

Una reflexión acerca de la expansión del concepto salud; desde la ausencia de la enfermedad a la salutogénesis

A reflection on the expansion of the concept of health; from the absence of disease to salutogenesis

Palomino-Moral, Pedro Ángel

*Doctor. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén.
pamoral@ujaen.es. CP 23071*

Da-Silva-Domingues, Henrique

*Doctor. Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén.
hda@ujaen.es. CP 23071*

RESUMEN

A lo largo de la historia, la humanidad ha enfrentado desafíos en la protección de la vida y la salud, desde la antigüedad hasta hoy. Las ideas y concepciones relativas a la salud han experimentado una evolución desde una visión centrada en el cuerpo relacionada con la ausencia de la enfermedad, hacia una visión más holística y social. En esta evolución del concepto salud, el Siglo XIX representa un momento crítico debido a los cambios en el sistema social y los fenómenos migratorios relacionados con la Revolución Industrial donde aparece un nuevo escenario epidemiológico marcado por las enfermedades infectocontagiosas crónicas, la miseria, el hacinamiento y las desigualdades sociales; en este escenario tiene su origen la Salud Pública. La promoción de la salud ha evolucionado hacia un enfoque integral, reconociendo los determinantes sociales y ambientales, influenciado por las aportaciones de McKeon y Lalonde, así como la formulación de la Carta de Ottawa de promoción de salud que se centra en favorecer el control individual y social de la salud y sus determinantes. En la evolución social del concepto salud, también ha sido reconocido como un derecho humano, entendido como el derecho de disponer de los recursos y el acceso a los determinantes de la salud para poder alcanzar una vida saludable y productiva. En este contexto de promoción de salud, se subraya la importancia de la alfabetización en salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible para abordar la salud de manera integral y sostenible en unas dimensiones planetarias. Además, se examina la teoría salutogénica de Antonovsky que destaca la importancia de la comprensión de los factores generadores de salud para la adaptación de los seres humanos a la sociedad. En conjunto, la evolución del concepto ha derivado en un marco de comprensión de la salud más

completo y ecológico, que reconoce la naturaleza multifactorial y la necesidad de intervenciones intersectoriales y la participación comunitaria. El objetivo principal del artículo es analizar las diferentes ideas y conceptualizaciones que han conformado el concepto de salud a lo largo del tiempo, ofreciendo una visión evolutiva.

ABSTRACT

Throughout history, humanity has faced challenges in protecting life and health, from ancient times to the present day. Ideas and conceptions regarding health have evolved from a perspective centered on the body and the absence of disease to a more holistic and social view. In this evolution of the concept of health, the 19th century represents a critical moment due to changes in the social system and migratory phenomena related to the Industrial Revolution, where a new epidemiological scenario emerges marked by chronic infectious diseases, poverty, overcrowding, and social inequalities; it is in this scenario that Public Health originates. The promotion of health has evolved towards a comprehensive approach, recognizing social and environmental determinants, influenced by the contributions of McKeon and Lalonde, as well as the formulation of the Ottawa Charter for Health Promotion, which focuses on promoting individual and social control of health and its determinants. In the social evolution of the concept of health, it has also been recognized as a human right, understood as the right to have access to resources and determinants of health in order to achieve a healthy and productive life. In this context of health promotion, the importance of health literacy and the Sustainable Development Goals to address health comprehensively and sustainably on a global scale are emphasized. Additionally, Antonovsky's salutogenic theory is examined, which highlights the importance of understanding health-generating factors for human adaptation to society. Overall, the evolution of the concept has led to a more comprehensive and ecological understanding of health, recognizing its multifactorial nature and the need for intersectoral interventions and community participation. The main objective of the article is to analyze the different ideas and conceptualizations that have shaped the concept of health over time, providing an evolutionary perspective.

Palabras clave: “Derecho a la Salud”, “Determinantes Sociales de la Salud”, “Promoción de la Salud”, “Salud Pública”, “Sentido de Coherencia”.

Key words: “Health Promotion”, “Public Health”, “Right to Health”, “Sense of Coherence”, “Social Determinants of Health”.

SUMARIO

Introducción. Salud, enfermedad y equilibrio del cuerpo. Desde la salud individual a la salud colectiva y la medicina social. La salud es un derecho humano. Determinantes sociales de la salud. La promoción de la salud. El papel de las decisiones personales, los estilos de vida y el derecho a la información. La salutogénesis. Consideraciones finales. Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad podemos encontrar innumerables antecedentes que ponen de manifiesto la determinación del ser humano por proteger y preservar la vida, la salud y el bienestar mediante la lucha contra las enfermedades y cala-

midades y la búsqueda de las condiciones favorables para una vida larga y gozosa. La naturaleza humana incluye la enfermedad y la muerte como elementos insoslayables de la trayectoria vital por lo que la humanidad ha tenido que aprender a protegerse de las enfermedades y del sufrimiento mediante acciones diversas que se han relacionado con las formas de pensamiento dominantes y los recursos disponibles en cada momento. Por ello los conceptos salud y enfermedad son construcciones que sólo tienen sentido en términos relativos a cada tipología de sociedad y en cada momento histórico, por todo esto han derivado en una continua evolución hasta nuestros días.

Desde la antigüedad de la Grecia Clásica pasando por la Edad Media hasta nuestros días (Gil et al., 2001), se han formulado muy diversas teorías explicativas de la enfermedad que han considerado la influencia de la cosmología o la influencia divina, la teoría humoral, la teoría de los miasmas o la teoría microbiana, entre otras. De forma simplificada, podemos considerar tres periodos en que determinan los problemas de salud de la humanidad: antes del siglo XIX, El Siglo SIX y el siglo XX, especialmente después de la segunda guerra mundial; antes del siglo XIX los problemas de salud están focalizados mediante las grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas y carestías nutricionales, una época sin suficiente capacidad explicativa y resolutive de las causas las enfermedades y medidas de control eficaces. Es a partir de los cambios sociales y demográficos de la Revolución Industrial (López & Hernández, 2001) cuando se desarrollan las enfermedades infecto-contagiosas crónicas en un contexto de desigualdad social para el acceso a los alimentos, vivienda, servicios, etc. En este periodo tiene su inicio la Higiene Social y los fundamentos de la Epidemiología y Salud Pública. La Revolución Microbiológica en el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX permitió adoptar medidas efectivas para combatir las enfermedades infecciosas, que han sido las principales causas de muerte hasta la segunda mitad del siglo XX; entre ellas, la peste, la viruela, el cólera, la gripe, la difteria, el paludismo, la polio, la tuberculosis, la rabia, la viruela, la tosferina, el sarampión o la rubéola. El tercer periodo histórico de la relación de la humanidad con la enfermedad tiene su origen en el siglo XX y puede decirse que se extiende hasta nuestros días con la aparición de las enfermedades sociales, tanto de carácter infeccioso como no infeccioso (accidentes de tráfico, el alcoholismo y el consumo de drogas, el manejo del estrés, la alimentación la violencia (homicidio/suicidio) o el sedentarismo, teniendo creciente importancia la relación entre enfermedad y estilos de vida y conductas. Este periodo se asienta sobre un potente arsenal terapéutico y conocimiento científico que proporciona las ciencias biomédicas y sociales; elementos destacados de este periodo son la extensión del estudio los fenómenos salud-enfermedad como fenómenos sistémicos, ecológicos y globales.

Podemos decir que, durante gran parte de la historia de la humanidad, la salud ha estado “oculta” tras el concepto de enfermedad y ha sido considerada como la ausencia de esta, es decir lo opuesto a la enfermedad, discapacidad o lesiones. Si bien salud y enfermedad son conceptos relacionados y en continua expansión gracias

a la investigación y al conocimiento humano, podemos afirmar que la salud no es lo opuesto de la enfermedad, esta evidencia ha tardado siglos en producirse. Hernán San Martín, es un destacado salubrista que destaca que la salud y bienestar no son meros accidente, premios o castigos de la vida, para destacar el carácter complejo, social y multifactorial de la salud (San Martín, 1968). El objetivo de este artículo es analizar las diferentes ideas y conceptualizaciones que han ido conformando el concepto salud.

SALUD, ENFERMEDAD Y EQUILIBRIO DEL CUERPO

En el diccionario de la lengua española se define salud un estado funcional del cuerpo: “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Real Academia Española, 2022). Esta definición establece el foco semántico en el cuerpo como sujeto de la salud a través de las funciones biológicas de mantenimiento de la vida. Desde Hipócrates, en su obra “La naturaleza del hombre”, los fenómenos de salud y enfermedad estaban descritos en relación a la centralidad del cuerpo (Sigerist, 1998). El cuerpo humano está constituido según este tratado por cuatro humores principales; la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra derivados correspondientes de los cuatro elementos que desde la antigüedad se identificaban como los constituyentes del mundo: aire, agua, tierra y fuego. La perfecta salud prevalecía según Hipócrates cuando los humores se encontraban correctamente equilibrados y la mezcla de los mismos en cada ser humano era adecuada. La enfermedad resultaba del exceso o el defecto de estos humores o del aislamiento de cada uno de ellos; entonces, el humor alterado afectaba al lugar corporal de su ubicación y podía congestionar a los demás provocando dolor y malestar. El objetivo de la higiene era precisamente este, el mantenimiento del equilibrio normal entre los humores y sus cualidades mediante la prescripción de dosis adecuadas de alimento, bebida, sueño, vigilia, actividad sexual, ejercicio, masajes, etc. Esta visión del fenómeno salud-enfermedad centrada en el equilibrio del cuerpo ha tenido una influencia durante más de dos mil años en la medicina, hasta nuestros días.

DESDE LA SALUD INDIVIDUAL A LA SALUD COLECTIVA Y LA MEDICINA SOCIAL

Puede decirse que la Salud Pública es un movimiento de lucha por la justicia social; un movimiento de denuncia de la desigualdad y de las condiciones de vida miserables de amplios sectores de la población inmersos en condiciones de hacinamiento, explotación, situaciones de trabajo inhumanas en el contexto social de la primera Revolución Industrial. Los fenómenos migratorios del campo a la ciudad y las condiciones de vida miserables abocaban a las enfermedades, la miseria y muer-

te, situaciones que eran en gran medida evitables a la luz del conocimiento disponible. Se trata por tanto de un movimiento primero de denuncia social, humanístico, político y luego científico-técnico dirigido a establecer propuestas de mejora y transformación de la sociedad. Como movimiento social es un resultado de las tensiones y conflictos sociales surgidos en el contexto de la Revolución Industrial primero en Europa y luego en Estados Unidos con ecos posteriores en todo el mundo (Gil et al., 2001). Como consecuencia de todos estos conflictos sociales, la salud comenzó a ser comprendida como un asunto de interés público y objeto de intervención por parte de los gobiernos.

Si bien la lista de personalidades que han hecho significativas aportaciones a este movimiento es realmente amplia, se ha enfatizado la aportación de diversos personajes como Johan Peter Frank, Ramazzini, Virchow o Edwin Chadwick, entre otros. Todos ellos son impulsores destacados de acciones de denuncia frente a los gobiernos y también como propulsores de medidas sanitarias y de Salud Pública que buscaban proteger los segmentos de población más desfavorecidos y reducir la mortalidad de las enfermedades que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones de miseria e insalubridad. W. Farr denunció las condiciones laborales como factor relacionado con la mortalidad e incluso el hambre. Rudolf Virchow en Alemania destacó el papel de la política en la mejora de la salud de los trabajadores a partir de la mejora de las condiciones de vida. A mediados del siglo XIX estaba establecida la relación entre la enfermedad y el medio social y se conocía que las enfermedades se producían por entornos insalubres que llevaban la enfermedad y la muerte a las personas (Martínez et al., 1998).

En los años 20 del siglo pasado, Winslow define la Salud Pública en los términos que la conocemos hoy:

«la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad, para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad» (Winslow, 1920).

Esta visión de Salud Pública contiene un amplio contenido de afirmaciones y conceptos que expanden el foco de esta ciencia y arte destinada no sólo a prevenir o controlar las enfermedades transmisibles sino que expande la acción a los individuos o ciudadanos mediante la educación, el saneamiento del medio o el establecimiento de mecanismos sociales para asegurar la conservación de la salud; también se señala en esta definición a la salud como un derecho natural de los ciudadanos (Ashton & Seymour, 1990).

Tras la Segunda Guerra Mundial se produjeron avances significativos que incidieron en la percepción de la salud y su valoración social. Algunos de estos cambios

abarcen avances significativos en la comprensión de la historia natural de las enfermedades, los avances tecnológicos y científicos, la influencia de los medios de comunicación, los cambios en los patrones epidemiológicos y la globalización. Todos estos cambios e influencias propiciaron la expansión de la comprensión de los fenómenos salud-enfermedad hacia una visión positiva, dinámica, multicausal, holística y también social de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su momento fundacional, «salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar somático, psicológico y social del individuo y de la colectividad» (Nutbeam, 1996). Esta es una definición que expande el concepto salud más allá de un fenómeno somático (biológico) y psicológico (mental), sino también social y comunitario. La definición reconoce que las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y psicológico, sino también las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc. Esta expansión del concepto salud adoptada por la OMS en 1952, representó un paso adelante decisivo del concepto salud hasta nuestros días. Sin embargo ha sido ampliamente criticada, entre otras cosas por su visión utópica, por hacer hincapié en una concepción biológica individual de la salud y no tener en cuenta las condiciones sociales y económicas que la condicionan (López & Hernández, 2001). Más tarde, Milton Terris (Terris, 1982), epidemiólogo estadounidense, propuso una definición ampliada de la salud poniendo énfasis en el aspecto funcional, “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 1982). Terris también distinguió dos componentes de la salud: uno subjetivo, relacionado con sentirse bien, y otro objetivo, relacionado con la capacidad de funcionamiento. Además, destacó el carácter complejo procesual y la dinámica del concepto de salud y la existencia de distintos niveles o grados relacionados con la salud y la enfermedad.

Siguiendo la línea de Terris, Luis Salleras (Sanmartí, 1985) en España, propone que la salud es “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad”, incluyendo la relación entre el estado de salud y los factores sociales del entorno de las personas. En esta línea, la OMS adoptó con posterioridad un enfoque dinámico y social en su definición de salud, eliminando la palabra “completo”.

En los finales del siglo XX, los objetivos de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 tienen en cuenta la dimensión social de salud, en lugar de centrarse en la salud individual, este enfoque busca instar a los gobiernos hacia la consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva. Desde entonces, la OMS ha enfocado su atención en el ámbito social y comunitario, reconociendo la importancia del contexto socio-económico-po-

lítico en el que se encuentra la persona y la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva holística y multidisciplinaria (López & Hernández, 2001).

LA SALUD ES UN DERECHO HUMANO

En 1948, las Naciones Unidas incluyeron el derecho a la salud y al bienestar en su Declaración Universal de Derechos Humanos. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que se fundamenta en el derecho al acceso a los determinantes básicos de la salud como son el acceso al agua potable y alimentos, el acceso a una vivienda, condiciones de trabajo y un medio ambiente saludable, la igualdad de género y el acceso a la educación sobre salud, entre otras acciones. También el derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección a la salud, el derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades o el derecho a medicamentos. Se recoge en este documento que el acceso a los servicios de salud debe de establecerse en condiciones de igualdad efectiva y la importancia del acceso a los programas de salud materno infantil y salud reproductiva o el acceso a la información y la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud. El derecho a la salud incluye la participación de la población en el proceso de adopción de decisiones y cuestiones relacionadas con la salud (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El carácter inclusivo de este derecho hace que algunas personas y grupos, por ejemplo, los niños, las mujeres, las personas con discapacidad o las personas vulnerables (VIH/SIDA, enfermedad mental, toxicomanías), afronten dificultades y obstáculos especiales en relación con el derecho a la salud, que pueden ser consecuencia de factores biológicos o socioeconómicos, de discriminación y estigma social o, por lo general, de una combinación de ambos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En España, la Constitución española de 1978 reconoce el derecho a la protección de la salud en su artículo 43 y se insta a los poderes públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La propia Constitución reconoce el papel del Estado para el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte (Constitución Española, 1978).

En 1978, se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata organizada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) donde se enfatizó que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del máximo nivel posible de salud es una aspiración social importante en todo el mundo que requiere la intervención de muchos otros sectores. También señaló la grave desigualdad en el estado de salud entre países desarrollados y en desarrollo, y dentro de cada país, y afirmó que la promoción y protección de la salud es necesaria para un desarrollo económico y social sostenible y para mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mundial. La declaración también afirmó que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus comunidades mediante la adopción de

medidas sanitarias y sociales adecuadas, y que la atención primaria de la salud es el componente clave del sistema de salud (Alma-Ata, 1978).

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La revisión del concepto salud nos permite comprender que es un término que ha evolucionado desde lo biológico (centrado en la ausencia de enfermedad) hacia las dimensiones sociales y comunitarias. Hoy sabemos que la salud es un resultado complejo de la relación del ser humano con el contexto social y cultural en el que se encuentra en un momento determinado de su ciclo vital; más que un estado es una aspiración diaria en la complejidad de la adaptación permanente de la vida.

Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) que hacen referencia a todos aquellos factores sociales, económicos y ambientales que influyen en el estado de salud de las personas. Durante los siglos XIX y XX estos factores se han vuelto cada vez más importantes en la comprensión de la salud y la enfermedad (Braveman & Gottlieb, 2014). Los DSS pueden originar grandes variaciones en los distintos subgrupos de población y generar diferencias en los resultados en materia de salud; es decir las diferencias en las condiciones de vida pueden originar variaciones sustanciales en morbilidad, mortalidad o calidad de vida. Esto hoy es una evidencia, es posible que algunas de estas diferencias sean inevitables; en cambio, otras pueden ser innecesarias, evitables e injustas y se consideran desigualdades en salud. Por ello, las desigualdades en salud constituyen objetivos apropiados de las políticas diseñadas para aumentar la equidad (reducción de desigualdades) en el acceso a la salud. Entre las teorías y modelos que se han propuesto para explicar los DSS, podemos destacar el modelo de Marc Lalonde (Lalonde, 1974) y el modelo socioeconómico desarrollado por Dählgren y Whitehead (Göran & Whitehead, 1991).

El modelo de Marc Lalonde (Lalonde, 1974), desarrollado en la década de 1970, adopta un enfoque holístico hacia la salud, identificando cuatro factores explicativos denominados determinantes de la salud: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y el sistema de servicios de salud. Lalonde señala que estos factores interactúan entre sí, influyendo significativamente en la salud de la población a modo de resultado complejo. Además, Lalonde destaca que los estilos de vida de la población de las sociedades desarrolladas tienen un gran impacto en la mortalidad, aunque representan una pequeña proporción de los gastos en salud del gobierno.

Otro hito explicativo en la relación de los determinantes sociales y la salud ha sido denominado modelo socioeconómico de Dählgren y Whitehead, también conocido como el modelo del arco iris; este modelo aborda de forma sistémica y global la salud; destaca que condiciones como educación, empleo, ingresos y vivienda impactan directamente en la salud. El modelo resalta la importancia de abordar las condiciones socioeconómicas desfavorables para mejorar la salud de la población, haciendo hin-

capié en la equidad en la salud e incluye también los factores individuales y los estilos de vida (Göran & Whitehead, 1991). La complejidad de los DSS se debe a la interconexión de factores individuales, sociales y ambientales y de esta manera se reconoce la necesidad de estrategias integrales para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud. El marco de investigación sobre los DSS, se ha convertido en una prioridad en el siglo XXI; mediante este marco se pretende identificar los aspectos clave para la salud a lo largo de la vida, así como las circunstancias laborales y vitales que condicionan los estilos de vida y, por tanto, las repercusiones en términos de salud y calidad de vida. Este marco teórico permite establecer una conexión entre la política pública de índole socioeconómica y otras políticas socio-sanitarias que pueden generar un impacto significativo en el bienestar de la población. Un hito importante en la propuesta en ese marco fue la publicación del libro *“Los Hechos probados”* un trabajo coordinado en 1998 por Richard Wilkinson y Michael Marmot del London University College (Wilkinson & Marmot, 2006); un trabajo de referencia mundial que pretende orientar las políticas públicas destinadas a reducir la brecha de desigualdad social en las sociedades desarrolladas sobre la base de hechos probados y avalados en la investigación.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El modelo de salud tradicionalmente hegemónico durante la mayor parte del siglo XX ha sido el modelo biomédico centrado en la enfermedad y en las causas de las enfermedades; este modelo ha sido el que ha orientado las acciones de los gobiernos y de la sociedad para la mejora de la salud. La expansión del concepto salud hacia los aspectos sociales, medio-ambientales y comunitarios dio paso al diseño de políticas sanitarias que pueden denominarse promoción de salud, orientadas a favorecer acciones que potenciaran las causas de la salud. La promoción de salud (PS) representa un proceso social y político integral dirigido a que las personas y comunidades aumenten el control sobre su salud para mejorarla. La promoción de salud es un asunto de calado socio-político puesto que más allá de las acciones sobre los individuos, las acciones de promoción de salud tienden a favorecer los cambios necesarios sobre las estructuras como determinantes sociales, ambientales y económicos (Nutbeam & Muscat, 2021).

Este movimiento tiene algunos antecedentes destacados, ya en los años 70 del siglo pasado, Thomas McKeown (McKeown & Record, 1962) analizó la relación entre los factores de crecimiento de la población y la reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas (tuberculosis, tifus, fiebre entérica, fiebre simple continuada, escarlatina, diarrea, disentería, cólera y viruela) en Inglaterra y Gales y concluyó que las mejoras en el nivel de vida, mejoras en las condiciones de la vivienda y el medio ambiente, las condiciones laborales y la nutrición, el saneamiento, mejoras económicas, las mejoras laborales y de vivienda y los hábitos de higiene fueron más

importantes en la reducción de fallecimientos y en la mejora de la salud de la población que las intervenciones médica. Un poco más tarde, Milton Terris (Terris, 1995) llegó a la conclusión de que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son las medidas más efectivas para reducir el número de muertes evitables y detectar enfermedades precozmente al analizar las 10 principales causas de mortalidad en Estados Unidos. Además, el modelo de salud de Marc Lalonde (Lalonde, 1974), previamente mencionado, también ha orientado la PS hacia una nueva visión debido a su enfoque holístico en la salud, que considera todos los determinantes conocidos de la salud y establece la necesidad de acción intersectorial para abordarlos. Por todo ello, para promover la salud debe haber un enfoque en todos estos factores y no solo en la atención médica. La PS es, por tanto, una responsabilidad compartida por gobiernos, individuos y organizaciones de la comunidad donde todos deben trabajar juntos para promover estilos de vida saludables y mejorar la salud de toda la sociedad.

En este contexto, la OMS definió la Estrategia Mundial de Salud para Todos para el año 2000 para hacer accesibles, al menos, los elementos básicos de la atención sanitaria para toda la población y reorganizar los servicios de salud. Esta estrategia consistía en 38 objetivos divididos en cinco grandes áreas: estado de salud y determinantes, políticas de salud, prevención de riesgos medioambientales y laborales, mejora del sistema de atención de la salud e investigación y desarrollo en salud (Asamblea Mundial de la Salud, 1978).

La I Conferencia Internacional de Promoción de Salud, celebrada en Ottawa (Canadá) en 1986, ha sido un hito importante en el origen PS y fruto de esta conferencia se definió la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considerada como la mejor respuesta a la crisis de los modelos de intervención en los procesos de salud y enfermedad. La Carta de Ottawa amplía el concepto de PS y considera la influencia de los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales en las condiciones de vida y salud. Las personas son alentadas a buscar los mejores medios para mejorar su salud a través de la modificación de los determinantes de la salud y enfermedad, mientras que el Estado tiene la responsabilidad de reducir las diferencias sociales y garantizar la igualdad de oportunidades. La Carta de Ottawa identifica tres estrategias para la PS: abogacía por la salud, facilitación para el desarrollo del potencial de salud de todas las personas y mediación a favor de la salud en la sociedad. Estas estrategias se basan en cinco áreas prioritarias: establecimiento de una política pública sana, creación de entornos que apoyen la salud, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud. Además, la Carta de Ottawa amplía los horizontes de la salud y especifica los prerrequisitos para la misma: paz, educación, vivienda, renta, ecosistema saludable, justicia social y equidad alimentaria. Según la Carta de Ottawa, la PS es “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, siendo un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales y las actitudes físicas (Declaración de Ottawa, 1986).

Desde la primera conferencia realizada en Ottawa (1986), se han celebrado varias conferencias sobre PS, y en todas ellas se ha reconocido que el sector de la salud no puede hacer frente a todas las necesidades de la población en materia de salud por sí solo, siendo necesaria la necesidad de compartir las responsabilidades entre el sector público y las responsabilidades individuales de la población. El fin de todas las conferencias de PS es mejorar la salud y el bienestar de todas las personas, brindando educación y compartiendo información sobre cómo vivir de manera saludable y moldear las dinámicas sociales hacia un futuro más saludable, basándose en los conocimientos actuales.

Algunos de los principios clave de la PS incluyen la participación social y el empoderamiento, o sea, involucrar a la sociedad en la toma de decisiones y proporcionarles el control y la capacidad de influir en su propia salud. La participación social se refiere a la intervención de individuos o representantes en la toma de decisiones a todos los niveles de la sociedad, a través de acciones colectivas, mientras que el empoderamiento para la salud se refiere a la capacidad de las personas de tener mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud (Organization & Organization, 1984).

EL PAPEL DE LAS DECISIONES PERSONALES, LOS ESTILOS DE VIDA Y EL DERECHO A LA INFORMACIÓN

Desde la propuesta de Marc Lalonde (Lalonde, 1974), quedó establecido el papel de las decisiones personales la Salud Pública del siglo XX, especialmente en el nuevo marco epidemiológico marcado por el fenómeno del envejecimiento demográfico, la expansión de la enfermedad a partir de las enfermedades crónicas y degenerativas y las nuevas enfermedades sociales relacionadas con los estilos de vida y factores medio ambientales: sedentarismo, obesidad, consumo de drogas, violencia, etc. Las decisiones personales tienen un papel determinante en la configuración de nuestra existencia y nuestra salud y afecta directamente a nuestro bienestar. Los EV reflejan elecciones habituales, hábitos arraigados y pautas que adoptamos de forma consistente, contribuyendo de manera significativa a la construcción de nuestra identidad y al desarrollo de las comunidades a las que pertenecemos.

Los EV son una parte importante de los DSS, ya que tienen un impacto directo en la salud y el bienestar de todas las personas. Lalonde (Lalonde, 1974) define los EV como decisiones tomadas por los individuos que afectan a su salud y que están influidas por los factores personales, sociales y ambientales. Además, argumenta que los EV juegan un papel importante en la salud, bien sea previniendo enfermedades y o bien mejorando la calidad de vida de las personas (Lalonde, 1974). Para la OMS, los EV son definidos como “un modo de vida basado en pautas identificables de comportamiento determinadas por la interacción entre las características personales

individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (Nutbeam, 1996). Según la propuesta de Cockerham (Cockerham, 2005) define los EV como un conjunto de prácticas y patrones de comportamiento que un individuo adopta en su vida cotidiana que están determinados por las diferentes preferencias de los individuos, en relación con el contexto y las oportunidades vitales; pueden incluir hábitos relacionados con la alimentación, el ejercicio, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las relaciones sociales y la salud mental. El autor destaca que los EV tienen un impacto significativo en la salud física y mental de una persona, ya que los hábitos de vida saludables pueden ayudar a prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida, mientras que los hábitos de vida poco saludables pueden aumentar el riesgo de enfermedad y discapacidad o muerte (Cockerham, 2005).

Un modelo explicativo centrado en las elecciones individuales en relación con los EV es el Modelo Transteórico de las Etapas del Cambio desarrollado por Prochaska (Prochaska & Prochaska, 2019), que ofrece una perspectiva esclarecedora sobre las elecciones individuales relacionadas con los EV y su vínculo con la salud. Este enfoque se centra en el proceso evolutivo que las personas atraviesan al modificar sus comportamientos y reconociendo que el proceso de cambio es único para cada individuo debido a sus niveles variables de motivación; el modelo enfatiza la importancia de abordajes personalizados en lugar de soluciones universales (Prochaska & Prochaska, 2019). La aplicación de este modelo no solo ofrece un marco claro para comprender y abordar los EV desde una perspectiva de salud, sino que también enfatiza la necesidad de respetar el derecho a una información y atención de salud adecuadas. Al identificar la etapa específica en la que se encuentra una persona o grupo, se posibilita una intervención informada y ajustada, promoviendo así el ejercicio efectivo del derecho a la salud. En este sentido, el modelo reconoce que el cambio hacia estilos de vida más saludables es un proceso gradual, enfatizando la importancia de establecer metas y objetivos en cada etapa.

Con el objetivo de favorecer la toma de decisiones personales orientadas a salud y la calidad de vida en la compleja sociedad del siglo XXI ha surgido en concepto de alfabetización en salud, directamente relacionado con la PS y educación para la salud de la población y parte fundamental de las políticas sociales favorecedoras de la salud y calidad de vida de la población (Simonds, 1974). Este concepto relacionado con las políticas sociales hace referencia a la promoción de la habilidad para obtener, procesar y entender información básica con respecto a la salud personal que se considera necesaria para las decisiones sobre el cuidado de las personas (Kindig et al., 2004). En el European Health Literacy Project se propone una definición integral del concepto:

“La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de esta” (Sørensen et al., 2013).

Hay muchos factores y competencias que están relacionados con la alfabetización como son el conocimiento de palabras y conceptos, la capacidad de encontrar información o de comunicarse con los profesionales de salud, capacidad de cómo funciona el sistema de salud o las propias limitaciones físicas o mentales.

Por último, se hace importante mencionar en esta revisión que, en 2015, las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Globales (Gil, 2018). Los 17 objetivos representan un llamamiento universal para abordar los desafíos más preocupantes a nivel global, estableciendo metas ambiciosas que abarcan desde la erradicación de la pobreza hasta la protección del planeta. Los ODS reconocen la interconexión intrínseca entre los diferentes ámbitos y subrayan la importancia de un enfoque integral que equilibre la sostenibilidad social, económica y ambiental. En el centro de estos objetivos está el mantenimiento de unas condiciones de vida, salud y calidad de vida aceptables. En esta visión, los países se han comprometido a priorizar el progreso de los más rezagados, abogando por un desarrollo que no solo sea cuantitativo, sino también inclusivo y equitativo. Algunos de los pilares fundamentales que los ODS buscan lograr son la erradicación de la pobreza, la lucha contra el hambre, el abordaje del VIH/SIDA y la eliminación de la discriminación de género, reconociendo que para lograrlo se necesitará la colaboración activa y la movilización de la creatividad, el conocimiento, la tecnología y los recursos financieros de toda la sociedad. Así, dentro del objetivo 3: “Salud y bienestar”, España mantiene el compromiso de mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario. La sostenibilidad del sistema sanitario se sitúa como una prioridad, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el acceso equitativo a servicios sanitarios de calidad es esencial para el bienestar general de la población (Gil, 2018).

LA SALUTOGÉNESIS

Como hemos visto en los apartados anteriores, la comprensión sobre el origen de la salud ha llevado a diversos autores a explorar más allá acerca de los mecanismos generadores de la misma; en este sentido, se destaca el legado de Aaron Antonovsky (Antonovsky, 1979), por su contribución fundamental. En la década de 1970, Antonovsky propuso su teoría salutogénica, la cual se concentra en discernir las características disposicionales de los individuos que se relacionan con la salud, así como en comprender cómo las personas se adaptan activamente a su entorno (Antonovsky, 1979).

En contraposición a la tradicional investigación centrada en la enfermedad, sus factores de riesgo y su prevención, el modelo salutogénico busca identificar las causas y factores que propician una vida saludable, productiva, feliz y satisfactoria. Esta teoría no solo alienta a las personas a descubrir y fortalecer sus habilidades individuales y recursos para enfrentar con éxito nuevas situaciones estresantes, sino que también impulsa un cambio de perspectiva al cuestionar el enfoque predominante orientado

hacia lo patológico. La investigación empírica de Antonovsky, en particular sus estudios sobre mujeres europeas después de la Segunda Guerra Mundial, arrojó luz sobre la notable salud mental de algunas de ellas, a pesar de haber experimentado traumas significativos. Esta investigación catalizó la formulación de preguntas fundamentales sobre los orígenes de la salud y la capacidad de recuperación de las personas frente a desafíos adversos extremos (Antonovsky, 1987; Antonovsky et al., 1971).

El modelo salutogénico sostiene que la salud es un proceso dinámico que incluye aspectos psicológicos y sociales, representado metafóricamente como un “río de la vida” (Lindström & Eriksson, 2011). Desde esta perspectiva, las personas navegan a través de diferentes etapas de bienestar y enfermedad, utilizando recursos internos y externos para mantener su salud y enfrentar los desafíos. Además, Antonovsky, basa su teoría en dos conceptos clave: los Recursos Generales de Resistencia (RRGs) y el Sentido de Coherencia (SOC) (Eriksson, 2017). Por un lado, los RRGs representan los diversos recursos físicos, emocionales, sociales y culturales que facilitan una comprensión coherente y estructurada de la vida, permitiendo a las personas desarrollar respuestas activas y adaptables ante situaciones estresantes. Por ejemplo, estos recursos pueden incluir el apoyo social de amigos y familiares, el conocimiento adquirido a través de la educación sobre la salud, hábitos saludables como la dieta y el ejercicio, así como la capacidad personal para adaptarse a diferentes situaciones estresantes (Eriksson, 2017). Por otro lado, el SOC representa la capacidad de las personas para resolver conflictos y manejar situaciones estresantes, influyendo en la forma en que enfrentan el estrés y mantienen su salud a lo largo de la vida. Este enfoque integral, que considera tanto los recursos disponibles como la habilidad para utilizarlos, proporciona una nueva comprensión de los mecanismos generadores de la salud y su relación con el bienestar a lo largo del tiempo (Antonovsky, 1996; Eriksson, 2017).

Por lo tanto, la salud, según Antonovsky, se presenta como un continuo dinámico entre el bienestar y la enfermedad, donde las personas pueden utilizar sus recursos para mantenerse en el polo del bienestar y hacer frente a los desafíos a lo largo de su vida. Este enfoque amplio de la salud proporciona un marco conceptual valioso para comprender los mecanismos que subyacen a la salud y el bienestar. Al promover un cambio de paradigma hacia la búsqueda de los orígenes de la salud y su mantenimiento, esta teoría ofrece una visión integral que trasciende la mera ausencia de enfermedad, abriendo nuevas perspectivas para la investigación y la promoción de la salud a lo largo de la vida.

CONSIDERACIONES FINALES

El desarrollo del concepto de salud a lo largo del siglo XIX ha evolucionado desde una perspectiva biomédica focalizada en la comprensión de la enfermedad y sus causas hasta una visión más amplia de los fenómenos de salud y enfermedad que han abarcado el carácter multifactorial y sociopolítico de la salud, reconociendo la

compleja red de determinantes sociales que influyen en el bienestar y en la salud de la población y en el origen de las desigualdades en salud (Moral et al., 2014). En este escenario complejo, la promoción de la salud surge como una respuesta global que enfatiza la necesidad de intervenciones intersectoriales y una responsabilidad compartida entre individuos, comunidades y gobiernos. Los cambios epidemiológicos iniciados en las últimas décadas del siglo XX establecen la importancia de las enfermedades sociales y la interconexión entre las decisiones personales, los estilos de vida y el acceso a información sobre salud; la responsabilidad personal y el impacto de las decisiones personales destacan la necesidad de empoderar a las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud. Más allá de la comprensión de la enfermedad y sus mecanismos causales, el movimiento salutogénico trata de comprender los factores generadores de salud para una vida adaptativa al entorno social; en este sentido representa un movimiento esperanzador para el futuro que centra sus esfuerzos en favorecer la salud en el delicado equilibrio de la humanidad en un entorno rápidamente acelerado y cambiante. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecen una visión integral, sistémica y planetaria de la salud y reconoce la interrelación entre salud, equidad y desarrollo sostenible a nivel planetario. Por último, la salud ha tenido su reconocimiento como un derecho humano inclusivo que determina la necesidad de asegurar por parte de los Estados de los prerrequisitos de la misma a todos los ciudadanos y el acceso a asistencia sanitaria.

Bibliografía

- Alma-Ata (1978). Declaración de Alma-Ata. *Unicef. URSS*.
- Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being, 12-37.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco, 175.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A., Maoz, B., Dowty, N., & Wijsenbeek, H. (1971). Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Social Psychiatry*, 6(4), 186-193.
- Asamblea Mundial de la Salud. (1978). *Discurso pronunciado por el Dr. H. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, al presentar su informe sobre 1976 y 1977 a la 31a Asamblea Mundial de la Salud.*
- Ashton, J., & Seymour, H. (1990). Las bases de la nueva salud pública. *La Nueva Salud Pública. Barcelona, España: Ed. Masson-SG Editores.*
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1_suppl2), 19-31.
- Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 51-67.

- Constitución Española. (1978). Constitución española. *Boletín Oficial. Del Estado*, 311, 29313-29424.
- Declaración de Ottawa. (1986). Conferencia internacional sobre promoción de salud. Ottawa. (Canadá): *Organización Mundial de la Salud*.
- Eriksson, M. (2017). The sense of coherence in the salutogenic model of health. In *The handbook of salutogenesis* (pp. 91-96). Springer, Cham.
- Gil, C. G. (2018). Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*(140), 107-118.
- Gil, G. P., Navajas, J. F.-C., & García, M. E. (2001). *Medicina preventiva y salud pública* (Vol. 1). Masson.
- Göran, D., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health..
- Kindig, D. A., Panzer, A. M., & Nielsen-Bohlman, L. (Eds.). (2004). Health literacy: a prescription to end confusion.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/perspective.pdf
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). Guía del autoestopista salutogénico: camino salutogénico hacia la promoción de la salud (Vol. 1). Documenta universitaria.
- López, L. I. G., & Hernández, M. J. R. (2001). Concepto de salud. In *Promoción de la salud y cambio social* (pp. 3-12). Masson,
- Martínez, F., Antó, J. M., Castellanos, P. L., Gili, M., Marset, P., & Navarro, V. (1998). *Salud pública*. Madrid: Editorial Mc Graw Hil.
- McKeown, T., & Record, R. G. (1962). Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population studies*, 16(2), 94-122.
- Moral, P. A. P., Gascón, M. L. G., & Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1), 45-70.
- Nutbeam, D. (1996). Glosario de promoción de la salud. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC: OPS. *Publicación Científica*, 557, 383-403.
- Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *El derecho a la salud*. Folleto informativo n. 31. Disponible en: <https://www.rae.es/> <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organization, W. H., & Organization, W. H. (1984). Discussion document on the concept and principles. _____. *Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 20-23.
- Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2019). Transtheoretical model. In *Lifestyle Medicine*, Third Edition (pp. 219-228). CRC Press.
- Real Academia Española. (2022). *Dicionários*. Consultado en marzo de 2024. Disponible en: <https://www.rae.es/>
- San Martín, H. (1968). Salud y enfermedad: ecología humana; medicina preventiva y social. In *Salud y enfermedad: ecología humana; medicina preventiva y social* (pp. 812-812).

- Sanmartí, L. S. (1985). Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Ediciones Díaz de Santos.
- Sigerist, H. E. (1998). Hitos en la historia de la salud pública. Siglo XXI.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health education monographs*, 2(1_suppl), 1-10.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 1-10..
- Terris, M. (1982). La revolución epidemiológica y la medicina social.
- Terris, M. (1995). La epidemiología en la formulación de políticas, planificación y administración de los servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 12(2).
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (2006). *Los Determinantes sociales de salud: los hechos probados*. Organización Mundial de la Salud.
- Winslow, C.-E. (1920). The untilled fields of public health. *Science*, 51(1306), 23-33.

