SALUD Y ENFERMEDAD

CONCEPCIONES, PARADIGMAS y MODELOS

Eje: SISTEMAS Y EQUIPOS DE SALUD
Versión digital disponible en el campus virtual de la Facultad de Medicina –UNNE

Mgter. Bca. Cardozo, Samantha;
Prof. D´Angelo, Silvia
Bco. Rodríguez, Emiliano;
Méd. Giménez, José F;
Bco. Duré, Guillermo

APARTADO	CONTENIDO	PÁGINA
1	¿Qué es la Salud?	1
2	Paradigmas en Salud	2
3	Concepciones de salud	
4	Diferencias entre el modelo biomédico y el biopsicosocial	6
5	¿Qué es la enfermedad? Concepciones y vivencias	7
6	Clasificación de las enfermedades	9
7	Proceso salud—enfermedad	10
8	Bibliografía	24

"Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana"[1]

Ramón Carrillo (1906-1956)
(Médico sanitarista, neurocirujano, neurobiólogo y político argentino, primer Ministro de Salud Pública de la República Argentina)



1. ¿Qué es la Salud?

Casi todas las personas tenemos una idea de lo que es la salud; sin embargo, quizás no todos la concebimos de manera similar. Si preguntamos a un familiar, a un amigo, a un adulto mayor, a una persona de campo o a un trabajador de la ciudad, talvez, cada uno nos responda según sus creencias y su sentido de bienestar. Es decir que, quizás, encontraremos tantas respuestas diversas, como diverso es el mundo.



ACTIVIDAD 1

Pregunte a tres personas de su entorno:

1) **¿Qué es salud?**
2) **¿Qué es enfermedad?**

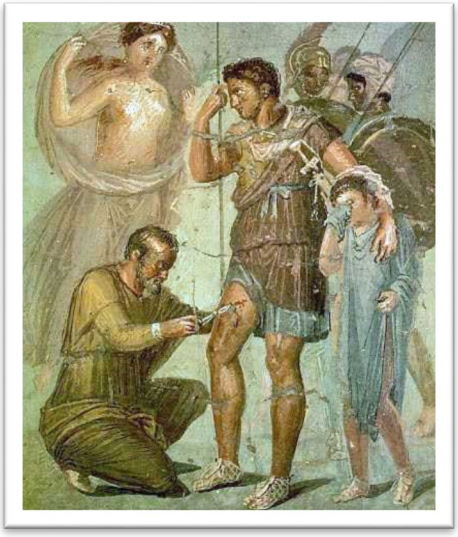
Escriba las respuestas obtenidas, pues trabajará con ellas.

Definir por consenso aquello a lo que nos referimos cuando hablamos de salud es fundamental para el equipo de salud, ya que esto ayudará a comprender su alcance y abordar su cuidado de desde una perspectiva adecuada y oportuna.

Como futuro médico es importante que advierta la diversidad de concepciones que tienen las personas respecto a SALUD y ENFERMEDAD, a fin de poder comprender mejor sus necesidades al respecto, cómo cuida y conserva la primera; y cómo reacciona ante la segunda.

Se reconoce que el concepto de salud fue evolucionando de acuerdo a las concepciones de salud y enfermedad y los paradigmas vigentes en ese momento, las que dieron forma a diferentes definiciones.

Inicialmente, el término "salud" proviene del latín "salus", que a su vez deriva de la raíz indoeuropea *sol-, que significa "entero" o "intacto". En la época romana, "salus" se relacionaba con la idea de bienestar, integridad y prosperidad, tanto a nivel físico como moral.



La palabra "salud" en el sentido de estado de bienestar físico y mental, se remonta al latín clásico y ha sido utilizada a lo largo de la historia para describir el estado de equilibrio y armonía del cuerpo y la mente. Su origen etimológico refleja la concepción de la salud como un estado de integridad y plenitud. (Corominas, J., & Pascual, J. A. (1980). Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. Madrid: Gredos.)

Uno de los conceptos más aceptados y de mayor consenso hasta el momento, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como:

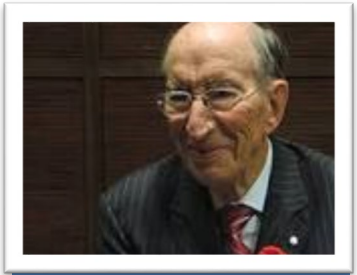
"La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1948)

Esta definición amplía la noción de salud más allá de la mera ausencia de enfermedad, incorporando aspectos de bienestar físico, mental y social. Sin embargo, esta definición ha sido objeto de críticas por su idealismo y su falta de aplicabilidad práctica (Bircher, 2005).

Como veremos más adelante, algunos enfoques más contemporáneos consideran a la salud como un **proceso dinámico** influenciado por múltiples determinantes sociales, biológicos y ambientales, lo que requiere un enfoque integral y participativo para su comprensión y promoción (Lalonde, 1974).



La salud es considerada en todas las culturas un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de las personas, como de la sociedad misma. Sin embargo, no todos entendemos lo mismo a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico y a las diferentes culturas"[2].



¿QUIÉN FUE LALONDE?

El Honorable Marc Lalonde de Canadá (1935) es un abogado, político y ministro de gabinete canadiense jubilado que se desempeñó como Ministro de Salud y Bienestar. Escribió políticas públicas que influyeron en el hemisferio durante décadas. En 1974, el Sr. Lalonde publicó "Nuevas perspectivas sobre la salud de los canadienses", un documento que se conoció como "El Informe Lalonde". El informe tuvo un efecto transformador en la forma en que el mundo piensa sobre la salud. Sigue siendo uno de los documentos fundamentales de la promoción de la salud. Esboza un marco conceptual para una comprensión holística de la salud como resultado de la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización del cuidado de la salud.

1.2 El surgimiento de la OMS y su "nuevo" concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) surgió el 7 de abril de 1948, como resultado de los esfuerzos colectivos de la comunidad internacional para abordar cuestiones de salud a nivel mundial. Fue establecida como una agencia especializada de las Naciones Unidas con el objetivo de promover la salud, controlar enfermedades y mejorar las condiciones sanitarias en todo el mundo. La OMS es responsable de proporcionar liderazgo en asuntos de salud global, establecer normas sanitarias, brindar asistencia técnica a los países y coordinar respuestas a emergencias y crisis sanitarias.

Contenido ampliatorio: Ver historia de la OMS aquí:
https://prezi.com/vmor92q4re-v/historia-de-la-oms/

1.3 El concepto de salud y la posguerra (2da guerra mundial)



La posguerra tuvo un impacto significativo en el cambio del concepto de salud propuesto por la OMS en 1948. Después de la Segunda Guerra Mundial, se reconoció la necesidad de abordar no solo las enfermedades físicas, sino también las secuelas mentales y sociales de la guerra. Esto llevó a un cambio en la percepción de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, lo que refleja la comprensión de las complejas interacciones entre la salud física, la salud mental y el entorno social de las personas. Este cambio refleja la evolución del pensamiento en salud pública y la

necesidad de un enfoque más holístico para abordar las necesidades de la población en el contexto de la posguerra.

1.4 Ventajas y limitaciones del concepto de salud propuesto por la OMS

A pesar del tiempo transcurrido, tal definición es relevante por su institucionalidad, dado que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, máximo organismo en materia de salud, mundialmente reconocido y uno de los principales actores en la materia[9].



Ventajas de la definición de la OMS

Si bien es poco realista imaginar que toda una población pueda alcanzar un **completo estado de bienestar**, esta definición sirve de guía para las actividades sanitarias que versan siempre sobre estados parciales de salud física, psíquica o social[9] "Se trata de una definición holística y progresista que considera a la salud, ya no sólo como un fenómeno meramente somático y psicológico, sino

también social.

La salud se considera, así como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurran diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. En tal sentido, la salud deja de ser un fenómeno exclusivamente médico, encerrado en el interior de los hospitales, para conformar un tema que les atañe a todos los actores de la sociedad..."[6]

La definición considera al hombre como una unidad bio-psico-social en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y sociocultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables, y que en esta interacción se configura el nivel de salud. Por ejemplo, un hombre en nuestro medio, tendrá necesidades biológicas, tal como la de ingerir agua; psicológicas, como la de sentirse amado; y sociales como la de tener un trabajo. La imposibilidad de cubrir estas necesidades, podrá ocasionarle grandes desequilibrios, verbigracia: la falta de disponibilidad de agua conducirá a deshidratación; la carencia de afecto a problemas de escasa autoestima; y el desempleo a depresión, angustia, etc.[10].

Limitaciones de la definición de la OMS

Al definir la salud como el estado completo de bienestar, la considera como algo fijo, estático. La salud no puede ser considerada como un "estado", como tampoco lo es la enfermedad, dista mucho de ser estática, por el contrario, según concepciones actuales, la salud se considera parte de un proceso en continua variación entre un estado de mayor salud o de mayor enfermedad. Este cambio persistente estaría influenciado por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad y los hábitos, entre otros factores que determinan su curso.

Por otra parte, el bienestar es un aspecto subjetivo, difícil de identificar y cuantificar. Cada ser humano siente y reacciona de diferente manera a diversos estímulos o vivencias. Esto es especialmente notable en personas con neurodivergencia o trastorno del espectro autista.

2. Paradigmas, concepciones y modelos de salud

La redefinición de la salud propuesta por la OMS en 1948 contribuyó significativamente a un cambio de paradigma en la conceptualización de la salud. Este cambio promovió un enfoque más holístico de la salud, reconociendo la interconexión entre el bienestar físico, mental y social. Como resultado, se amplió la comprensión de la salud más allá de la mera ausencia de enfermedad, fomentando la adopción de estrategias integrales que abordan tanto los aspectos físicos como los mentales y sociales del bienestar humano. Este cambio de paradigma ha influido en la formulación de políticas de salud, la prestación de servicios de salud y la investigación en el campo de la medicina y la salud pública.

Los conceptos de paradigma, concepciones y modelos de salud están interrelacionados, pero tienen significados distintos.

Paradigma: es un conjunto de creencias, valores y supuestos que guían la investigación y la práctica en un campo específico. En el contexto de la salud, un paradigma puede influir en cómo se entiende la enfermedad, la salud y el bienestar, así como en las estrategias para abordar estos aspectos.

Concepciones de salud: se refieren a las ideas y creencias sobre lo que significa estar sano o enfermo. Estas concepciones pueden variar culturalmente y a lo largo del tiempo, y están influenciadas por factores sociales, económicos y políticos. Por ejemplo, algunas culturas pueden tener concepciones holísticas de la salud que consideran el bienestar físico, mental y espiritual, mientras que otras pueden enfocarse principalmente en aspectos físicos.

Modelos de salud: son representaciones teóricas o conceptuales que intentan explicar cómo funciona la salud y la enfermedad. Estos modelos pueden incluir factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en la salud. Por ejemplo, el modelo biopsicosocial considera la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad.

En síntesis, los paradigmas influyen en las concepciones y modelos de salud al proporcionar el marco teórico y conceptual a partir del cual se desarrollan y se entienden estas

ideas. Es importante tener en cuenta que estos conceptos son interdependientes y se influyen mutuamente en la comprensión y abordaje de la salud.

2.1 DIFERENTES PARADIGMAS DE SALUD

El concepto de salud, como proceso vital del hombre, y el de enfermedad, han variado según los paradigmas o conceptualizaciones epistemológicas vigentes en el momento de su pronunciación, dado que las representaciones y prácticas de salud se desarrollan y ubican en un tiempo y espacio estrechamente vinculados con la realidad económica, política, social y cultural de la comunidad.[3] Veremos algunos de ellos:

Paradigma mítico mágico: Desde la antigüedad, los pueblos primitivos, consideraban la salud como una bendición divina, en tanto la enfermedad era el castigo para el hombre que había faltado a Dios. Este hombre pecador era poseído por espíritus malignos, que el chamán o sacerdote sacaba del cuerpo mediante diferentes rituales, curando la enfermedad.

Paradigma naturalista: Surge con Hipócrates, en Grecia (siglo V a. C.), quien concebía la salud como un equilibrio del hombre con la naturaleza. Desde esta concepción teórica se postulaba que la enfermedad era producida por un desequilibrio, ya sea por exceso o por defecto, como consecuencia de la interacción de las causas externas (alimentación, el clima, agua, etc.) con las causas internas (la condición individual de la persona).

Paradigma biologicista: El invento del microscopio, en el siglo XVII, permitió avanzar sobre la microanatomía y la microbiología, dando origen, en la segunda mitad del siglo XIX a la "teoría microbiana", que promovió la idea de la unicausalidad, que postulaba que toda enfermedad se debía a un agente biológico externo y cada enfermedad tenía una causa única, específica y suficiente.

El **MODELO UNICAUSAL** proponía siempre la existencia de una relación entre un agente (parásitos, cambios de temperatura, etc.) y un huésped (el hombre).



Tuvo como ventaja el permitir la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionaron el tratamiento individual del enfermo, en tanto que su desventaja fue la de no explicar porque el mismo agente no producía *siempre enfermedad. Los principales representantes fueron Louis Pasteur y Robert Koch.*

Paradigma positivista: Auguste Comte, filósofo y matemático francés, es comúnmente considerado el iniciador del positivismo, filosofía de mayor significación a partir de la segunda mitad del siglo XIX que marcó la vida científica, histórica, política, educativa y jurídica de la época. La tarea científica consistió en demostrar que



Koch fue el primero que descubrió que una bacteria era el agente causante de la tuberculosis, el primero en aislar y cultivar el bacilo de la tuberculosis ("bacilo de Koch"). También demostró que la bacteria *Bacillus anthracis* era el causante del ántrax o carbunco. A partir de sus investigaciones propuso los siguientes postulados conocidos como **postulados de Koch:**

1. La bacteria patógena debe aislarse siempre de animales enfermos y nunca de animales sanos.
2. Cuando un animal está enfermo la bacteria debe aislarse en cultivo puro.
3. Si la bacteria se inocula a otro individuo debe reproducirse la enfermedad.
4. La bacteria debe aislarse nuevamente en cultivo puro.

Fue el propio Koch quien, posteriormente señaló las primeras excepciones a los postulados.

solo era válido aquel conocimiento susceptible de ser observado, medido, experimentado. En este contexto, la medicina se vuelve más dependiente de la biología, la química y la experimentación.

La salud se considera como lo opuesto a la enfermedad, centralizando la atención sobre ésta última, preguntándose ***¿qué es la enfermedad?***

El foco de atención no se dirige a la persona enferma, sino que por el contrario se dirige a la enfermedad, en consecuencia, el tratamiento de la enfermedad se vuelve prioritario.

Este paradigma da lugar a una concepción de salud y a un modelo centrado en la enfermedad, el MODELO BIOMÉDICO, que trataremos más adelante.

De la unicausalidad a la multicausalidad

El enfoque unicausal, que postulaba una relación unívoca entre una sola variable (por ejemplo, un microorganismo y el hospedero) se volvió insustentable para explicar la salud y la enfermedad, pues resultaba claro que son muchas las variables intervinientes.

El proceso biológico está ligado a las condiciones que rodean la vida humana (sociales, ambientales, económicos, etc.); se vira entonces de la unicausalidad hacia la **MULTICAUSALIDAD**.[3] Figura 2.

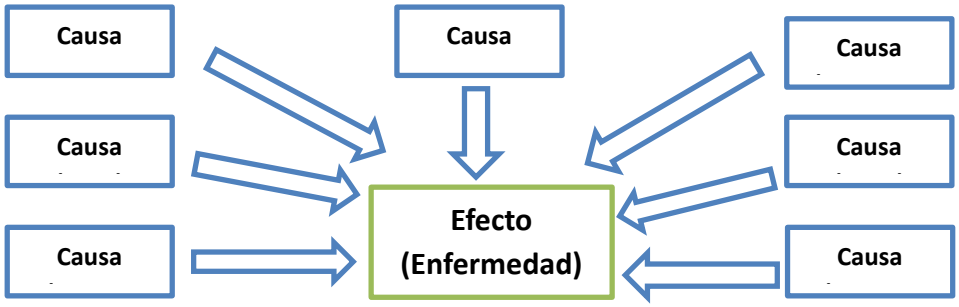


Figura 2: *Modelo Multicausal*

ACTIVIDAD 2
Investigue cuales son las causas de la hipertensión arterial y realice un esquema similar al anterior.



Bajo esta nueva perspectiva de la multicausalidad se encuentra la propuesta del concepto de ***tríada ecológica o triada epidemiológica: agente-huésped-medio ambiente***. Figura 3.



Figura 3: *Tríada epidemiológica*

Este modelo entiende por AGENTE al factor responsable de la enfermedad, el HUESPED lo constituye el sujeto que porta la enfermedad y el MEDIO AMBIENTE el sitio donde ocurre la interacción agente—hospedero.

Los elementos de la tríada se consideran como las partes de un sistema en interrelación, que deben estar en equilibrio. El desajuste de algún elemento provoca un desequilibrio, una desestabilización del sistema que favorece la aparición de la enfermedad en el individuo o la colectividad.

Retomaremos estos conceptos al desarrollar el punto "Historia natural de la enfermedad".

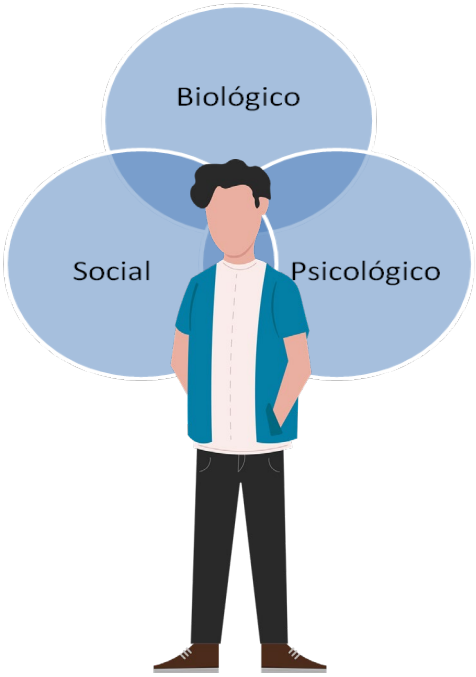
Paradigma biopsicosocial: A partir de la idea de multicausalidad, deja de pensarse en salud y enfermedad como estados estáticos, y se piensa en los mismos en términos de **proceso, dinámico y variable** en el que intervienen múltiples factores (sociales, psicológicos y culturales junto a los biológicos y medioambientales).

a concepción biopsicosocial interpreta al hombre como ser único en su totalidad y determinado por aspectos psíquicos, biológicos y sociales que son mutuamente interdependientes. Figura 4.

Figura 4: ***Representación del ser humano como unidad biopsicosocial***

Se concibe al ser humano como un sistema, cuyas partes orgánicas funcionan como un todo, de manera dinámica e interrelacionada.

El sujeto nace predispuesto para el encuentro con el otro; la familia, los amigos, la comunidad donde vive, etc., influyen en su comportamiento.
El ser humano es singular y particular en sí mismo (individuo), pero es influenciado por el contexto y la cultura en los que está inmerso. Cada aspecto funciona como un todo interrelacionado de manera compleja.



Comprende la conducta, la expresión de los procesos cognoscitivos, afectivos, motivacionales, espirituales, entre otros. Los procesos interiores del sujeto no ocurren en forma parcelada, el sujeto no piensa, luego se emociona, etc., sino que lo hace "todo" a la vez, los procesos son interdependientes. Lo cual implica una forma de comprender y entender el mundo de manera integral o percibiendo totalidades.

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. NO HAY ABORDAJE DE ENFERMEDADES SINO DE ENFERMOS.

Conforme este modelo, se podría *"conceptualizar la salud como "la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía bio-psico-social al interrelacionarse dinámicamente con el medio en el que vive…Así, el hombre tendrá salud en la medida en que pueda resolver los conflictos que se le planteen, lo cual implica, fundamentalmente, considerarlo como ser activo que participa en el logro de su salud."*[5]

Bajo este paradigma, en palabras de Kornblit y Mendes Díaz (2000): *"… un individuo podría considerarse sano cuando:*

- *no presenta signos de enfermedad ni padece una enfermedad inaparente*

que podría curarse;

- *padeciendo una enfermedad incurable, ésta puede ser controlada sin que se acorte su vida ni disminuya su actividad;*
- *aun teniendo una notoria incapacidad, esté acostumbrada/o a vivir con la enfermedad y esté integrada/o en su medio social;*
- *luche contra las dificultades ambientales sin dejarse dominar por la melancolía, la angustia o la desesperación;*
- *no viva con la preocupación obsesiva de la enfermedad y la muerte.*

La salud así entendida se asocia con la vida, con la capacidad de vivir con el menor sufrimiento posible y de luchar para reproducir la vida; tanto satisfactoriamente para el individuo como para los conjuntos sociales[5].

El paradigma biopsicosocial no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biologista, sino que procura una contribución a la comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud enfermedad."[16]

Paradigma de la medicina social: La medicina social tiene sus raíces en el siglo XIX y principios del siglo XX, surgiendo como respuesta a las crecientes preocupaciones sobre las condiciones de salud de las poblaciones, especialmente en el contexto de la industrialización y urbanización. Figuras prominentes como Rudolf Virchow, un médico, antropólogo y político alemán, son considerados pioneros en el desarrollo de la medicina social.

Retomaremos el concepto de "Determinantes de la salud" en próximas clases.

Virchow abogaba por un enfoque integral de la medicina que no solo se centrara en la enfermedad individual, sino que también considerara los factores sociales, económicos y ambientales que afectan la salud de la población en su conjunto. Sus ideas influyeron en el desarrollo de la epidemiología y la medicina preventiva, sentando las bases para la medicina social como un campo de estudio e intervención.

La medicina social se ha expandido y evolucionado a lo largo del tiempo, abordando cuestiones como la equidad en el acceso a la atención médica, la influencia de los determinantes sociales en la salud y las desigualdades en salud entre diferentes grupos de la población. En la actualidad, la medicina social continúa desempeñando un papel crucial en la comprensión y abordaje de los factores

sociales que influyen en la salud y en la promoción de políticas y prácticas que buscan mejorar la salud de las comunidades.

Reconoce a los fenómenos sociales como factores influyentes en el estado de salud o enfermedad de los sujetos, básicamente las condiciones de vida y aquellos factores asociados a los procesos productivos, dando origen a la idea de los "Determinantes sociales de la salud".[12,13]

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad.

Premisa de la Medicina Social:

"No hay abordaje de enfermedades sino de enfermos."

Paradigma economicista (o paradigma económico de salud): Es una aproximación a la atención médica que pone un énfasis considerable en los aspectos económicos y de mercado relacionados con la salud. Este enfoque considera la salud como un bien económico, sujeto a las leyes del mercado y a la asignación eficiente de recursos. Tiene sus raíces en la teoría económica neoclásica, que considera la salud como un bien que puede ser valorado y asignado a través de mecanismos de mercado. Este enfoque se ha desarrollado en gran medida a lo largo del siglo XX, en respuesta a la creciente complejidad de los sistemas de salud y la necesidad de asignar recursos de manera eficiente.

El paradigma economicista de la salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, influenciando políticas de salud, sistemas de financiamiento y modelos de atención médica. En la década de 1960, se produjo un cambio significativo hacia la atención médica basada en el mercado en varios países desarrollados, con énfasis en la privatización, la competencia y la eficiencia económica. Este enfoque ha sido objeto de debate y críticas, especialmente en relación con la equidad en el acceso a la atención médica.

Desde la perspectiva económica, la salud se concibe como un activo humano que contribuye al capital humano y al bienestar general. Se considera que la salud tiene un valor económico tanto en términos de la capacidad productiva de

los individuos como en la reducción de los costos relacionados con la enfermedad. Esta concepción plantea la importancia de invertir en la salud como una estrategia económica racional.

Actualmente, el paradigma economicista de la salud sigue influyendo en las políticas de salud en muchos países, con un énfasis en la eficiencia, la competitividad y la sostenibilidad financiera de los sistemas de atención médica. Sin embargo, también ha surgido un creciente reconocimiento de la importancia de abordar las desigualdades sociales, el acceso equitativo a la atención médica y la sostenibilidad a largo plazo de los sistemas de salud.

Paradigma de la complejidad: En los últimos 70 años, surge el pensamiento de la complejidad (a través de descubrimientos de la física cuántica y de la genética molecular, realizados a principio de siglo) como reacción necesaria ante la interpretación determinista y reductora que caracterizó la concepción tradicional de la ciencia.

Este paradigma se basa en la comprensión de que los sistemas de salud son inherentemente complejos, con interacciones no lineales entre múltiples componentes, y que los resultados de salud son el resultado de una red de influencias interconectadas.

Este enfoque considera que la salud y la enfermedad son producto de interacciones complejas entre factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y sistémicos. También reconoce que los sistemas de salud son adaptativos, auto-organizados y emergentes, lo que significa que pueden surgir patrones y propiedades inesperadas a partir de interacciones no lineales entre los diferentes componentes del sistema.

En el paradigma de la complejidad en salud, se fomenta la comprensión de los sistemas de salud como sistemas dinámicos y adaptables, lo que lleva a un enfoque más holístico y flexible para abordar los desafíos de la salud. Este enfoque puede influir en la forma en que se diseñan las intervenciones, se gestionan los servicios de salud y se abordan los problemas de salud pública, reconociendo la interconexión y la interdependencia de los diferentes elementos que influyen en la salud de las personas y las poblaciones.

4. CONCEPCIONES DE SALUD

Las concepciones de los términos salud y/o enfermedad dependen de las perspectivas disciplinares, filosóficas o culturales desde la que se miren. Lea las respuestas de las personas a quienes preguntó en la Actividad 1, probablemente habrá diferencias conforme el ámbito en que la persona se desempeña.

En este apartado, analizaremos las concepciones desde dos puntos de vista: **el de la medicina y el de las ciencias sociales.** Figuras 5 y 6.

4.1 CONCEPCIONES MÉDICAS DE SALUD (fig. 5)

Concepción somático-fisiológica: Tiene sus orígenes en la Edad Media y primeros tiempos de la Edad Moderna. La salud es el bienestar del cuerpo y del organismo físico, y la enfermedad es el proceso que altera este bienestar.

Esta concepción de la salud tiene gran arraigo en la opinión colectiva y la propia práctica médica, y se evidencia en la circunstancia que la mayor parte del desarrollo de la medicina proviene de adelantos en esta dimensión.

Esquemáticamente puede enunciarse diciendo que *"si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud y sólo cuando haya una alteración del organismo existirá enfermedad"*[5].



Aún hoy la enseñanza de la medicina, la exploración y examen del enfermo y la terapéutica habitual se basan principalmente en la identificación de alteraciones en el organismo en el nivel fisiológico y esas prácticas son adecuadas para el hallazgo de signos y síntomas que guíen el abordaje médico.

El éxito de la medicina somática, avalado por los numerosos descubrimientos en biología, física y química, contribuyó directamente a que ésa fuera la forma fundamental de practicar la medicina, o sea, diagnosticar la enfermedad y curar el organismo físico. La concepción somática de la salud ha transcurrido más pendiente de la enfermedad que de la salud durante la mayor parte de la historia[5].

Concepción psíquica: (Inicios del siglo XVIIII). Implica el reconocimiento de la estrecha interrelación entre cuerpo y mente en el organismo humano, lo que lleva a no restringir la experiencia de salud a la salud orgánica únicamente.



La principal limitación con que se enfrenta esta concepción de la salud es la subjetividad y la indeterminación de sus manifestaciones, en comparación con las manifestaciones somáticas.

La sensación de bienestar psíquico es, en última instancia, una experiencia subjetiva frente a la que el médico no puede aducir pruebas "objetivas" de salud - como ausencia de gérmenes u otras causas patógenas- resultado de análisis y comprobaciones clínicas. El ejemplo más obvio del subjetivismo de la concepción psíquica de la salud es el caso del dolor[5].

Concepción sanitaria: Entiende que salud y enfermedad son consecuencias de las condiciones insalubres que rodean al hombre. Enfatiza la salud colectiva de una población más que la salud individual. Concepción propia de la salud pública como disciplina, se caracteriza por un enfoque preventivo de los problemas de diversos grupos sociales diferenciados por edad, sexo, nivel socioeconómico, medio ambiente, etc.

Realiza generalizaciones, a partir a parámetros considerados “normales” desde el punto de vista estadístico para una población. Una desviación de la "norma", en individuos o en grupos, no supone necesariamente un estado anormal, aunque indica al médico clínico o al sanitarista que existen algunos factores a los que se debe prestar especial atención[5].

*“El concepto de **normalidad** muchas veces es un punto de corte arbitrario que se decide por expertos o estudios que indican desde cuándo puede haber más riesgo para la salud. El diagnóstico de hipertensión diabetes u osteoporosis, se basa en curvas de normalidad. Esta normalidad muchas veces no toma en cuenta el punto de vista del paciente; el ser catalogado como anormal puede beneficiarlo, pero también puede ser el inicio de una serie de intervenciones que no tendrán un beneficio importante y tal vez puedan generar daño.”* [6]

La concepción sanitaria identifica problemas de salud, establece programas para actuar sobre ellos y controla los resultados de la acción a partir del estudio de dos aspectos:

1) **Medio ambiente físico:** en el que se analizan las condiciones que facilitan u obstaculizan la difusión de la enfermedad, teniendo en cuenta la totalidad del mismo: tierra, agua, aire, alimentos, etc.
2) **Las personas:** que ocupan el medio ambiente, a las que se agrupa por sus condiciones personales, como edad, sexo, y su adscripción a determinados grupos sociales de residencia, trabajo, etc.

La desventaja de esta concepción es que no contempla los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales.

4.2 Concepciones sociales de salud (Fig. 6)

Concepción político-legal: Considera la salud como un **bien general** que interesa a todos. Supone la protección por parte del Estado en aquellos casos en que la integridad del ser humano pudiere peligrar[5].

Esta concepción de la salud, se extiende por todas las latitudes y sistemas políticos y, aunque las variedades de su reconocimiento como derecho sean diferentes en los diversos sistemas, existe un consenso común universal en la concepción político-legal de la salud que se reconoce en la **Declaración Universal de Derechos Humanos.**

> *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad."*
>
> Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.
> Asamblea General de las Naciones Unidas, (1948)

Concepción económica: (Mediados del S. XX. en países industrializados). Enfatiza la importancia de la salud para la eficacia del factor humano en los procesos productivos, a los que aporta un elemento único y costoso[5]. Propone que la salud es un bien de inversión y de consumo -conceptos provenientes del *Paradigma economicista*- para estar alerta ante la enfermedad. El sujeto sano

puede trabajar y, en este sentido producir, a diferencia del sujeto enfermo.

Concepción cultural: La salud como estado de aptitud para el desempeño de roles sociales. Cada grupo social, sea tan extenso como una nación o tan reducido como un grupo familiar, poseerá una definición peculiar de salud establecida de acuerdo con lo que se considera "normal" en dicho grupo y esta definición influye activamente en la forma de sentirse sano o enfermo de las personas pertenecientes a él ("relatividad cultural de la salud y la enfermedad")[5].

3. PRINCIPALES MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Si bien existe diferentes modelos que guían la estructura y el abordaje del cuidado o atención de la salud. Los dos modelos que actualmente se disputan un el carácter de los sistemas de salud son los modelos: biomédico y el biopsicosocial.

Las necesidades sociales y el proceso de complejización científica y técnica de la medicina exigió cambios en las instituciones médicas y su funcionamiento. El hospital, espacio por excelencia de la práctica médica, se transformó, a finales del siglo XIX y primera mitad del XX, pasando de ser un lugar de auspicio y caridad a los necesitados y pobres, a ser un lugar para curar enfermedades a individuos de todos los estratos sociales.

En este contexto, el MODELO BIOMÉDICO tuvo un rápido desarrollo y prestigio basado en la evolución de la Biología y de las Ciencias Naturales sobre la base del llamado "Método Científico", el diseño experimental y sus rápidas aplicaciones en la práctica médica en las instituciones hospitalarias[5].

En 1977, Engel[11] critica el modelo médico tradicional (modelo biomédico) por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas, y los califica de dogma y surge el concepto de MODELO BIOPSICOSOCIAL, que permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. NO HAY ABORDAJE DE ENFERMEDADES SINO DE ENFERMOS.

MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD	
BIOMÉDICO	**BIOPSICOSOCIAL**
Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright, 1789-1858).	Aborda integralmente al paciente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. (G. Engel,1977)
El cuerpo del ser humano se concibe como una *máquina*,	El hombre interactúa con el ambiente y ante pérdidas del equilibrio, surgen los problemas.
La enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara.	La enfermedad es producto de un desequilibrio entre varios factores o determinantes.
El cuerpo y la mente son concebidos como cosas distintas para su estudio y tratamiento.	El cuerpo, la mente y la vida social del sujeto son inherentes entre si y requieren de un abordaje integral.
La salud es considerada como ausencia de enfermedad.	La salud y la enfermedad son un *continuum y participan de un proceso dinámico,* entendido como los diversos estadios por los que atraviesa la persona desde una salud óptima hasta una enfermedad manifiesta.
Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades.	Abordaje integral. Esto implica además manejo de la relación médico-paciente-familia.
Se centra en la **atención** de la enfermedad.	Prioriza el **cuidado** de la salud aun cuando no existen indicios de enfermedad.
Deriva en una relación médico paciente distante, asimétrico, que hace foco en el examen físico y los datos clínicos.	La relación médico paciente se ve favorecida por el trato ameno, simétrico, que tiene en cuenta las inseguridades o miedos del paciente, su contexto social, su nivel intelectual o capacidad de comprensión, entre otros factores determinantes.



Cuadro 1: ***Comparación de modelos biomédico y biopsicosocial.***

5. ¿Qué es la enfermedad? CONCEPCIONES Y VIVENCIAS

En una primera aproximación podemos definir enfermedad como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar. Sin embargo, la concepción de enfermedad también se entiende necesariamente dentro de una cultura particular.

Puede hablarse de **cuatro aspectos del fenómeno enfermedad** para el individuo:



- **estar enfermo**, es decir, sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y/o en sus funciones;
- **sentirse enfermo,** es decir, percibir tales modificaciones en el propio organismo;
- **identificar la enfermedad,** basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema;
- **poder estar enfermo,** lo cual depende tanto del tipo de enfermedad como de los roles sociales que desempeña el sujeto[6].

La enfermedad podría concebirse entonces como el resultado de la patología (objetiva) y el padecimiento de quien la sufre (subjetiva). Kleinman[17], integra los conceptos de:

- "*Disease",* la **patología**, condición objetiva y reconocida mediante la mirada profesional, entendida como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos;
- "Illness", dolencia o **padecimiento**, de índole subjetiva, resulta de alteraciones de la salud reconocidas y descriptas por el individuo afectado, por lo que su carácter, duración y severidad depende no solamente de las causas físicas de esas alteraciones sino de las características del paciente y sus circunstancias; y
- "*Sickness",* la **enfermedad o malestar**, proceso de socialización del *disease* y del *illness*, relacionada con las construcciones sociales que la sociedad elabora en torno a la enfermedad (acciones y comportamientos

de individuo enfermo en la sociedad).

"Lo que cualquier persona reconoce como síntoma de un mal es, en parte, una función de la desviación del estándar cultural e histórico de normalidad establecido por la experiencia diaria. Si alguien considera que está enfermo y que necesita ayuda médica, lo probable es que encuentre aceptación y apoyo dentro de su medio cultural, siempre que muestre síntomas que a juicio de otros indican un mal y si los interpreta del modo que a los demás les parezca adecuado"[18].

La **percepción** que tiene cada individuo de su enfermedad está influida por la cultura y; el **sentirse enfermo está íntimamente relacionado con la percepción del propio cuerpo**. Estas percepciones dependen de diferentes factores, entre los que se pueden citar:

- ✓ "La riqueza y la precisión del vocabulario del individuo y su capacidad para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas-o sea la denominación y la clasificación de enfermedades- que la medicina provee. Esta aptitud discursiva … se relaciona especialmente con el grado de escolarización alcanzado. "Lo que no puede expresarse no existe".

- ✓ El estrato socioeconómico al cual se pertenezca. En los sectores populares, la cultura somática -ese poder sentir, escuchar al cuerpo- es escasa y la lucha por la supervivencia "eclipsa" la temática de la salud; la imposición de conseguir el sustento diario hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica y, a veces, dificulta el registro de las molestias hasta que éstas se imponen cuando ya es imposible no registrarlas.

- ✓ La falta de educación sanitaria, que dificulta la identificación de la enfermedad.

- ✓ El uso intensivo del cuerpo -característico de los estratos socioeconómicos bajos- actúa también como un factor de negación de los síntomas al elevar el "umbral" para sentirse enfermo.

- ✓ El momento evolutivo y la intensidad de la enfermedad: cuando el síntoma es muy alarmante o el dolor es muy intenso, se hace difícil negarlo. En su inicio, muchas enfermedades son asintomáticas y otras se mantienen así

un habiéndose instalado.

"Existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y sin embargo padecer hipertensión arterial, diabetes, cáncer en estado inicial o ser portadora de un virus (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH, Papiloma Humano (VPH) o hepatitis B), lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona."[6].

- ✓ El **género**, ya que son las mujeres, en general, las que se muestran más perceptivas a las sensaciones del cuerpo; influyen, para que así sea, la maternidad, la habitual mayor responsabilidad por el cuidado de la salud de su familia y el que constituyan las interlocutoras "naturales" del sistema médico, sobre todo en sociedades con alto grado de medicalización, como son las occidentales. Anticoncepción, embarazos, partos y la atención pediátrica de sus hijos son momentos en los que las mujeres se ven compelidas a mantener un contacto fluido con los profesionales de la salud. Los hombres, en cambio, se resisten a asumir el rol de enfermos, ya que lo viril se identifica en nuestra cultura con la fortaleza física y anímica. El rol de proveedor principal del sustento familiar acentúa esta resistencia.

- ✓ La **edad,** los niños y los ancianos, por ejemplo, son los que están más presentes en la historia de salud familiar, por su mayor vulnerabilidad y por la conciencia que existe en la población respecto de su indefensión." [6]

"El percibirse enfermo puede conducir hacia la puerta de entrada del sistema de atención de la salud, si el paciente decide consultar. Pero la accesibilidad al sistema está condicionada por factores geográficos, económicos, jurídicos y psico-socio-culturales que dan forma al concepto de accesibilidad cultural." [6]

ACTIVIDAD 3

Reflexione respecto a que entendía Ud. por salud – enfermedad y responda la siguiente pregunta:

¿Coincide con alguno de los paradigmas, concepciones o modelos que leyó en este material? ¿Con cuál? Identifique similitudes y diferencias.



5.1 Clasificación de las enfermedades

En una primera aproximación podemos clasificar a las enfermedades según diferentes características, entre ellas:

A. **Origen:** infecciosas o no infecciosas. Según la presencia o ausencia de un agente infeccioso etiológico o biológico, también llamadas: transmisibles o no transmisibles.
    a. Las enfermedades transmisibles pueden ser directas o indirectas.
B. **Rapidez con la que aparecen y evolución:** agudas o crónicas
C. **Frecuencia:** esporádicas, endémicas, epidémicas o pandémicas.
D. **Tipo de notificación:** obligatoria o no obligatoria, según deban informarse o no a la autoridad sanitaria que corresponda.

A. Según su origen:

Enfermedades Infecciosas o transmisibles: Cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico o sus productos tóxicos, que se manifiesta por la transmisión de este agente o sus productos, de un reservorio a un huésped susceptible, ya sea directamente de una persona o animal infectado, o indirectamente por medio de un huésped intermediario, de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del medio ambiente inanimado[19].

- **De transmisión directa,** denominada también **transmisión de persona a persona,** pues requiere de contacto físico entre una persona infectada y una persona susceptible o no infectada. Puede ocurrir, por ejemplo, al estornudar, toser, escupir, hablar o cantar, por rociado de gotillas por aspersión (gotas de flügge) en las conjuntivas o en las membranas mucosas de la nariz o boca del huésped; o por contactodirecto, como al tocar, besar o tener relaciones sexuales.

- **De transmisión indirecta.** Puede producirse:

    - ***Mediante vehículos de transmisión o fómites:*** a través de objetos o materiales contaminados tales como juguetes, pañuelos, instrumentos quirúrgicos, agua, alimentos, leche, productos biológi-

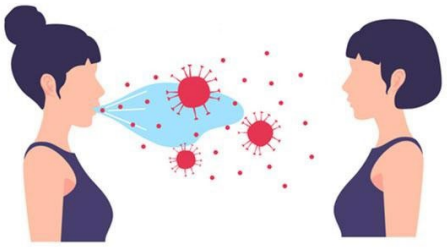
cos, incluyendo suero y plasma. El agente puede o no haberse multiplicado o desarrollado en el vehículo antes de ser transmitido.

- ***Por intermedio de un vector:*** Un insecto o cualquier portador vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo o sus desechos, hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato. El agente puede o no desarrollarse, propagarse o multiplicarse dentro del vector.



Mosquito Aedes Aegypti es el principal vector del virus que causa el dengue. Puede además ser vector de los virus del chikungunya y zika.

- ***A través del aire:*** es la diseminación de aerosoles microbianos transportados hacia una puerta de entrada apropiada, generalmente el tracto respiratorio.



- Por otras vías, según sea la puerta de entrada del agente al huésped, puede hablarse de enfermedades **respiratorias, genitourinarias, digestivas, que atraviesan la placenta o a través de la piel.**

Enfermedades emergentes y reemergentes

Un hecho relevante es la aparición de enfermedades transmisibles nuevas o desconocidas y el resurgimiento de otras que ya estaban o que se creía estaban controladas. A estas enfermedades transmisibles se les llama emergentes y reemergentes.[19]

Enfermedad emergente*:* es una enfermedad transmisible cuya incidencia en humanos se ha incrementado en los últimos 25 años del Siglo XX o que amenaza incrementarse en el futuro cercano.

Las nuevas enfermedades transmisibles emergentes pueden ser el resultado de diferentes factores, por ejemplo, los explicitados en el Cuadro 2.

Agente/ enfermedad	Distribución	Huéspedes y/o reservorios	Transmisión	Mecanismos emergentes posibles
Fiebre amarilla	África, América del Sur	Primates no humanos	Vector	Deforestación y expansión de asentamientos en los márgenes de los bosques Caza Recogida de leña y agua Adaptación de los vectores y patógenos
Dengue	Pantropical	Primates no humanos	Vector	Mosquito vector y adaptación del patógeno Urbanización y programas de lucha antivectorial ineficaces
Chikungunya	África, océano Índico, Asia sudorienta	Primates no humanos	Vector	Adaptación de vector y patógeno

Cuadro 2: *Ejemplos de enfermedades infecciosas emergentes asociadas a los bosques. Fuente http://www.fao.org/3/a0789s03.html*

Enfermedad reemergente: es una enfermedad transmisible previamente conocida, que reaparece como problema de salud pública tras una etapa de significativo descenso de su incidencia y aparente control.

Enfermedades no infeccionas o no transmisibles (ENT): No son provocadas por microorganismos. En general las ENT son afecciones de larga duración (crónicas) (ECNT), con una progresión generalmente lenta y no se contagian.

Según datos de la OMS, el 71 % de las defunciones anuales (41 millones de personas) se deben a ese tipo de enfermedades, siendo 15 millones de personas del grupo etario de 30 a 69 años de edad.

Los *cuatro tipos principales de ECNT* son:

1. Enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares), (17,9 millones cada año);

2. cáncer, (9,0 millones);
3. enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma), (3,9 millones);
4. y diabetes, (1,6 millones).

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ECNT[20].

A este tipo de enfermedades se les adicionan aquellas de la esfera de la **salud mental** (depresión, ansiedad, psicosis,etc), que están asociadas a mayor riesgo de padecer otras enfermedades o el descuido de las mismas.

B. Según su rapidez de aparición y evolución:

***Agudas**:* Se manifiestan rápidamente, pero son de corta duración.

***Crónicas**:* Se desarrollan con lentitud y duran mucho tiempo, en ocasiones toda la vida.

C. Según su frecuencia:

***Esporádicas**:* solamente se producen algunos casos en la población.

Endémicas: Exclusivas de una región concreta, donde se registran casos de manera habitual

Epidémicas: Afecta a gran número de personas en un período corto de tiempo y en un lugar o región determinada.



Pandémicas: Epidemias que afectan a más de un continente o a todos.

D. Según tipo de notificación:

Enfermedades de notificación obligatoria*:* En Argentina, en 1960, se sanciona la Ley Nº 15.465 "Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria" que establece que es obligatoria, en todo el territorio de la Nación, la notificación de los casos de enfermedades incluidas en dicha ley.

La nómina se actualiza según la situación epidemiológica de las enfermedades y los compromisos internacionales contraídos sobre eliminación o reducción de las mismas.

Enfermedades que no requieren notificación*:* aquellas que no son necesarias notificar a la autoridad sanitaria.

ACTIVIDAD 4

Investigue y anote sus hallazgos:

¿Qué enfermedades son de notificación obligatoria en su localidad? ¿Por qué le parece que es importante que se notifiquen especialmente esas patologías? ¿Quiénes deben notificarla?



5. 2 Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)

Para catalogar patologías y trastornos, la OMS utiliza la llamada Clasificación Internacional de Enfermedades. Compuesta por miles de códigos, se utiliza para hacer seguimiento de las tendencias sanitarias, planificar la prestación de servicios y adoptar decisiones sobre la financiación de los sistemas de salud.

La CIE es un sistema de clasificación cuya estructura se ha desarrollado a partir de la propuesta de William Farr. Su esquema fue que, para todos los propósitos prácticos y epidemiológicos, los datos estadísticos relativos a las enfermedades debieran agruparse de la manera siguiente[21]:

Puede ver un video de la OMS sobre CIE en el enlace https://www.youtube.com/watch?v=oVG8C_kggf0&feature=emb_logo

- enfermedades epidémicas
- enfermedades constitucionales o generales
- enfermedades localizadas ordenadas por sitios
- enfermedades del desarrollo
- traumatismos

El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes momentos. La clasificación permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.

La CIE puede utilizarse para clasificar enfermedades y otros problemas de salud consignados en muchos tipos de registros vitales y de salud. Originalmente su uso se limitó a clasificar las causas de mortalidad tal como se mencionan en los registros de defunción.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) fue respaldada por la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y se empezó a usar en los Estados Miembros de la OMS a partir de 1994. La clasificación es la última en una serie que tiene sus orígenes en el año 1850. La primera edición, conocida como la Lista Internacional de las Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893[21].

La CIE-10 constituye uno de los estándares internacionales más usados para elaborar estadísticas de morbilidad y mortalidad en el mundo.

En junio de 2018, se publicó la nueva versión actualizada: CIE-11, previéndose su entrada en vigencia en 2022[22].



ACTIVIDAD 5
Responda: ¿Cómo clasificaría al COVID 19? Justifique.

6. LA SALUD COMO PARTE DEL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

El individuo, a lo largo de su vida, se desplaza sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno y a otro de sus extremos, según se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: estos factores son físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales[6]. Figura 9.

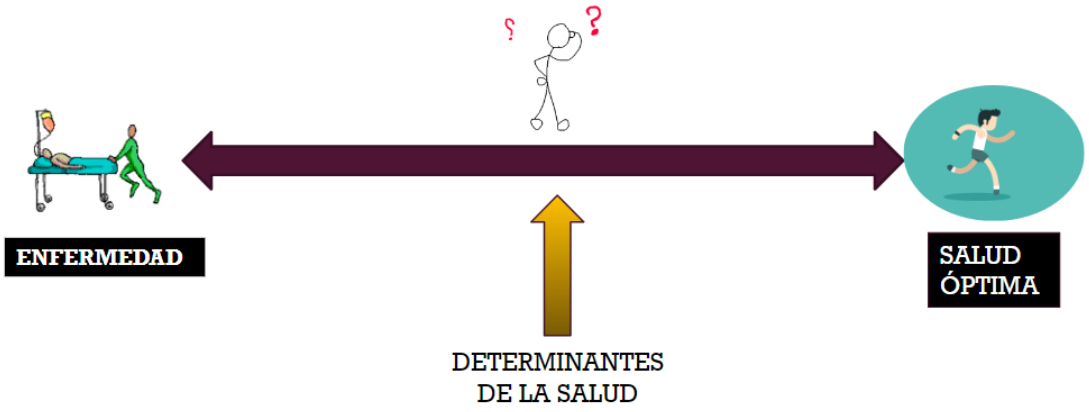


Fig. 9. *Proceso salud-enfermedad (Fuente propia)*

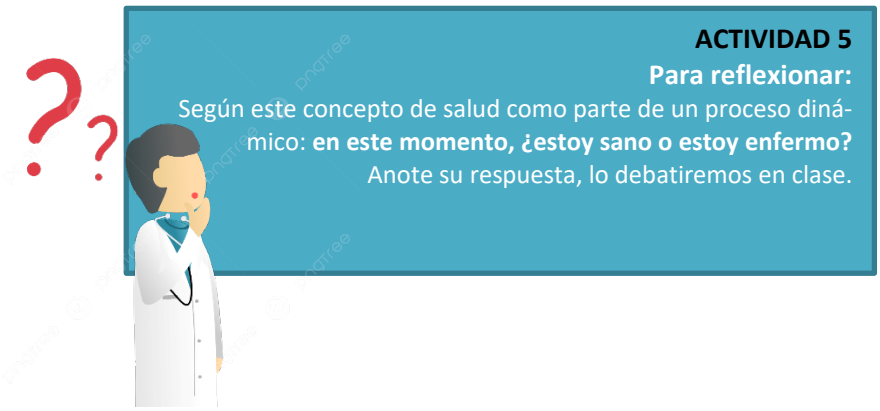
La salud y la enfermedad no están en los puntos extremos del eje, ni hay un límite exacto entre ambos conceptos. La persona no está totalmente sana o totalmente enferma.[24]

El **proceso salud-enfermedad** es un concepto que considera las dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. Se trata de un concepto sistémico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre

a su medio físico y social.[24]

La salud de las personas, familias y comunidades puede ser considerada como el resultado de la interacción de algunos factores determinantes, como ser educación, ingresos, vivienda, trabajo decente, sistema de salud y condiciones más básicas, como el acceso al agua potable o disponer de cloacas.

Como puede apreciarse, salud y enfermedad son dos conceptos que han sido explicados desde diferentes modelos, habiéndose presentado en este material sólo algunos de ellos. Cada uno de ellos tiene ventajas y limitaciones, algunos incluso tienen puntos de superposición. Conocerlos y, sobre todo poder utilizarlos en conjunto, permite entender, de manera más integral y completa ¿Por qué? y ¿Cómo? sucede el proceso salud - enfermedad.



Bibliografía

1. Alzugaray, R. (2008*):* Ramón Carillo, el fundador del sanitarismo nacional. 1ra. Edición. Ediciones Colligue. Buenos Aires. Pág. 64.
2. Ministerio de Salud de la Nación (S/F): Curso en salud social y comunitaria. Programa de médicos comunitarios. Módulo 1, 17-26. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/1-modulo-cssyc.pdf
3. Vergara Quintero, M. D. C. (2007): Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
4. Madrid, L. (2011). Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *KAIROS*. Revista de Temas Sociales. Año 15. N°28. Proyecto Culturas Juveniles. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de http: // www. revistakairos.org.
5. Kornblit, A. L. y Mendes Diaz, A. M. (2000): La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y

sociales. Grupo Editor Aique. Capital Federal. Recuperado de http://www.cucaicor.com.ar/datos/KORNBLIT-Ana-Lia-y-MENDES-DIZ-Ana-El-proceso-salud-enfermedad.pdf
6. FLACSO Módulo 1. PARTE 1. El concepto de Salud. Evolución histórica. Acepciones actuales. Recuperado de http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf
7. Camejo Ramos, L. P., Valdés Sierra, I. (1016). Sociedad y medicina: Paradigmas médicos en las coordenadas de la modernidad. *Panorama Cuba y Salud, 11* (1), 40-46. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477355397007
8. OMS. Preguntas más frecuentes. Recuperado de http://www.who.int/suggestions/faq/es/
9. Bello, N. (2006) "Fundamentos de enfermería". Parte 1. Capítulo IV. Proceso salud-enfermedad. Editorial Ciencias Médicas. La Habana.
10. Engel, G. L. (1989). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holistic Medicine*, *4*(1), 37-53. Recuperado de http://www.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Need%20for%20a%20New%20Medical%20Model%20%20A%20Challenge%20for%20Biomedicine.pdf
11. Battistella, G (2007). Salud y enfermedad. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43904731/Salud_y_enfermedad.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476231735&Signature=at8keEeiUz7Tz%2BlL4oEKQY9R89I%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DSALUD_Y_ENFERMEDAD.pdf7. Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En Briceño-León, R., De Souza, M, y Coimbra, C. (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz. Citado por Alcántara Moreno, G. (2008).
12. Valadez Figueroa, I.; Villaseñor Farías, M. y Alfaro Alfaro, N. (2004): Educación para la Salud: La importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1. Enero-marzo de 2004. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf
13. Lindeman, M. (2005): Salud y enfermedad: Noción de salud y enfermedad en Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800. Edit Siglo XXI-España editores - Cap 1. 2-3.
14. Aguirre del Busto, R.; Macías Llanes, M. E. (2002). Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. *Rev Hum Med*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es.
15. Ciuffolini, M.; Jure, H. y Didoni, M. (2014): Cuadernos de Medicina Familiar. Aportes para un enfoque integral en salud. 2da. Edición. SIMA Editora. Córdoba, Argentina. 12-13.
16. Kleinman, A. (1980) citado por Vergara Quintero, M. D. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacía la promoción de la salud*, *12*, 41-50. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf
17. Good B, Good MJ. (1982) citados por Moreno Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, *49*(1), 63-70. Recuperado en 07 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-
18. Alcántara Moreno, G. (2008), La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación. 9*. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004> ISSN 1317-5815
19. OPS (2011): Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 2: Salud y enfermedad en la población. 22—23. Washington, D.C.
20. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles
21. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3561:2010-clasificacion-internacional-enfermedades-cie&Itemid=2560&lang=es#:~:text=La%20Clasificaci%C3%B3n%20Estad%C3%ADstica%20Internacional%20de,OMS)%20a%20partir%20de%201994.
22. https://www.who.int/es/news/item/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-

of-diseases-(icd-11)
23. http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html).
24. Guerrero, L y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM Mérida* - Venezuela - AÑO 18 - Nº 53. 610-633.
25. OMS: Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986). Ginebra. Recuperado el 29 de diciembre de 2016 de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
26. http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/
27. www.hcdcorrientes.gov.ar/Leyes-texto/Ley5969.doc OMS (1998) y Colimón (1978), citados por Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011): Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna, 33(1), 7-11. Recuperado en 07 de febrero de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es.
28. Pandve, H. T. (2014). Quaternary prevention: Need of the hour. *J Family Med Prim Care*, *3*, 309-310, citado en https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-urologia-302-articulo-prevencion-cuaternaria-S2007408515000567
29. Kopitowski, K. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev. Hosp. Ital. 33* (3), 90-95. Recuperado de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/8937.pdf
30. https://cmmsa.com.ar/wp/prevencion-cuaternaria-un-termino-nuevo-para-un-viejo-concepto/
31. Pérez Jarauta, M., Echauri Ozcoidi, M., Ancizu Irure, E. y Chocarro San Martín, J. (2006). Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra. Recuperado de https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/049B3858-F993-4B2F-9E33-2002E652EBA2/194026/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf
32. https://saludpublica1.files.wordpress.com/2015/01/semana-9-historia-natural-de-la-enfermedad.pdf
33. *Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, 53(5), 941-973.*
34. *McGuire, T. G. (2000). Handbook of health economics (Vol. 1). Elsevier.*
35. *Saltman, R. B., Figueras, J., & Sakellarides, C. (Eds.). (1998). Critical challenges for health care reform in Europe. McGraw-Hill International.*