



PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO POLÍTICA. UN ENFOQUE SALUTOGÉNICO DEL DESARROLLO

Mauricio Jesús Rivas Gil *

RESUMEN

La enfermedad es solo uno de los tantos procesos que atravesamos en nuestra existencia. La naturaleza negativa de las patologías para muchos es indiscutible, pero la manera en que cada individuo la afronta y la emplea en su beneficio le proporciona un carácter utilitario. La capacidad de afrontar las situaciones de estrés y estados patológicos está determinada por el modo de emplear todos los recursos a nuestro alcance. Hacemos hincapié en que no siempre existe una relación proporcional directa entre los niveles de desarrollo humano mundialmente aceptados y los hábitos saludables como estilo de vida. Estos modelos de salud comunitaria pueden ser estimados a partir de las experiencias individuales que permitan deconstruir algunos paradigmas basados en la salud, como proceso de no enfermedad y del desarrollo como base inamovible de la salud colectiva.

Palabras claves: Salutogénesis, Salud Pública, Desarrollo, Políticas Públicas

*.- Antropólogo, Docente-Investigador, Especialista en Análisis de Datos. Universidad Central de Venezuela. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales “Dr. Rodolfo Quintero”, Unidad de Estudios Morfológicos y de Salud “Dra. Adelaida de Díaz Ungria”
ORCID: 0000-0002-6967-1748 Correo: mjrivas@gmail.com

INTRODUCCIÓN. EL RÍO DE LA VIDA

Nuestra vida se asemeja a un río por el que flotamos tranquilamente en un pacífico y calmado fluido cristalino producto de aquellos momentos de salud, paz y alegría. En otras ocasiones nadamos con gran esfuerzo para no sucumbir a las turbulentas aguas debido a las situaciones negativas que vivimos y en esos períodos en los que nuestra existencia colapsa, el sistema patogénico sale en nuestra ayuda curándonos ⁽¹⁾.

Deberíamos entonces preguntarnos, si en vez de *sacar del río* a las personas con dificultades, ¿por qué no les enseñamos a nadar? La clave estaría en proporcionar las herramientas necesarias para que esa persona pueda sobreponerse a esas situaciones negativas y de estrés y para ello deberíamos comenzar a hacernos las preguntas correctas para obtener las respuestas adecuadas. ¿Por qué unas personas se sobreponen de mejor manera que otras a situaciones de estrés? Antonovsky nos propone un modelo para superar la concepción medicada de la salud que nos pudiese permitir encontrar respuestas a las interrogantes antes planteadas, a saber el origen de la salud o Salutogénesis ⁽¹⁾ ⁽²⁾ ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

Cuando el ser humano comenzó a trascender el origen mágico religioso de las enfermedades, hacia una explicación más salubrista ⁽⁵⁾ el concepto de *salud* comenzó a evolucionar de tal manera que se ha convertido en un tema de discusión obligatorio y que, después de muchas elucubraciones teóricas, aún hoy día no existe un consenso de lo que es y lo que no lo es.

Desde los primeros aportes de Galeno introduciendo una posibilidad natural causal de las patologías, la salud ya se intentaba como un desequilibrio biológico, aunque siempre explicada a partir de fuerzas externas únicamente ⁽⁶⁾. Actualmente hay tantas concepciones de lo que es la salud como tantos teóricos en el tema existen, por lo que no es de nuestro interés describir la evolución conceptual del término, sino discutir sobre los puntos de encuentro y desencuentro en cuanto a la salud se refiere, entre los modelos patogénico y salutogénico, su relación con los

indicadores actuales y el proceso de implementación de políticas que ayuden al desarrollo saludable de un país.

Es necesario destacar que, y a pesar de la ventaja de confrontar concepciones contrapuestas, en la siguiente discusión no consideraremos los argumentos que definan la salud exclusivamente como ausencia de enfermedad, ya que creemos que es una etapa superada en términos de reflexión teórica. Actualmente un ser saludable ya no es concebido meramente como *no enfermo*, sino alguien que posee las capacidades y recursos necesarios para afrontar situaciones negativas en su existencia biológica, social, psicológica y espiritual.

Partiendo de esta premisa, confrontaremos la concepción patogénica en términos de los denominados servicios de salud u hospitalarios, y el modelo salutogénico en función del origen de la salud individual y colectiva, para así proponer un proceso distinto de implementación de políticas saludables como parte de ese derecho a la verdadera salud y el desarrollo de las capacidades.

SALUD-ENFERMEDAD

Como señalamos, no abordaremos la salud desde la concepción patológica, sino desde una visión más integradora de sus determinantes, no solo biológicos, sino sociales y culturales. El meollo de la discusión se centra en que la salud no es ajena a la enfermedad, sino que entre ambas hay un hilo conector que nos ubica en una suerte de *correa transportadora* que nunca nos posiciona indefinidamente en una u otra. En otras palabras, a lo largo de nuestra existencia de ningún modo estamos completamente enfermos ni completamente sanos y es que el devenir del modelo salutogénico se enfoca constantemente en una noción heterostática de salud en contraposición al patrón de la *armonía biológica* en la ciencia médica ^{(1) (2) (7)}.

La salud y su alcance es discutida por muchos y de distintas maneras ^{(1) (2) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14)} y en cada una de estas revisiones existen lugares comunes como bienestar, seguridad, cultura, adaptación, capacidad, sociedad, equidad, y en todas ellas subyace la enfermedad, no como determinante exclusivo de su

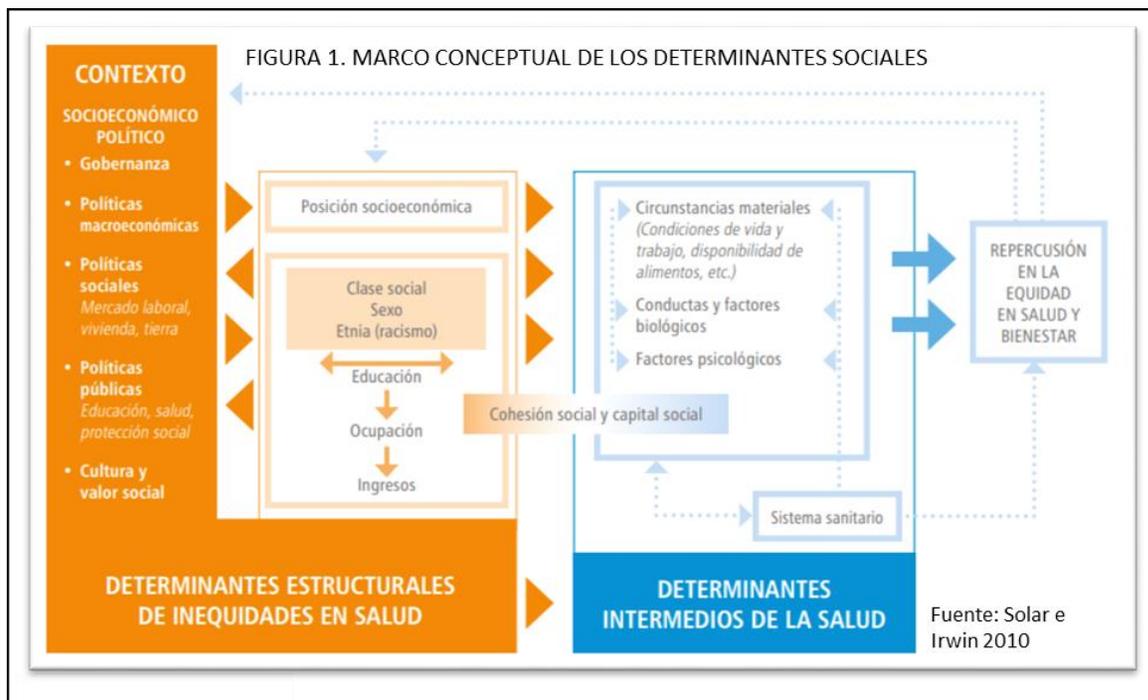
ausencia, sino como una pieza más dentro de todos los factores, exógenos y endógenos, que disponen su disfrute.

Ahora bien, si evaluamos la posibilidad de que la salud consiste en un bienestar biológico, psicológico y sociocultural que nos permite el desarrollar todo nuestro potencial para llevar una vida adecuada y sobreponernos a las distintas circunstancias negativas que tengamos que afrontar, nos preguntamos, ¿las enfermedades no nos permiten disfrutar una vida plena?, ¿o solo son ciertas enfermedades? ¿El no estar enfermos o no padecer alguna patología nos permite desarrollar todo nuestro potencial para lograr lo que nos proponemos o deseamos? ¿La enfermedad es sinónimo de atascamiento vital? Quisicosas que quizá encontremos sencillas de contestar con un vehemente *sí* para quien esté del lado de la vertiente patogénica, con un *quizá* para los que creen en una luz después de la oscuridad, o con un *no* sin dudas para quienes la enfermedad es solo un proceso más en su desarrollo funcional que no necesariamente bloqueará su camino.

La intención al final de esta soflama consiste en que aquellos que contestaron *sí* o *quizá* puedan dudar de su posición, que consideren la posibilidad que, aún enfermos, podemos superar ese estado, pero sólo a través de una preparación previa conocida como *promoción* y que muchos suelen confundir con *prevención*. Nuestro devenir biopsicosocio-cultural está amenazado contantemente por situaciones de estrés que podemos superar a través de múltiples herramientas. La salud no se obtiene al curarnos, la salud se va forjando a partir de ciertos determinantes sociales como ingreso, alimentación, estilos de vida, educación, entre otros, y a partir de ellos observamos el término desigualdad en la revisión teórica de lo que es salud ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾.

Como se señaló en el documento de trabajo publicado por la Organización Mundial de la Salud, ⁽¹⁸⁾ en el cual se plasmaron los acuerdos de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, celebrada en Brasil en el año 2001, cada determinante tiene su importancia, siendo los estructurales los de mayor jerarquía (ingresos, etnia, gobernanza, etc.) ya que robustecen las desigualdades económicas. Estos influyen en la posición social de los individuos e

impactan en los determinantes intermedios (conducta, biología, condición de vida, etc.). En la figura1 podemos observar estas relaciones ⁽¹⁹⁾.

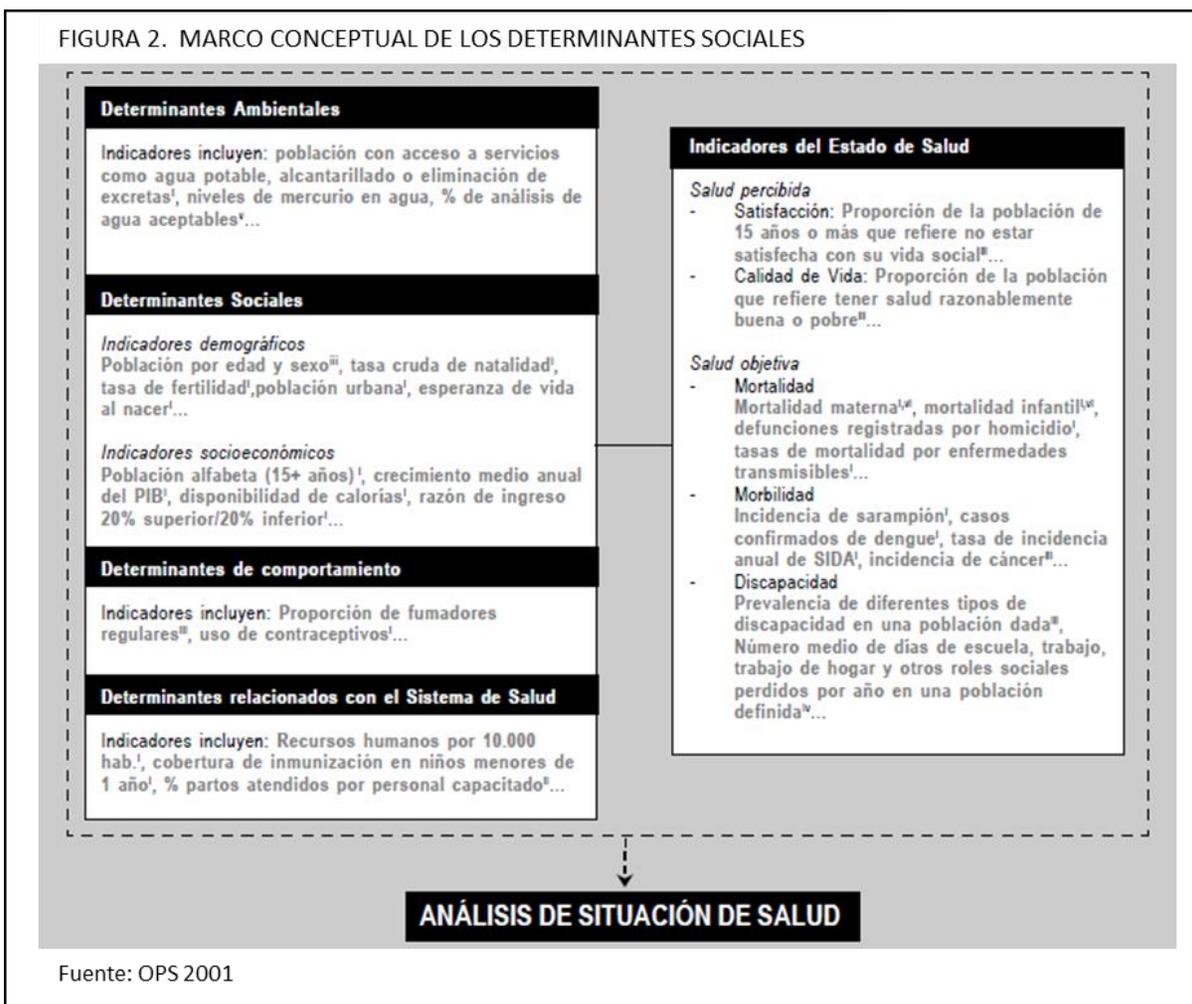


La salud, entonces, se construye a partir de todas aquellas condiciones estructurales e intermedias que nos ayudan a edificar ese anhelado estado de bienestar potenciador y dentro los determinantes intermedios podemos identificar la actividad física discrecional como uno de los hábitos que más genera salud. De hecho, la falta de actividad física discrecional o sedentarismo, una de las principales causas del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial, es culpable del 30% de las cardiopatías isquémicas, 27% de los casos de diabetes y 25% de cáncer de mamas y colon Se ha convertido en el tercer factor de riesgo de mortalidad, sólo detrás de la mala alimentación, alcoholismo y tabaquismo ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾.

¿CÓMO MEDIMOS LA SALUD?

La salud comúnmente se mide en términos de varios determinantes que habitualmente se resumen en condiciones ambientales (acceso al agua potable, eliminación de excretas, etc.), determinantes del sistema de salud (servicios

asistenciales, inmunizaciones, personal médico por habitante, etc.), condiciones socioeconómicas (PIB, disponibilidad de calorías, tasas de morbilidad, ingreso, etc.), y en menor medida algunos indicadores de salud percibida por las personas. En pocas palabras los indicadores de salud tomados en cuenta para la medición de logros en ese aspecto están vinculados casi exclusivamente a los llamados Indicadores de Salud Objetiva entre los que se destacan las tasas de mortalidad, tasas de morbilidad y discapacidad ⁽²²⁾ (figura 2).



¿Significa entonces que con los datos de mortalidad, morbilidad y asistencia médica podemos explicar el estado de la salud de los habitantes de un país? Creemos que, si bien los registros antes señalados poseen una importancia innegable para figurarnos que tan enferma está una nación o cual es el riesgo de morir, debemos ocuparnos de indagar el estado de salud propiamente dicho.

Algunos indicadores como el Índice de Desarrollo Humano y sus derivados como el Índice de pobreza multidimensional, Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad, Índice de Desigualdad de Género y el Índice de Desarrollo de Género, ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾ incluyen una diversidad de variables que aglomeran algunas de las vertientes ligadas a la salud, pero no terminan de decirnos que tan sano es un país. Esta relación la abordaremos luego en el siguiente apartado.

Queremos hacer énfasis en una perspectiva fuera de los hospitales, de los centros mal llamados de salud, lejos de esa noción curativa de la vida, debemos comprender que lo sano se construye a partir de hábitos saludables y estilos de vida cónsonos con lo que llamamos promoción de la salud. Destacamos la promoción de la práctica de actividad física debido a su ya señalada influencia en eso que en epidemiología se llama *salud percibida*, dada por esos estados de satisfacción personal hacia la vida y su calidad. El modelo salutogénico nos ayuda a entenderlo, desde el origen de una salud impulsada por aquellos recursos de resistencia que todos, en mayor o menor proporción, poseemos. ⁽²⁶⁾

Estos recursos son tantos como necesidades del ser humano existen. Algunos son destacables según sus posibilidades y utilitarismo, por lo que creemos podrían incluirse como indicadores del estado de salud. El dinero es uno de estos recursos que el modelo salutogénico destaca y su importancia, aunque no total, es indiscutible no solo para la solución de problemas de enfermedad, sino para lograr metas en la construcción de la salud. Esta dimensión ya es tomada en cuenta en varios de los indicadores para la medición del desarrollo ⁽²⁵⁾ ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾.

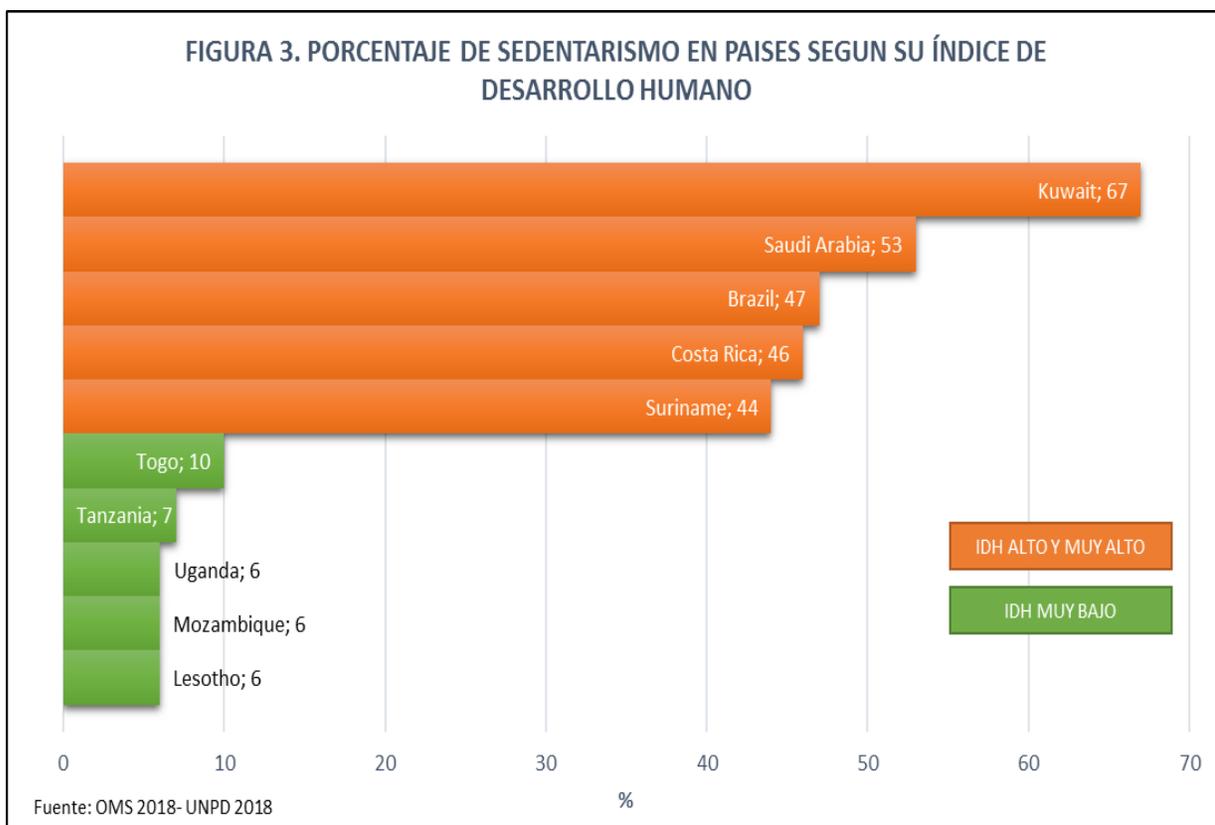
Otros recursos podrían incluirse en las mediciones de la salud de un país como los estilos de vida, hábitos saludables y apoyo social. Habría que discutir el estado actual de estos recursos a nivel mundial y su relación con los indicadores del desarrollo que se utilizan en nuestros días.

SALUD Y DESARROLLO

Aunque la salud engloba diversos aspectos de la vida humana y atañe a casi todos los aspectos evaluados en el IDH, el método de estimación del desarrollo

empleado por el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo, emplea la variable esperanza de vida al nacer. Este aspecto de la salud de un país da idea del número de años que en promedio esperaríamos vivir una persona, siempre que las condiciones de mortalidad observadas en el período de estudio se mantengan. ⁽²⁷⁾ y está ligada a la dimensión de vida larga y saludable.

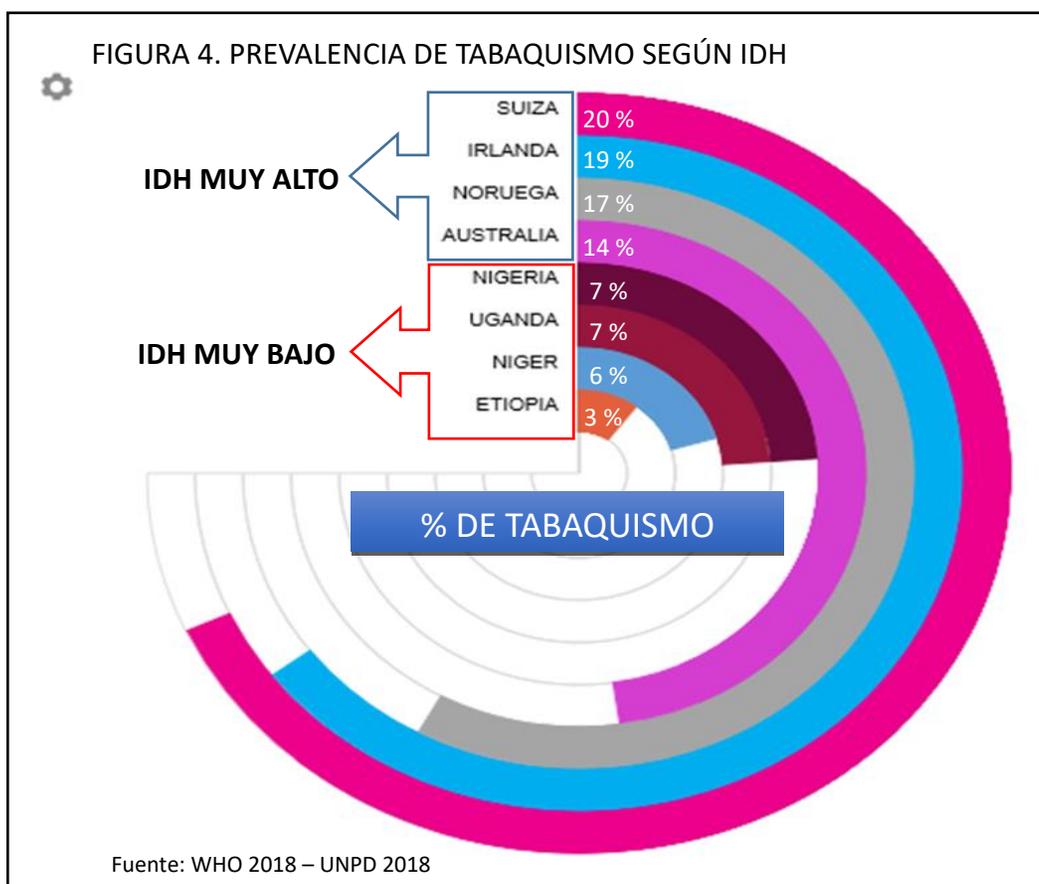
El resto de las dimensiones del indicador, relacionadas con el nivel educativo y el nivel de vida digno a través del ingreso nacional bruto per cápita, están igualmente vinculadas con la salud, desde sus vertientes social y económica como ya vimos anteriormente en los determinantes estructurales. Sin embargo, sostenemos que existen otras dimensiones ligadas a variables de hábitos y estilos de vida saludables que pueden darnos una visión distinta del desarrollo.



Al contrastar los datos suministrados en el informe del Índice de Desarrollo Humano del Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo ⁽²³⁾ y el reporte del año 2018 Tendencias Mundiales en la Actividad Física Insuficiente de la Organización Mundial de Salud ⁽²⁸⁾ observamos cómo los cinco primeros países

más activos del mundo poseen un Índice de Desarrollo Humano muy bajo (IDH menor a 0.550) mientras que los países más sedentarios se posicionan en las categorías alto y muy alto del índice (IDH mayor a 0.700). En la figura 3 observamos la relación inversa entre ambos indicadores.

Claro está que, al comparar la situación política y económica de ambos grupos, encontramos una gran ventaja en los países con IDH alto y muy alto, pero siempre a expensas de otros problemas originados por el desarrollo. Los niveles de sedentarismo, las tasas de suicidios y los problemas inherentes a la inactividad física como la diabetes en los países muy desarrollados ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾ evidencian que el desarrollo en términos de salud, tal y como lo concebimos actualmente, debe entenderse desde otra perspectiva.



Así como la actividad física, un hábito no saludable que se ha convertido en problema de salud pública es el tabaquismo. Como señalamos anteriormente es la tercera causa mundial de mortalidad y su prevalencia nos puede ayudar a

promocionar estilos de vida distintos de manera focalizada en las poblaciones más afectadas, pudiendo ser un gran predictor de la morbilidad a causa de las enfermedades relacionadas a este hábito. Para el 2015 (Figura 4) países con Índice de Desarrollo Humano muy bajo como Etiopía, Níger, Nigeria y Uganda poseían las más bajas prevalencias de tabaquismo en contraposición a Noruega, Suiza, Irlanda y Australia con IDH y porcentaje de tabaquismo muy altos y altos respectivamente ⁽³¹⁾.

Los problemas de depresión y alcoholismo son las causas fundamentales de los altos porcentajes de suicidios, aumentado en 60% su prevalencia en los últimos 45 años. Los países con las tasas de suicidio más altas son Lituania (61,3 por cada 100.000 habitantes), Rusia (53,9 por cada 100.000 habitantes) y Bielorrusia (48,7 por cada 100.000 habitantes) ⁽³²⁾, todos con un Índice de Desarrollo Humano muy alto.

Cada uno de estos reportes nos demuestra que, para la construcción de la salud como la hemos venido concibiendo, hace falta algo más que las dimensiones actuales de los informes de desarrollo. Estos están más ligados a personas no enfermas que a la población verdaderamente saludable. Existen algunos componentes subjetivos medibles, como lo hemos demostrado, que pudiéramos incluir como una aproximación a la estimación de los niveles de salud de un país.

HACIA UN NUEVO PROCESO PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Proponemos aquí un proceso de comprensión de la génesis de la salud que parte de un componente subjetivo que nos permita entender el significado individual de la misma, conectando luego con los procesos estructurales que forjan las políticas de promoción de la salud, finalizando con el conjunto de indicadores evaluativos de dichas intervenciones, introduciendo una suerte de engranaje saludable medible que permita redefinir la salud en términos del desarrollo. (figura 5).

Para la implementación de una política saludable o de promoción de la salud, proponemos un proceso inverso en la primera fase correspondiente a los procesos exploratorios. Comúnmente se emprende la investigación con el diagnóstico comunal de una población, partiendo del análisis de la situación social y epidemiológica comunitaria, antes de la situación particular de sus habitantes. Deberíamos comenzar por la exploración de los procesos conductuales y motivacionales individuales, los cuales nos van a permitir, no solo conocer el grado de aceptación de hábitos saludables particulares, sino la direccionalidad y factibilidad de los mismos. Los programas y políticas saludables no pueden ser aplicados, con la misma estructura y contenido, en dos poblaciones con distintas concepciones hacia la salud.



Un diagnóstico individual pareciera ser una tarea titánica e inalcanzable cuando hablamos de políticas públicas, pero con la efectiva participación de los miembros de las mismas comunidades, se puede crear un sistema reticular eficaz que permita llegar a más personas. Distintas experiencias ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾ ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾ en

Investigación, en Implementación y Ecología Comunitaria evidencian la factibilidad de esta primera fase del proceso propuesto.

Partiendo de esta exploración de tipo subjetiva, pasamos a la caracterización socioeconómica y a los factores biopsicosociales, además de otros condicionantes socioculturales que apoyarán y, en algunos casos, pudieran explicar ciertas conductas y motivaciones. Antonovsky, de hecho, incluye estos factores como parte de esos recursos generales de resistencia, que nos hacen más fácil percibir nuestra vida como coherente, estructurada y comprensible ^{(1) (2) (3) (7)}

Una vez examinado y caracterizado ese *universo individual y comunitario*, que nos den un bosquejo del grado de aceptación y motivación hacia los hábitos saludables, ingresamos al campo de la epidemiología a través de todos sus componentes de salud objetiva o, nunca mejor dicho, *enfermedad objetiva*. Debemos analizar todos los aspectos relacionados con la morbilidad y mortalidad a partir de la estimación de las principales tasas e incidencias de enfermedades, de mortalidad materno-infantil, defunciones, entre otras.

A partir de este diagnóstico que comienza en lo particular y culmina con las generalidades, el proceso *implementativo* se desarrolla con ambas perspectivas en lo subjetivo y lo objetivo, permitiendo un diseño de la política más integrador y aceptable comunitariamente, logrando una implementación más eficaz y acorde con el sistema.

Al llegar al proceso evaluativo nos topamos su carácter longitudinal, el cual siempre ha representado un inconveniente mayúsculo, convirtiéndose en el culpable de la ausencia de valoración del impacto de la implementación de muchos programas y políticas. El problema de la evaluación del impacto de la política pública en materia de promoción de la salud radica en que sus resultados se logran visualizar a largo plazo, lo que la convierte en políticamente inviable.

Aun así, la evaluación de impacto y control de los procesos son necesarios para estimar el éxito de lo implementado ^{(37) (38)}. La evaluación no debe limitarse a la estimación del número de personas a las que les llega la información del programa, debemos construir métodos y técnicas de valoración que nos permitan

saber si hemos logrado nuestros objetivos o si, por el contrario, las situaciones de *salud o enfermedad* no sufrieron cambios positivos.

Este proceso de implementación de políticas saludables propuesto busca introducir, dentro de la discusión de la relación entre la salud y el desarrollo de un país, una nueva metodología que incluya la valoración subjetiva tanto individual como colectiva que trascienda la concepción medicada de la salud que intenta medir los logros de un país exclusivamente en base a los datos de morbi-mortalidad, ingreso monetario, servicios o posición social. Si bien entendemos que estas estimaciones son fundamentales, ellas no explican todo el proceso de generación de la salud y su impacto en el desarrollo.

El fin último de este proceso de medición de la salud y su impacto en el desarrollo está, como Kliksberg y Sen ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾ señalan, basado en las libertades, alternativas y capacidades de las personas y la posibilidad real de disfrutar de ellas. Mayor progreso social, seguridad, derechos civiles y políticos son las metas que toda persona busca alcanzar y sólo siendo verdaderamente sanos podremos obtenerlas. La sustancia de la salud es su construcción a través del hábito beneficioso y no del curativo.

REFERENCIAS

1. Antonovsky A. Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
2. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
3. Eriksson M. The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. [aut. libro] Maurice B. Mittelmark. The Handbook of Salutogenesis. Washington DC: Springer International Publishing, 2017.
4. Mittelmark M., Bauer G. The Meanings of Salutogenesis. [aut. libro] Maurice B. Mittelmark. The Handbook of Salutogenesis. Washington DC: Springer International Publishing, 2017.
5. Perea Quesada R. Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. Madrid: Díaz de Santos, 2004.
6. Vélez Arango AL. Nuevas dimensiones del concepto de salud. El derecho a la salud en el estado social del derecho. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>
7. Espnes M., Mittelmark S., Eriksson M., Sagy S., Bauer G., Pelikan J., Lindström B. y Arild J. The Handbook of Salutogenesis. Switzerland. Springer Nature, 2017. ISBN 978-3-319-04600-6. Disponible en: <http://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/27747/1002258.pdf?sequence=1>
8. World Health Organization (WHO). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Documentos Básicos. Suplemento 45 Edición, 2006.
9. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México Df.: Siglo Veintiuno Editores, 1978.
10. Uribe-Cano J. El concepto de salud y enfermedad. Antioquia: Revista CES MEDICINA, 2013, Vol. 27.

11. Sen A. La salud en el desarrollo. Ginebra: Boletín de la Organización Mundial de la Salud , 2000.
12. Restrepo-Ochoa D. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública,, 2013, Vol. 29.
13. WHO. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62.14. Ginebra: WHO, 2009.
14. Parra-Padilla Z., Carmona-Meza D. Determinantes sociales de la salud. Barranquilla: Salud Uninorte, 2015, Vol. 31.
15. Morello-Frosch R, Zuk M, Jerrett M, Shamasunder B, Kyle AD. Understanding the acumulative impacts of inequalities in environmental health: Implications for policy. 5, 201 : Health Aff., 2011, Vol. 30.
16. D, Ingleby. Etnicidad , Migración y la Agenda de los Determinantes Sociales de la Salud. Psychosoc Interv, 2012, Vol. 21.
17. Acero AM, Caro R IM, Henao KL, Ruiz E LF, Sánchez VG. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública , 2013, Vol. 31.
18. WHO. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Documento de Trabajo WHO, 2011.
19. Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health. Ginebra: discussion paper 2 (policy and practice), 2010.
20. WHO. Enfermedades cardiovasculares. Ginebra: WHO, 2015.
21. WHO. Guía para incrementar los niveles de actividad física. Ginebra: WHO, 2008. 9789243595177.
22. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de SaludBoletín Epidemiológico. Salud, Organización Panamericana de la. 4, 2001, Vol. 22. Disponible en: https://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm
23. Programme, United Nations Development. Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update. Ginebra: s.n., 2018.

24. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI). Policy – A Multidimensional Approach. Disponible en: www.ophi.org.uk/policy/multidimensional-poverty-index/.
25. Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el. Humanidad dividida: Cómo hacer frente a la desigualdad en los países en desarrollo. Nueva York: s.n., 2013.
26. Orly I., Eriksson M. y Al-Yagon M. The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. [aut. libro] Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström, Geir Arild Espnes Maurice B. Mittelmark. The Handbook of Salutogenesis. Switzerland: Springer Nature, 2017.
27. Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Estimaciones y proyecciones del CELADE. División de Población de la CEPAL, 2007. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa>
28. Guthold R, Stevens G, Riley M, Bull F. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. Ginebra : The Lancet Global Health, 2018, Vol. 6.
29. Global prevalence of type 2 diabetes mellitus and its relationship with the Human Development Index . F, Mendoza. s.l.: Rev Panam Salud Publica , 2017, Vol. 41.
30. Higueta-Gutiérrez L., Cardona-Arias J. Human development index and public health events: Systematic review of 1990-2015 literature. 1, Medellín: Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2018, Vol. 36.
31. WHO. Report on the Global Tobacco Epidemic 2015. Ginebra: WHO, 2015. 978 92 4 150912 1.
32. WHO. Suicidio. Datos y Cifras. Ginebra: s.n., 2018.
33. Rawson T., Castro-Sánchez E., Charani E., Husson F., Luke S., Chichester P. Involving citizens in priority setting for public health research: Implementation in infection research. West Sussex: Health Expectations, 2018, Vol. 21.

34. Campisano A., Butler D., Ward S, Burns M., Friedler E., DeBusk K, Fisher-Jeffes L., Ghisi E., Rahman A., Furumai H, Han M. Urban rainwater harvesting systems: Research, implementation and future perspectives. 15, s.l.: Water Res., 2017, Vol. 121.
35. WHO. Zika Virus Research Agenda. Ginebra: s.n., 2016.
36. Johnson P., de Roode J., Fenton A. Why infectious disease research needs community ecology. New York: Science, 2015, Vol. 349.
37. Cerqueira M., Nava L., de la Torre A. Evaluación de la promoción de la salud: principios y perspectivas. Metodologías para la promoción de la salud. s.l.: PALTEX Publications, 2007.
38. Corporación Andina de Fomento (CAF). La evaluación de Políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos. Argentina: s.n., 2016.
39. Kliksberg B. Sen A. Primero la Gente: Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. Barcelona: Ediciones Deusto, 2007.
40. Kliksberg B. Desmitificando la pobreza. Nueva York: PNUD, 2009.