

La noción de salud, un concepto en expansión

Los descubrimientos sobre la complejidad bio-psico-social de las enfermedades llevó a los expertos a reformular la noción de salud con una dimensión más amplia e integral que trasciende las fronteras de la medicina

ESCRIBE

rubén darío gómez-arias.

Profesor. Grupo de Epidemiología Facultad Nacional de Salud Pública.

Universidad de Antioquia, Medellín.



1. El origen popular de la noción de salud.

La noción de enfermedad antecede a la noción de salud y se desarrolla entre los curadores y médicos como un concepto técnico⁽¹⁻³⁾. La noción de salud corresponde a un fenómeno de atribución social, históricamente determinado; pero a diferencia del anterior ocurre en el imaginario popular, como una noción vulgar, construida por contraposición a la noción médica de enfermedad.⁽⁴⁾ Si alrededor de la noción de enfermedad quedan aún muchas lagunas por explicar, alrededor de nuestra concepción de salud el panorama es aún más incierto y controversial. Conocemos poco sobre el complejo proceso que ha experimentado la noción de salud a lo largo de la historia y en las diferentes culturas, y las teorías disponibles solo nos dan explicaciones aún generales y en cierta forma muy ligadas a la historia de la medicina.

Recordemos brevemente esta discusión.

Ligadas a la realidad cotidiana de "sentirse bien" a veces, y "sentirse mal" en otras ocasiones, las nociones de salud y enfermedad desarrolladas por la humanidad desde la prehistoria, han recorrido caminos tortuosos a través de los cuales se han identificado con otros valores y significados para el individuo y para el grupo; ambas han evolucionado a lo largo de la historia unidos entre sí por una inevitable relación de contradicción, donde uno de los dos polos de la experiencia cotidiana se "comprende", se "vivencia" o se "controla" mejor, mientras más intensa sea la comprensión, la vivencia o el control del polo opuesto. En esta gama de experiencias contradictorias de goce y sufrimiento, la humanidad ha expresado sus vivencias en términos bipolares de "armonía - desarmonía", "equilibrio - desequilibrio", "orden - desviación", "premio - castigo", "virtud- pecado", "bendición - maldición", "naturaleza - sobrenaturaleza", "bienestar - malestar", "normal - patológico", "adaptación - desadaptación", "regularidad - irregularidad", "vida - muerte"... Esta gama de significados contrarios se ha incorporado combinándose de diferente manera, de tal modo que alguno de los significados integrados a la vivencia, ha sido enfatizado en un momento de la historia como núcleo de la concepción vigente de salud o de enfermedad.⁽⁵⁾ En el caso particular de "la salud", las diferentes concepciones documentadas por la literatura suelen incorporar una mezcla de las dimensiones positivas de esta polaridad.⁽⁶⁾

La mezcla heterogénea de experiencias y significados que confluyen en las concepciones populares de salud y de enfermedad, pueden combinarse, luchar y complementarse en un mismo grupo humano. En esta combinación de concepciones ningún núcleo de significación es más "cierto" que otros, varios significados suelen co-existir simultáneamente.

Frente a expresiones tan diferentes de la realidad, la "veraci-

dad" no constituye un buen criterio para juzgar la validez comparativa de una determinada noción de salud.

Al experimentar los momentos de goce y sufrimiento, es posible que la gente del común haya ido construyendo nociones propias de esos estados en que se sentía bien, por contraste con las nociones de enfermedad que proponían los curadores. Sin embargo, la conciencia popular no se restringió a los límites impuestos por los tecnicismos de los médicos, y la idea de salud que creció entre la gente acogió las diferentes expectativas, intereses y aspiraciones que los grupos tenían en mayor estima en su momento, como el orden natural de la vida, la longevidad, la capacidad de trabajar, la capacidad de funcionar, la autonomía y la sensación de plenitud frente a las necesidades. El resultado ha sido una noción popular más difusa, pero a la vez más amplia, y evocadora de utopías alrededor de la vida.⁽⁶⁾

Las religiones y otras formas de control social permanecieron siempre atentas a estas utopías para que no se salieran de su cauce.

Durante muchos años,, la multiplicidad de los significados que la gente atribuía a la salud no fue un problema importante para la ciencia ni para la filosofía. Empezó a serlo desde mediados del siglo XVIII, cuando las monarquías absolutas y luego los Estados modernos capitalistas, estimulados por la ideología utilitarista predominante en la época y por la necesidad de controlar la vida y los cuerpos para garantizar la productividad y la seguridad de los Estados, exigieron de los pensadores una noción más elaborada de la salud que les permitiera soportar sus políticas.⁽⁸⁾ Desde entonces, filósofos y técnicos asumieron la tarea de profundizar en el significado del término "salud".

2. Enfoques medicalizados frente a enfoques integrales.

Bajo la misma influencia del pensamiento científico positivista, que ha inspirado a los pensadores y científicos occidentales desde el Renacimiento, la salud se ha venido entendiendo según el enfoque médico como una negación de la enfermedad. Este proceso recibe el nombre de medicalización de la salud. Sin embargo, no todos los pensadores han sucumbido a la medicalización y han formulado sus definiciones de la salud desde perspectivas más amplias. Aunque las definiciones y los enfoques difieren en varios aspectos, suelen coincidir en que la salud no puede entenderse solo como la negación o ausencia de la enfermedad porque involucra otras dimensiones del ser humano, entre las que se destacan:

- Ciertas condiciones objetivas que garantizan la supervivencia y el disfrute de la vida como un medio ambiente segu-

ro y agradable, un entorno social propicio para el desarrollo de las personas, y una provisión suficiente y apropiada de bienes y servicios que le permitan resolver sus necesidades.

- Ciertas condiciones subjetivas propias de cada individuo y relacionadas con su historia personal .
- Ciertas capacidades y potencialidades de las personas que pueden valorarse con base tanto en su percepción subjetiva como en criterios externos definidos convencionalmente.

Entre ellos se destacan la autonomía, la participación de cada persona en el desarrollo de los demás, y las capacidades de amar, trabajar, disfrutar el presente, y comunicarse e interactuar con otros.

2.1- Enfoques estáticos frente a enfoques dinámicos.

Algunas definiciones, incluyendo la que propone la OMS,⁽⁹⁾ conciben la salud como un “estado” de equilibrio donde coinciden condiciones óptimas e ideales. Tal “estado” se opone a la enfermedad como algo definitivo que se tiene o no se tiene; desde este enfoque no es posible estar sano y estar enfermo al mismo tiempo, y las personas sólo tienen una de las dos opciones. Por otra parte, las condiciones óptimas que definen los estados de salud, rara vez se presentan en la realidad, y como casi todos los seres humanos tenemos algún problema dental, o algún lunar o se nos cae el cabello, difícilmente podremos ajustarnos a la definición e la OMS. Varios autores han criticado estos enfoques considerando que el término “estado” nos remite a un momento ideal, absoluto, estático y difuso en el tiempo, prefieren hablar de la salud como un proceso dinámico, sujeto a cambios a través de la historia tanto personal como del grupo. En tal sentido han propuesto el término “proceso salud-enfermedad” como una noción integradora . Más que un estado de equilibrio, sostenible en el tiempo, la salud de una persona puede entenderse mejor como un proceso continuo de cambios entre momentos complejos donde pueden coexistir condiciones favorables o desfavorables, aunque alguna de ellas predomine sobre las otras. De todos modos, los diferentes enfoques coinciden en que la noción popular de salud se ha ligado tanto a la noción médica de enfermedad, que no es posible referirse a la primera sin hacer alusión a la segunda.

2.2- La noción de salud desde el contexto político

En su calidad de representación social, la noción de salud se ha ajustado a los modelos económicos y políticos predominantes en cada momento histórico.⁽¹⁰⁾ Entre los sistemas económicos y políticos que más han influido recientemente en la forma de entender la salud, vamos a destacar tres:

1. El paradigma bienestarista de los estados keynesianos.
2. El modelo de mercado de las economías liberales.
3. Las propuestas de los modelos alternativos de desarrollo.

2.2.1- El paradigma bienestarista.

Entre 1930 y 1950 se presentaron en el mundo, tanto en Norteamérica como en Europa, diferentes crisis económicas que derivaron en profundas crisis sociales. Al terminar la segunda guerra mundial, el interés de la sociedad europea se volcó sobre las necesidades básicas insatisfechas de amplios sectores de la población que experimentaban las graves consecuencias de la guerra. Se consideró que la crisis no podía superarse sin una acción decidida del Estado, al cual se responsabilizó de atender las necesidades insatisfechas de la población mediante la puesta en marcha de diferentes programas y servicios (hospitales, escuelas, vías de comunicación...) Esta forma de organización del poder, de los recursos y de las instituciones ha recibido el nombre de Estado de bienestar, Estado benefactor o Estado Keynesiano, por su concordancia con las teorías económicas de Keynes.

En términos generales, este modelo considera que no es posible lograr el bienestar de la población ni mantener el orden social si no se organiza un Estado fuerte, competente para controlar la economía y las iniciativas de los particulares. En los países europeos donde hubo desde el siglo XIX una fuerte concepción de ciudadanía y de derechos civiles, los Estados de bienestar tuvieron la función esencial de responder por las necesidades de la gente en materia de sanidad, educación, vivienda, empleo, pensión de vejez y servicios públicos.

En el contexto social y económico de la posguerra europea, donde el principio fundamental era el bienestar, entendido como la satisfacción de las necesidades básicas de la población, se creó la Organización Mundial de la Salud. No es casual entonces que este organismo haya definido la salud como el estado de completo bienestar, una figura muy evocadora de la utopía del momento. Para los Estados del bienestar, la salud es esencialmente uno de los múltiples componentes del bienestar, y como tal uno de los objetos esenciales de las políticas públicas y de la inversión social. El interés de los estados keynesianos por el bienestar no solo impulsó alrededor del mundo una noción más integral de salud, que intentaba superar la ausencia de enfermedad, sino también un sistema de prestación de servicios estatales dirigidos a controlar los determinantes ambientales, culturales y económicos del bienestar de la gente.

En muchos países la idea de que la salud es una necesidad básica y un asunto de interés público, abrió el camino al reco-

nocimiento de la salud como un derecho de las personas que debe ser garantizado por el Estado.

2.2.2- La salud en las economías de mercado liberal.

Los estados keynesianos contribuyeron a superar la crisis del capitalismo europeo durante la postguerra. En los años siguientes, la acumulación de capital generada por la reactivación de los mercados buscó nuevas fuentes de inversión que chocaban con los principios de un Estado controlador. A partir de 1980, los planteamientos keynesianos acerca del bienestar y de la responsabilidad estatal fueron criticados como concepciones estáticas, paternalistas, limitadas a la satisfacción de necesidades mínimas, ineficientes e ineficaces. En el fondo, las críticas a los modelos del bienestar provenían de los grupos económicos poderosos y del gran capital, que veían en el Estado un obstáculo para el enriquecimiento de los inversionistas, y percibía en el sector de los servicios públicos un mercado potencial de alta rentabilidad. Al tiempo que se ocupaba en desprestigiar el paradigma del bienestar, el capitalismo propuso la idea del desarrollo económico como el nuevo modelo explicativo de la dinámica social. En lugar de bienestar, el modelo económico liberal propuso hablar de crecimiento económico y de desarrollo económico. En América Latina la idea de “desarrollo” se entendió desde la década de 1960, como un proceso cuantitativo, homogéneo, global, irreversible y deseable, al que están sometidos todos los grupos humanos y que se refleja en la riqueza económica.

Este paradigma considera que el mejor ejemplo de desarrollo son los países industrializados, cuyo modelo debe regir para los demás países del mundo.

Influenciados por esta forma de pensar, y con frecuencia de manera inconsciente, los técnicos comenzaron a mostrar un interés cada vez mayor por relacionar la salud con los ideales del desarrollo, proponiendo explicaciones y acciones en las cuales subyace la carga ideológica y política del modelo liberal.⁽¹¹⁾

El paradigma desarrollista es muy complejo; en esencia, sin embargo, defiende varias concepciones que han influenciado profundamente la manera de entender y administrar la salud en nuestros países, y que vamos a comentar brevemente:

En primer lugar, la salud es considerada por los economistas liberales como un asunto individual que las personas deben resolver por sí mismas. Los defensores del modelo consideran que las necesidades relacionadas con la salud configuran un mercado de bienes y servicios donde la gente puede resolver sus problemas de manera satisfactoria. Se asume también que las personas son libres para exponerse a los riesgos que

afectan la salud, y en tal medida son responsables de asumir las consecuencias y pagar por los servicios requeridos. En materia de salud, el papel del Estado debe limitarse a controlar las imperfecciones del mercado y a garantizar que las personas más pobres puedan consumir los servicios básicos cuando lo requieran. Es importante anotar también que, al definir la salud y la manera de atenderla, los enfoques de corte liberal se apoyan en la antigua noción médica que define la salud como ausencia de enfermedad y en tal sentido dan más importancia a los servicios médicos curativos que a otras intervenciones. Los planteamientos del modelo liberal se han expandido notablemente desde la década de 1980 y han inspirado las reformas de la política sanitaria que se han aplicado en el mundo desde entonces.

3. Salud, calidad de vida y necesidades.

La noción de calidad de vida aparece en el seno de los debates públicos que se dieron a fines de la década de 1950 y durante los 60, en torno al deterioro del medio ambiente y de las condiciones de vida urbana. Para esta época, la expresión calidad de vida reflejaba el interés de los Estados de bienestar, por medir las consecuencias de la industrialización a través de datos objetivos e indicadores estadísticos que reflejaran apropiadamente el bienestar social de una población.^(12, 13)

Inicialmente dichos indicadores hacían referencia a condiciones objetivas, de tipo económico y social; sin embargo, a mediados de los 70, algunos autores criticaron la tendencia de los informes sociales y los estudios del nivel de vida, a reducir el bienestar a indicadores económicos y propusieron que la noción de calidad de vida se entendiera de manera más integral. A mediados de 1980 la noción de calidad de vida asumió un cariz integrador que comprende todas las dimensiones de la vida, y se refiere simultáneamente a dos situaciones:

- Las condiciones objetivas en que ocurre la vida: calidad del medio ambiente, condiciones económicas, distribución de la riqueza y acceso a recursos y servicios, entre otras.
- El valor subjetivo que las personas asignan a estas condiciones y a sus resultados.

Desde perspectivas complementarias a las anteriores, algunos autores definen la calidad de vida como la sensación subjetiva de bienestar que resulta de satisfacer las necesidades y demandas que enfrenta el individuo en cada etapa de su vida. En este punto, la noción de calidad de vida se encuentra con las nociones de “bienestar” y de “necesidad”.

4. La noción de necesidad... otro punto de referencia para entender la salud

Varios pensadores, y especialmente los economistas, han estudiado qué son las necesidades; a este respecto no hay consenso y al revisar la literatura se encuentran posiciones muy diferentes. Para los economistas clásicos defensores de la filosofía utilitarista, necesidades y deseos son sinónimos. En principio, estos pensadores definen las necesidades como condiciones subjetivas que existen de manera concreta cuando dan lugar a demandas de bienes o servicios. En otras palabras, consideran que una necesidad existe realmente cuando una persona requiere un objeto (un bien tangible) o una ayuda de otro (un servicio). Desde los enfoques utilitaristas, las necesidades son carencias que generan una demanda y que solo se resuelven con el consumo, y son los propios sujetos –individualmente– quienes deciden qué es lo que necesitan, pues las demandas se construyen a partir de las preferencias y deseos individuales. Las necesidades se satisfacen consumiendo y “a mayor consumo mayor grado de satisfacción...” Con base en esta argumentación, los defensores del modelo liberal afirman que la necesidad es un problema económico de consumo. Es muy importante anotar que los economistas de esta corriente no consideran las necesidades como categorías negativas, pues el hecho de que exista una demanda por parte de los consumidores transforma el carácter desfavorable de las carencias en un motor del desarrollo económico. Sin embargo, no todos los economistas comparten esta visión. Otros consideran que las necesidades no son deseos individuales que la gente escoge a voluntad, sino condiciones que se imponen a la vida y la voluntad de todo ser humano, desde su propia naturaleza o desde la sociedad, y que deben cumplirse como requisitos o exigencias para lograr la supervivencia y el desarrollo personal. En este sentido, las personas no somos libres para escoger nuestras necesidades sino que estamos obligadas a resolverlas, no solo consumiendo bienes y servicios sino también reorientando nuestros proyectos de vida e interactuando con los demás. De todos modos, el desarrollo de las personas y los grupos humanos dependerá del modo en que satisfagan sus necesidades.

Algunos autores, como Max-Neef, han profundizado en este campo y proponen diferenciar las necesidades de los satisfactores.⁽¹⁴⁾

En su concepto, las necesidades son, como se mencionó en el párrafo anterior, condiciones no optativas, que deben cumplirse para lograr la supervivencia y el disfrute de la vida; pero no son solamente carencias sino también potencialidades que impulsan nuestro desarrollo. Las necesidades humanas son finitas y se relacionan con la subsistencia, la protección,

el afecto, el entendimiento, el ocio, la creatividad, la libertad y la identidad. Son también universales, y por lo mismo igualmente legítimas, de tal modo que no se pueden reconocer a unas personas y negarse a otras. Una necesidad básica no lo mismo que una necesidad mínima...La diferencia entre necesidades básicas y necesidades consideradas secundarias o de lujo, no se relaciona con su naturaleza sino con la forma como la sociedad ha organizado la propiedad privada y el acceso a los bienes de consumo.

Por su parte, los satisfactores son aquellos recursos que utilizamos para resolver nuestras necesidades. Los satisfactores de una necesidad pueden ser bienes materiales (alimentos, vestido, vehículo...) pero también ayudas de otros, formas de comunicarse, normas, reglas, valores y creencias. A diferencia de las necesidades, los satisfactores son infinitos y pueden cambiar a través del tiempo y de una cultura a otra. El enfoque de Max-Neef y otros que comparten su pensamiento, considera que las necesidades humanas no son asuntos individuales que se resuelven solo con el consumo de objetos materiales, sino construcciones colectivas que se resuelven también en la interacción social. Las definiciones de salud publicadas por la literatura no han incorporado aún el debate sobre las necesidades humanas. Desde esta categoría, el proceso salud-enfermedad podría perfilarse como un proceso continuo de experimentación y realización de necesidades (carencias y potencialidades) individuales y colectivas, cuya satisfacción determina de manera general la calidad de la vida de las personas y las organizaciones sociales, y de manera particular su forma de enfermar y morir. Como podemos observar, alrededor de las necesidades y el desarrollo humano se ha generado una importante discusión que toca profundamente la esencia de las políticas públicas y de la práctica sanitaria. La estrecha relación entre las necesidades, la calidad de la vida y el proceso salud-enfermedad, constituye un reto para las formas tradicionales de entender y atender la salud que pudieran obligarnos a reformular varias de las concepciones y prácticas vigentes.

5. La salud como constructo ligado a la utopía del grupo

Reconociendo la complejidad de la controversia, este documento propone entender la salud como una dimensión biológica y social del proceso vital, que se expresa en la forma como los individuos y los grupos experimentan, valoran y resuelven sus necesidades fundamentales. Específicamente la salud se manifiesta en dos dimensiones inseparables: las condiciones materiales y sociales en que se da el proceso vital (dimensión objetiva de del proceso salud-enfermedad), y la

forma como las personas interpretan y valoran estas condiciones (dimensión subjetiva de del proceso salud-enfermedad). En ambos casos, tanto las condiciones objetivas como las experiencias subjetivas que se relacionen con la salud, son el producto de aquellos procesos sociales usualmente inconscientes, donde vamos generando, interpretando y dando valor a la realidad cotidiana. Nuestra interpretación y valoración del proceso vital no ocurren al azar ni de manera caprichosa; ambas son construcciones sociales, históricamente determinadas y profundamente relacionadas con el resto de ideologías y paradigmas predominantes en el grupo que se van incorporando a nuestra manera de pensar y que han dado lugar a puntos de vista diferentes, algunos de ellos antagónicos e irreconciliables, entre los que podemos destacar los siguientes:

1. El conflicto entre las nociones idealistas y materialistas. Las primeras definen la salud en términos de condiciones óptimas que aún no existen, pero que podrían o deberían ocurrir (como ejemplo podemos citar la definición de la OMS de 1948), mientras los enfoques materialistas la conciben como un proceso complejo e imperfecto de avances y retrocesos más que como un estado ideal.

2. El debate entre quienes resaltan la importancia de las apreciaciones subjetivas de cada individuo al valorar su experiencia, y quienes definen la salud desde la perspectiva de estándares objetivos previamente establecidos. ¿Debemos aceptar que alguien está sano porque se siente sano? ¿Debemos hacerlo aunque dicho sujeto tenga una enfermedad asintomática pero de pronóstico letal a corto tiempo? ¿La noción de sano se aplica al maltratador egosintónico que no es consciente del daño que causa?

3. La contradicción, no solo teórica sino también política, entre quienes proponen trabajar sobre una noción de salud medicalizada, estrechamente ligada a la ausencia de enfermedad orgánica, y quienes propenden por una comprensión de la salud desde enfoques más amplios, integrales y dinámicos, donde entran en juego otras necesidades y aspiraciones de los individuos y los grupos. Esta disyuntiva no es fácil de resolver. Desde los enfoques medicalizados las políticas sanitarias centradas solo en el control de las enfermedades, sin una acción clara sobre sus determinantes socioeconómicos, suelen mostrar un resultado muy pobre sobre el desarrollo social; la situación de los países de África y América latina podrían constituir un ejemplo de ello. Aceptando esta evidencia, las acciones centradas en el control de la enfermedad parecen asuntos secundarios y las políticas públicas debieran

centrarse en el desarrollo económico y en la superación de las inequidades sociales. Sin embargo también existe la evidencia en contra; las sociedades que han mostrado mayores avances en materia de equidad económica e inclusión social siguen presentando serios problemas relacionados con la enfermedad, la discapacidad y las mortalidad evitable; la situación de estos países revela que las políticas dirigidas a aumentar la riqueza y la disponibilidad de servicios y bienes de consumo no bastan para garantizar la calidad de vida y la supervivencia de la población y que es necesario desarrollar acciones específicas sobre la enfermedad y la muerte para poder hablar de una buena salud. En otras palabras, que también es importante fortalecer los servicios médicos para garantizar un mejor disfrute de la vida.

4. La estrecha relación entre la inequidad económica y el deterioro sanitario, y las limitaciones de los modelos de mercado para resolver las necesidades de la población más pobre. En este contexto, algunos sectores sociales, especialmente en América Latina, preocupados por el empobrecimiento y marginalización progresivos que la globalización impone a amplios sectores de la población, vienen defendiendo una noción de salud entendida como un derecho fundamental de los individuos y los pueblos a disfrutar la existencia a plenitud,^(15, 16) propuesta que ha encontrado una fuerte oposición por parte de los grupos económicos que actúan en el mercado de los servicios de salud.

Recapitulando:

La situación descrita en los párrafos anteriores tiene varias implicaciones importantes:

a) La noción de salud pudo haber surgido históricamente con posterioridad a la noción de enfermedad y en un nicho diferente de significación. A pesar de que la noción popular de salud fue surgiendo en el imaginario popular por contraposición a lo que los curadores entendían por enfermedad, las expectativas que suscita su significado han ido mucho más allá de la negación de las patologías definidas por los médicos.

b) A partir del s. XVIII el desarrollo del capitalismo en Europa, reveló el valor del cuerpo como generador de riqueza y los Estados modernos asumieron este descubrimiento como una de sus prioridades. La salud dejó de ser una noción vulgar para convertirse en un asunto de Estado y se encargó a los médicos la función de definirla.

c) Las primeras nociones técnicas de salud surgieron en el seno de la medicina como contraposición a la noción de

enfermedad. Sin embargo, los avances en la comprensión de la enfermedad pusieron en evidencia la multicausalidad de los problemas sanitarios y su relación con múltiples dimensiones bio-psico-sociales de los individuos y los grupos.

De ahí que muchos filósofos, técnicos y pensadores en salud pública hayan propuesto reformular la noción de salud como algo más que la ausencia de enfermedad. Sin embargo, cuando los técnicos intentan definir la salud se encuentran con la dificultad de reflejar en un solo concepto, la complejidad de las expectativas que subyacen en el imaginario popular.

d) La noción de salud surgió entre la gente y no entre los técnicos; y no ha estado sujeta a los límites de una disciplina y una práctica regulada como sí lo ha estado la noción de enfermedad. La noción de salud ha estado, por lo tanto, más receptiva y abierta a aquellos intereses y expectativas que las personas consideran relacionados con la plenitud de su vida.

e) Los técnicos se sienten más cómodos y seguros hablando de enfermedades, que de salud. En el primer caso abunda la literatura científica desarrollada por la medicina, donde se cuenta con taxonomías y se definen los límites y los criterios de las definiciones. Al enfrentarse a la salud se sienten más inseguros, perciben esta situación como ambigua, y en consecuencia de menor importancia al momento de tomar decisiones.

f) Desde la creación del estado moderno y especialmente en las últimas décadas, la noción de salud se ha incorporado con diferentes significados a los sistemas políticos e ideológicos. Asumir una determinada noción de salud deja de ser un problema académico cuando se incorpora a las decisiones y a las políticas públicas, en cuyo caso representan para amplios sectores de la población la diferencia entre disfrutar la vida o padecerla.

Bibliografía para profundización

1. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico México: Editorial Siglo XXI; 1993.
2. Parsons T. *Illness and the role of the physician. Personality in nature, society and culture.* 2nd ed ed. New York: Knopf; 1948. p. 609-17.
3. Galán A, Blanco A, Pérez M. Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de psicología.* 2000 157-166 16 (2).
4. Canguilhem G. La salud, concepto vulgar y problema filosófico. *Sociología.* 1998;27.
5. Valery P. *Mauvaises Penses et autres,* 1942. Citado por Canguilhem G. La salud, concepto vulgar y problema filosófico. Traducción de Jorge Márquez, *Sociología,* Julio 1998, 27:151-158; 1942.
6. Dubos R. *El espejismo de la salud: Utopías, progres y cambio biológico.* México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
7. Cardona J. *El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción.* *Revista Costarricense de Salud Pública.* 1988; Enero-Junio.
8. Foucault M. *Historia de la sexualidad 1: La Voluntad de saber.* 30a ed. México: Editorial S. XXI; 2005.
9. OMS. *Acta de Constitución.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1948
10. San Martín H. La noción de salud y la noción de enfermedad. *Salud y enfermedad, ecología humana, epidemiología, salud pública, medicina preventiva, sociología y economía de la salud.* 4 ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 1981. p. 7-13.
11. Avilés L. *Epidemiology as discourse: the politics of development institutions in the Epidemiological Profile of El Salvador.* *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:164-71.
12. Felce D, Perry J. *Quality of life: It's Definition and Measurement.* *Research in Developmental Disabilities.* 1995;16(1):51-74.
13. Ferris A. *The Quality of Life Concept in Sociology.* *The American Sociologist.* 2004;35(3):37-51.
14. Max-Neef M, Elizalde A, Hopenhayn M, Fundación Dag Hammarskjold. *Centro Dag H. Desarrollo a escala humana: Una opción para el futuro.* Cepaur, editor.: Motala Grafiska Suecia; 1986.
15. Gaviria C. *El derecho a la salud en Colombia;* 2002; Facultad Nacional de Salud Pública; Universidad de Antioquia; Medellín.
16. Hernández M. *El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización.* 2000:121-44.
17. Vasco Uribe A. *Salud, Medicina y Clases Sociales.* Medellín: Editorial Rayuela; 1986.
18. Lérique R. *Introduction générale: De la santé a la maladie; Le douleur dans les maladies Oú va la Médecine? In: Canguilhem G. Lo normal y lo patológico;* Ed. Siglo XXI; 1993.
19. Terris M. *The contributions of Henry E. Sigerist to the health service organization* *Milbank Mem Fund Q Health Soc.*1875;53:489-530.
20. OMS/UNICEF. *Declaracion de Alma Ata: la estrategia de Atención Primaria en salud.* Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS 6-13 de Septiembre de 1978. Ginebra: OMS; 1978.
21. Simonian KN. *La higiene social y la organización de la salud pública como ciencia y materia de enseñanza.* La Habana; 1984.
22. Terris M. *Aproximación a una epidemiología de la salud. La revolución epidemiológica y la Medicina Social.* México: Siglo XXI; 1980.
23. Pörn I. *An equilibrium model of health.* Boston; 1984
24. *Canadian Public Health A. Ottawa Charter for Health Promotion.* Ottawa (Canad): International Conference on Health Promotion.; 1986. p. 1-4.
25. *Ministério da Saúde do Brasil. 8a Conferência Nacional de Saúde. Relatório final;* 1986 17 a 21 de marco
26. Salleras Sanmarti L. *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones.* Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1989.
27. OMS. *Declaracion de Yakarta sobre la Promoción de la Salud:* 1996 1997. *Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud:* Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI. Ginebra: OMS; 1998.