

¿QUÉ ES SALUD? REVISIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO A PARTIR DE LA DEFINICIÓN DE LA OMS EN 1948

Hernández Gamboa, Luis Ernesto^{1}; Cañaverall Pascacio, Seyla del Rosario²*

1 Médico adscrito al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez

2 Trabajadora social del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez.

* Autor de correspondencia: ernesto.hernandez@unach.mx

RESUMEN

El presente es un artículo de revisión por lo que se hace una descripción pormenorizada, selectiva y crítica que recoge información relevante de la definición de salud y su evolución, desde la definición publicada por la OMS, en 1948, siendo integrada en una perspectiva unitaria y de conjunto. Tiene como finalidad plantear los cambios históricos que ha tenido el concepto de salud, partiendo de la primera definición que elaboró la Organización Mundial de la Salud, posterior a su creación al término de la Segunda Guerra Mundial, en el año 1948. No buscamos proponer una nueva definición, sino hacer una revisión de los cambios que han sucedido desde el surgimiento del mismo y que han impactado de una u otra forma en la manera de entender y modificar los sistemas de salud. No se busca entonces, comprender la evolución antes del surgimiento de este importante concepto, sino identificar lo sucedido a partir del surgimiento de la definición de salud, que fue un hito histórico al separarse de enfermedad, hasta nuestros días.

Palabras clave: Salud; dimensiones sociales; Atención Primaria; Declaración de Vancouver.

WHAT IS HEALTH? HISTORICAL REVISION OF THE CONCEPT FROM THE DEFINITION OF THE WHO IN 1948

Hernández Gamboa, Luis Ernesto^{1}; Cañaverall Pascacio, Seyla del Rosario²*

1 Médico adscrito al Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez

2 Trabajadora social del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Tuxtla Gutiérrez.

* Corresponding author: ernesto.hernandez@unach.mx

ABSTRACT

This is a review article for which a detailed, selective and critical description is made that collects relevant information on the definition of health and its evolution, from the definition published by the WHO in 1948, being integrated into a unitary perspective and overall. Its purpose is to present the historical changes that the concept of health has had, starting from the first definition that the World Health Organization elaborated, after its creation at the end of the Second World War, in 1948. We do not seek to propose a new definition, but rather to review the changes that have occurred since its inception and that have impacted in one way or another on the way of understanding and modifying health systems. It is not sought then, to understand the evolution before the emergence of this important concept, but to identify what happened from the emergence of the definition of health, which was a historical milestone when it was separated from disease, until today.

Keywords: Health, Social dimensions, Primary Care, Declaration of Vancouver.

DESARROLLO Y CONCLUSIONES

El presente artículo tiene como finalidad plantear los cambios históricos que ha tenido el concepto de salud, partiendo de la primera definición que elaboró la Organización Mundial de la Salud, posterior a su creación al término de la Segunda Guerra Mundial, en el año 1948¹. No buscamos proponer una nueva definición, sino hacer una revisión de los cambios que han sucedido desde el surgimiento del mismo y que han impactado de una u otra forma en la manera de entender y modificar los sistemas de salud. No se busca entonces, comprender la evolución antes del surgimiento de este importante concepto, sino identificar lo sucedido a partir del surgimiento de la definición de salud, que fue un hito histórico al separarse de enfermedad, hasta nuestros días.

En 1948 surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad"¹. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar ya que esta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción².

Dos puntos importantes en esta definición, que cuenta con muchos en favor y en contra: por primera vez se busca conceptualizar al ser humano de manera integral y, por otra parte, es también visualizada como la contraparte de la enfermedad; como dos polos opuestos que habría que diferenciar, y trabajar más en favor de la salud.

En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que la inversión social en esferas tales como la salud y la educación³.

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa; en donde, el entonces ministro de

salud de Canadá realiza un estudio que quedó plasmado en el famoso Reporte Lalonde, en el cual demuestra que las diferencias en salud están más que en un agente causal en las diferencias económicas de la población y juegan un importante papel³. Este enfoque, conocido más tarde como concepto de campo de salud e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana⁴.

Este cambio de conceptualización de enfermedad a salud tuvo un segundo momento muy importante con la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud realizada en Almá Atá, Rusia, del 6 al 12 de septiembre de 1978. En la declaración final, los países firmantes se comprometen a implementar mecanismos dirigidos a disminuir las graves diferencias existentes entre los niveles socioeconómicos de los países que conducen a diferencias en los niveles de salud⁵.

Continuando con esta búsqueda de un cambio en los sistemas de salud, se emite la Carta de Ottawa en 1986, en donde se comienza a hablar de la importancia de que los diferentes sistemas sociales y políticos trabajaran de manera conjunta con salud para modificar las condiciones económicas y sociales que limitan el acceso a la salud de la población. Los modelos neoliberalistas limitaron el desarrollo e implementación de estas propuestas de manera global, y que han desembocado desde hace unos años en los determinantes sociales de la salud que pretenden el establecer políticas públicas dirigidas al mejoramiento y conservación de la salud de las regiones⁶.

Por otra parte, en los últimos años las investigaciones sociales han avanzado en la comprensión del ser humano y ahora en lugar de solo 3 (biológica, psicológica y social) se habla de 9 dimensiones que son: la biológica, mental, educativa, emocional, social, cultural, ética, económica y espiritual, lo que complica aún más la comprensión de la salud y pone, a la propuesta de los procesos, con ese continuo tránsito de lo

positivo a lo negativo y viceversa, en un fluir a lo largo de la vida y con unos y otras de las dimensiones individuales en diferente momento, en un momento de comprensión más complicado, pero con mayor posibilidad de entender este proceso salud/ enfermedad.

Si esto lo elevamos a niveles familiares y comunitarios, podemos entender por qué hay tantos cambios en esto e identificar de manera más adecuada los puntos a tratar.

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura, de acuerdo con Dever².

Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona. Y desde el punto de vista de sistemas la salud rebasa al sector salud y se enmarca en todos y cada uno de los sistemas que deben trabajar en conjunto para incrementar el nivel de la población.

Todo esto coincide con Molina, G. (citado por Bersh, D. 1987), el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico, cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad, la definición del término “salud” no es estrictamente biológica sino primariamente social².

De acuerdo con Torres, T., 2004, los estudios sobre la salud y la enfermedad deben ser abordados de diversas formas. Una de éstas puede ser a la luz de la visión Emic o etic; la visión émica permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. Por contraste, el término ética designa la visión médica o desde afuera⁷.

Si se retoma a Kleinman, 1980 (citado por Torres, T. 2004) y se tiene como base: la patología (disease), el padecimiento (illness) y la enfermedad (sickness), se pueden establecer e

interpretar los conceptos de salud y de enfermedad, entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones según Kleinman (1980)⁷⁻⁹.

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, R. 2001:1, citado en Vergara, Q. MC. 2006)².

Blum, (citado por Bersh, 1987), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales^{2, 10}. Por su parte, Lalonde y Dever (citados por Quevedo, E. 1992), sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio^{2, 4, 11}.

Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980)^{2, 12}.

Agrega Bersh (1987), —apoyándose en las ideas de Blum— (1983), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud”¹⁰.

El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Antes de este debate, había surgido un enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, los cuales procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, vincula la salud y el desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones².

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio².

CONCEPCIÓN MODERNA

En los años noventa se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Herzlich, citada por Viveros, M. 1993. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad².

Pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico. Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. En todo caso sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la rehabilitación. Esta racionalidad asume que tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano^{2, 13}.

Es de resaltar que ya para 1943 con Hovvase, R. (citado por Canguilhem, G. 1971), asumía que

estar enfermo significa ser perjudicial, o indeseable, o socialmente desvalorizado, etc.^{2, 13}.

Pero a pesar de la aparente desesperación del juicio del valor en esos conceptos empíricos, el médico sigue hablando de enfermedades porque la actividad médica por el interrogatorio clínico y por su terapéutica está relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor².

Lo anterior y la magnitud de los problemas actuales en salud han conducido al intento de comprender el problema de la salud y la enfermedad desde otros referentes².

CONCEPCIÓN POSMODERNA

Desde la semiología se abre un horizonte que permite un acercamiento a las creencias y prácticas en salud en diferentes contextos histórico culturales que hacen posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales².

Es indudable que los discursos están formados por signos, pero realmente lo que ocurre es el uso del signo que se ve superado con la carga de significaciones que cada uno le atribuye, y hace que se dificulte ser analizado solo desde la palabra y, en ese sentido, pone un reto a las ciencias sociales y médicas, pues es importante descifrar la carga de significaciones que las personas le añaden para poder comprender los conceptos de "salud" y "enfermedad"².

Una de las definiciones más recientes menciona la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual estar sano es "la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales"².

Se abre entonces una disyuntiva a enfrentar: atender la salud o la enfermedad, ambos requieren recursos importantes y definiciones políticas y sociales; atender la salud tiene que ver con distribución de la riqueza, infraestructura, condiciones sociales, estilos de vida pero de manera muy importante, asumir las consecuencias de las decisiones de vida tomadas a lo largo del crecimiento y desarrollo de una persona; asumir por ejemplo, que si mi estilo de vida me lleva a un consumo excesivo de carbohidratos y alcohol, esto desembocará

primero en obesidad y posteriormente en diabetes y si no estoy dispuesto a modificar mi estilo, pues puede llegar a amputaciones o insuficiencia renal, con todo lo que esto implique de costos y afectaciones en mi persona y mi familia, y esta última también debe aceptar su responsabilidad en dejarme avanzar hasta ese grado de afectación a mi persona; es decir, un cambio radical en los estilos de vida, seguir atendiendo la enfermedad es permitir que el estilo de vida no sea el centro de las decisiones sino otros paradigmas como la satisfacción. Los caminos están ante nosotros.

Los campos de las ciencias sociales también han aportado aspectos importantes a la comprensión del significado de la salud, a lo largo del avance del conocimiento en esas ciencias, han definido que los seres humanos no solo tenemos las 3 esferas mencionadas por la OMS, sino que se habla ya en el momento actual de 10 dimensiones humanas, como las denominan ellos, en donde además de las 3 ya conocidas (biológica, psicológica y social), se agregan la religiosa, ética, educativa, lúdica, económica, cultural y laboral.

Visto así, y considerando la salud no cómo algo estático, sino dinámico, puede ser entendida como se menciona arriba como un proceso en un continuo movimiento de altas y bajas en donde cada una de las diferentes dimensiones se encuentra en diferente altura y comportamiento, y la persona como responsable de su bienestar, debe buscar que la mayoría de estas dimensiones se encuentren en la parte superior. Esta búsqueda de la superación de los obstáculos y disfrutar los mejores momentos, es la vida misma, y qué mejor que enfrentarla a todo nuestro potencial.

En este sentido y para concluir, es importante considerar los determinantes sociales en salud en donde lo que se busca es que se construyan las bases necesarias para que todos los individuos contemos con la misma infraestructura y posibilidades para desarrollarnos.

REFERENCIAS

1. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinaria. *Sapiens Rev Univ Investig* [Internet]. 2008;9(1):93–107. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
2. Vergara Quintero M del C. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Rev Hacia la promoción la Salud* [Internet]. 2007;12:41–50. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Tres+concepciones+hist?ricas+del+proceso+salud-enfermedad#0>
3. Cervera Garvi P. Adaptación transcultural al español y validación del cuestionario “Foot and Ankle Ability Measures” (FAAM) [Internet]. [Málaga]: Universidad de Málaga; 2017. Available from: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/15328/TD_CERVERA_GARVI_Pablo.pdf?isAllowed=n&sequence=1
4. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. *AARN News Lett* [Internet]. 1974;32(6):1–5. Available from: http://fundadeps.org/wp-content/uploads/eps_media/recursos/documentos/132/informe-lalonde.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Alma-Ata 1978: Atención primaria de salud [Internet]. 1st ed. Organización Mundial de la Salud (OMS) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 1978. 93 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=92AF857BB1152C029411DEB34345B50E?sequence=1>
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la promoción de la salud [Internet]. Ottawa; 1986. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
7. Torres López TM. Sangre y azúcar: Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara. México. Guadalajara, Editorial Universidad de Guadalajara. 2004 ISBN 9687846631, p. 16 [Internet]. Universidad de Guadalajara, editor. Guadalajara: Biblioteca Digital wdg. biblio; 2004. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12104/193>
8. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, California: University of California Press; 1980.
9. Postulados epistemológicos de la psicoterapia [Internet]. Teorías y Sistemas psicoterapéuticos. 2018. Available from: <https://teoriasystem.blogspot.com/2018/08/postulados-epistemologicos-de-la.html>
10. Bersh D. El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME. 1987;28.
11. Quevedo E. La cultura desde la medicina social. En: *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. Santa fe de Bogotá: ICAN-Colcultura; 1992. 65, 72 p.
12. Gordis L, Gold E. Privacy, confidentiality, and the use of medical records in research. *Science* (80-). 1980;207(4427):153–6.
13. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico [Internet]. 1st ed. Siglo XXI argentina editores sa, editor. Argentina: Siglo XXI; 1971. 278 p. Available from: https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2018/11/canguilhem_georges_lo_normal_y_lo_patologico.pdf

Citar como: Hernández Gamboa, LE; Cañaverall Pascacio, S del R. ¿Qué es salud? Revisión histórica del concepto a partir de la definición de la OMS en 1948. *AMU*. 2022;1(2):111–116. Doi: [10.31644/AMU.V01.N02.2022.A11](https://doi.org/10.31644/AMU.V01.N02.2022.A11)