Salud integral: evolución del concepto y propuesta actual

Síntesis Teórica por

Blanca Patricia Mantilla Uribe*

Introducción

A continuación se presenta una síntesis teórica sobre el tema, que busca propiciar la reflexión sobre cómo se entiende la salud, cuál ha sido la evolución histórica de este concepto a través de la sociedad, y cuál es la propuesta actual para hacerlo realidad en la vida de cada una de las personas.

¿Qué es salud? ¿Qué hemos entendido por salud en la historia reciente?

Existen muchos conceptos sobre la salud, tal vez tantos como personas y sociedades existen, pues como la mayoría de las concepciones, este es un producto social, dinámico y con transformaciones a través del tiempo.

Desde las culturas primitivas hasta las más modernas, todas han manejado creencias y prácticas sobre la salud, ya fuera para mantenerla o para evitar enfermar. Los griegos, los romanos, el cristianismo, la Edad Media, el Renacimiento, los Siglos XVII al XIX, tuvieron su concepción de salud que evolucionó, cambió y dio sus con-

* Enfermera, Especialista en Administración de Servicios de Salud y Docencia Universitaria, Magíster en Pedagogía (c), Directora Instituto de Programas Interdisciplinarios en Atención Primaria de la Salud – Universidad Industrial de Santander PROINAPSA UIS.- Centro Colaborador de OMS/OPS en Promoción de la Salud y Salud Sexual y Reproductiva. Bucaramanga – Colombia.

tribuciones para posteriores desarrollos en la sociedad occidental del siglo XX y parte del actual[†].

En el siglo pasado diversos teóricos escribieron acerca del concepto de salud y su evolución histórica. En la revisión realizada para este documento, se encontró que diversos autores coinciden en mencionar algunas etapas o momentos de la evolución o transformación de este concepto. Para efectos didácticos y por ser la que mejor recoge estas diversas etapas, se tomó la clasificación propuesta por Gavidia Catalán en una investigación realizada en Valencia, España, sobre las concepciones de salud del profesorado (Gavidia, 1998).

Este autor plantea cinco etapas en la evolución histórica del concepto de salud en el mundo occidental en el siglo pasado:

- **La salud como lo contrario de la enfermedad**

  Esta etapa, como su nombre lo indica, concibe a la salud como "no estar enfermo", es decir, asume que si la persona no está enferma entonces está sana. Esta concepción de salud está ligada a que la enfermedad es más fácil y factible de identificar para las personas, mientras la salud es algo más etéreo que no se hace realidad más que en la ausencia de la otra. Sin embargo, hoy se sabe que se puede estar enfermo y sentirse saludable, como es el caso de enfermedades como el cáncer de cuello uterino, en el que puede pasar mucho tiempo antes de que la persona pueda identificar que está enferma.

  También sucede lo contrario, que la persona esté sana físicamente pero se sienta enferma. Esta concepción de salud fue manejada más a principios del siglo

[†] Para ampliar más los conceptos de salud que se manejan en la actualidad, se sugiere ver el texto completo del Capítulo 1 denominado "Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud", del libro "Cómo construir vida saludable", editado por Helena Restrepo y Hernán Málaga (Editorial Médica Panamericana).

XX hasta la década del 40, y ha venido siendo relegada porque no dice nada a cerca de lo que realmente es la salud, y por ser una concepción negativa de la misma. No obstante, aun hoy es frecuente encontrar personas que continúan teniendo esta concepción de salud.

- **La salud como ideal de bienestar**

Surge a partir de la promulgación del concepto de salud de la OMS en 1946: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" (OMS, 1946). En contraposición a la visión anterior (salud como lo opuesto de la enfermedad), dicho concepto plantea un cambio en términos de ver la salud en forma positiva y asociada al bienestar de las personas; además, esta visión transciende la dimensión física del ser humano y también tiene en cuenta las dimensiones mental y social.

Gavidia menciona que "para la escuela, esta concepción de la OMS ha significado una mayor aportación pues permite contemplar, analizar y desarrollar las actividades de enseñanza-aprendizaje de la salud, teniendo en cuenta las tres dimensiones: física, mental y social, con lo que resulta especialmente operativa" (Gavidia, 1998).

A pesar de lo anterior, la definición de salud de la OMS ha tenido muchas críticas, especialmente por considerarse imposible de lograr el "completo bienestar" y por enfatizar en un "estado" que le da un carácter estático que no tiene, ni puede tener la salud de las personas. Estas críticas hicieron que la misma Organización Mundial de la Salud en 1984, ajustara la definición y mencionara que: "Una nueva concepción de salud como el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida, es

un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas" (OMS,1984).

Sin embargo, el concepto de la OMS de 1946 es el más conocido universalmente y especialmente mencionado por los profesionales y personal de salud, aunque en la práctica el sector sanitario haya estado tradicionalmente dedicado a la atención de la enfermedad.

- **La salud como equilibrio con el entorno**

Este concepto aparece a principios de la década del 60, cuando Dubos dice que la salud es "el estado puntual de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio" (Dubos, 1967, en: Gaviria, 1998. p.31). En esta concepción aparece la importancia de la adaptación de las personas con el ambiente, no solamente físico, sino también mental y social. Además reitera que la salud no es lo opuesto a la enfermedad, que es un continuo dinámico, individual y colectivo, "producto de los determinantes sociales (ambientales) y genético-biológico- ecológicos que se originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestra biología" (Ibid, p.33). Este concepto resalta que el entorno económico y social en algunas enfermedades es más importante que las condiciones biológicas y físicas de las personas.

- **La salud como estilo de vida**

Promulgada por algunos teóricos en la década de los 70, esta concepción considera al individuo como protagonista de su propia salud, y lo hace responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud. Está derivada de la presencia de eventos de enfermedad en los cuales no hay causas o factores de riesgo biológicos, sino en los que tiene una mayor importancia el comportamiento y la conducta de las personas, como los accidentes de

tránsito, las enfermedades cardiovasculares, el VIH/Sida o la diabetes, entre otros.

Un ejemplo de este enfoque es la definición de salud a la que se llegó en el Congreso de Médicos y Biólogos de lengua catalana, celebrado en Perpignan en 1978: “La salud ha de ser una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y profundamente gozosa” (En: Gavidia, 1978). En esta definición se enfatiza la responsabilidad individual de la salud, así como la conducta de la persona como derivada de ella.

- **La salud como desarrollo personal y social**

Parte de concebir la salud como una construcción del propio individuo pero también de la sociedad en la que está inmerso. Está basado en los factores determinantes de la salud propuestos por Lalonde en 1974, quién mencionó en su informe que los factores biológicos, del comportamiento, del medio ambiente y de los servicios de salud son los que influyen en la producción de la salud, y dentro de ellos el comportamiento de las personas y el medio ambiente físico y psicosocial son los que más pesan en la consecución de la misma (Lalonde, 1974. En: Málaga H, Restrepo H, 2001. p.25).

Este informe marcó un momento muy importante, pues deja de lado a la medicina como la fuente principal de todas las mejoras en salud; destacó también que la mayoría de los esfuerzos de la sociedad se habían dirigido a la organización de los servicios de salud y al cuidado médico. Así mismo, mencionó la necesidad de invertir mejor los recursos trabajando en los factores del comportamiento humano, el medio ambiente, priorizando la prevención al tratamiento, así como el trabajo en los factores biológicos.

Este aporte del Informe Lalonde, ayuda a comprender que frente a las situaciones de salud, la persona tiene una responsabilidad directa en cuanto a sus estilos de vida y a las conductas que asume para el manejo de sus factores hereditarios y la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, la sociedad en la que se vive es responsable por una serie de factores del ambiente, y de la misma organización sanitaria que influencia la salud y la vida de las personas, configurándose esa doble determinación de la salud entre lo individual y lo social.

Adicionalmente, esta concepción está basada en lo mencionado en la Carta de Ottawa cuando dice que: "*La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud*." (OMS, Ministerio de Salud de Canadá, 1986). Este documento también planteó que "la salud se crea y se vive el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo" (Ibid, 1986), lo que ha configurado una de la principales transformaciones pues la construcción de la salud es permanente y en otros escenarios diferentes a las instituciones de salud (hospitales, clínicas, centros de salud).

¿Qué sigue hacia adelante? ¿Cuál es la propuesta para continuar desarrollando la salud de las personas?

Es indudable que la dinámica social y los avances científicos van configurando nuevas transformaciones en las personas y también en las sociedades. En mi opinión, lo que se ha venido planteando en los últimos años configuraría una sexta etapa de esta evolución histórica del concepto de salud, y es considerar la salud como derecho humano y determinada socialmente.

La anterior afirmación se sustenta en que la conceptualización de salud dada en Ottawa fue reiterada y ampliada veinte años después en Bangkok (2005), mediante la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, en la cual se afirma que "la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna, que la promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual." (OMS, Ministerio de Salud Tailandia, 2005). Con esto se inicia un nuevo énfasis en la conceptualización de salud como un derecho humano fundamental, determinada socialmente e incluyendo otra dimensión del ser humano, la espiritual.

Para garantizar ese derecho, la Carta de Bangkok ratificó las cinco líneas de acción de Ottawa, pero además planteó la necesidad de la abogacía por la salud sobre la base de los derechos humanos y la solidaridad; la inversión en políticas, medidas e infraestructura sostenibles para abordar los factores determinantes de la salud; y el establecimiento de alianzas con organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y la sociedad civil para crear acciones sostenibles.

Comprender la salud como un derecho humano pasa por tener claro que los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos por el solo hecho de ser humanos; están apoyados en la equidad y en el reconocimiento de que todos los humanos tenemos el mismo valor. Fueron formulados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y aprobados por la Asamblea General de la ONU en 1948. Son acuerdos internacionales que propenden por la dignidad humana, universales, indivisibles e interdependientes y están íntimamente relacionados.

La Organización Mundial de la Salud los define como *"garantías legales universales que protegen a los individuos y a los grupos contra las acciones que interfieren con sus libertades fundamentales y su dignidad humana*" (OMS, En: Corona, E. Ortiz, G. p.18). Por tal razón, la salud vista como derecho humano representa que todas las

personas por el hecho mismo de ser personas, tienen el derecho a tener los más altos niveles de salud, a tener información y educación adecuada y completa que permita la adopción de comportamientos y estilos de vida mas saludables; el derecho de tener acceso a unas condiciones sanitarias mínimas como acceso a agua potable, condiciones del aire, el suelo que favorezcan la salud, a elegir cuántos tener hijas o hijos tener y determinar la frecuencia entre embarazos que se desee; el derecho a una maternidad segura y sana; a no ser discriminado debido a la opción sexual; al acceso a servicios de salud acordes con los valores y necesidades de quienes acuden a ellos, a la confidencialidad sobre sus casos y a recibir información necesaria para decidir si aceptan un tratamiento o no.

Pero en esta sexta etapa de la evolución del concepto de salud también se enfatiza en que la salud es determinada socialmente**.** Es importante recordar que a partir del Informe de Lalonde, se le dio una gran importancia a los determinantes individuales de la salud, lo cual hizo que proliferaran intervenciones de educación sanitaria individual y de comunicación social, centradas en el cambio de conducta de las personas, dejando de lado la influencia que tienen los determinantes sociales sobre la salud individual y colectiva. Sin embargo, en la última década, y especialmente en los países desarrollados, diversos autores (Wilkinson, R. Marmot, M. 2003) han recabado evidencia científica que muestra cómo los determinantes sociales tienen que ver no solo con las decisiones individuales sino también con la salud y la vida de los colectivos humanos.

El Glosario de Promoción de la Salud de la OMS define los determinantes de la salud como: “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998. p.16). Por lo tanto, hay determinantes de la salud que están bajo el control del individuo: comportamientos y estilos de vida orientados al cuidado de la propia salud y el uso de los servicios sanitarios; y otros que están fuera del control de la persona e incluyen condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de

los servicios sanitarios (Nutbeam, D. En: UIPES, 2000. p.3); a este segundo grupo es al que se le denomina “determinantes sociales de la salud”.

Los determinantes sociales de la salud más estudiados son: el entorno socioeconómico (incluye ingreso económico, el empleo y la posición social; la educación; las redes de apoyo social; y las condiciones de trabajo); los entornos físicos y el acceso a los servicios de salud.

Dentro de estos, la educación es uno de los determinantes sociales más importantes y cuya evidencia es contundente: a mayor nivel educativo mejores niveles de salud y viceversa. Por ejemplo, hoy se sabe que a medida que aumenta el nivel educativo de las mujeres, éstas tienen un menor número de hijos, se retrasa el inicio de las relaciones sexuales y las gestaciones, hay una menor mortalidad infantil, los niños y las niñas crecen mas sanos, enferman menos y son mejor criados. De acuerdo con UNICEF (2004, p.20), por cada año adicional de educación de la madre se reduce la mortalidad de menores de 5 años entre un 5% y un 10%.

La educación tiene consecuencias que van más allá del aprendizaje y su influencia positiva alcanza la mayoría de los aspectos de la vida del niño o la niña. Se sabe que cuando hay un mayor nivel educativo los niños y las niñas aprenden cómo mantenerse más sanos, a protegerse contra enfermedades (infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida y dengue, entre otras), y son menos susceptibles a la violencia, la explotación y el abuso. Adicionalmente, ese efecto va más allá del ámbito de la escuela. **“**La educación fortalece la habilidad de las mujeres para crear hogares saludables, beneficiarse de la información en salud, utilizar bien los servicios disponibles y acceder a mejores ingresos y vida más saludable” (Mantilla, B.P, Hakspiel, M.C, 2003). Por lo tanto, las mujeres que han ido a la escuela y que han recibido en ella contenidos de educación para la salud tienen una menor tendencia a morir a consecuencia del embarazo, parto o puerperio. Según el Banco Mundial (2002), de cada

1000 mujeres, un año más de educación evita la muerte de dos madres (En: UNICEF, 2004. p.20). ‡

Esta última etapa plantea un gran reto para todos los actores del desarrollo, pero especialmente para los sectores de salud y educación, con el fin de compaginar el pensar global con el actuar en lo local. El reto es cómo hacemos realidad en la vida cotidiana de la escuela la salud, y sobretodo, cómo promovemos ambientes, comportamientos más favorables a la salud en el marco de la garantía de derechos y con una participación decidida de la comunidad escolar y del accionar intersectorial.

Este breve recorrido por la evolución histórica del concepto de salud es solo una base para seguir entendiendo y comprendiendo el cómo hacemos realidad la promoción de la salud en el ámbito escolar.

‡ BANCO MUNDIAL. Education and Development Brochure. Banco Mundial: Washington, D.C. 2002. En: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2004 p.20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Banco Mundial. Education and Development Brochure. Banco Mundial: Washington, D.C. 2002. En: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York: Unicef, 2004.

Corona, E. Ortiz, G. Hablemos de educación y salud sexual: Manual para profesionales de la educación. Volumen 1. Asociación Mexicana de Educación Sexual, Asociación Mexicana para la Salud Sexual, UNFPA. México, D.F: 2003

Gavidia Catalán V. Salud, Educación y Calidad de Vida. De cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud. Santafé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 1998.

Hernández, J. Mantilla B. P. y otros. Encontrando Sentidos: Bases Conceptuales para el Desarrollo de Estrategias Integrales de Comunicación Educativa en los Planes de Atención Básica – PAB. Instituto PROINAPSA UIS. Bucaramanga: Editorial UIS, 2002.

Lalonde, M (1974). A new perspective on the Health of Canadians. En: Málaga H, Restrepo H. Promoción de la Salud: Como construir vida saludable. Editorial Panamericana, Bogotá, 2001. p.25.

Málaga H, Restrepo H. Promoción de la Salud: Como construir vida saludable. Editorial Panamericana, Bogotá, 2001.

Mantilla, B.P, Hakspiel, M.C. Hacia la construcción de escuelas saludables. Guía para docentes y personal de salud. Bucaramanga: UIS, 4ª. Edición. Marzo 2003.

Mayobre P R, Caruncho C. Salud y Género. Universidad de Vigo, 1998 [fecha de acceso 22 de junio de 2007]; disponible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/indicedearticulos.htm

Nutbeam, D. Eficacia de la Promoción de la salud- Las preguntas que debemos responder. En: UIPES. La Evidencia de la eficacia de la promoción de la salud: Configurando la salud pública en una nueva Europa. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España. 2000.

Organización Mundial de la Salud. Carta Constitucional. Ginebra: OMS; 1946

Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, 1986.

Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra: OMS, 1998.

Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: OMS, 2005.

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2004: Las niñas, la educación y el desarrollo. Nueva York: Unicef, 2004.

Wilkinson, R. Marmot, M. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Ginebra: OMS, 2003.