



EDITORIAL

Prof. Jesús Rodríguez Marín

*Catedrático Emérito de Psicología de la Salud.
Universidad Miguel Hernández de Elche*

Promoción de la Salud y Educación sanitaria.

El concepto de “promoción de la salud” apareció en 1974, en la publicación de Marc Lalonde, Ministro Canadiense de Salud y Bienestar, titulada “A New Perspective on the Health of Canadians (Lalonde, 1975). Lalonde introdujo en la política sanitaria la idea de que todas las causas de muerte y enfermedad podían atribuirse a cuatro factores: inadecuaciones en la provisión del cuidado de la salud, estilos de vida o factores comportamentales, polución ambiental, y características bio-físicas. Por tanto, mejoras críticas en el ambiente y en las conductas podrían conducir a una reducción significativa de la morbilidad y de la muerte prematura. En 1984, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha su programa sobre la base de ese concepto de promoción de la salud (WHO, 1984) que se definió como: “Capacitación de las personas para aumentar el control sobre su propia salud. Cubre una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales que están diseñadas para beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida de las personas al abordar y prevenir las causas fundamentales de la mala salud, no solo centrándose en el tratamiento y la cura” (WHO, 1984; Anderson, 1984;). Este programa dio lugar a la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud que tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en 1986, en la que se asumió la anterior definición de la promoción de la salud (Perera et al. 2012).

Otras definiciones de la promoción de la salud se caracterizan por la diversidad, aunque los recientes desarrollos conceptuales están contribuyendo a una convergencia de los diferentes puntos de vista. Esas definiciones, más específicas, mencionan que tanto los elementos individuales (estilos de vida) como los contextuales (ambientales o ecológicos) tienen un papel muy relevante en cualquier estrategia de promoción de la salud (Rodríguez-Marín & Neipp, 2008; Rootman, 1985; Tannahill, 1985; Tones, 1983; Tones et al., 1990).

Desde la perspectiva individual (la de los estilos de vida) se abordan temas como la identificación de los factores de riesgo comportamentales asociados a la morbilidad y la mortalidad; y con numerosos temas agrupados en torno a la idea de educación. La educación sanitaria, en particular, implica transferencia de conocimientos, la modificación de actitudes, la incorporación de destrezas de salud (cambios comportamentales) y el desarrollo de la autoestima (cambios cognitivos). Las clínicas para dejar de fumar son ejemplos en los que las metodologías educativas se usan para la promoción de la salud. Por su parte, la perspectiva ambientalista incluye también numerosos temas centrados en medidas legislativas y fiscales (por ejemplo, la política de impuestos al alcohol o la ley del tabaco), y programas sociales para implantar cambios colectivos de comportamientos “salubres” o para desinstalar comportamientos “insalubres” (Koh et al., 2011).

La promoción de la salud tiene que ver, pues, con dos temas principales (los referentes a los estilos de vida y los am-

bientales) y con un conjunto de temas subordinados todos dirigidos finalmente a reducir la mala salud y la muerte prematura y a promover un mejor nivel de salud y una mejor calidad de vida (Bunton & MacDonald, 1992; Buss, et al. 2020).

Sobre esa base conceptual, la promoción de la salud hoy en día abarca una amplia variedad de actividades con el propósito común de mejorar el estado de salud de los individuos y las comunidades. Estas actividades pueden estar relacionadas con la prevención de enfermedades, la protección o restauración de la salud y la promoción de una salud positiva. Una característica fundamental, por lo tanto, de la promoción de la salud es que apunta a empoderar a las personas para que tengan un mayor control sobre los aspectos de sus vidas que afectan a su salud. Y un componente esencial de la promoción de la salud es la educación sanitaria: el proceso mediante el cual las personas adquieren la información, las habilidades, las actitudes y la confianza necesarias para tomar medidas para mejorar su propia salud y la de otras personas, y prevenir sus enfermedades (Minkler, 1989; Rodríguez-Marín & Neipp, 2008).

La función de la promoción de la salud y de la educación sanitaria.

Hay un cierto debate sobre la función de la promoción de la salud y de la educación sanitaria, debido a una mayor conciencia de la necesidad de políticas públicas saludables y de mejores condiciones sociales y ambientales. Por ejemplo, la disponibilidad de una amplia gama de productos alimenticios “saludables”, a un precio que la gente pueda pagar, les facilita seleccionar una dieta saludable. Ningún programa de educación sanitaria tendrá éxito si la comida no está disponible en las tiendas, o si está fuera del alcance de la mayoría de las personas (Simnett 1991). No son sólo las políticas específicamente sanitarias las que tienen un impacto en la salud. Otras políticas públicas también pueden hacerlo. Por ejemplo, un buen transporte público mejora la salud al reducir el número de automóviles, disminuyendo la contaminación, utilizando menos combustible, reduciendo el estrés del viaje y reduciendo los accidentes de tráfico.

De ello se deduce que la educación sanitaria dirigida a la persona individual constituye un brazo importante de la promoción de la salud. Sin embargo, la promoción de la salud también apunta al cambio social e individual. Estos dos objetivos son complementarios. No existe un acuerdo general sobre los límites entre educación sanitaria y promoción de la salud. Por ejemplo, ¿el “asesoramiento” es educación sanitaria o promoción de la salud, o ninguna de las dos? ¿La “terapia psicológica o psicosocial” es promoción de la salud o educación sanitaria, o ninguna de las dos? Los métodos terapéuticos, como las técnicas de autocontrol, cuando se usan para ayudar a un individuo o grupo a cambiar el comportamiento relacionado con la salud, ¿son educación sanitaria? Por ejemplo, la tarea de un terapeuta que ayuda a un grupo de bebedores empedernidos a aprender formas de controlar su forma de beber, ¿se puede considerar como educación sanitaria, en lugar de promoción de la salud, o simplemente promoción de la salud que incluye educación sanitaria?

Estas cuestiones son importantes porque se relacionan con la disponibilidad de actividades para satisfacer necesidades prioritarias de educación sanitaria o de promoción de la salud. Por ejemplo, ayudar a las personas a dejar de fumar cigarrillos es un área claramente prioritaria para la promoción de la salud. Si bien no todos seleccionarían la terapia o el counselling como el tipo de ayuda preferida, algunos lo harían, especialmente si los servicios estuvieran disponibles de forma gratuita en el consultorio de su médico de familia o si se los proporcionaran sus empleadores en el lugar de trabajo.

Modelos de promoción de la salud.

En promoción de la salud, se han distinguido básicamente cinco modelos diferentes si observamos los supuestos que los sustentan, especialmente los valores y propósitos que están implícitos en ellos (Ewles & Simnett, 1992; Downie et al., 1996).

1. El modelo biomédico.

Se denomina alternativamente como “el modelo preventivo”. Sus dos supuestos básicos son: 1) más vale prevenir la enfermedad que curarla; y 2) la medicina curativa tiene poco que ofrecer en respuesta a los principales problemas contemporáneos de salud pública. Este modelo plantea persuadir a las personas para que se sometan a procedimientos médicos preventivos, como la inmunización, la detección de la presión arterial, la detección del cáncer de cuello uterino y la mamografía para detectar el cáncer de mama en etapa temprana, etc. El enfoque valora la experiencia médica y busca asegurar el cumplimiento de los pacientes con los procedimientos prescritos (“cumplimiento terapéutico”). Desde este enfoque, la promoción de la salud consiste en la provisión de servicios médicos preventivos. En este campo, la educación sanitaria es un componente esencial, porque es necesario persuadir a las personas para que utilicen estos servicios. Todas las personas necesitan información sobre los servicios médicos preventivos disponibles. Además, es posible que sea necesario persuadir a algunas para que usen los servicios preventivos, mientras que si están enfermas acudirán voluntariamente a buscar atención médica.

2. El modelo del cambio de conducta.

Este modelo se centra en comportamientos y estilos de vida insalubres o saludables. Las intervenciones basadas en él intentan cambiar los conocimientos, las actitudes y las habilidades. El modelo se centra en la responsabilidad individual y trata a las personas aisladas de sus entornos (Rubinelli y Diviani, 2020).

3. El modelo educativo.

El propósito de este modelo es fundamentar las intervenciones para proporcionar a las personas conocimiento e información para garantizar su comprensión de los problemas de salud para que puedan tomar una decisión informada. Este enfoque respeta el derecho del individuo a elegir su propio comportamiento de salud y puede incluir ayudar a las personas a mejorar sus habilidades en toma de decisiones o proporcionar instrucción en habilidades prácticas. Por ejemplo, se pueden representar simulaciones a los adolescentes situaciones en las que se les ofrecen drogas y practicar cómo decidir qué hacer. La ‘agenda’ la define en gran medida el educador sanitario. Este enfoque es “tradicional”, en el sentido de que utiliza la teoría educativa clásica como base, y sería el preferido por muchos educadores, sobre todo en educación primaria y secundaria. Suele implicar el uso de métodos didácticos de enseñanza tradicionales.

4. El Modelo centrado en el participante.

Tones et al. (1990) lo llaman ‘el modelo de auto-empoderamiento’. El propósito en este caso es ayudar a las personas a identificar sus propias preocupaciones y decidir qué hacer con ellas, y ayudarlos a adquirir las habilidades y la confianza para hacer que los cambios sucedan. El empoderamiento de las personas es central en este modelo. La ‘agenda’ de salud la establece el individuo, específicamente suya.

Mientras que la enseñanza tradicional puede asumir que hay unos “valores correctos” y unas actitudes serán “aprendidos” por los “alumnos”, el enfoque centrado en el participante requiere que el alumno piense críticamente y construya conscientemente su propio sistema de valores y creencias. Se trata de modificar la forma en que las personas se sienten acerca de sí mismas, mediante la construcción de su autoconfianza y su autoestima. Suele implicar un “aprendizaje experiencial” al invitar a las personas a utilizar sus propias experiencias como fuente de aprendizaje. Los métodos de aprendizaje activo incluyen el uso de actividades estructuradas, como “juegos” y cuestionarios. Los participantes/alumnos son activos, en lugar de oyentes pasivos del profesor. Las personas son consideradas como tomadores de decisiones libres que controlan activamente su propio destino. Ewles & Simnett (1992) se refieren a este modelo como el “modelo centrado en el cliente”.

5. El Modelo de cambio social.

Este modelo también es denominado como “el modelo radical” (Tones, 1990). Propugna hacer cambios en las condiciones físicas, sociales y económicas en las que viven las personas, para que tengan acceso a los servicios e instalaciones que necesitan para estar sanos. En contraste con todos los otros modelos, éste tiene como objetivo cambiar la sociedad, en lugar de los individuos dentro de ella. Aquellos que utilizan este enfoque de “ingeniería social” ven a la salud como un tema político y ponen el énfasis en identificar las políticas o la legislación que requieren cambios para “mejorar” el estado de salud de la población. En algunos casos, este modelo también incluye aspectos “ecológicos”: reconoce la relación recíproca entre los comportamientos relacionados con la salud y los entornos en los que las personas viven; considera que el medio ambiente está compuesto por diferentes subsistemas; subraya las relaciones y dependencias entre estos subsistemas; y utiliza un marco compartido para el cambio individual y ambiental. En suma, este modelo: aborda los determinantes más amplios de la salud, implica la colaboración intersectorial, actúa para reducir las desigualdades sociales, empodera fundamentalmente a las comunidades, y fundamenta las acciones para permitir el acceso a la atención de la salud de todas las personas (Freudenberg, 1982; Scambler, 2002).

Hay que subrayar que los modelos de la promoción de la salud no se excluyen mutuamente, sino que son potencialmente “sinérgicos”. Trabajando sinérgicamente, al utilizar una gama de actividades más amplia, se consiguen mayores efectos que utilizando sólo un modelo (Girbau et al., 2021).

Ámbitos de actuación de la promoción de la salud en la comunidad.

El alcance de la promoción de la salud en la comunidad puede clasificarse en función de las actividades que ofrece (Bracht, 1999; Bracht & Kingsbury, 1990; Ewles & Simnett, 1992). Siguiendo esa idea, se pueden listar las principales áreas de actividad en el ámbito de la promoción de la salud:

Educación sanitaria: Tanto mediante la educación individual como mediante la educación grupal (McKenzie et al., 2009). Incluye la alfabetización en salud (Rudd & Anderson, 2006); la educación sanitaria digital (Koh et al., 2021); y la enseñanza y aprendizaje innovadores en educación sanitaria (McKinnon, 2021; Rudd et al., 2003).

Marketing y comunicación sanitaria: Marketing social sanitario y divulgación de temas de salud a través de la prensa, radio y televisión locales, así como el uso de exhibiciones, exhibiciones y literatura publicitarias (Beato & Telfer, 2010; Feely & Chen, 2013; Frederiksen et al., 1984; Grier & Bryant, 2005; Griffiths et al., 2009; Stellefson et al., 2020; Syed, et al., 2021).

Servicios de protección sanitaria: Servicios socio-sanitarios, por ejemplo, la provisión de ayudas para la movilidad de personas discapacitadas y de viviendas tuteladas para grupos vulnerables (como personas con problemas de salud mental; o personas ancianas). También incluyen los servicios para ayudar a las personas a mantenerse saludables. (Lee & Oh, 2020).

Actividades basadas en la comunidad: Establecimiento de grupos de autoayuda, trabajo de organizaciones voluntarias, grupos de presión y otros grupos comunitarios (Robinson & Robinson, 1979).

Actividades en el lugar de trabajo o estudio: Realización de acciones para conseguir condiciones de trabajo o estudio saludables y seguras, y desarrollo de políticas laborales sobre temas como el alcohol, o el tabaquismo. También incluyen la provisión de instalaciones de salud y bienestar para el personal (como servicios de salud ocupacional) (Nickel & von dem Knesebeck, 2020; OMS, 1998; Shain & Kramer, 2004).

Actividades jurídicas, económicas y regulatorias: Este ámbito es particularmente relevante de la promoción de la salud e incluye lo que se denomina “defensa de la salud” o “abogacía sanitaria” (health advocacy). La “defensa de la salud” se suele describir como una estrategia clave de los objetivos de la promoción de la salud. El trabajo de la

“defensa de la salud” tiene dos objetivos principales: la protección de los vulnerables (promoción representacional) y el empoderamiento de los que están en desventaja (promoción facilitadora). La defensa de la salud es un conjunto de estrategias para aumentar los niveles de familiaridad con un tema y promover la salud y el acceso a la atención médica de calidad y los servicios de salud pública a nivel individual y comunitario. Cuando se trata de obtener compromiso político, apoyo político, aceptación social y apoyo de sistemas para un objetivo o programa de salud pública en particular, se puede utilizar una combinación de acciones individuales y sociales para tratar de conseguir el cambio proyectado (Carlisle, 2000).

Actividades ambientales: Es campo específico denominado “la promoción de la salud ambiental”, definido como cualquier proceso planificado que emplee enfoques comprensibles de promoción de la salud para evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden dañar potencialmente la salud y la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras (Howze et al., 2004; Parker et al., 2004).

Horizontes actuales de la Promoción de la Salud y la Educación sanitaria.

Peter Delobelle (2022), desde la revista *Frontiers in Public Health*, ha propuesto como un tema central de investigación los “entornos promotores de la salud en el siglo XXI: nuevos enfoques y competencias para abordar la complejidad y la inequidad en un mundo cada vez más globalizado”. Ese estudio debe centrarse en el desarrollo de entornos que promuevan la salud a la vista de los desafíos globales, describiendo formas innovadoras de trabajar y pensar en políticas, práctica y teoría (p. ej., pensamiento de diseño, gobernanza conjunta, sistemas de aprendizaje, ciencia de la complejidad), nuevos entornos (p. ej., redes sociales) y en cómo se han abordado los problemas de desigualdad social e inclusión (p. ej., violencia de género, importancia de la alfabetización en salud, equidad, empoderamiento, comunicación de riesgos y participación comunitaria).

Este amplio tema de investigación tiene como objetivo fortalecer la base empírica sobre la que funcionan los modelos, para quién y en qué contexto; y también discutir las competencias necesarias para planificar, implementar y evaluar la promoción de la salud basada en diferentes entornos y en cómo esto ayuda a lograr la agenda de salud global, incluidos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Delobelle, 2022).

En particular, en las últimas tres décadas, en la mayoría de los países del mundo, se ha llevado una importante reestructuración: la integración del mercado global. Se ha hecho señalando a la flexibilidad laboral como una forma de que los empleadores reestructuren sus organizaciones para que puedan seguir siendo competitivas a nivel mundial. Esta flexibilidad ha resultado en el crecimiento del empleo precario, que vio exacerbado por la crisis financiera mundial y la recesión resultante en 2008 y por la incertidumbre económica en curso en gran parte del mundo. El empleo precario puede tener consecuencias para la salud de muchas personas, a corto y largo plazo. Es un determinante de la salud más profundo y estructural que lo que tradicionalmente han considerado los promotores de la salud. Plantea una comprensión diferente de la investigación e intervención en promoción de la salud que va más allá de permitir opciones de estilo de vida más saludables o abogar por condiciones de trabajo más seguras, para garantizar los elementos adecuados que brinden a las personas recursos suficientes para llevar una vida saludable, y para abogar por la justicia fiscal para financiar tal protección (Caldbeck et al., 2014; Sigüero et al., 2021).

Todo ello implica plantearse las siguientes preguntas: ¿Cómo se abordan los desafíos globales en la investigación, la política y la práctica de promoción de la salud basadas en diferentes escenarios (p. ej., desigualdades sociales, urbanización, migración, cambio climático, COVID-19)?, ¿Cómo se abordan los impulsores estructurales y socioeconómicos de la diversidad y la equidad en la promoción de la salud basada en entornos contemporáneos?, ¿Cómo se integra la participación de las partes interesadas en la promoción de la salud basada en los diferentes entornos actuales?, ¿Qué competencias se necesitan para la promoción de la salud basada en esos diferentes contextos a la vista de las nuevas tecnologías y los desafíos a la salud global (p. ej., la alfabetización digital en salud)? (Van den Broucke, 2020). Su respuesta es un desafío para el próximo futuro.

Rudolf Virchow escribió: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina a mayor escala”. Probablemente esta declaración nunca ha sido tan cierta como en nuestros días desde el 2020. Gulis (2020) ha plantea-

do que, en un momento en que clasificamos a los países por colores de seguros a peligrosos y que pueden cambiar inesperadamente debido a la presión política de un país a otro (por ejemplo, como resultado de sutiles amenazas a los parámetros económicos relacionados con las restricciones de viaje), hay que preguntarse si la relación descrita por Virchow es unidireccional o bidireccional. Y su respuesta es que, por supuesto, la relación es recíproca. Durante estos últimos años, la medicina ha cambiado la salud de las poblaciones, y la política ha cambiado la medicina y la salud pública en todo el mundo. Durante el COVID, un apoyo declarado para el desarrollo global colaborativo fue reemplazado por barreras y las fronteras de los estados nacionales, especialmente en Europa, incluso dentro del área del Tratado de Schengen, sin respetar sus propias leyes en una supuesta lealtad a las normas de salud pública. Todo lo cual ha vuelto a cambiar en gran parte con los problemas generados por la guerra en Ucrania.

Y, también, volviendo a Gulis, hay que insistir en que la promoción de la salud debería ceñirse a los principios de la Carta de Ottawa original, e insistir en que se sigan aplicando en la práctica diaria. En momentos como estos es más necesario que nunca mantenerse sobre la base de los principios y hechos científicamente validados, y construir sobre ellos las mejores respuestas e innovaciones para que la promoción de la salud y la educación sanitaria sigan jugando el importante papel de sus últimos cincuenta años, como unas disciplinas pro-activas, en favor de la salud.

Referencias

Anderson, R. (1984). Health Promotion: An Overview. [Volume 6 de European monographs in health education research](#). Scottish Health Education Group.

Beato, R. & Telfer, J. (2010). [Communication as an Essential Component of Environmental Health Science](#). *Journal of Environmental Health*, 73(1), 24–25. <https://www.thefreelibrary.com/Communication+as+an+essential+component+of+environmental+health...-a0230867745>

Bracht, N. F. & Kingsbury, L. (1990). Community organization principles in health promotion: A five-stage model. In N. Bracht (Ed.), *Health promotion at the community level* (pp. 66–88). Sage Publications.

Bracht, N. F. (1999). *Health Promotion at the Community Level*. Sage Publications.

Bunton, R. & Macdonald, G. (1992). *Health Promotion: disciplines and diversity*. Routledge.

Buss, P. M., Hartz, Z. M. D. A., Pinto, L. F. & Rocha, C. M. F. (2020). Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Ciencia & Saude Coletiva*, 25, 4723-4735. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

Caldbeck, S., Labonte, K., Mohindra, S. & Ruckert, A. (2014). Globalization and the rise of precarious employment: the new frontier for workplace health promotion. *Global Health Promotion*, 21(2), 23–31. <https://dx.doi.org/10.1177/1757975913514781>

Carlisle, S. (2000). Health promotion, advocacy and health inequalities: a conceptual framework. *Health Promotion International*, 15(4), 369-376. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.4.369>

[Delobelle, P. \(2022\). Health Promoting Settings in the 21st Century: New Approaches and Competencies to Address Complexity and Inequity in an Increasingly Globalized World](#). Research Topic Editor. <https://www.frontiersin.org/research-topics/42078/health-promoting-settings-in-the-21st-century-new-approaches-and-competencies-to-address-complexity>

[Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. \(1996\). Health Promotion: Models and Values](#). Oxford University Press.

Ewles, L. & Simnett, I. (1992). *Promoting Health: A Practical Guide*. Scutari Press.

Feeley, Th. H. (2013). *An Introduction to Health Communication*. Hayden-McNeil Publishing.

Frederiksen, L.W., Solomon, L. J. & Brehony, K. A. (1984). *Marketing Health Behavior*. Plenum Press.

Gil-Girbau, M., Pons-Vigués, M., Rubio-Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez-Martín, B., García Pineda, A., Vidal Tomás, C., Conejo-Cerón, S., Recio, J. I., Martínez, C., Pujol-Ribera, E. y Berenguera, A. (2021). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 48-59. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>

Grier, S., & Bryant, C. A. (2005). Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health*, 26, 319–39. <https://dx.doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144610>

Griffiths, J., Blair-Stevens, C. & Parish, R. (2009). The integration of health promotion and social marketing. *Perspectives in Public Health*, 129(6), 268-271. <https://dx.doi.org/10.1177/1757913909347666>.

Gulis, G. (2020). Health promotion is a pro-active discipline. *Health Promotion International*, 35(6), 1253-1255. <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/daaa127>

Howze, E.H., Baldwin, G.T. & Kegle, M.C. (2004). Environmental health promotion: Bridging traditional environmental health and health promotion. *Health Educ Behav* 31(4), 429-440. <https://www.jstor.org/stable/45055851>

Koh, A., Swanepoel, D. W., Ling, A., Ho, B. L., Tan, S. Y. & Lim, J. (2021). Digital health promotion: promise and peril. *Health Promotion International*, 36(Supplement_1), 170-180. <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/daab134>

Koh, H. K., Piotrowski, J. J., Kumanyika, S. & Fielding, J. E. (2011). Healthy people: a 2020 vision for the social determinants approach. *Health Education & Behavior*, 38(6), 551-557. <https://dx.doi.org/10.1177/1090198111428646>

Lalonde, M. (1975). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Information Canada.

Lee, M. K. & Oh, J. (2020). *Health-related quality of life in older adults: its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior*. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 407). MDPI.

Siguero, M.A., Maqueda, J., Marqués, F., Sagües, M.J. & Solé, M.D. (2021). Evaluation of the Effectiveness of Workplace Health Promotion Programs from 2000 to 2020: Literature Review. *Open Journal of Preventive Medicine*, 11, 113-131. <https://dx.doi.org/10.4236/ojpm.2021.114010>

McKenzie, J., Neiger, B. & Thackeray, R. (2009). *Planning, Implementing, and Evaluating Health Promotion Programs*. 5 th edition. Pearson Education.

McKinnon, M. (Ed.). (2021). *Health Promotion: A Practical Guide to Effective Communication*. Cambridge University Press. <https://dx.doi.org/10.1017/9781108895682>

Minkler, M. (1989) Health Education, Health Promotion and the Open Society: An Historical Perspective. *Health Education Quarterly*, 16(1), 17-30. <https://doi.org/10.1177/109019818901600105>

Nickel, S. & von dem Knesebeck, O. (2020). Effectiveness of community-based health promotion interventions in

urban areas: a systematic review. *Journal of community health*, 45(2), 419-434. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00733-7>

Organización Mundial de la Salud (1998). *The Health-Promoting Workplace: Making it Happen*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/64220>

Parker, E., Baldwin, G., Israel, B. & Salinas, M. (2004). Application of Health Promotion Theories and Models for Environmental Health. *Health Education & Behavior*, 31, 491-509. <https://doi.org/10.1177/1090198104265601>

Perera, M., Gunawardena, N., Guruge, N. & Pieris, K. (2012). *Health Promotion: A Literature Review*. (HaPAN) Health Promotion Advocacy Network: Rajarata University of Sri Lanka. https://www.researchgate.net/publication/280534728_Health_Promotion_A_Literature_Review

Robinson, D. & Robinson, Y. (1979). *From Self Help to Health*. Concord Books.

Rodríguez-Marín, J. & Neipp, M.C. (2008). *Manual de Psicología Social de la Salud*. Síntesis.

Rootman, I. (1985). Using health promotion to reduce problems. En M. Grant (Ed.). *Alcohol Policies*. WHO.

Rubinelli, S. & Diviani, N. (2020). The bases of targeting behavior in health promotion and disease prevention. *Patient education and counseling*, 103(12), 2395-2399. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.043>

Rudd, R. E. & Anderson, J. E. (2006). *The health literacy environment of hospitals and health Centers*. Harvard School of Public Health.

Rudd, R., Comings, J. P. & Hyde, J. N. (2003). Leave no one behind improving health and risk communication through attention to literacy. *J. Health Commun.* 8(1), 104–115. <https://doi.org/10.1080/713851983>

Shain, M. & Kramer, D. (2004). Health promotion in the workplace: framing the concept; reviewing the evidence. *Occup Environ Med.*, 61(7), 643-648. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.2004.013193>

Siguero, M.A., Maqueda, J., Marqués, F., Sagües, M.J. & Solé, M.D. (2021). Evaluation of the Effectiveness of Workplace Health Promotion Programs from 2000 to 2020: Literature Review. *Open Journal of Preventive Medicine*, 11, 113-131. <https://doi.org/10.4236/ojpm.2021.114010>

Simnett, I. (1991). *Promoting Health: Local Authorities in Action*. Health Education Authority.

Stellefson, M., Paige, S. R., Chaney, B. H. & Chaney, J. D. (2020). Evolving role of social media in health promotion: updated responsibilities for health education specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1153. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041153>

Syed, M., Ahmed, F., Zahid, N., Khalid, N. & Israr, N. (2021). Essentials of Healthcare Marketing. *Asian Journal of Medicine and Health*. 19(2), 73-79. <https://doi.org/10.9734/AJMAH/2021/v19i230306>

Tannahill, A. (1985). What is health promotion? *Health Education Journal*, 44(4), 167–168. <https://doi.org/10.1177/001789698504400402>

Tones, K. (1983). Education and Health Promotion: New Direction. *Journal of the Institute of Health Education*, 21(4),

121-131. <https://doi.org/10.1080/03073289.1983.10805553>

Tones, K. (1990). Why theorize? Ideology in health education. *Health Education Journal*, 49(1), 2–6. <https://doi.org/10.1177/001789699004900101>

Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. (1990). *Health Education: Effectiveness and Efficiency*. Chapman and Hall.

Van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. *Health Promotion International*, 35(2), 181-186. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa042>

Waitzkin, H. (1981). The Social Origins of Illness: A Neglected History. *International Journal of Health Services*, 11(1), 77-103. <https://doi.org/10.2190/5CDV-P4FE-Y6HN-JACD>

World Health Organization. (1984). *Health Promotion: a WHO Discussion Document on the Concepts and Principles*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>

World Health Organization. (1989). 42a Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/202236>