



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Universidad Nacional
ARTURO JAURETCHE

Material Académico

Viviana Atencio, Natalia Baigorria, Orlando Barrionuevo, Laura Bermúdez, Gisela Bonacalza, Adriana Cáceres, Eduardo Cafferata, Virginia Castiello, Claudia Chietino, Celia Grunweg, María Soledad Hesayne, Pablo Herrera, Luciana Ierace, Jonatan Konfino, Erika Martín, Cesar Moreno, Verónica Ojeda, Liliana Orizzonte, Sergio Otero, Roxana Paredes, Alejandra Pereyra, Evangelina Reyes, Liliana Rivas, Verónica Rodal, Paola Stanley, Rubén Trepichio, Mariana Vazquez, Mabel Villa, Fernando Vallone, María Eugenia Zamarreño y Vicente Pascual Ierace

Cuadernillos didácticos de Salud Pública

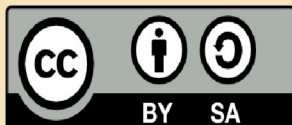
Tema 01 - ¿Qué entendemos por salud?

2024

Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Instituto de Ciencias de la Salud.

Salud Pública



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.

Atribución – Compartir igual 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Atencio, V., Baigorria, N., Barrionuevo, O., Bermúdez, L., Bonacalza, G., Cáceres, A., Cafferata, E., Castiello, V., Chietino, C., Grunweg, C., Hesayne, M. S., Herrera, P., Ierace, L., Konfino, J., Martín, E., Moreno, C., Ojeda, V., Orizzonte, L., Otero, S.,... Ierace, V. P. (2024). Cuadernillos didácticos de Salud Pública: Tema 01 - ¿Qué entendemos por salud? [Material académico]. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

<https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2752>

Salud Pública - ICS - UNAJ

TEMA 1



¿QUE ENTENDEMOS POR SALUD?

¿COMO VAMOS A TRABAJAR EN ESTE TEMA?

Para abordar este primer tema les pedimos que desarrollen durante la semana las siguientes tareas:

- Realizar una lectura y comprensión del texto
- Ver los videos
- Resolver los ejercicios propuestos
- Completar la autoevaluación para comprobar la comprensión del tema y registrar dudas para consultar en clase presencial.
- Trabajar grupalmente con la consigna propuesta, la que tendrán que presentar en la clase, participando activamente de la discusión con compañeros y docentes a través de aportes y preguntas sobre el tema.

Comencemos:

La finalidad de este primer texto consiste en realizar un recorrido por las diferentes visiones postuladas por algunos autores, en lo que respecta al concepto "Salud". De este modo, la idea central será deconstruir este término considerando el aspecto biológico, pero también incluyendo otras dimensiones: dimensión histórico-social, cultural, económica, etc.

En este sentido, se analizará como "La Salud" adopta diversos matices en las diferentes culturas y cómo fue evolucionando a lo largo del tiempo.

A su vez, se presentarán las características de dos enfoques contrapuestos en Salud: el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Médico Social.

Por último, se abordarán las características pertenecientes al enfoque tradicional de la Salud Pública para adentrarnos en la nueva cosmovisión de la Salud Colectiva, incorporando conceptos transversales como el de género y el de las nuevas investigaciones como la de "Una Salud" que tienen en cuenta la interfaz entre el ser humano, los animales y el ambiente de forma integral.



Actividad

Les proponemos que antes de iniciar la lectura escriban individualmente que significa para ustedes la salud. ¿Cómo definirían a la salud?

La importancia de analizar el concepto de Salud

“Existen diferencias profundas entre individuos y pueblos en lo que hace al sufrir o al modo de reaccionar ante las enfermedades... “Existen, por fin, cuadros morbosos que dominan una época, como la peste en el siglo XIV y la tuberculosis en el XIX, que luego retroceden y prevalecen otras patologías, como ahora lo hacen los tumores y las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, las naciones, las clases, las personas, son afectadas por los morbos en medida muy diferentes” (Berlinguer 1994:16).

Abordamos inicialmente este aspecto por varios motivos. Por un lado, será imprescindible como marco que nos permita adentrarnos en los demás conocimientos de la denominada Salud Pública.

Por otra parte, porque será fundamental poder comprender las diversas concepciones e ideas que sobre la salud poseen los diferentes grupos sociales con los cuales trabajamos e interactuamos, ya que de ellos dependerá la manera en que dichos grupos actúan, responden y se comportan a la hora de cuidar su propia salud.

El concepto de salud ha ido variando conforme la propia Historia de la Humanidad, así como con relación a los procesos culturales, sociales y económicos con los cuales ha guardado y guarda una estrecha vinculación. No resulta posible entonces brindar una definición acabada, unívoca y universal de lo que cada individuo y cada colectivo social entienden por salud.



Podemos sintetizar estos conceptos diciendo que la salud es una construcción histórica, social, cultural y subjetiva, de carácter multideterminado, que ha variado a lo largo del tiempo y que, a la vez, varía y adquiere diferentes connotaciones y significados según distintos contextos y grupos sociales.

Presentamos a continuación una **línea de tiempo sobre la evolución histórica del concepto de salud**, que brinda un panorama general de esa trayectoria temporal (basada en la tradición socio-cultural occidental y europea), asociada a los procesos culturales, sociales, productivos, y a la evolución tecnológica¹.

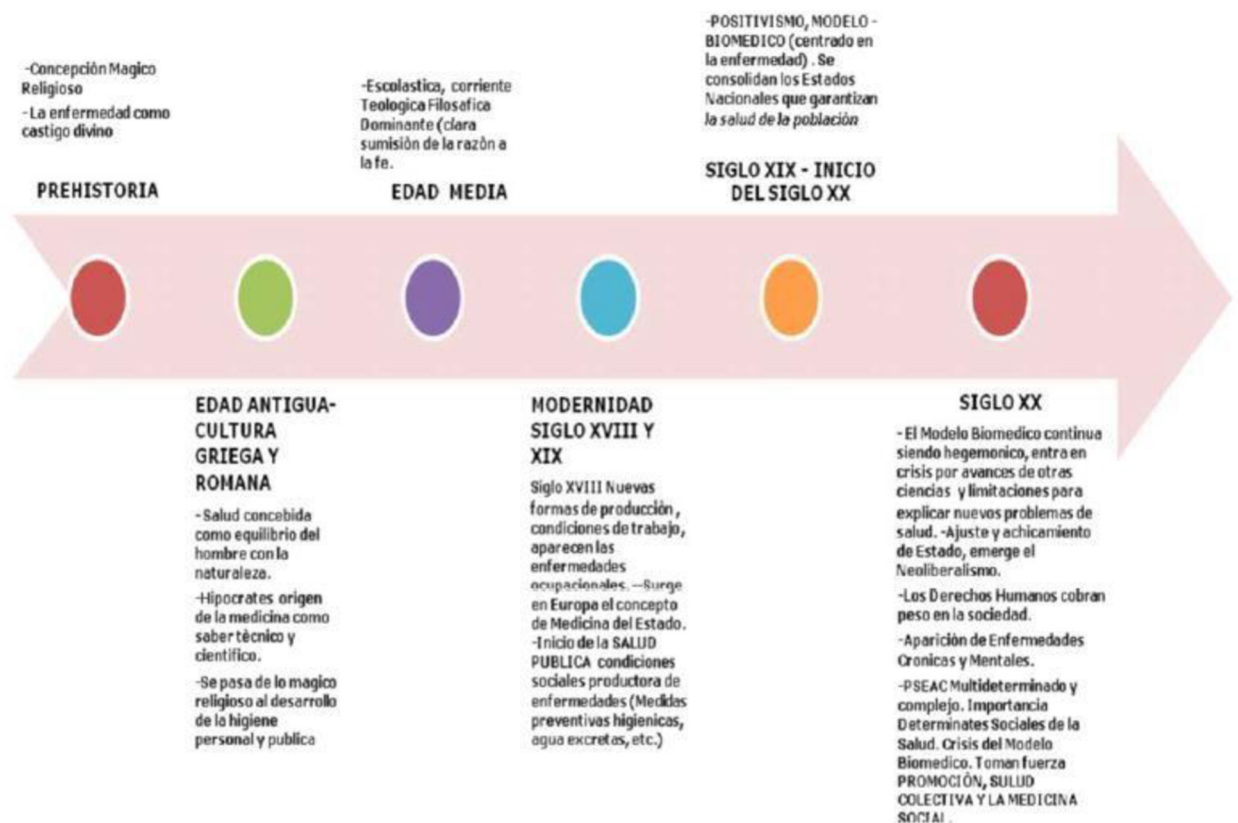


Actividad:

Escriban relatos, frases, concepciones, saberes que han escuchado y/o vivenciado en sus familias a lo largo de las distintas generaciones sobre cuáles eran sus dolencias físicas, emocionales, etc. ¿Cómo las resolvían?, ¿Dónde acudían? ¿Con que recursos contaban?

¹ Para más información sobre el tema ver en Programa de Salud Pública y Comunitaria CIEE- FLACSO Argentina, Modulo I. Buenos Aires, 2011 <https://drive.google.com/file/d/15tfzMms-mpDN0rBOVHR03RI6VjmmrTAh/view?usp=sharing>

Línea de Tiempo: Evolución Histórica del Concepto de Salud



La Concepción de Salud en los Pueblos Originarios de nuestra Región

Como ha podido observarse, cada etapa histórica ha transferido a la siguiente parte de su propia concepción, a modo de herencia, en el inagotable proceso de construcción del concepto de salud.

Vamos a detenernos en las diversas acepciones que aún en nuestros días son consideradas válidas desde diferentes sectores, analizando los conceptos de salud en la América anterior a la invasión europea, el arte del buen vivir y su relación con la idea integral de salud.



Al hablar del “Buen Vivir” estamos haciendo referencia a la recuperación de la idea de una buena vida, del bienestar en un sentido más amplio al que estamos acostumbrados. Esta dimensión se opone a la idea de “vivir mejor” a costa de otros, dado a que la mirada del buen vivir prioriza lo colectivo a lo meramente individual.

Con el Buen Vivir se intenta volver a hacer visibles saberes y tradiciones, concepciones que han estado ocultas y sojuzgadas por largo tiempo en Nuestra América.

Es para destacar que países como Bolivia y Ecuador han incorporado esta cosmovisión a sus Constituciones Nacionales. Así, la idea de buen vivir se expresa en la definición de **SUMAK KAWSAY** (en kichwa y quechua) o **SUMA QAMAÑA** (en aymara)

Por su parte Luis Macas, líder histórico del Movimiento Indígena Ecuatoriano, plantea que el concepto de Buen Vivir (Macas, 2010) en relación a:

- El espacio comunitario que se sustenta en la concepción y práctica de la vida en reciprocidad y redistribución. El hecho de poder compartir y contar con otros, poder

confiar en las personas; estas vivencias producen salud. Lo podemos anudar a la idea de contar con una red social que nos contenga y en la que contengamos a los demás.

- La **convivencia armónica con la Naturaleza**, la idea del buen vivir enriquece la mirada integral de salud cuando incluye en todos sus abordajes al ambiente, a la Tierra. No podemos pensarnos en un vacío social ni ambiental; el buen vivir se muestra contrario a los modelos económicos denominados “extractivistas” que maltratan al planeta en pos del enriquecimiento económico. Por otro lado, sabemos y tristemente vivenciamos en la actualidad que los desastres climáticos se relacionan directamente con este modelo que contamina, daña y saquea los recursos naturales del planeta.
- **La responsabilidad social**, porque todas nuestras acciones tienen consecuencias en nuestra sociedad, y la idea de organización social y política. El poder de la organización comunitaria también radica en los saberes y conocimientos colectivos que se transmiten de una generación a otra.
- **El consenso**, porque el diálogo es lo humano; porque tomar la palabra e intercambiarla, usarla para construir proyectos de vida en conjunto es sinónimo a tomar la salud, vivir bien. El consenso no borra las diferencias, las supera, construye desde lo plural. Se superan así ciertas tendencias que pretenden imponer “la dictadura de lo uno”, es decir de una única mirada posible sobre el mundo.

Diversas acepciones del concepto de salud en la actualidad

Para la **Real Academia Española** la **salud** es *“el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”*. Esta definición es a simple vista **biologicista**² y muy general, ya que dentro de ella y partiendo de “ser orgánico” puede definirse la salud de un ser humano tanto como la de un insecto o una planta; dejando además flancos débiles a la hora de tener que explicar *qué* es lo “normal”.

Por su parte, para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** el concepto de **salud** se refiere al *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”*. Es importante detenernos aquí para analizar las debilidades de esta mundialmente conocida, repetida y respetada definición.

Un punto central a cuestionar sobre la definición de salud propuesta por la OMS, es el carácter de **“estado de completo bienestar”**. Debemos comprender que **la salud es un proceso dinámico, en transformación permanente**. La salud no es algo estático e inmodificable que se alcanza hoy y dura para siempre, sino que está en continuo cambio; requiere de una constante adaptación y transformación del individuo a su medio, ya que está atravesada por determinantes sociales, biológicos, ambientales y culturales. **Por eso consideramos que la salud es un proceso y no un estado.**

Para **Floreal Ferrara**³ la definición de la OMS encierra una concepción estática que desplaza la dificultad de su enunciación hacia un nuevo problema, como es el de dilucidar el término *“completo bienestar”*.

² El **enfoque biologicista** explica el fenómeno de la salud desde una mirada reduccionista, ya que atribuye las causas de la enfermedad o padecimiento exclusivamente a factores orgánicos o biológicos, sin considerar otros factores emocionales, ambientales, sociales, culturales, etc.

³ Floreal Ferrara (1924-2010), médico sanitarista argentino especializado en Medicina Social, autor de diversos libros, dos veces Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires (1973 y 1987)



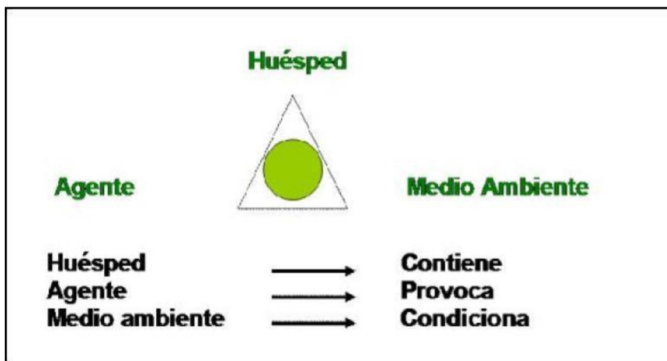
Agrega Ferrara (1985) que *“la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y que permita crear las condiciones donde a su vez se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad. El dinamismo del proceso salud enfermedad, se trata de un proceso incesante, hace la idea de acción frente al conflicto, de transformación ante la realidad... La salud es un proceso incesante, cuya idea esencial reside en su carácter histórico y social.”*

El autor pone aquí en escena **dos aspectos a considerar**: por un lado, el **dinamismo**, requerido para interpretar el proceso salud-enfermedad por ser incesante, cuya idea esencial reside en sus carácter histórico y social. Por el otro, precisamente, que la Salud como proceso **histórico social**, se ha convertido en un objeto científico, en una nueva complejidad cuya estructura es necesario reconocer y analizar. Sintetizando la visión de Ferrara, **“la salud corresponde al estado óptimo de vitalidad física, mental y social que surge del accionar del hombre frente a los conflictos y a su solución”**.



Asa Cristina Laurell⁴ (1982) incluye también la idea de dinamismo en el concepto de salud al hablar de **“salud- enfermedad como proceso social”**, y agrega que **“las causas de la enfermedad deberían buscarse no solamente en los procesos biológicos o en las características de la tríada ecológica⁵ (el huésped, el agente y el ambiente) sino en los procesos sociales, en la producción y en la reproducción social”**. Al respecto, Laurell afirma que los paradigmas en salud imperantes en cada época están fuertemente supeditados a los modelos económicos dominantes en cada una de esas mismas etapas históricas.

Modelo de la Triada Ecológica



Triada Ecológica: La enfermedad es el resultado de la interacción entre un agente agresor y un huésped susceptible en un medio ambiente propicio, que los pone en contacto mediante la existencia de mecanismos de producción, o transmisión.

En la misma línea que Laurell, **Hernán San Martín⁶** (1982) sostiene que **“toda definición de salud debe ser multidisciplinaria, tomando en cuenta el contexto ecológico, epidemiológico y social, valorando además la información aportada por lo geográfico, etnológico, político, económico, demográfico, etc”**.

Por su parte, **Eduardo Menéndez⁷** (1994) propone incorporar a la doble polaridad salud-enfermedad otro factor, el modelo de atención, considerando de suma importancia la influencia del mismo en la dinámica de este proceso, sea a través de su influencia sobre los individuos o sobre la sociedad. Llegamos así a la idea del proceso **“salud-enfermedad- atención”**.

⁴ Asa Cristina Laurell, médica de origen sueco nacionalizada mexicana en 1971, una de las principales referentes de la Medicina Social latinoamericana

⁵ La **Triada Ecológica**, a la que alude críticamente Laurell, es un modelo para analizar la etiología (origen y causas) de una enfermedad, especialmente aplicado a las enfermedades infecciosas, elaborado por A. Cockburn en 1963

⁶ Hernán San Martín Ferrari (1915-2000), médico chileno, destacado sanitarista latinoamericano.

Modelo Médico Hegemónico



Al analizar el proceso de salud-enfermedad-atención, Menendez (1990) también se refiere al **Modelo Médico Hegemónico (MMH)**, el cual define como *“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”*.

El MMH implica entonces:

- **Un enfoque biologicista e individualista** que desconoce los procesos históricos y sociales
- Una **concepción mecanicista** del ser humano pensando a la salud como una **normalidad estadística**, entendiendo “normalidad” como la forma en la que se distribuyen los diversos valores numéricos de las variables continuas como la estatura, peso, tensión arterial, etc.
- **Medicalizar los problemas** en busca de una **eficacia pragmática**, cuya práctica curativa se basa en la eliminación del síntoma, sin profundizar en la complejidad de las causas o factores que influyen sobre el problema.
- **Establecer una relación médico-paciente asimétrica**, es decir una subordinación social y técnica del paciente, quien se supone detenta un **“saber equivocado”** frente al conocimiento médico como único saber válido. El MMH basa todo su poderío en la racionalidad científica como criterio de legitimidad y de exclusión de otros modelos.

En contraposición al MMH, el Modelo Médico Social (MMS) propone:

- **Enfoque integral** del sujeto y la enfermedad que padece, entendiendo a la persona como una totalidad biopsíquica, inserta en un contexto social, histórico, político, cultural y ambiental.
- Sostiene la **importancia de la eficacia técnica pero también de la humana**, poniendo énfasis en la comprensión del otro y de su sufrimiento
- Promueve la **comunicación permanente** entre la comunidad y el equipo de salud, donde sus integrantes pueden reconocer las propias limitaciones



Actividad

Les proponemos trabajar con el video **“Pueblos originarios otra manera de sanar”** (desde el inicio hasta el minuto 3,26). Respondan:

- 1-¿Qué actitudes hegemónicas demuestra el equipo de salud del hospital?
- 2-¿Qué hechos los confronta y produce cambios?
- 3-¿Qué diferencias encuentran entre el MMH y los de los pueblos originarios?
- 4-¿Qué conclusiones o reflexiones pueden escribir en relación a lo relatado en el video?



⁷ Eduardo Menéndez, Doctor en Antropología argentino de extensa trayectoria en salud pública, residente en México desde 197

Una salud



Según datos oficiales de la OMS desde el año 2003, se han registrado más de 15 millones de fallecimientos y considerables pérdidas económicas debido a enfermedades y pandemias. Respecto de lo mencionado, cabe destacar el surgimiento del Covid-19 que se propagó a nivel mundial, el cuál evidenció la necesidad de proponer un enfoque en el que prime la cooperación entre diversos sectores y disciplinas mediante una perspectiva más holística.

Así nace "Una Salud" que se caracteriza por ser un enfoque integrador. La misma reconoce la interrelación entre la salud humana, animal y ambiental. De esta manera, frente a las problemáticas planteadas, promueve la colaboración interdisciplinaria y la cooperación entre diversos sectores, como la salud pública, veterinaria, ecología y agricultura, para abordar de manera más efectiva y sostenible los desafíos de la salud global.

No puede haber salud humana si no hay salud animal y ambas son inviables si el ambiente no es saludable, si está deteriorado, si no es sustentable. Lo anterior ha llevado a revivir el viejo concepto de "una patología", impulsado desde el siglo XIX por Rudolf Virchow en el lejano 1858. La evolución del término fue a "una medicina". Ese concepto en la actualidad es el de "Una Salud", que atiende en forma simultánea e integral a los elementos de la interface entre la salud humana, la salud animal y el ambiente, de carácter intersectorial y que exigen una integración funcional armónica, sinérgica y altamente eficiente. Sociedad Interamericana de Salud Pública Veterinaria, 2009

Al adoptar este enfoque, se busca no solo proteger la salud de las personas, sino también garantizar el bienestar de los animales y preservar la salud de nuestro planeta. Es una mirada integral que reconoce la interdependencia de todos los seres vivos y promueve la salud en un sentido amplio y sostenible.

Sin embargo, esta mirada tiene varios desafíos por delante que sortear a la hora de proponer una solución, para abordar los complejos problemas de salud que enfrenta el mundo.

Somos testigos de rápidas transformaciones mundiales en los ámbitos políticos, sociales y económicos y del gran avance de la ciencia y la tecnología, más notorios en las últimas décadas del siglo XX y lo que va del siglo XXI. Se evidencia una mayor conectividad e interdependencia entre los países, y por ende, aumento y expansión de los alcances del transporte y de las telecomunicaciones, facilitando todo esto el tránsito y movimiento de personas entre países (migraciones) y el comercio internacional y global, sin precedentes en la historia, la llamada **globalización**. Estos cambios socio económicos y todos los cambios ambientales dan oportunidades para la diseminación de microorganismos y la emergencia y reemergencia de enfermedades, en particular Zoonosis (enfermedades en humanos que tuvieron sus orígenes en un animal vertebrado). Cerca de 60% de las enfermedades infecciosas emergentes recientes de los humanos surgieron en animales (zoonosis), y el 72% de estas tienen su origen en especies silvestres.

Entendido de esta manera, en este mundo global las debilidades regulatorias y de detección de riesgos en la producción de alimentos en un país distante es potencialmente nuestro problema, y por ello la necesidad de que las capacidades de detección de riesgos e implementación de regulación, así como la notificación de los mismos a las redes internacionales (Reglamento Sanitario Internacional- RSI e INFOSAN)

En el caso de las zoonosis, está bien documentado que hay patógenos de aves de corral que son zoonóticos, y pueden afectar a humanos. El nivel de tecnificación determinará la interacción humana-animal en la cadena de producción y consumo (de la granja a la mesa). Insuficientes capacidades en diagnóstico y bioseguridad en los centros de producción animal-avícola, propician que patógenos emergentes que no reconocen fronteras se conviertan en amenazas a la salud pública, como la influenza aviar, de mayor prevalencia en Asia. En relación a la interacción hombre-animal y ambiente, no podemos dejar de mencionar en los determinantes socio económicos y ambientales, a las actividades económicas extractivas (la minería y la extracción de madera) cuando ejercidas de manera no responsable ni regulada, no sólo pueden impactar negativamente ecosistemas, si no que se constituyen per sé, en complejos nichos de convivencia de hombre, animales y medio ambiente selvático, donde población estará expuesta (incluyendo población migrante no inmune) a patógenos de transmisión vectorial y zoonótica

GENERACION Y CIRCULACION ECOSISTEMICA DE CONTAMINANTES

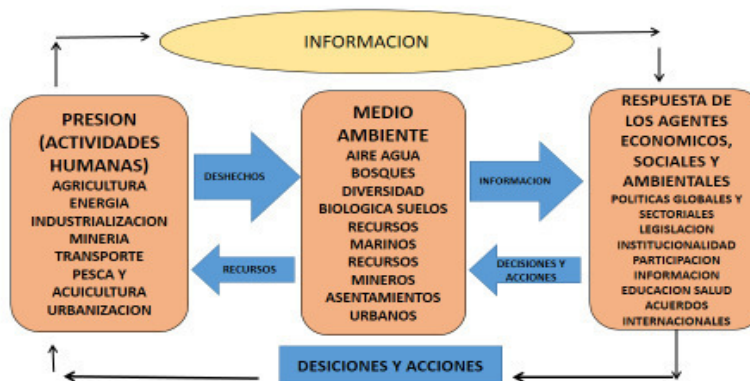


Diagrama de la generación y circulación de contaminantes

El sistema social está constituido por la industria farmacéutica, las instituciones de cuidado humano como hospitales, sanatorios y otros, las vías y medios de comunicación y transporte que permiten el intercambio de micro-organismos y la población humana. Por otra parte está el ambiente y las vías de interacción entre el sistema social y el medio ambiente a través de las acciones humanas y la eliminación de desechos (aguas servidas) y los servicios ecosistémicos que obtenemos de éste. En el compartimento animal son claves los animales de interés productivo, los animales del entorno doméstico incluidas nuestras mascotas y la vida silvestre. En este compartimento es de especial importancia la ganadería.

En cuanto a la emergencia de la resistencia a los antimicrobianos, y el uso de antimicrobianos en la agricultura y cría de animales, de acuerdo a informes de la FAO, el 75-90% de los antibióticos probados usados en animales se excretan en forma no metabolizada y entran en sistemas de alcantarillado y fuentes de agua. El consumo total de antimicrobianos en el sector ganadero en 2010 fue de 63 151 toneladas. FAO estima que el uso global aumentará en un 67% para 2030 a 105 596 toneladas. El mayor aumento (una duplicación) se producirá en Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica, por un aumento en el consumo de carnes y cambios en los cultivos donde se usan los antimicrobianos. Se estima que la industria ganadera de China consumirá un tercio de los antibióticos disponibles en el mundo.

La resistencia a antimicrobianos es hoy un problema crítico de salud a nivel mundial. Este tipo de resistencia se está convirtiendo en un problema de salud pública muy grave en todo el mundo ya que se agotan las opciones terapéuticas

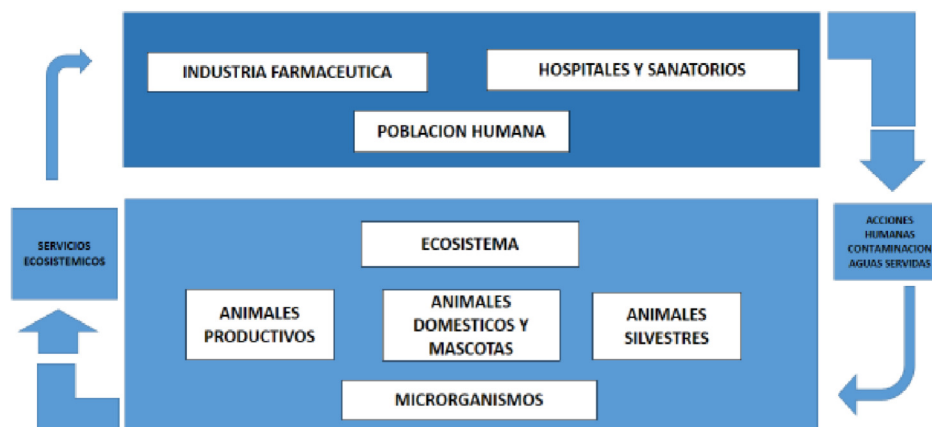


Diagrama de los factores claves del sistema social y el ecosistema determinantes de la resistencia a antibióticos

Es por ello, que todos los sectores implicados deben colaborar de forma conjunta con el propósito de prevenir, detectar y responder a los nuevos retos en salud que se puedan llegar a presentar a nivel mundial. De este modo, algunos de los puntos que se deben considerar son: la vigilancia de enfermedades zoonóticas (transmitidas de animales a humanos), la promoción de prácticas agrícolas sostenibles, la conservación de la biodiversidad, la lucha contra la resistencia a los antibióticos, y la mitigación de los impactos del cambio climático, entre otros.

Componentes del Campo de la Salud



Marc Lalonde⁸ (1996) introduce en el año 1974 el concepto de **campo de la salud**, a partir del examen de las causas y los factores básicos que intervienen en las situaciones de enfermedad y mortalidad. El autor propone este concepto como un instrumento para un análisis amplio de los problemas de salud, planteando que el campo de la salud está conformado por cuatro componentes que afectan en distinta medida el grado de salud en un país:

- **la biología humana:** incluye todos los hechos vinculados a la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología del ser humano y de la constitución orgánica del individuo
- **el medio ambiente:** incluye todos los factores relacionados con la salud externos al cuerpo humano y sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control.
- **el estilo de vida:** representa el conjunto de decisiones que toma cada persona con respecto a su salud, y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.
- **la organización de la atención de la salud:** consiste en la cantidad, calidad, orden y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud, desde las prácticas profesionales hasta las instituciones de salud, equipamiento, y servicios sanitarios.

⁸ Marc Lalonde, abogado y político canadiense nacido en 1935, ocupó diversos puestos de gobierno, entre ellos se desempeñó como Ministro de Salud y Bienestar de su país entre 1972 y 1977.

Percepción de la enfermedad



Para muchas personas *estar sano* es lo mismo que *sentirse bien*; esta sería una muy buena definición y hace alusión a la **salud percibida**. En otros casos, algunas personas se definen a sí mismas como *sanas* cuando saben o suponen que *no están enfermas*; aquí la salud se define por la **ausencia de enfermedad**.

Los profesionales suelen utilizar dos conceptos para reconocer el estado de salud de un individuo:

- Salud como **normalidad**, cuando la/el médica/o examina a una persona y verifica que una serie de características se encuentran en los valores promedio considerados normales. Por ejemplo, estatura, peso, frecuencia cardíaca, glucemia. Este concepto se basa en la **normalidad estadística**: es *normal* lo que se observa con *más frecuencia*.
- Salud como **ausencia de enfermedad**, cuando se buscan *signos* (lo que se puede evaluar y ver) o *síntomas* (lo que la persona siente, el malestar) de las enfermedades con más probabilidades de ocurrir debido a su edad, antecedentes, características del ambiente donde vive, condiciones sociales. Si no los encuentra, concluye que la persona está *sana* o, mejor dicho, *probablemente sana*.

En estos últimos ejemplos las concepciones de salud están construidas desde los *saberes profesionales*, y no sobre la salud percibida de la persona.

Normalidad / Anormalidad

En el análisis de los conceptos de normalidad/anormalidad se puede observar de qué manera juegan estos planos. Existen dos criterios básicos de los cuales derivan los conceptos de normalidad vigentes:

Criterio estadístico: establece como normal al "individuo promedio", aquel que por sus características se aproxima a la media aritmética de las características del grupo al que pertenece. Es un criterio cuantitativo basado en hechos de observación empírica, ya que tiene en cuenta cómo el individuo ES (y no cómo "DEBE SER"). Es decir, que si un individuo tiene una conducta semejante a las conductas mayoritarias de su comunidad se lo considera NORMAL. Está "adaptado", (del latín *ad=a* y *aptare=acomodar*: ajustar una cosa a otra). Y aquellos que se alejan del promedio (como en los extremos de la curva de Gauss) son considerados ANORMALES.

Criterio normativo: tiende a considerar como hombre NORMAL a aquel que se asemeja a un MODELO de perfección humana, que reúne las características DESEABLES (ideales) de acuerdo a un sistema de valores imperante. Establece cómo el hombre normal "DEBE SER", es decir, es un criterio axiológico, para el cual la normalidad es una condición cualitativa. Algunos autores resumen las cualidades deseables de una persona adulta "madura" en externas e internas, aunque existe disparidad de criterios en cuanto a equiparar los conceptos de normalidad, salud y madurez (Marietan 1991).



Aquello que se considera normal en las conductas humanas está basado en un tipo de funcionamiento específico para una época dada de la cultura, donde es 'natural' que las personas piensen de una manera y se conduzcan de otra. Es decir, **lo normal se define en**

función del ideal que impone la cultura dominante al conjunto de la sociedad. Por ello la normalidad y la patología se constituyen como efecto de una complejidad de factores cuyo estatuto se ajusta a condiciones históricas, políticas y culturales. Los comportamientos considerados patológicos se definen como una contracara de las respuestas esperadas a las condiciones que se establecen como normales (Carpintero, 2009).

La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades. Desde la perspectiva interpretativa de la antropología médica contemporánea se han realizado numerosos esfuerzos en este sentido, como el desarrollado para integrar los conceptos de enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y disfunción social (*sickness*).

En el intrincado trayecto salud-enfermedad, la mirada sociológica se ha propuesto dilucidar la **discrepancia entre la enfermedad y el padecer**. No está muy claro quién señaló inicialmente esta diferencia; sin embargo Susser⁹ (Moreno-Altamirano, 2007) fue quien trató de aclarar la confusión, al proponer estas definiciones:

- Enfermedad (*disease*) como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva.
- Padecer (*illness*) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo.

Recientemente desde los estudios antropológicos se ha recuperado la categoría de **Disfunción social** (*sickness*) acuñada por Parsons¹⁰, que refiere a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad. En este marco, Kleinman¹¹ (Moreno-Altamirano, 2007) ha integrado los conceptos de enfermedad (*disease*), haciendo referencia al modelo biológico, como la alteración o disfunción de órganos o sistemas; padecer (*illness*), como una categoría que incorpora la experiencia y la percepción; y malestar (*sickness*), como el producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), enfatizando la importancia del padecer en su connotación social y cultural.

El mismo autor afirma que tanto enfermedad como padecimiento, son construcciones sociales; entendiendo al padecimiento como la vía por la que el individuo enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar. Por lo tanto, el padecer antecede al malestar, el cual requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción.



Actividad

Les proponemos ver este video para entender mejor los conceptos de enfermedad, padecimiento y medicalización

⁹ Mervyn Susser (1921-2014) fue un médico sudafricano considerado uno de los pioneros de la Epidemiología del siglo XX.

¹⁰ Talcott Parsons (1902-1979). Sociólogo estadounidense, uno de los mayores exponentes del Funcionalismo estructural

¹¹ Arthur Kleinman, destacado médico estadounidense especialista en Antropología Médica e Interculturalidad



Eduardo Menéndez Las enfermedades no son sólo padecimientos
<https://www.youtube.com/watch?v=9mr8xsNuWD0&t=1s>

De la Salud Pública a la Salud Colectiva

“La salud es un asunto social, económico, y político, y sobre todo es un derecho humano fundamental. La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están en la raíz de la mala salud”. Declaración del Movimiento de Salud de los Pueblos. Bangladesh, 2000¹²

Durante las últimas décadas ha surgido en América Latina una corriente de pensamiento en el campo sanitario, conocida bajo el nombre de Medicina Social o Saúde Colectiva, que estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Esta corriente postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos.

Conviene reseñar brevemente algunos elementos que dieron origen a la Medicina Social Latinoamericana, ya que permite ubicarla en su contexto histórico y resaltar sus preocupaciones y raíces. Hacia finales de los años 60 comenzó la crisis de la denominada “Salud Pública desarrollista”, la cual postulaba que el mejoramiento de las condiciones de salud se lograría como un efecto del crecimiento económico. Sin embargo, de manera contraria a este postulado, en los países de la región se observaba un deterioro creciente de la salud colectiva, aun frente a la emergencia de los “milagros económicos” latinoamericanos.

En este contexto, el concepto de Salud Colectiva nace fundamentalmente dentro del movimiento de Medicina Social Latinoamericana, a partir del reconocimiento de la incapacidad de la Salud Pública de visión meramente técnica, para resolver adecuadamente los problemas de salud de la población. A diferencia del modelo tradicional de Salud Pública, la Salud Colectiva impulsa una propuesta científica basada en el contexto social, económico y político, que interpreta la teoría y práctica de la salud pública como parte de un todo más amplio.

¹² Declaración para la Salud de los Pueblos <https://phmovement.org/wp-content/uploads/2020/06/phm-pch-spanish.pdf>

MEDICINA SOCIAL LATINOAMERICANA

Corriente de pensamiento que estudia la Salud-Enfermedad de la Colectividad como una expresión de los procesos sociales

Surge a mediados del siglo pasado (1960) con la crisis de la Salud Pública
Desarrollista: EL CRECIMIENTO ECONOMICO IMPLICARIA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD

Insuficiencia del paradigma científico de la medicina dominante como modelo explicativo de la salud – enfermedad colectiva y por la otra, la incapacidad de la practica medica de transformar sensiblemente las condiciones de salud de la población

- ≠
1. Deterioro creciente de la salud colectiva
 2. La mortalidad infantil aumentaba día a día y varios estudios de la época encontraban que cierto tipo de transformaciones de la estructura económica tendía a profundizar esa problemática.
 3. Aparecían nuevos problemas a los que no se les había prestado atención:
 - a) Los accidentes de trabajo
 - b) Las patologías crónico degenerativas
 4. El gasto en salud crecía en forma desigual

Necesidad de analizar los fenómenos de salud/enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no solo como fenómeno biológico

En la misma línea que Silva Paim y Almeida Filho¹³, Granda Ugarte¹⁴ entiende a la Salud Colectiva como un “conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las instituciones de salud, en las organizaciones de la sociedad civil y en los institutos de investigación informadas por distintas corrientes de pensamiento resultantes de la adhesión o crítica a los diversos proyectos de reforma en salud ...la Salud Colectiva se consolida como campo científico y ámbito de prácticas abierto a la incorporación de propuestas innovadoras”.

Asimismo, este autor define a la Salud Pública como “Enfermología”, utilizando tal eufemismo para señalar que el enfoque tradicional de salud se sostiene en un trípode determinado por:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.

Para finalizar, se presenta en el siguiente cuadro una síntesis comparativa de los enfoques de Salud Pública y Salud Colectiva:

¹³ Jairnilson Silva Paim y Naomar de Almeida Filho, destacados profesionales de la salud, creadores del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía, Brasil.

¹⁴ Edmundo Granda Ugalde (1946-2008), médico ecuatoriano, sociólogo, luchador infatigable por el derecho a la salud de los pueblos.

SALUD PÚBLICA	SALUD COLECTIVA
*Presupuesto filosófico - teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud	*Presupuesto filosófico - teórico de la salud y la vida sin descuidar la prevención de la enfermedad, como punto de partida para la explicación de la salud
*Método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población y el estructural funcionalismo para comprender la realidad social	*Métodos que integran diversas metáforas y proponen variadas hermenéuticas (incluidas la científica positivista), capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras
*El reconocimiento del poder del estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad	*Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes más allá del Estado. El accionar del individuo, de los movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes del Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos desacuerdos con los poderes supra – infranacionales.
*Salubrista o Sanitarista, como el sujeto que interviene desde un rol técnico normativo “desde afuera” sobre un individuo como objeto o grupos de individuos como objetos.	*Actor social (profesional de la salud o no) individual o grupal, miembro del Estado o no, que interviene como sujeto desde un rol interpretativo contextualizado e histórico y cultural sobre sujetos individuales o colectivos

Trabajo Grupal



Con el objeto de reflexionar sobre la medicalización de la vida cotidiana, les proponemos analizar el siguiente video:



<https://www.youtube.com/watch?v=tF89MJ9zxTg&t=12s>



En relación al tratamiento que se le indica al personaje central del video; ¿A qué modelo pertenece? ¿Se trata del Modelo Médico Hegemónico o del Modelo Médico Social? Fundamenten las respuestas y describan otros ejemplos referidos a la “Medicalización de la vida cotidiana”

Como cierre les invitamos a compartir con sus compañeros lo que escribieron al inicio de este texto sobre la definición de salud. Luego elaboren en conjunto una nueva frase sobre el concepto “Salud” que resulte del consenso grupal.

BIBLIOGRAFÍA:

Berlinguer G. (1994) La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires.
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/berlinguer_giovanni_la_enfermedad_lugar_editorial_buenos_aires_1994.pdf (introducción, capítulos 1-6) o
<https://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-172.pdf> cap 3

Canals, M., Cáceres, D. (2020) Una salud: conectando la salud humana, animal y ambiental. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.
<https://saludpublica.uchile.cl/dam/jcr:a2ac5447-15d9-480b-acd1-109d1c45f55d/canals-mcceres-d-una-salud-conectando-la-salud-humana-animal-y-ambiental.pdf>

Carpintero E (2009) Normalidad y normalización: La salud es soporte de la anormalidad que nos hace humanos. Revista Topia. Editorial Abril 2009-
<https://www.topia.com.ar/articulos/normalidad-y-normalizaci%C3%B3n-la-salud-es-soporte-de-la-anormalidad-que-nos-hace-humanos>

Ferrara F; Acebal E; Paganini J.M. (1976). Medicina de la Comunidad: medicina preventiva, medicina social, medicina administrativa. Intermédica, Buenos Aires.

Ferrara, F. (1985) Teoría Social y Salud. Ed. Catálogos: Buenos Aires <https://exposicion-bibliografica-floreale-ferrara.webnode.com/teoria-social-y-salud2/>
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/repositorio/libros/elec503.pdf>

Granda Ugalde E (2004) ¿A que llamamos Salud Colectiva hoy? Rev. Cubana de S. Publica Año/Vol.30 N°002.

Guardo M. (2018) El abordaje de “Una Salud”, más esencial que nunca. Rev Peru Med Exp Salud Pública. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2018.354.4144>

Lalonde M. (1996) El concepto de campo de la salud: una perspectiva canadiense. En Promoción de la salud: una Antología. OPS – OMS, Washington DC Publicación científica No. 557 pags 3-6 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3318>

Laurell A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. Cuadernos Médico Sociales Nº 19. Rosario. <https://saludpublicasur.webnode.com/files/200000045-79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf>

Laurell, A. C. (1986) El estudio social del proceso Salud-Enfermedad en América Latina, Cuadernos Médicos Sociales,1986
https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/el_estudio_social_del_proceso_salud_en_fermedad_en_america_latina_autora_asa_crsitina_laurell.pdf

Macas, L. (2010) Sumak Kawsay: La vida en plenitud. En América Latina en Movimiento, No. 452 <http://www.plataformabuenvivir.com/wp-content/uploads/2012/07/MacasSumakKawsay2010.pdf>

Marietan H. (1991) Sobre los conceptos de salud/enfermedad-normalidad/anormalidad. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Buenos Aires.
https://www.alcmeon.com.ar/1/2/a02_06.htm

Menéndez E. (1994) La enfermedad y la curación. Que es la medicina tradicional? Alteridades

Vol. 4 no. 7 pags 71-83 Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, México.
<https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

Menéndez E. (1990) Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial, Mexico.
Nueva edición corregida y ampliada, ISCO – UNLa (2020)
<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/8/19/38-2>

Moreno Altamirano L. (2007) Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica. Salud pública Méx. vol.49 no.1 Cuernavaca
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009

OMS (2023) Una sola Salud. Centro de Prensa. [**https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health**](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health)

San Martín H. (1982) La crisis mundial de la Salud. Problemas actuales de Epidemiología Social. Editorial Karpos, Madrid