a los servicios de salud es cada vez más difícil y oneroso.

Como consecuencia de lo anterior, se produjo una concentración de recursos para la atención de poblaciones pequeñas en mayor riesgo, que permitió desarrollar los servicios de salud y crear centros especializados para la atención. Lo anterior desplazó el concepto colectivo del bienestar y de las pequeñas acciones de autocuidado y prevención.

Esta situación llevó a que la OMS (2002) indicara la importancia de la identificación y gestión de los factores de riesgo responsables de la mayor carga de morbilidad, en especial en países de ingresos medios y bajos. Más aún, se propone un cambio

radical en el enfoque de los Estados, mediante el cual los poderes públicos deban ser conscientes de la importancia de darle prioridad a la minoría de personas de alto riesgo y centrarse en la adopción de medidas preventivas en beneficio de toda la población. Las medidas que pueden tomar los poderes públicos en materia de reducción de riesgos, recomendadas en el informe, son las siguientes:

- Que los poderes públicos, y en especial los ministerios de salud, intervengan más en la formulación de políticas de prevención de riesgos, proporcionando más apoyo a la investigación científica, mejorando los sistemas de vigilancia y favoreciendo el acceso a la información mundial.
- Que los países concedan la máxima prioridad a la elaboración de políticas eficaces y resueltamente encaminadas a prevenir los riesgos importantes que de manera creciente amenazan la salud. Debe hallarse el equilibrio adecuado entre la reducción de los riesgos que pesan sobre toda la población y los riesgos que corre un número menor de individuos de alto riesgo. Las posibilidades de la primera son grandes, pero a menudo no se materializan.
- Que se analice la relación costo/eficacia a fin de determinar qué intervenciones revisten prioridad alta, mediana o baja, para prevenir o reducir los riesgos, dando la máxima prioridad a las intervenciones costo-eficaces y asequibles.
- Que se aumente la colaboración intersectorial e internacional, en beneficio de los países más pobres, para reducir importantes riesgos sanitarios externos como el agua insalubre, el deficiente saneamiento y la falta de instrucción, lo que probablemente reportará grandes beneficios para la salud.

■ **Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud, Yakarta (1997).**

En 1997 se realizó la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, “Nuevos actores para una nueva era”, en Yakarta, Indonesia, en donde se reconoció la promoción de la salud como una valiosa inversión y a la salud como un derecho humano básico. De igual manera, se adicionaron algunos determinantes de la salud a los planteados en Ottawa como la seguridad social, el empoderamiento de las mujeres, la sostenibilidad en el uso de los recursos, el respeto por los Derechos Humanos y la pobreza, entendida como la gran amenaza para la salud (OMS, 1997).

En resumen, la promoción de la salud se asume como una valiosa inversión que, sustentada en la salud como un derecho humano fundamental, protege y fomenta los estilos de vida saludables a través de inversiones y acciones que actúan sobre los determinantes sociales de la salud, promoviendo el desarrollo humano y el bienestar de las personas, así como la participación de los sujetos, la organización social y comunitaria y el empoderamiento. Lo anterior contribuye significativamente a la reducción de inequidades en salud, el aseguramiento de los Derechos Humanos y la construcción de un capital social (OMS, 1997).

■ La salud pública en las Américas (2000).

A pesar de las anteriores iniciativas, “los procesos de reforma del sector de la salud hasta el año 2000 se concentraron principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas” (Muñoz *et al.*, 2000, p. 1). Aunque se definió la importancia de la salud pública, esta se había relegado a la responsabilidad social e institucional, y se concentraba en actividades o programas aislados o desarticulados con escaso monitoreo (Muñoz *et al.*, 2000). A raíz de esta dificultad, en el 2000 se creó una iniciativa continental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), denominada “La salud pública en las Américas”, en la que se definen las funciones esenciales de la salud pública (FESP) como condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública (OPS, s. f.); estas son:

- a. El monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
- b. La vigilancia, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública.
- c. La promoción de la salud.
- d. El aseguramiento de la participación social en la salud.
- e. La formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.

-
- f. El fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y el manejo en la salud pública.
 - g. La evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
 - h. La capacitación y desarrollo de los recursos humanos.
 - i. La seguridad de la calidad en los servicios de salud.
 - j. La investigación en la salud pública.
 - k. La reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública.

En la actualidad, la promoción de la salud no solo forma parte de las FESP —como puede verse— sino que también, junto a los otros niveles de la prevención de la enfermedad, está incluida dentro de las políticas gubernamentales y lineamientos de los sistemas de salud de la gran mayoría de los países participantes en las asambleas mundiales de salud.

Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo ILO-OSH 2001 (2002).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) propuso estas directrices “como un instrumento práctico que ayude a las organizaciones y las instituciones competentes a mejorar continuamente la eficacia de la seguridad y la salud en el trabajo (SST)”. Su establecimiento se basó en principios y normas acordados a nivel internacional y definidos por los tres mandantes de la OIT, así como otros sectores interesados.

Uno de los enfoques principales de los esfuerzos de la OIT al promulgar estos lineamientos es precisamente “la protección de los trabajadores contra las enfermedades, dolencias y accidentes relacionados con el trabajo” según su filosofía de promoción de oportunidades “para que los hombres y las mujeres puedan conseguir un trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana”.

El objetivo principal de las directrices es proteger a los trabajadores contra los peligros y a eliminar las lesiones, enfermedades, dolencias, incidentes y muertes relacionadas con el trabajo, propendiendo la creación de marcos legales nacionales y orientando la organización e integración de los diferentes sistemas de gestión.

■ **Declaración de Shanhái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2016).**

Como elemento fundamental para la adecuada implementación, seguimiento y control de las políticas públicas de promoción y prevención, la declaración de Shanhái prioriza la buena gobernanza, la acción local a través de las ciudades y comunidades y el empoderamiento de las personas mediante la promoción de los conocimientos sanitarios. Esta declaración orienta la promoción de la salud al cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incorpora el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como pauta y compromiso para el trabajo mancomunado e intersectorial en los países a nivel global. Se propuso el compromiso de adoptar decisiones políticas audaces en pro de la salud desde los siguientes elementos:

- a. Buena gobernanza sanitaria: la promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas de todos los sectores gubernamentales conviertan a la salud en un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y priorizar las políticas que eviten el detrimento de la salud de los individuos y las comunidades. Dichas políticas deben ser respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con el cumplimiento de los ODS. Asimismo, se toma necesario promulgar leyes que promuevan la salud, protejan el bienestar y regulen la producción y comercialización de productos no saludables.
- b. Empoderamiento de las personas a través de la educación sanitaria: las personas deben adquirir conocimientos, aptitudes e información, dado que esto los empodera para la toma de decisiones, para que participen en iniciativas colectivas relacionadas con la promoción de la salud y llevar a cabo intervenciones eficaces frente a los determinantes sociales de la salud.

-
- c. Ciudades y comunidades saludables: el liderazgo y compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y centros de atención primaria. De este modo, la salud como indicador eficiente del desarrollo sostenible de las ciudades contribuye a crear ambientes seguros, incluyentes y resilientes no solo a escalas locales, sino también regionales e incluso nacionales.

1.3.2 Lineamientos nacionales

En este módulo se tendrá en cuenta la reglamentación relacionada con la salud pública a nivel nacional, que de alguna manera tiene consecuencias en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para el contexto colombiano.

■ Ámbito laboral.

En el ámbito laboral, en donde se establecen o regulan las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cabe destacar: la Ley 9 de 1979, título III, en la cual se reglamenta la salud ocupacional; el Decreto 1295 de 1994, que regula el sistema general de riesgos profesionales, y la Resolución 1016 de 1989, por la cual se dan las disposiciones para la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.

Asimismo, se considera la Ley 100 de 1993, la cual implementó el Sistema de Seguridad Social en Salud y contempla el Plan de Beneficios que tiene por objeto regular la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud (SSS). Este plan abarca un conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud brinda a las personas “con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional” (artículo 2.º, Decreto 806 de 1998).

■ **Prevención de la enfermedad**

Respecto a la prevención, a través de la Resolución 00412 de 2000, el PIC “establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, como indica su denominación. Mediante esta resolución se establece la metodología para programación, evaluación y seguimiento de las actividades consignadas en las normas técnicas que deben desarrollar las entidades administradoras de planes de beneficio, tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo. Las normas técnicas se relacionan con dos grupos de actividades (Ministerio de Salud, 2000, artículos 8.º y 9.º):

Protección específica:

- a. Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- b. Atención preventiva en salud bucal.
- c. Atención del parto.
- d. Atención al recién nacido.
- e. Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Detección temprana:

- a. Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años de edad).
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años de edad).
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- d. Detección temprana de las alteraciones del adulto (mayor de 45 años de edad).
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- f. Detección temprana del cáncer de seno.
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

■ Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

En el módulo se tendrán en cuenta los postulados de la Ley 1438 de 2011. En general, mediante esta ley se reforma el sistema de salud dentro del marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS), y conforme a la ley, se crea el Plan Decenal de Salud Pública, como define el artículo 6.º del capítulo I del título II: “los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del Plan”.

El gran aporte de esta ley está dado en el marco de la estrategia APS, la cual se refleja en la orientación que se establece para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual busca generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, en donde el bienestar del usuario es el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto, según la estrategia APS, deben concurrir acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones necesarias para impulsar de manera constante la salud de la población.

Con el fin de contar con un marco de referencia para la gestión intersectorial, en el marco de esta Ley se establecieron las pautas para el desarrollo del Plan Decenal para la Salud Pública y para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta última está constituida por tres componentes integrados e interdependientes:

- Los servicios de salud.
- La acción intersectorial o transectorial por la salud.
- La participación social, comunitaria y ciudadana.

En definitiva, en mayo de 2013 se oficializó el Plan Decenal de Salud 2012-2021, que responde a las políticas de salud priorizadas y busca generar efectos inmediatos en los indicadores de salud. De esta manera, este plan constituye otro de los referentes para la evaluación, cuyas dimensiones priorizadas son:

- a. Salud ambiental.
- b. Vida saludable y condiciones no transmisibles.
- c. Convivencia social y salud mental.
- d. Seguridad alimentaria y nutricional.
- e. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

- f. Vida saludable y enfermedades transmisibles.
- g. Salud pública en emergencias y desastres.
- h. Salud y ámbito laboral.

Vale la pena mencionar que el Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, por tratarse de una evaluación de programas relacionados con el área de salud, además de tener en cuenta las siete primeras dimensiones, enfatiza en la dimensión salud y ámbito laboral del PDSP, entendida como acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales del orden nacional y territorial que inciden positivamente en las situaciones y condiciones de interés para la salud de los trabajadores del sector formal e informal, así como fomentar una cultura preventiva que contribuye con la meta de disminuir la tasa de accidentalidad en los trabajadores y las enfermedades laborales.

En ese sentido, los estudiantes de programas de ciencias de la salud requieren no solo conocimientos específicos en relación con los conceptos básicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sino su aplicación en el contexto real de su ejercicio profesional y laboral, lo cual demanda un conocimiento del marco normativo básico sobre el que se han cimentado los lineamientos que orientan los planes, programas y proyectos en los cuales ellos han de participar. Bajo este contexto, se proponen situaciones problemáticas hipotéticas a las cuales los estudiantes deben estar en capacidad de dar solución.

■ **Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria en salud.**

El 16 de febrero de 2015, el Congreso de Colombia promulgó la Ley 1751 con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley ratifica la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, que incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y promoción de la salud.

Teniendo en cuenta que el Estado debe formular y adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas, se están incluyendo en las pruebas Saber Pro y Saber TyT elementos que evalúen en los estudiantes los conocimientos técnicos sobre estos temas.

Entre los aspectos más relevantes, dicha ley promueve la integralidad en la atención; esto es, que “No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”; por tanto, establece el deber del Estado de adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la “reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”. De igual manera, prioriza la “atención primaria en salud” como estrategia para intervenir, promueve la consolidación de “redes integradas de servicios de salud” y “garantiza la autonomía de los profesionales de la salud” para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, la cual será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica.

1.4 Contexto histórico: de la prevención a la promoción

Desde épocas antiguas, diversas culturas reconocían la importancia de prevenir las enfermedades. Por consiguiente, una tendencia curativa se extendió hasta mediados del siglo XX. Citando a Terris (1995), en 1945, el historiador Henry Sigerist empleó por primera vez la expresión “promoción de la salud”. A pesar de que Sigerist demandó unas condiciones de vida dignas y saludables con la participación de todos los sectores sociales, en ese momento su concepción no generó un movimiento social significativo.

No obstante, Sigerist diferenció las expresiones “promoción de la salud” y “prevención de la enfermedad”, y reconoció que las medidas de la promoción de la salud tienen efectos preventivos, y no lo contrario. Es decir, un programa para evitar el consumo del cigarrillo se constituye en una actividad de promoción; por su parte, un programa que apunte a la cesación o reducción del consumo de cigarrillo desarrolla acciones de prevención; por ejemplo, el hecho de no fumar está suprimiendo riesgos frente a enfermedades inherentes al cigarrillo (García y Tobón, s. f.).

Treinta años más tarde, en 1977, se realizó la Asamblea Mundial de Salud, en donde se definió la política mundial “Salud para todos en el año 2000”, cuyo propósito era incrementar el nivel de salud en poblaciones desfavorecidas, y en la cual se tuvo en cuenta la estrategia Atención Primaria en Salud (APS).

Si bien desde la conferencia de Alma-Ata, en 1978, ya se afirmaba que la salud y el bienestar deben ser integrales en los individuos y las poblaciones, y que se encuentran estrechamente relacionados con la satisfacción de sus necesidades, solo fue hasta conferencias posteriores que se desarrollaron elementos conceptuales y operativos más vinculados con la influencia de lo social, político y económico con la salud, como fue la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, en 1986 (Ordóñez y Torres, 2015).

A partir de este momento, el interés por investigar la influencia de lo social sobre la salud, desde los contextos políticos y académicos, empezó a hacerse más evidente (Braveman, Egerter & Williams, 2011), aunque el efecto de los aspectos socioeconómicos y ambientales en la salud de las personas ha llamado la atención de diferentes culturas a lo largo de la historia de la salud pública (Rosen, 1993).

En el año 2000 se creó un nuevo hito histórico en relación con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pues por primera vez se oficializó en la agenda pública la perspectiva de desarrollo en términos de salud y bienestar de las poblaciones con la promulgación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, también conocidos como Objetivos del Milenio (ODM), estos fueron ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015.

Luego, en 2005, se creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), bajo el liderazgo de la OMS y la participación de algunos académicos encabezados por Michael Marmot y miembros representantes de la Sociedad Civil. De este proceso surge la definición de Determinantes Sociales de la Salud, como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, resaltando que “esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Hacia el 2015, los progresos realizados con los ODM fueron evaluados y con base en ellos la Asamblea General de la ONU adoptó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.

Allí se plantean 17 objetivos con 169 metas de carácter integrado e indivisible que abarcan las esferas económica, social y ambiental.

En este marco se desarrolló, del 21 al 24 de noviembre de 2016 en Shanghái (China), la Declaración de Shanghái sobre la Promoción de la Salud, aprobada con el referendo de los participantes de la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de China y la OMS. Allí se reconoce oficialmente que “la salud y el bienestar son fundamentales para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible” y se reafirma que “la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países”. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades (OMS, 2016a).

1.5 Referentes conceptuales de la promoción de la salud

Para comprender la promoción de la salud vale la pena explicar el concepto de salud. Este se ha planteado como un “derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico” (OMS, 1997, p. 3), que no se asume “como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (OMS, 1986). En igual sentido, la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100), adoptó la siguiente definición de salud: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

De esta manera, la promoción de la salud se entiende como la “suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (OMS/OPS, citado por García y Tobón, p. 5, s. f.); también se liga al bienestar y a la calidad de vida, y es esencialmente protectora de la salud. A

partir de la Declaración de Shanghái sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, se enfatiza en el control de las personas sobre su propia salud, así como a las intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida (OMS, 2016a). De igual manera, se proponen tres componentes esenciales: 1. buena gobernanza sanitaria; 2. educación sanitaria; y 3. ciudades saludables.

Frente a esto, los profesionales de las ciencias de la salud deben desarrollar acciones enfocadas al refuerzo de la acción comunitaria, así como al fomento de ambientes favorables y el desarrollo de aptitudes personales guiadas por una educación para la salud. Con relación a las acciones de diseño, construcción e implementación de políticas públicas y la reorientación de servicios, se requiere un equipo multidisciplinario e intersectorial que reconozca y se valga del ciclo para la elaboración de políticas, que incluye la planeación, concertación, negociación y aprobación.

1.5.1 Buena Gobernanza Sanitaria

Según la OMS (2016), “la promoción de la salud requiere que los formuladores de políticas hagan de la salud un aspecto central de su política. Esto significa que deben tener en cuenta las repercusiones sanitarias en todas sus decisiones, y dar prioridad a las políticas que eviten que la gente enferme o se lesione”. Este elemento se erige bajo la premisa de que las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a toda la sociedad.

Frente a esto, la Declaración de Shanghái afirma: “Con demasiada frecuencia, las deficiencias en la gobernanza van en detrimento de las medidas de promoción de la salud a nivel nacional y mundial. Gracias a la interdependencia y universalidad de los ODS, la inversión en todos los determinantes de la salud tiene unos enormes beneficios potenciales”. En este sentido, se espera que las políticas sean respaldadas por regulaciones que combinen los incentivos del sector privado con los objetivos de la salud pública y la promulgación de leyes que respalden la urbanización saludable.

1.5.2 Educación para la salud

La educación para la salud es un elemento clave en el desarrollo de aptitudes personales. Se busca que el individuo no solo adquiera conocimientos útiles para el desarrollo de una actividad particular, sino que lo haga a partir de la adquisición de habilidades que promuevan y mejoren su condición de vida y salud, así como la del colectivo (Álvarez, 2005).

Lo anterior se debe enmarcar en las necesidades de cada comunidad; garantizar la equidad, mejorar la salud en las transiciones vitales, prever y controlar las enfermedades y accidentes; desarrollar estrategias de salud intersectoriales, orientar el sector sanitario hacia resultados en pro de la salud y, entre otras, establecer políticas y mecanismos y metodologías apropiados para la gestión del cambio. Adicionalmente, todo ello debe realizarse a partir de la formación de promotores de la salud de la misma comunidad, responsabilidad que involucra a todos los profesionales de salud en su interacción con el individuo, los colectivos o actores sociales.

De esta manera, se espera que en una comunidad se generen gestores de cambio, quienes deben aproximarse a nuevas experiencias al tomar conciencia, reflexionar sobre las situaciones presentes y buscar un bienestar colectivo (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004). Esta formación en salud tiene dos enfoques educativos (Valadez, Villaseñor y Alfaro, 2004):

- El primero es más preceptivo, es decir, consiste en tan solo transmitir una información para orientar la acción: los profesionales de la salud les dan indicaciones a las personas, pues estos tienen los conocimientos suficientes y son idóneos para transmitir aquellos que resulten de interés para cada comunidad en particular.
- El segundo se basa en intervenciones que buscan cambiar hábitos y concientizar a las personas respecto a buenas conductas, comportamientos saludables y buenos estilos de vida.

Estos dos enfoques deben ir de la mano. En efecto, por medio de la información adecuada se apropian los conocimientos para llevarlos a la práctica (Valdez, Villaseñor y Alfaro, 2004). Para garantizar la masiva participación de la población y que este proceso resulte exitoso, se requiere que la planeación obedezca a unos objetivos claros. Adicionalmente, se debe plantear un tema en común, el cual debe responder a las necesidades de la población o comunidad con la que se va a trabajar. Para la delimitación del tema, de igual manera, se deben tener en cuenta la edad de las personas, sus experiencias, nivel educativo, necesidades y aspiraciones, y que las condiciones sean adecuadas en el lugar de trabajo. Finalmente, a partir de la declaración de Shanghái se enfatiza en el empoderamiento de las personas a través de los conocimientos sanitarios:

Las personas han de adquirir conocimientos, aptitudes e información que les permitan elegir opciones saludables, por ejemplo, con respecto a su alimentación y a los servicios de salud que necesitan. Tienen que tener la oportunidad de elegir estas opciones y gozar de un entorno en el que puedan demandar nuevas medidas normativas que sigan mejorando su salud (OMS, 2016).

Precisamente, en esta perspectiva se ha incluido la educación sanitaria como uno de los tres componentes esenciales de la promoción de la salud (OMS, 2016) y se debe evaluar el proceso de enseñanza, lo cual genera un índice fundamental para conocer los avances y los resultados del proceso (Álvarez, 2005).

1.5.3 Entornos saludables

Una parte de la promoción de la salud se deriva del eje ambientes favorables. Esta línea de acción se basa en la comprensión de los lazos y las relaciones que se dan entre el individuo y su medio. De esta manera, se constituye en la base de un acercamiento socio-ecológico a la salud. Estas relaciones pueden explicarse a partir del modelo ecológico, según el cual, el ambiente y el entorno conforman un elemento que genera efectos positivos o negativos en la salud de las poblaciones.

Una de las poblaciones que presenta afectación en su salud por condiciones del ambiente son los trabajadores. Este grupo está expuesto a un sinnúmero de factores que pueden ser perjudiciales para su salud, los cuales —como evidencia la historia del

proceso salud-enfermedad— han sido claramente reconocidos en las intervenciones del Estado. Este reconocimiento implicó la generación de políticas, leyes y normas que favorecen la salud del trabajador y su entorno laboral.

El concepto promoción de la salud en el lugar de trabajo ha evolucionado con el transcurso del tiempo. En los primeros años de la década de 1970, las actividades de fomento de la salud en el lugar de trabajo se centraban en una sola enfermedad o factor de riesgo, o en modificar una práctica individual que fuera riesgosa para los trabajadores. A principios de 1990 se encontró un enfoque más interdisciplinario del fomento de la salud gracias a la mejor comprensión del carácter multicausal de la salud de los trabajadores y de la importancia de la aplicación de medidas institucionales a este respecto (Red Mundial de Salud Ocupacional, 2003, p. 2).

Por otra parte, en Colombia, el interés por la salud del trabajador inició con la Ley 9 de 1979, la cual reglamenta la salud ocupacional. En esta ley se afirma que “La salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país; [del mismo modo], su preservación y conservación son de interés social y sanitario, en las que participan el Gobierno y los particulares” (artículo 81.º). Con relación a las condiciones ambientales, en los artículos 98.º a 100.º se plantea la necesidad de espacios seguros para el trabajador, libres de riesgos que afecten su salud, estrategia que los empleadores deben implementar. No obstante, la idea de programas de salud ocupacional en las empresas apareció con la Resolución 1016 de 1989, por la cual se reglamenta la organización, el funcionamiento y la forma de los programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los empleadores en el país.

Posteriormente, a partir de la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y, como parte de este, el Sistema General de Riesgos Profesionales. Este último se reglamentó mediante el Decreto 1295 de 1994, el cual establece las “disposiciones de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo” (artículo 1.º).

Con la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante la Ley 1122 de 2007, se reglamentó la creación del Plan Nacional de Salud Pública. Esto

se regula con el Decreto 3039, el cual en su objetivo 9 (“Estrategias para mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral”), en la línea de política de promoción de la salud y la calidad de vida, considera “la implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales con enfoque diferencial por género” (literal a), con lo cual se da continuidad a lo planteado en la Ley 9 y en el Decreto 1295 de 1994, frente a la promoción de la salud en el trabajo.

Este recorrido histórico y normativo relacionado con la salud de los trabajadores enfatiza en la importancia de la promoción de la salud y, específicamente, de las acciones de educación para la salud y los ambientes favorables. Estos dos últimos asuntos son estrategias que los estudiantes de programas académicos de las ciencias de la salud acogen al momento de realizar sus intervenciones en el ámbito de prácticas académicas.

Por otra parte, a partir de la declaración de Shanghái, los entornos saludables trascienden al concepto de ciudades saludables, como uno de los tres componentes esenciales de la promoción de la salud:

Las ciudades tienen un papel principal en la promoción de la buena salud. El liderazgo y el compromiso en el ámbito municipal son esenciales para una planificación urbana saludable y para poner en práctica medidas preventivas en las comunidades y en los centros de atención primaria. Las ciudades saludables contribuyen a crear países saludables y, en última instancia, un mundo más saludable (OMS, 2016).

1.6 Referentes conceptuales de la prevención de la enfermedad

Se entiende por prevención todas aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, como la reducción de factores de riesgo —que son aspectos o variables que potencialmente aumentan la probabilidad de que se presente y desarrolle un evento en salud (usualmente una enfermedad)—, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias, una vez establecida (OMS, 1998).

A partir del 2005, con la creación de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, la perspectiva de factores de riesgo se amplió a la de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que consiste en las “circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” y todo “el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2013). Los DSS, además de hacer evidentes y explicar las inequidades en salud, fortalecen la interdependencia entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad y, en consecuencia, la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial a todos los niveles que se vean reflejadas en políticas públicas integrales.

Dentro de la APS, la prevención de la enfermedad se incluye como una estrategia (junto con la promoción de la salud) que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta estrategia concibe al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, con las diferentes estructuras y niveles del Sistema Nacional de Salud (Martín Zurro y Cano, 1999).

Tradicionalmente, la prevención, desde el punto de vista operativo en los sistemas de salud, se ha relacionado con las teorías de causalidad de la enfermedad a partir de los modelos médicos. Esta postura asume la propuesta planteada por Leavell y Clark (1953), que se sustenta en lo que ellos denominan la “historia natural de la enfermedad”, la cual propone que el proceso mórbido sigue cinco periodos: prepatogénico, patogénico subclínico, prodrómico, clínico y de resolución (Blanco y Maya, 2013).

La intervención específica de la enfermedad en alguno de los periodos de este proceso, “a través de la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas, tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria), curarla (prevención secundaria) y/o devolverle las capacidades perdidas al individuo (prevención terciaria)” (Vélez, 1990).

La prevención implica cualquier medida que reduzca la probabilidad de aparición de una afección, evento o enfermedad, o que una vez establecida, interrumpa o aminore su progresión (Higashida, 2000). Esto quiere decir que, aunque sea indeseable la aparición de eventos que alteren o afecten la salud de un individuo, siempre es posible intervenirlos en su desarrollo.

1.6.1 Niveles de prevención

Prevención primaria.

Se lleva a cabo durante el periodo prepatogénico. Su propósito es la protección de las poblaciones e individuos vulnerables frente a aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir la enfermedad. Incluye la promoción y el fomento de la salud y la protección específica.

La prevención primaria se entiende como “el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia” (García y Tobón, s. f.). Contempla dos niveles: la promoción general de la salud o fomento de la salud y la protección específica.

■ Fomento de la salud.

Para el fomento de la salud se trabajan las acciones colectivas e individuales relacionadas con el fomento de estilos de vida saludable y la permanencia de factores protectores para evitar la aparición de enfermedades. Se diferencia del concepto amplio promoción de la salud porque incluye, además de la educación para la salud, la construcción de políticas públicas, la reorganización de servicios de salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de ambientes favorables. Del mismo modo, la promoción de salud tiene como propósito lograr la salud y el desarrollo humano de las poblaciones, más allá de considerar el riesgo y la enfermedad, a diferencia de la prevención.

La promoción de la salud comparte las estrategias utilizadas en la educación para la salud que se relacionan con la información, la comunicación y la educación. Principalmente, implementa estas estrategias en la prevención de factores de riesgo en toda la población sana o enferma, así como en la generación de campañas masivas para el fomento de entornos saludables y un ambiente sano.

■ **Protección específica.**

De acuerdo con la Resolución 00412 de 2000, la protección específica incluye “procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados —o población participante de un sistema de salud— frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad” (Ministerio de salud, 2000). Las medidas de protección específica se enfocan en enfermedades o eventos puntuales, que usualmente se definen previamente, de acuerdo con los ejercicios de priorización que realizan las diferentes instituciones tanto a nivel internacional como nacional.

Un claro ejemplo de esto son las inmunizaciones específicas en grupos poblacionales determinados (niños, gestantes, adultos mayores, etc.), con el propósito de minimizar o erradicar enfermedades. Lo mismo ocurre con la atención preventiva en salud bucal, atención del parto y del recién nacido y la atención en planificación familiar.

Prevención secundaria.

La prevención secundaria se requiere cuando la prevención primaria no se efectúa o, por algún motivo, no genera los resultados esperados. En este caso, la enfermedad ya está presente, pero se encuentra en un periodo patogénico subclínico, es decir, es asintomática. Incluye el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la limitación de la incapacidad o prevención de las secuelas (Blanco y Maya, 2013).

- **Diagnóstico precoz.** Su objetivo es detectar de manera oportuna la enfermedad (detección temprana), antes de que sus signos sean evidentes e inicie la aparición de secuelas.
- **Tratamiento oportuno.** Su objetivo es detener el proceso de la enfermedad para que no avance, prevenir la difusión de enfermedades transmisibles, así como las complicaciones y secuelas.
- **Limitación de la incapacidad.** Después del tratamiento oportuno, se espera detener la aparición de secuelas y la futura reaparición de la enfermedad.

Prevención terciaria.

Esta intervención se realiza cuando el individuo ya se encuentra enfermo y, por tanto, los signos, síntomas y posibles secuelas se evidencian. Debido a que ya no es posible evitar la aparición de la enfermedad, los esfuerzos en esta etapa de la prevención se encaminan a reducir el daño al máximo, para lo cual se evitan la permanencia de secuelas y la aparición de nuevas enfermedades secundarias. También propende a reducir los periodos de cronicidad, para evitar, en lo posible, los estados de invalidez y las muertes prematuras (Blanco y Maya, 2013).

Cabe aclarar que, para efectos del presente módulo, los niveles de prevención secundaria y terciaria se desarrollan únicamente de manera conceptual en este marco, y no forman parte de la evaluación ya que se tienen en cuenta las diferentes formaciones y los énfasis de cada uno de ellos. Se tendrá como elemento fundamental la prevención primaria con sus componentes: fomento de la salud y protección específica.

1.6.2 Prevención en el trabajador

Es importante considerar que los trabajadores de la salud desempeñan un papel importante en la prevención de riesgos en su propio trabajo, pero también deben tener conocimientos básicos sobre los riesgos que pueden presentarse a otros trabajadores del ámbito de la salud (o cualquier otro ámbito); por tanto, en este módulo se hace un abordaje basado en la prevención de la enfermedad en el trabajador, específicamente, de la prevención primaria. En aquella se manejan medidas para prevenir la presencia de factores de riesgo, así como para disminuir el impacto de este en la salud del trabajador. De esta manera, junto a las estrategias de promoción de la salud planteadas anteriormente y las acciones de protección específica, los profesionales de la salud llevan a cabo intervenciones que promueven la salud de los trabajadores. Específicamente, en el Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad se desarrollan preguntas que evalúan los conocimientos en dos líneas fundamentales: la bioseguridad y la salud en el trabajo.

La bioseguridad.

Es una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones y enfermedades en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, el cual debe diseñarse en el marco de una estrategia de disminución de los riesgos (Universidad Nacional de Colombia, 2012). Los principios de bioseguridad se resumen así:

- **Universalidad.** Incluye las medidas de precaución estandarizadas que el trabajador de la salud debe tener para evitar contacto con fluidos corporales del paciente, por medio de la piel y de las membranas mucosas.
- **Uso de barreras.** Evita el contacto o la exposición directa con fluidos orgánicos que se consideren de riesgo contaminante.
- **Medios de eliminación de material contaminado.** Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados para que los materiales utilizados en la atención de pacientes sean depositados en los recipientes apropiados y eliminados sin riesgo.
- **Medidas de control.** La inmunización activa de los trabajadores, docentes, estudiantes y personal auxiliar involucrados en procesos de la salud.

Salud en el trabajo.

Con relación a la normatividad nacional que hace referencia a la salud de los trabajadores, específicamente a las acciones de prevención y bioseguridad, se destaca el artículo 80.º, título III, de la Ley 9 de 1979, el cual hace referencia al objeto de la salud ocupacional. Se establece que debe propender a la prevención de los daños, a la protección de las personas ante agentes nocivos y a la eliminación de estos.

Estas disposiciones se reglamentan nuevamente en el marco del Sistema General de Riesgos Profesionales de 1994, enfatiza en la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, por medio de la vigilancia y control de los riesgos y

factores que afectan la salud de los trabajadores. En relación con la bioseguridad, vale tener en cuenta el Decreto 1543 de junio 12 de 1997, en particular su artículo 23.º que establece que

las instituciones de salud asistenciales, tanto públicas como privadas, laboratorio, banco de sangre y consultorios deberán: acatar las recomendaciones que en materia de medidas universales de bioseguridad sean adoptadas e impartidas por el Ministerio de Salud, capacitar a todo el personal vinculado en las medidas universales de bioseguridad, velar por la conservación de la salud de los trabajadores, proporcionar a cada trabajador en forma gratuita y oportuna, elementos de protección personal, elementos de barrera o contención para su protección personal, en cantidad y calidad acorde con sus riesgos y existencias en lugares de trabajo, sean estos reales o potenciales.

El Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública, en su objetivo 9 (“Estrategias para mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral”) contempla la formulación y el seguimiento de planes de mitigación de los riesgos en las empresas con base en los riesgos profesionales y ocupacionales y la accidentalidad. A partir de esto, se da continuidad a la Ley 9 y el Decreto 1295 de 1994, frente a la prevención de la enfermedad en el ámbito laboral.

En la actualidad, el Decreto 1443 de 2014 establece las responsabilidades de los empleadores, trabajadores y define que el sistema de seguridad y salud en el trabajo debe cumplir con los siguientes objetivos: 1) identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles; 2) proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SGSST en la empresa, y 3) cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales. Adicionalmente la resolución 0312 de 2019 define los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

En este orden de ideas, en el Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad se evaluarán competencias asociadas con *la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y su componente de prevención primaria, que incluye, por una parte, el fomento de la salud y la protección específica. Se tendrá en cuenta también para la evaluación la prevención de la enfermedad en el trabajador. Por otra parte, la prevención secundaria y la prevención terciaria no serán objeto de evaluación de este módulo.*

Diseño de la prueba

Para la elaboración de las especificaciones de este módulo se tuvieron en cuenta los antecedentes relacionados con los temas abordados en los programas académicos del área de la salud. Para esto, se buscó igualdad de condiciones para todos los educandos, de modo que se diera cumplimiento a los objetivos trazados en el Decreto 3963 de 2009.

2.1 Objetivo del módulo

El objetivo del módulo es evaluar en los estudiantes de ciencias de la salud las competencias para aplicar conceptos básicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas competencias les permiten priorizar las acciones por implementar de acuerdo con las condiciones de salud de las personas, las poblaciones y la normatividad vigente.

2.2 Aspectos formales de la prueba

El diseño y estructura del módulo están dirigidos a la evaluación de competencias comunes específicas de programas del área de la salud que fundamentan la adquisición del conocimiento científico. De igual modo, se basó en el diseño centrado en evidencias, que es “una aproximación a la construcción de evaluaciones educativas en términos de argumentos basados en evidencias” (Mislevy, Almond y Lukas, 2003) (Icfes, 2018). En síntesis, conforme a este modelo, se define lo que se quiere evaluar según una estructura formal de tres niveles: afirmaciones, evidencias y tareas.

Una *afirmación* es un enunciado que detalla capacidades, habilidades o conocimientos que pueden atribuirse a un estudiante. Una o más afirmaciones conforman una competencia y, de este modo, las afirmaciones describen de qué es capaz un estudiante que domina esa competencia. Las *evidencias* precisan cuáles son las acciones que pueden acreditar que un estudiante cuenta con una competencia. Se trata, entonces, de operaciones que pueden dar muestra de que se dispone de las capacidades, las habilidades o los conocimientos detallados en una afirmación. Con

una tarea se determina el desempeño de un estudiante al contestar una pregunta o seguir una instrucción. Cuando una *tarea* se resuelve correctamente, se cuenta con los elementos para sustentar una evidencia (Icfes, 2018). De este modo, a partir de la realización de ciertas tareas se evidencia si el estudiante cumple, o no, los criterios y estándares de desempeño establecidos para una competencia.

La evaluación del módulo se realiza mediante una prueba de lápiz y papel, de tiempo limitado, de selección múltiple con única respuesta. Por lo anterior, el módulo pretende evaluar las competencias que se describen específicamente en el desarrollo del tema de *promoción en salud y prevención de la enfermedad*.

Acercarse al grado de dominio que tiene un estudiante de una competencia específica no es tarea fácil, es necesario plantearles situaciones problema que simulen contextos reales y a partir de esto, inferir su grado de dominio. La evaluación se ha diseñado mediante situaciones problema, a las que el estudiante debe dar respuesta de la manera más acertada.

2.3 Contenidos que se evalúan

Para efectos de la evaluación y según su objeto se definen las siguientes dimensiones por evaluar:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.

Se pretende identificar en los estudiantes la aplicabilidad del conocimiento de las políticas de salud, así como el reconocimiento de las características de la población y sus factores de riesgo para la identificación de acciones por desarrollar relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Cabe aclarar que, respecto a estas dimensiones, el énfasis se hará en la aplicabilidad de las estrategias de las políticas de salud y la normatividad vigentes, mas no en la descripción de la ley y la normatividad.

2.3.1 Promoción de la salud

De acuerdo con el Decreto 3039,

la promoción de la salud y la calidad de vida constituyen un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias y comunidades, y a integrar el trabajo en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de fomentar los aspectos positivos y de mitigar el impacto de los negativos en la salud individual y colectiva.

Respecto a la promoción de la salud, los estudiantes deben tener en cuenta algunos elementos conceptuales propuestos en la Carta de Ottawa y en la Declaración de Shanghái. Se trata de aquellos relacionados con el desarrollo de aptitudes personales, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el fomento de ambientes favorables, para lo cual se debe dominar el uso de las estrategias de información, comunicación y educación propias de la educación para la salud. En este orden de ideas, la afirmación y las evidencias del Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad que conforman esta dimensión se formulan en la tabla 1.

Tabla 1. *Afirmación y evidencia de promoción de la salud*

Afirmación	Evidencia
1. El estudiante integra los conceptos básicos de promoción de la salud que le permiten priorizar acciones por seguir, de acuerdo con las condiciones de salud de las poblaciones.	1.1 El estudiante selecciona las acciones de promoción de la salud de acuerdo con las necesidades identificadas, las características de la población y el evento de interés en salud pública que se esté interviniendo. 1.2 Determina las acciones de promoción de la salud, en situaciones concretas en la salud de los trabajadores.

2.3.2 Prevención de la enfermedad

De acuerdo con el Decreto 3039 de 2007, la prevención se considera como

un conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo es minimizar la pérdida de bienestar evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño. Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a identificar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias en el individuo, la familia y la comunidad.

El estudiante debe reconocer los niveles de prevención, a partir de lo cual tomará decisiones en la selección de estrategias específicas, según situaciones concretas. Sin embargo, para efectos de este módulo y teniendo en cuenta las competencias de la población por evaluar, la evaluación incluirá únicamente el nivel de prevención primaria.

Sobre el proceso de prevención de la enfermedad, se toman en cuenta en esta dimensión los elementos de bioseguridad (entendida como un componente de la calidad de atención), así como las acciones por desarrollar en el ámbito laboral para fomentar la salud de los trabajadores. En la tabla 2 se muestra cómo se han formulado la afirmación y las evidencias que integran esta dimensión de la evaluación.

Tabla 2. *Afirmación y evidencia de prevención de la enfermedad*

Afirmación	Evidencia
<p>2. El estudiante integra los conceptos básicos de prevención de la enfermedad, que le permitan la priorización de las acciones por seguir, de acuerdo con las condiciones de salud de las poblaciones.</p>	<p>2.1 El estudiante identifica factores de riesgos y protectores de eventos específicos, en situaciones concretas.</p> <p>2.2 El estudiante plantea estrategias de prevención de la enfermedad de acuerdo con situaciones específicas.</p> <p>2.3 El estudiante identifica los procedimientos de la técnica antiséptica, de acuerdo con protocolos y estándares universales establecidos.</p> <p>2.4 El estudiante clasifica la disposición adecuada de los desechos hospitalarios, de acuerdo con la normatividad vigente.</p>

2.4 Características de la prueba

El armado del módulo se realizará de acuerdo con la siguiente distribución:

- La primera afirmación, relacionada con promoción de la salud, corresponde al 30 % de las preguntas del módulo.
- La segunda afirmación, relacionada con prevención de la enfermedad, corresponde al 70 % de las preguntas del módulo.

Teniendo en cuenta las diferencias normativas, operativas y ocupacionales determinadas para los distintos niveles de formación en Colombia, a continuación, se relacionan los alcances definidos para el Módulo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en las Pruebas Saber TyT y Saber Pro.

2.4.1 Alcance para Saber TyT

Según la Ley 30 de 1992 y la Ley 749 de Julio 19 de 2002, los niveles técnico profesional y tecnológico hacen parte de la educación superior en Colombia dentro de la formación de pregrado. Una de las principales diferencias con el nivel profesional radica en el enfoque operativo del conocimiento adquirido, el cual “estará orientado a generar competencias y desarrollo intelectual como el de aptitudes, habilidades y destrezas al impartir conocimientos técnicos necesarios para el desempeño laboral en una actividad, en áreas específicas de los sectores productivo y de servicios” dentro de la formación técnica profesional, y para el nivel tecnológico:

que se fundamente y apropie de los conocimientos científicos y la comprensión teórica para la formación de un pensamiento innovador e inteligente, con capacidad de diseñar, construir, ejecutar, controlar, transformar y operar los medios y procesos que han de favorecer la acción del hombre en la solución de problemas que demandan los sectores productivos y de servicios del país.

Lo anterior aplicado al talento humano en salud en Colombia desde la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad para los niveles de formación Técnico Profesional y Tecnológico, se orienta a:

- Desarrollo de actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de índole operativo, dirigidas a individuos o comunidades en el marco del desarrollo de planes, programas o proyectos previamente definidos por la normativa nacional, por las entidades territoriales y por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas o privadas), que han sido diseñados por equipos interdisciplinarios de profesionales. Estas actividades se limitan a las que legalmente se circunscriben al ejercicio de las competencias autorizadas para los técnicos y tecnólogos en salud en Colombia y pueden incluir actividades de educación en salud, actividades de prevención primaria, aplicación de protocolos de bioseguridad desde la técnica aséptica y clasificación de áreas, manejo de residuos hospitalarios, acciones de prevención en la salud del trabajador y apoyo al profesional en la prevención secundaria y terciaria.

-
- Identificación de Factores de Riesgo, Determinantes Sociales de la Salud y hábitos saludables de los individuos y las comunidades para el análisis general de contextos, así como para la orientación de actividades de su competencia desde la Promoción de la salud y la Prevención de la Enfermedad.
 - Identificación de los aspectos característicos de la Promoción de la Salud y los diferentes Niveles de Prevención, aplicados a la priorización de acciones preventivas o la orientación de usuarios del Sistema General de Seguridad en Salud.

2.4.2 Alcance para Saber Pro

Según la Ley 30 de 1992 y la Ley 749 de Julio 19 de 2002, al nivel profesional hacen parte del grado más alto de formación de pregrado dentro de la educación superior en Colombia. Este se diferencia de los niveles previos porque, además de formar para el desempeño de una ocupación desde un área o disciplina determinada, incluye una fundamentación teórica más robusta desde unas propuestas metodológicas y científicas que se orientan al desarrollo de una mayor autonomía y análisis enfocados a la toma de decisiones y resolución de problemas disciplinares. Esto aplicado al talento humano en salud en Colombia desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para los niveles de formación profesional, se orienta a:

- Diseño, planeación, ejecución y evaluación de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a individuos o comunidades en el marco del desarrollo de planes, programas o proyectos de acuerdo con el marco normativo nacional y los lineamientos internacionales.
- Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, según el marco normativo nacional, de acuerdo con su participación como actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los entes territoriales o las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (públicas o privadas). Estas actividades pueden incluir acciones operativas y de análisis en torno a la educación en salud, niveles de prevención, aplicación de protocolos de bioseguridad desde la técnica aséptica y clasificación de áreas, manejo de residuos hospitalarios, acciones de prevención en la salud del trabajador y manejo del riesgo.

-
- Identificación de factores de riesgo, determinantes sociales de la salud y hábitos saludables de los individuos y las comunidades para el análisis general de contextos, así como para la priorización de acciones y toma de decisiones desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
 - Identificación de los aspectos característicos de la promoción de la salud y los diferentes niveles de prevención de la enfermedad, analizados desde diversos contextos.

Referencias

- Álvarez, R. (2005). Educación para la salud. México DF. :México. Manual Moderno.
- Blanco, J.H., y Maya, J. M. (2013). Fundamentos de salud pública. 3. a edición, Medellín, Colombia: Corporación para las Investigaciones Biológicas, (CIB).
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D.R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. Annual Review of Public Health, 32, 381-398. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101218
- Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS). 2004. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Universidad de Costa Rica. Recuperado de http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevencion.pdf
- Congreso de la República. (2011). Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 19 de enero de 2011, n.º 47.957. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- García Ospina, C., y Tobón Correa, O. (s.f.). Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Recuperado de <http://www.hsjbelen.gov.co/pdf/atencionprimariaensalud.pdf>
- Higashida, B. (2000). Odontología preventiva. México D.F, México.: McGraw-Hill Presidencia de la República. (1998). Decreto 806 de 1998: Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Diario Oficial, 5 de mayo de 1998 n.º 43 291. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.

-
- Icfes, (2018b). Guía Introductoria al Diseño Centrado en Evidencias. Bogotá, D.C.: Icfes.
- Leavell, H. R., y Clark, E. G. (1953). Textbook of preventive medicine. New York: McGraw-Hill.
- Maya Mejía, J. M. y Torres, Y. (2005). Historia de la salud pública. En: Fundamentos de salud pública Tomo 2^o ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Martín Zurro, A., y Cano, J. F. (1999). Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. España: Elsevier.
- Ministerio de Salud. (2000). Resolución 00412 de 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario Oficial, 25 de febrero de 2000, n.º 43.956. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Mislevy, R. J., Almond, R. G., & Lukas, J. F. (2003). A Brief Introduction to Evidence-Centered Design. Princeton, NJ: Educational Testing Service. Recuperado de <https://www.ets.org/Media/Research/pdf/RR-03-16.pdf>
- Muñoz, F., López-Acuña, D., Halverson, P., Guerra de Macedo, C., Wade, H., Larrieu, M., Ubilla, S., y Zeballos, J. L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3012.pdf>
- Ordóñez, I., y Torres, M. (2015). Puede Colombia subsanar las inequidades en salud en una generación. En Fundación para la Educación y Desarrollo Social (FES) (Ed.), Equidad Perspectivas para Colombia (p. 239–262). Primera edición, Santiago de Cali, Colombia: FES.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá: OMS.

_____. (1997). Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Conferencia Internacional de Yakarta, 1997. Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

_____. (1998). Promoción de la Salud, Glosario. Ginebra: OMS.

_____. (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Suiza: OMS.

_____. (2013), Determinantes sociales de la salud, publicado en: Organización mundial de la salud, recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/es/

_____. (2016). Preguntas y respuestas en línea. Agosto. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

_____. (2016a) Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Shanghái; 2016 [cited 2017 Apr 3]. Recuperado de: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>

_____. (2016b). ¿Qué es la promoción de la salud? Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (1992). Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá, noviembre de 1992. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/promocion-Bogotá.pdf>

-
- _____. (2002). Funciones esenciales de la salud pública (FESP). En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, D. C.: OPS.
- Presidencia de la República. (2007). Decreto 3039 de 2007: Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial, 10 de agosto de 2007 n.º 46 716. Bogotá, D. C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Rosen, George (1993) [1958] A History of Public Health. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Secretaría Distrital de Salud (2005). Sistematización de la Experiencia de Rehabilitación Basada en la Comunidad –RBC: Bogotá, D. C.: SDS.
- Terris, M. (1990). Orientaciones estratégicas y prioridades pragmáticas para el cuatrenio 1991-1994. Resolución XIII de XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana OPS/CSP. 23/14.
- _____. (1994). Orientaciones estratégicas y prioridades pragmáticas para el cuatrenio 1991-1994. Resolución XIII de XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana OPS/CSP. 23/14.
- _____. (1995). The Contributions of Henry E. Sigerist to Health Organization. *Journal of Public Health Policy*, 16(2), pp. 152-197.
- _____. (1999). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica N.º 557. Washington, D.C.: OPS.
- Universidad Nacional de Colombia. (2012). Manual de bioseguridad y esterilización. Facultad de odontología. Sede Bogotá. Sistema de Gestión de Calidad en Salud. Noviembre de 2012.

Valadez, I., Villaseñor, M. y Alfaro, N. (2004). Educación para la salud: la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1, 43-48.

Vélez, A. L. (1990). Conceptos básicos del proceso salud-enfermedad. *Monografías Universitarias N.º 9*, noviembre. Manizales: Universidad de Caldas.

Winslow, C. E. A. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science* 51(1306), 23-33.

