

## Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia

### Conceptual and normative evolution of health promotion in Colombia

Blanca Patricia Mantilla<sup>1</sup>

#### RESUMEN

La modificación del sistema de salud colombiano estimulado por la Constitución de 1991 y concretado en la Ley 100 de 1993, incluyó la promoción de la salud dentro de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Como se precisó inicialmente en la Carta de Ottawa, la promoción de la salud debía estar orientada al desarrollo de condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas favorables a la salud y propender por la ejecución de acciones articuladas entre sectores, instituciones, individuos y comunidades. 18 años después de la Ley 100, la promoción de la salud sigue a la espera de su desarrollo como corresponde a sus fundamentos conceptuales y operativos. El artículo hace una revisión sobre la evolución de los conceptos y la normatividad promulgada en Colombia, señalando las confusiones, avances y retrocesos en la implementación de los diferentes decretos y resoluciones sobre el tema. *Salud UIS 2011; 43 (3): 299-306*

**Palabras clave:** Determinantes de la salud, salud y bienestar, calidad de vida y salud

#### ABSTRACT

The modification of the Colombian Health System promoted by the Constitution of 1991 and materialized through the implementation of Law 100 of 1993 included health promotion in the benefits plans of the Social Security Health System. As it was initially outlined in the Ottawa Letter, health promotion should be oriented to the development of social, economic, environmental and political conditions for the improvement of health and should encourage the execution of articulated actions between sectors, institutions, individuals and communities. Eighteen years after Law 100, health promotion is still to be developed in accordance to its conceptual and operative fundamental aspects. This article reviews the evolution of the concepts and regulations promulgated in Colombia on this subject, pointing out the misunderstandings, progress and setbacks of the implementation of the different decrees and resolutions. *Salud UIS 2011; 43 (3): 299-306*

**Key words:** Determinants of health, wellbeing and health, quality of life and health

---

1. Instituto PROINAPSA, Centro colaborador de de la OMS/OPS en promoción de la salud y salud sexual reproductiva. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

**Correspondencia:** Blanca Patricia Mantilla Uribe, Magister en Pedagogía, Especialista en Administración de Servicios de Salud y Especialista en Docencia Universitaria, Carrera 32 No. 29-31 piso 3, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Teléfono: +57 7 6327612; E-mail: bpmantil@uis.edu.co

**Recibido:** 28 de Septiembre de 2011 **Aprobado:** 19 de Octubre de 2011

## INTRODUCCIÓN

### El concepto de promoción de la salud (PS)

El concepto de PS es de reciente aparición en el mundo. A pesar de que el historiador Henry Sigerist<sup>1</sup> lo había planteado en 1945, solo a partir de la Carta de Ottawa<sup>2</sup> promulgada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública en 1986, el concepto se manifiesta con mayor arraigo en las políticas y formas de organización de los países, y pasa a ser considerado como punto de origen de la Nueva Salud Pública. Por esto, en países como Colombia, el concepto de promoción de la salud es también de reciente aparición. La Constitución Política de 1991 en el artículo 49 establece por primera vez que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad<sup>3</sup>.

Por lo anterior se entiende por qué la promoción de la salud aparece ligada sobre todo a los servicios de salud, aunque en este artículo constitucional existen otros elementos que, desde el concepto y práctica de la promoción de la salud, podrían fortalecer su implementación. Se puede pensar, por ejemplo, en las nociones de saneamiento ambiental o del cuidado de la propia salud y el de la comunidad.

El fundamento conceptual incluido en la Constitución en el artículo 49, ha propiciado en Colombia la preeminencia de la idea de la promoción de la salud ligada especialmente a los servicios sanitarios, a pesar de que en 1992 se realizó la “Declaración de Santafé de Bogotá”<sup>4</sup>, en la cual se planteó que: “la Promoción de la Salud en América Latina consiste en la creación de condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental para el desarrollo, asumiendo la relación de mutua determinación entre salud y

desarrollo. Esta es una declaración que, aunque ha sido muy importante para la región de las Américas, en el país fue impulsada sobre todo por grupos académicos ubicados en la capital, por lo cual, como se verá más adelante, no logró trascender en su momento los niveles decisorios políticos del Ministerio de Salud.

### La ley 100: énfasis en el aseguramiento

Por su parte, la Ley 100 de 1993<sup>5</sup>, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), es promulgada para dar cumplimiento a la Constitución Política de Colombia. Esta ley transformó de manera radical el Sistema Nacional de Salud<sup>6</sup>, que operaba desde 1975 y que estaba centrado en proveer servicios de salud a la población más pobre a través de los hospitales del Ministerio de Salud. Tal transformación es la consecuencia de una corriente descentralizadora, neoliberal, derivada de la economía de la salud, las teorías gerenciales de la década de los noventa y de criterios de costo-efectividad basados en la epidemiología, que Granados<sup>7</sup> ha denominado el tercer paradigma de la salud pública moderna “económico gerencial”. Por lo tanto, el objetivo principal de la Ley 100 era garantizar a la población colombiana acceso a la seguridad social en salud. Para llevarlo a cabo, la ley se estructuró en dos grandes componentes: aseguramiento de los servicios de salud y descentralización: acciones en salud de los municipios y departamentos.

*Aseguramiento de los servicios de salud:* Este primer componente consiste en garantizar la prestación de los servicios de salud a la población a través de empresas administradoras denominadas Empresas Promotoras de Salud (EPS), nombre este que generó confusión, pues aunque allí esté explícita la promoción de la salud, el funcionamiento de estas empresas nada tiene que ver con ella. Estas EPS deben asegurar la prestación de los servicios de salud a la población afiliada por medio de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), esto es, hospitales, clínicas, centros de salud, unidades de los diferentes niveles de atención públicos o privados. Estos servicios de salud ofertados por las IPS están estandarizados en un plan de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS). Este POS comprende acciones individuales orientadas a la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades<sup>8</sup>. Adicionalmente, el POS tiene cobertura familiar.

El aseguramiento de los servicios de salud tiene lugar a partir de dos tipos de regímenes: el Contributivo y el Subsidiado. El primero es para aquellas personas

con capacidad de pago, es decir, que tienen un contrato de trabajo, que son trabajadores independientes o pensionados, y que cotizan su salud en el sistema de seguridad social por intermedio de las EPS para que se les preste el POS. El régimen subsidiado es para aquellas personas más pobres y vulnerables, sin capacidad de pago, por las que cotiza el Estado con los presupuestos de departamentos y municipios, con miras a que puedan acceder a un plan de beneficios denominado Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado (POS-S) y que cubre aproximadamente un 50% de las acciones del POS contributivo. El componente de promoción de la salud y prevención de enfermedades es igual en los dos regímenes.

*Descentralización:* acciones en salud de los municipios y departamentos: Este componente da responsabilidades específicas a los entes territoriales (32 departamentos y 1120 municipios) para el manejo de la salud. Inicialmente les otorgó cuatro grandes grupos de responsabilidades: dirigir el sistema departamental o municipal de salud; promover la salud y prevenir las enfermedades a través de otro plan de beneficios, el Plan de Atención Básica (PAB); regular el aseguramiento; vigilar la salud pública y los servicios de salud. Para el caso de los departamentos, se incluyó la responsabilidad de ofrecer asistencia técnica a los municipios de su jurisdicción.

### **La ley 100: enfoque reduccionista en promoción de la salud**

Dentro de la misma Ley 100 se reglamentó la promoción de la salud. Para ello, en principio, el Ministerio de Salud promulgó dos resoluciones: la 3997 de octubre de 1996<sup>9</sup> y la 4288 de noviembre del mismo año<sup>10</sup>.

En estas resoluciones se define la promoción de la salud como “la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades”. Cabe resaltar que aquí se hace una interpretación de la promoción de la salud como acciones, y que ello supone un enfoque francamente reduccionista si se compara con lo promulgado en la Carta de Ottawa y otras declaraciones<sup>2,11</sup> que definía la promoción de la salud como “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Sumado a esto, en la Resolución 3997 se hace referencia a “Actividades de Promoción y Prevención”, es decir, se utilizan como sinónimos las expresiones “promoción de la salud” y “prevención de las enfermedades”, lo que ha contribuido a la confusión de los términos, pues realmente lo que se estableció en la resolución fueron las actividades de prevención que debían ser desarrolladas en el POS por parte de las EPS.

### **Inconveniente confusión entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

Este enfoque de la promoción de la salud como acciones a realizar desde los servicios de salud y como sinónimo de prevención de enfermedades es el que imperó durante los primeros años de operativización de esta ley, no solamente dentro del POS, sino también desde el PAB, que es el único del que es responsable el Estado, y por tanto es colectivo, gratuito para la población y obligatorio para municipios y departamentos.

Y aunque en el PAB se mencionaba que las acciones obligatorias debían ser de promoción de la salud, prevención de las enfermedades, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, la mayoría de las acciones realizadas a través de este plan estuvieron limitadas a la prevención de enfermedades más frecuentes y algunas a la vigilancia de la salud pública. En la mayoría de las ocasiones, ello ocurría debido a que estas acciones, que están dentro del paradigma de lo biológico y patocéntrico, son más conocidas por los profesionales del sector sanitario, pues estos han recibido entrenamiento específico para tal fin. Mientras tanto, las contempladas en promoción de la salud implicaban acciones intersectoriales, de participación comunitaria y de utilización de otras metodologías y tecnologías donde el personal sanitario no tiene el mejor liderazgo y se involucra el paradigma de cómo generar condiciones para la salud de la colectividad.

Con la Resolución 0412 de 2000<sup>12</sup>, que estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y adoptó 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; se hace una más clara diferenciación de las acciones de protección específica y detección temprana con respecto a las de promoción de la salud, es decir, en esta resolución se establecen las normas y guías de atención para las EPS e IPS que manejan el POS, con el valor agregado de que allí ya no tiene lugar la confusión entre las acciones de promoción

de la salud y prevención de la enfermedad. Quedan, de esta manera, las acciones de promoción de la salud bajo la responsabilidad del PAB. Sin embargo, en el lenguaje y en el imaginario del personal de los servicios de salud impera todavía el paradigma de “promoción y prevención” como acciones y sinónimos, según el cual, en promoción de la salud, hay que realizar acciones desde los servicios de salud y estas son equivalentes a las de prevención de la enfermedad.

Así mismo, la resolución 4288 de 1996<sup>10</sup>, no fue suficiente para la operativización del PAB, por lo que se formularon reglamentaciones para facilitar su puesta en marcha. Estas fueron:

Circular externa 052 de diciembre de 2002. Lineamientos para la ejecución de los recursos asignados para la salud pública en 2003 y las acciones de estricto cumplimiento del PAB<sup>13</sup>.

Circular 018 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para la salud pública<sup>14</sup>.

En estas circulares se establecieron las metas, actividades e indicadores de estricto cumplimiento dentro del Plan de Salud Pública. Con este fin, se formularon las metas nacionales para el periodo correspondiente:

- Reducción de las enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la Política de salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (fiebre amarilla, dengue, malaria, leishmaniasis, chagas).
- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria.
- Implementación de la Política de Salud Mental y reducción del impacto de la violencia en la salud.
- Otras acciones para la prevención y control de enfermedades de interés en salud pública (tuberculosis, lepra, zoonosis).
- Inspección, vigilancia y control de factores de riesgo del ambiente.

Se ve claramente cómo en estos lineamientos se quiere incorporar un enfoque preventivo. Sin embargo, cuando se analizan con más detenimiento algunas de

estas líneas prioritarias, se encuentra que el enfoque de promoción de la salud está presente especialmente a través de la implementación de estrategias de información, educación, comunicación y movilización social; coordinación con el sector educativo y otros sectores del desarrollo; participación comunitaria para garantizar, por ejemplo, la seguridad alimentaria de la población colombiana; creación de redes de protección y grupos de apoyo social, y el desarrollo de la estrategia de habilidades para vivir en establecimientos educativos.

También se hace evidente la confusión de términos desde el mismo nombre, en la línea “Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas”. En esta línea se propone “formular y concertar un proyecto intersectorial con enfoque comunitario para promoción de la salud orientada a la reducción integrada de tabaquismo, inactividad física y alimentación no saludable”, con lo cual se continúa usando la promoción de la salud como sinónimo de prevención o como fomento de la salud.

La Circular 018 de 2004 estableció unas estrategias de interés en salud pública, es decir, que son transversales a estas líneas prioritarias. Tales estrategias fueron: Participación social; habilidades para la vida; estrategias de información, educación y comunicación y escuelas saludables. Todas ellas hacen parte del concepto y desarrollo de la promoción de la salud que se ha venido realizando en el mundo.

### **Modificación de la ley 100: mejores conceptos para la promoción de la salud**

A partir de la Ley 1122 de 2007<sup>15</sup>, la cual modificó algunos apartes de la Ley 100 de 1993 y ajustó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se estableció una nueva reglamentación para la Salud Pública, creando un Plan Nacional de Salud Pública, el cual deberá formularse para cada cuatrenio de gobierno y hacer parte del Plan Nacional de Desarrollo. El objetivo de este Plan Nacional de Salud Pública es “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”. Tal Plan será desarrollado a nivel nacional, a nivel territorial (departamentos y municipios) y por las aseguradoras (EPS).

En esta Ley se enfatiza que la responsabilidad de las metas en las prioridades de salud pública es compartida entre las EPS a través del POS y las entidades territoriales

a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, que reemplazó al PAB.

Para reglamentar la operativización del Plan de Salud Pública, el Ministerio de la Protección Social promulgó el Decreto 3039 de 2007<sup>16</sup>, por el cual se adoptó el Plan de Salud Pública 2007-2010. En este último se estableció que para el diseño del Plan se articulan tres enfoques: Enfoque poblacional, enfoque de determinantes y enfoque de gestión social del riesgo. Con esto se tiene en cuenta uno de los principales enfoques de la promoción de la salud: el enfoque de los determinantes de la salud<sup>17</sup>. En esta dirección el Decreto incluye cuatro grupos de factores: “ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud”.

También el Decreto formula cinco líneas para el desarrollo de la política en salud:

- La promoción de la salud y la calidad de vida
- La prevención de los riesgos.
- La recuperación y superación de los daños en la salud.
- La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

En la primera línea, la promoción de la salud es definida como “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, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”<sup>16</sup>. Por lo tanto, retoma lo planteado en la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado<sup>18</sup>, cuando plantea la necesidad de abogar por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad, y enfatiza la promoción de la salud como una estrategia para conseguir el desarrollo humano y mejores niveles de salud y de vida para la población a través de la intervención en los determinantes de la salud y el establecimiento de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales, y la sociedad civil con el objetivo de crear acciones sostenibles.

Este decreto<sup>16</sup> también estableció las estrategias de esta línea de política, unas a cargo de la nación, otras

a cargo de las entidades territoriales, y otras más a cargo de las EPS y las IPS según sus responsabilidades y competencias. Sin embargo, las estrategias comunes son:

- Formulación, desarrollo, adopción y evaluación de políticas públicas de promoción de la salud y calidad de vida.
- Fomento de la educación para la salud dentro y fuera del sector salud.
- Formulación, desarrollo, adopción y evaluación de las políticas para mejorar la participación social y comunitaria en salud.
- Abogacía para movilizar voluntades, compromisos políticos intersectoriales y comunitarios para mejorar la salud y calidad de vida y establecer alianzas para la construcción de entornos saludables.
- Formulación, desarrollo, adopción y evaluación de las políticas para la reorientación de los servicios de salud hacia la promoción de la salud y calidad de vida, bajo estándares de calidad y satisfacción de los usuarios.

También define unas prioridades nacionales en salud a partir de una descripción y un análisis de la situación de salud en Colombia. Las prioridades que se definen son:

- La salud infantil.
- La salud sexual y reproductiva.
- La salud oral.
- La salud mental y las lesiones violentas evitables.
- Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.
- Las enfermedades crónicas no transmisibles.
- La nutrición.
- La seguridad sanitaria y el ambiente.
- La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.
- La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

El Decreto 3039 de 2007<sup>16</sup> estableció objetivos, metas y estrategias para cada una de estas prioridades en sus respectivas líneas de política.

Al realizar un análisis de lo planteado en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, se encuentra una mayor congruencia en la formulación que hace para convertir en realidad la promoción de la salud y calidad de vida en Colombia. Plantea un claro enfoque de trabajo interinstitucional e intersectorial, proponiendo iniciativas de enfoque comunitario, de desarrollo y evaluación de estrategias de información, educación,

comunicación social con enfoque etno-cultural, realizando abogacía para el desarrollo de programas conjuntos con las instituciones educativas y otros sectores del desarrollo, construyendo redes sociales y grupos de apoyo con las comunidades y reorientando los servicios en asocio con las entidades aseguradoras EPS y prestadoras de servicios de salud.

A partir de lo planteado aquí, entonces, se nota una mayor claridad para que los diferentes actores del sector salud trabajen en el marco de la promoción de la salud y la calidad de vida.

### **Plan de salud pública de intervenciones colectivas: regresa la confusión**

Sin embargo, posterior a este decreto, el Ministerio de la Protección Social promulgó la Resolución 425 de 2008<sup>19</sup>, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. En esta resolución se plantea la necesidad de que cada entidad territorial (departamento o municipio) formule un Plan de Salud Territorial que debe hacer parte del Plan de Desarrollo Territorial.

Este Plan de Salud Territorial adopta e implementa las líneas de política formuladas en el Plan Nacional de Salud Pública: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de riesgos; recuperación y superación de daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento; gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan. Así mismo, debe partir de un diagnóstico general de la situación de salud territorial y debe contener seis ejes programáticos:

- Aseguramiento
- Prestación y desarrollo de servicios de salud
- Salud pública
- Promoción social
- Prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales
- Emergencias y desastres.

Para cada uno de estos se establecen acciones de obligatorio cumplimiento. En el eje de Salud Pública se incluye la formulación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, que está compuesto por dos grandes grupos de intervenciones, procedimientos y actividades:

**Promoción de la salud y calidad de vida:** En este grupo se enumeran una serie de acciones que inician con la palabra “promoción”, pero que en muchos casos se refiere a la difusión o al fomento de programas o campañas, tales como: vacunación, atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia –AIEPI–, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia –IAMI–, campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH, campañas de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial.

Como se sabe, usar “campañas” en salud pública no ofrece sostenibilidad y continuidad de las acciones, surten efecto por un tiempo muy limitado y no facilitan el mantenimiento de los comportamientos que se quieren promover.

Adicionalmente, se incluyen en este grupo actividades de prevención como: “prevención del consumo de sustancias psicoactivas”, “tamizaje en salud mental”, “detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria”.

Además, aparecen confusiones, por ejemplo: “Promoción del desarrollo de servicios de salud diferenciados para la prevención del consumo experimental y cesación del consumo de tabaco por ciclo vital, sexo y etnia” o “promoción de la salud auditiva y cognitiva, y prevención de las lesiones evitables en coordinación con las EPS” (12).

**Prevención de los riesgos en salud:** En este grupo de actividades se incluyen acciones dirigidas a la canalización, detección precoz y atención primaria de algunas de las principales problemáticas priorizadas en el decreto 3039.

En la reglamentación de este Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas también se establece que solo puede ser realizado por las IPS del Estado, esto es, por hospitales gubernamentales, lo que condiciona también unos saberes y un quehacer del personal de salud, ligado con la prestación de los servicios de salud más que con la promoción de esta y con la calidad de vida, pues tradicionalmente han atendido enfermedades.

## **CONCLUSIONES**

Todo lo anterior permite mostrar que si bien es cierto que en las políticas formuladas últimamente en Colombia a través de la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 3039 del mismo año, se dio un marco teórico,

conceptual y procedimental para llevar a cabo la promoción de la salud y la calidad de vida, basados en la salud como derecho humano y determinada socialmente, en la reglamentación final en la que se plantea a departamentos y municipios lo que deben hacer en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, desaparece la promoción de la salud como un proceso y se la confina a acciones basadas en la difusión o fomento de la atención a través de los servicios de salud, con muy poca o ninguna articulación intersectorial ni participación comunitaria. También en esta reglamentación prácticamente desaparecen las estrategias de información, educación y comunicación para la salud. Adicionalmente, en opinión de la autora, en este Plan persiste de forma desafortunada el enfoque medicalizado, biologicista, centrado en la enfermedad y con profundas confusiones respecto de la promoción de la salud y la prevención de los riesgos en salud.

Se puede concluir que aún estamos lejos de cerrar la brecha entre lo que sabemos de promoción de la salud y la determinación social de la misma, y lo que hacemos en la práctica local desde los municipios y departamentos del país.

Seguramente este es el reto para quienes somos amantes de la promoción de la salud: cómo desarrollar e implementar innovaciones para crear mejores condiciones de salud dirigidas a la población, no solamente desde el tradicional sector salud ni desde la noción de ausencia de enfermedad.

Como escribió el profesor Paulo Freire: “La teoría en sí misma no transforma el mundo. Puede contribuir para su transformación, pero para eso tiene que salir de sí misma y tiene que ser asimilada por aquellos que van a causar con sus acciones reales y efectivas esa transformación”.

## AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos al Dr. Hiram Arroyo, Director Regional de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud UIPES, Oficina Regional para América Latina ORLA, por su invitación a participar del curso “Modelo comparados en Promoción de la Salud” que coordinó con el Instituto Nacional de Salud Pública de México, el cual se realizó en agosto de 2010 y que inspiró el presente artículo.

Adicionalmente, unos agradecimientos especiales a la Dra. Lucila Niño Bautista, Fundadora y Ex directora del Instituto Proinapsa, quién ha sido un permanente apoyo e inspiración del saber y quehacer en promoción de la salud y ahora como compañera de trabajo en el fortalecimiento de la publicación de lo que se hace en esta institución.

## CONFLICTOS DE INTERES

La autora manifiesta que este artículo de revisión temática no presenta ningún conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Terris, M. Conceptos sobre la Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública. Memorias Conferencia sobre la Implementación de la estrategia de la Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C, 1992.
2. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
3. Colombia. Constitución Política. Bogotá: Imprenta Nacional, 1991.
4. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Colombia. Promoción de la Salud y Equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá, 1992.
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Por la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Imprenta Nacional, 1993.
6. Ministerio de Salud de Colombia. Decreto 056 de 1975 por el cual se organiza el Sistema Nacional de Salud. Bogotá: Imprenta Nacional, 1975.
7. Granados, R. La promoción de la salud en el siglo XXI. En: Franco, S. La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Memorias Cátedra Manuel Ancizar. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003: p 153-174.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 1891 de Agosto 3 de 1994. Por el cual se reglamenta el fomento de la salud y prevención de la enfermedad. Bogotá: Imprenta Nacional, 1994.

9. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996. Por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS. Bogotá, 1996.
10. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4288 del 20 de Noviembre de 1996. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 1996.
11. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Indonesia. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Yakarta, 1997.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 0412 de 2000. Por la cual se reglamenta la promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud y las Guías de Atención Integral. Bogotá, 2000.
13. Colombia. Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Circular externa 052 de 2002. Por la cual se dan los lineamientos para la ejecución de los recursos asignados para la salud pública en el 2003 y de las acciones de estricto cumplimiento del PAB. Bogotá, 2002.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Circular 018 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para la salud pública. Bogotá, 2004.
15. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 2007.
16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de agosto 10 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, 2007.
17. Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. México, 2000.
18. Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok, 2005.
19. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008. Por la cual se define la metodología para la elaboración, seguimiento, evaluación y control del Plan de Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá, 2008.