

# La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad

---

Gustavo Alcántara Moreno

*Universidad de Los Andes*

## RESUMEN

El propósito del presente artículo es dar a conocer un análisis crítico de la definición de salud, particularmente la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. La investigación es de carácter documental, pues se basó en una revisión biblio-hemerográfica. A partir de un análisis elaborado desde las ciencias sociales, que considera la salud como la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, se evalúan las ventajas y desventajas de la definición de salud que plantea la OMS. Se concluye que, a pesar de las críticas y problemas epistemológicos que pueda presentar la definición, es innegable su utilidad para estudiar y comprender la salud como una realidad compleja, a través de un enfoque interdisciplinario que supere los límites del paradigma positivista de la ciencia clásica.

**Palabras clave:** salud, Organización Mundial de la Salud, interdisciplinariedad, post-positivismo.

---

\* Recibido: abril 2008.  
Aceptado: mayo 2008.

**ABSTRACT**

**The World Health Organization' definition of Health and interdisciplinarity**

The aim of this article is to diffuse a critical analysis of the definition of health, the definition proposed in 1946 by the World Health Organization (WHO). This research is of a documentary nature as it was based on a bibliographic-hemerographic research. Based on an analysis carried out from a social sciences perspective, which views health as the interaction of a variety of social, political, economical, cultural and scientific factors, it considers the advantages and disadvantages of the definition of Health proposed by the WHO. Despite the criticism and the epistemological problems this definition may have, the conclusions reached evidence its undeniable usefulness to study and understand health as a complex reality, by means of an interdisciplinary approach that overcomes the limitations imposed by a positivist paradigm of the classic sciences.

**Key words:** Health, World Health Organization, Interdisciplinarity, Post-positivism.

**RÉSUMÉ**

**La définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé et l'interdisciplinarité**

Cet article vise à présenter un examen critique de la définition de la santé, et notamment, de celle proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1946. Du point de vue méthodologique, il s'agit d'une recherche documentaire sur la base d'un inventaire de livres et d'articles de presse. Les avantages et les désavantages de la définition de l'OMS ont été estimées à partir d'une analyse propre aux sciences sociales, domaine où la santé est conçue comme l'interaction entre différents facteurs (sociaux, politiques, économiques, culturels et scientifiques). Il a été conclu que, malgré les critiques et les problèmes épistémologiques qui peut entraîner la définition, elle reste évidemment utile de façon à étudier et à comprendre la santé comme une réalité complexe avec une approche interdisciplinaire dépassant les limites du paradigme positiviste de la science classique.

**Mots-clés:** santé, Organisation mondiale de la Santé, interdisciplinarité, Postpositivisme.

## **Introducción**

La idea de lo que se entiende por salud depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Como apunta Briceño-León (2000), “la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (p. 15).

Todos los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros, por lo que la salud depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico y social (Cumbre de Río de Janeiro, 1992). Es por ello que la salud es un fenómeno social que sólo puede ser explicado teniendo en cuenta que se trata de una estructura de alto grado de complejidad como son los hechos humanos donde entra en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.

La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social, o como diría Emile Durkheim (citado en Ritzer, 2002), “un hecho social que puede ser tratado como cosa y es externo y coercitivo al individuo” (p. 207).

Obviamente, podría argumentarse que no cabe la menor duda con respecto a que la salud es una cosa, es decir, que se trata de un fenómeno cuantificable. Es evidente que múltiples fenómenos relacionados con la salud son mesurables o susceptibles de observación empírica. Se puede determinar estadísticamente mediante la recolección de datos en una población, su tasa de natalidad o mortalidad, la esperanza de vida, la incidencia del paludismo o el dengue y la proporción de médicos por habitantes, los cuales son algunos indicadores que se integran a su vez al concepto de salud, para establecer su nivel. Sin embargo, en el presente trabajo se considera la noción de salud no simplemente como un hecho social material, es decir, como entidades reales y materiales; sino como un hecho social inmaterial, tal y como Durkheim lo define (citado en Ritzer, 2002), esto es, “como normas y valores culturales que no necesariamente se exteriorizan y materializan” (p. 208).

Por ejemplo, la percepción del estatus y el prestigio de los médicos en las sociedades occidentales en pleno siglo XX, considerada como hecho social

inmaterial, difería mucho de los profesionales de la medicina que daban los primeros pasos hacia la consolidación de la disciplina como ciencia en la Europa de los siglos XVII y XVIII. Cuando en el viejo continente estaban en pleno desarrollo los avances y descubrimientos del método científico, la condición de estar sano o enfermo era predominantemente atribuible a los designios divinos de corte netamente mágico-religioso. La salud y la enfermedad no se consideraban en el mayor de los casos relacionadas con algún organismo microbiológico o con factores hereditarios, psicológicos o sociales. En esos tipos de sociedades, los charlatanes, magos y brujos eran quienes socialmente tenían la función de prescribir remedios para los males y proporcionar la cura a los enfermos. El profesional de bata blanca, que actualmente está en los consultorios y hospitales modernos, estaba lejos de entrar en escena y ser socialmente legitimado para desempeñar el oficio de la medicina, cumpliendo con la función social de determinar quién se encuentra sano o enfermo.

Por otra parte, la definición más importante e influyente en la actualidad con respecto a lo que por salud se entiende, sin lugar a dudas que es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), plasmada en el preámbulo de su Constitución y que dice: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (p.1). A pesar de que fue oficializada hace unos 60 años, esta definición es relevante por su institucionalidad, pues es la que sirve de base para el cumplimiento de las competencias de la OMS, que es el máximo organismo gubernamental mundialmente reconocida en materia de salud y uno de los principales actores en dicha materia.

En tal sentido, la OMS viene a ser un ente internacional que da pie para que dentro de muchos Estados Nacionales se tomen medidas de políticas públicas sanitarias gubernamentales para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. De ahí la necesidad de un Estado Social que regule de manera coordinada las políticas de salud pública para evitar males mayores que los ciudadanos sin un Estado promotor de mejoras sociales sería incapaz de lograr por sí mismo.

Uno de los propósitos de la OMS es el de difundir su definición de salud para crear una delimitación homogénea de alcance global. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos. Esta homogeneización también se aplica con respeto al estudio de las enfermedades en vista de que las mismas trascienden las fronteras de los países, motivo por el cual se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) por parte de la OMS (1993), la cual es revisada y actualizada periódicamente.

Es así como en Venezuela, el proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud, aprobado en primera discusión por la Asamblea Nacional el 14 de diciembre de 2004, desarrolla de manera más extensa lo expresado en esencia por la OMS con respecto a la salud, acotando en su artículo 3 que la misma se manifiesta como

“la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida”.

### **Críticas a la Definición de Salud de la OMS**

La definición de salud de la OMS tiene tanto sus ventajas prácticas como sus respectivas críticas. Entre sus críticas, Navarro (1998) acotó que la misma tiene un problema epistemológico importante, pues da por sentado que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos clave de la definición, esto es, salud y bienestar, por lo que se trata de una definición ahistórica y apolítica. Con esto la OMS en cierta medida se estaría librando de la responsabilidad de clarificar quién decide lo que es bienestar y salud, soslayando la controversia política que dichas definiciones acarrearán, al mismo tiempo que deja entrever que la salud es un concepto científico “que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los períodos históricos por igual” (Navarro, 1998, p. 49).

Está claro que la perspectiva teórico-metodológica a través de la cual Navarro hace sus apreciaciones es la marxista, pues de manera evidente privilegia a las clases sociales como categoría de análisis sociológico e histórico. Pero, llama la atención el comentario con respecto a la supuesta científicidad de la definición de salud de la OMS, pues como es bien sabido, la ciencia siempre ha pretendido tener una legitimidad basada en una suerte de objetividad a la hora de aproximarse al estudio de la realidad y crear el conocimiento.

Esta posición era y sigue siendo la practicada por los positivistas, quienes están convencidos de que encontrarán las leyes invariables de la sociedad. Pero lo cierto es que la definición de salud está impregnada de un fuerte componente cultural, que en las épocas de globalidad es multicultu-

ral, lo que no le permite escapar de las presiones de los intereses políticos y económicos de cualquier época y lugar determinados. Por lo tanto, es obvio que en este caso la definición de salud puede, por lo amplio de su extensión, ser utilizada de manera subjetiva para legitimar los intereses de cualquier grupo de presión, partido político, clase dirigente, movimiento social, régimen político, actor económico y las ONG como Médicos sin Fronteras. A fin de cuentas, la ciencia como producto cultural hace imposible la separación del investigador de su ideología, impidiendo el mito de una ciencia libre de valores.

De manera tal que, según San Martín y Pastor (1989), hablar de completo bienestar es subjetivo y funcional, dificultándose “su medición y la producción de indicadores económico-sociales adecuados para su representación” (p. 42).

Adicionalmente, la idea de “completo bienestar” introduce la noción de normalidad en la salud (Briceño-León, 2000. p. 16). En medicina se suele utilizar el adjetivo normal como sinónimo de salud. Lo normal es lo que acostumbra suceder en forma común y corriente. De manera tal que lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada. Entonces se tiene una definición estadística de salud que “no se ajusta a la realidad biológico-ecológica y social porque el hombre y su ambiente están sometidos constantemente a la ‘variación’ que no admite modelos fijos” (San Martín y Pastor, 1989, p. 41).

Sin embargo, esta definición estadística de normalidad plantea un gran inconveniente en los casos en que las personas promedio se comporten de manera reprochable, tal y como ocurrió en la Alemania nazi durante la Segunda Guerra Mundial o en la guerra de Bosnia-Herzegovina, donde las prácticas inhumanas y genocidas fueron consideradas como normales.

Fue así como durante el régimen nazi, “en nombre de la ciencia, millones de seres humanos indefensos fueron violados, enceguecidos, congelados y torturados hasta la muerte en los campos de concentración tristemente célebres de Chelmo, Belzec, Treblinka y Auschwitz” (Urdaneta-Carruyo, 2005, p. 81).

De cualquier modo, entre los seres humanos a los que se les califica como normales se presentan variaciones biológicas y sociales que generan situaciones diversas, en forma tal que lo que es considerado normal en un lugar puede ser anormal en otro. Por lo tanto, la salud también es un concepto relativo, tanto en la dimensión espacial como temporal, variando de una cultura a otra según el contexto específico.

En este orden de ideas, la idea de normalidad en salud es controversial, pues existen casos en los que una persona puede aparentar estar saludable y sin embargo ser portadora del virus del VIH-SIDA, del Virus del Papiloma Humano (VPH), de la hepatitis "B", padecer hipertensión arterial, tener diabetes, presentar cáncer en estado inicial o sufrir osteoporosis, lo que ocasionaría una limitación científico-práctica a la hora de determinar oportunamente el estado de salud de una persona.

También se presenta el hecho de que existen condiciones que en la actualidad podrían muy bien no ser consideradas como enfermedad o como un problema relacionado con la misma, puesto que tanto el conocimiento científico como las mismas fuerzas sociales y políticas de una época son las que van a determinar si una condición es o no una enfermedad.

Un caso ilustrador de lo anterior es el de la homosexualidad, la cual en un primer momento era considerada como un pecado por ciertas religiones e incluso en algunas legislaciones fue tipificado como un delito, tal y como sucedió en la Alemania nazi. Más tarde la psicología concluyó que los homosexuales eran unos desviados en su conducta, por lo que la homosexualidad entró en la clasificación internacional de las enfermedades. Sin embargo, el criterio no se mantuvo estático y ni siquiera fue refutado con mayor vigor mediante pruebas científicas, sino que los movimientos sociales de los homosexuales, conjuntamente con los movimientos feministas, reivindicaron desde el punto de vista político a la homosexualidad simplemente como una situación de libre elección, como un derecho de cada persona consagrado y protegido por la ley.

Aquí fue decisiva la democracia como régimen político y la entrada en el escenario global de los valores democráticos, comenzando un movimiento global que desmitifica ciertas concepciones mítico-religiosas, entre las que se encuentran las conductas homosexuales. También es destacable la Declaración Universal de los Derechos Humanos, considerada como documento político expresivo para que los homosexuales se manifiesten en las sociedades actuales, teniendo iguales derechos y deberes independientemente de sus conductas sexuales.

Por lo tanto, si bien existen patrones socialmente aceptados o deseables, contruidos a partir de la interacción e interdependencia compleja de múltiples fuerzas y hechos sociales, referidos a lo que es o no es normalidad, "no es posible construir a partir de allí una idea de normalidad que se imponga, excluyendo o considerando enfermos a quienes se salgan del patrón o modelo" (Briceño –León, 2000, p. 16). El peligro político y social de lo anterior es la discriminación de aquellos a quienes no se consideren

como normales, fomentando así el germen de la segregación y el rechazo social de determinados grupos o personas en base a criterios establecidos por grupos de poder antidemocráticos e intolerantes.

En relación con la identificación de la salud con el bienestar, Guerra de Macedo (2002) señaló que esta situación plantea dificultades operacionales para delimitar las responsabilidades del sector salud pero, al mismo tiempo, “establece la responsabilidad de los otros sectores relacionados a la salud y la necesidad de la acción intersectorial para ello” (p. 6). Con esto queda claro que la salud es un fenómeno que trasciende el campo exclusivamente médico, por lo que requiere de la intervención de otras disciplinas, como las ciencias sociales, para establecer análisis, síntesis y diagnósticos más acertados y con mayor utilidad explicativa. Esto permite la creación de sistemas institucionales para dar asistencia, recursos y capacitación humana en pro de mejorar las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos.

### **Ventajas de la Definición de Salud de la OMS: el Enfoque Interdisciplinario**

En lo referente a las ventajas de la definición de salud de la OMS, se tiene que la misma superó el enfoque asistencialista sanitario predominante en gran parte de los países. Este enfoque tenía una noción negativa de la salud, pues la entendía como la ausencia de enfermedad o lesión. De esta forma se expresa “la preocupación general de considerar a la salud como mucho más que una simple colección de negaciones, el estado de no padecer ninguna situación indeseable concreta” (Evans y Stoddart, 1996, p. 29).

Por su parte, 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 concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí.

Esto representa una importante superación del paradigma biologicista (Ramos Domínguez, 2006, p. 167), que a partir de la revolución de la microbiología, consideraba a la salud como exclusivamente individual, reforzando en forma acentuada el paradigma curativista de la medicina. Esta sería una de las vías para enmendar uno de los dramas de la medicina contemporánea que “siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica” (Martínez, 2006).



Se recalca entonces, la necesidad de hacer un mayor énfasis en que “las intervenciones salubristas incluyen no sólo los servicios clínicos que se centran en su mayor parte en lo somático y lo psicológico, sino también en las intervenciones sociales tales como las de producción, distribución de la renta, consumo, vivienda, trabajo, ambiente, etc.” (Navarro, 1998, p. 49). “Se hace fundamental una definición de salud que no se limite a la mirada biomédica” (Moreno-Altamirano, 2007, p. 68). Y es en este punto en el que la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras, se suman para contribuir a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud, a través de un enfoque interdisciplinario y post-positivista, entendiendo por interdisciplinarios los estudios que reúnen varios investigadores de diversas disciplinas pero con interacción de términos, enfoques y metodología, lo cuales se integran desde el comienzo, teniendo en cuenta los procedimientos y trabajo de los otros en vista a una meta común que define la investigación (Martínez, 2006).

De manera que, la definición de salud de la OMS cobra una gran vigencia gracias a su precoz orientación post-positivista. Según Martínez (1997), en la actualidad existe la necesidad de un nuevo paradigma científico al cual él denomina “Paradigma emergente”. Esta exigencia parte de la situación limitada y deficitaria del positivismo lógico, el cual enfatizaba en forma radical la importancia del objeto, de una realidad externa acabada y total, que hay que captar como está allá fuera, en forma objetiva y fija.

Este nuevo paradigma también puede designarse como sistémico-cualitativo o crítico de la complejidad. En dichos enfoques post-positivistas se considera que todo sistema o una estructura dinámica requieren el uso de un pensamiento o una lógica dialécticos. El principio básico es el de la interacción sujeto-objeto.

Fue así como en 1969 (más de veinte años después de institucionalizada la definición de salud de la OMS), en el marco del *Simposio Internacional sobre Filosofía de la Ciencia*, se levantó una suerte de acta de defunción del positivismo lógico, lo cual en palabras de Karl Popper se justificaba “debido a sus dificultades internas insuperables” (Popper, en Martínez, 1999). En dicho Simposio se estableció que no hay observaciones sensoriales directas de los conceptos o de los principios teóricos y, que las definiciones operacionales son inconsistentes porque sólo vinculan unas palabras con otras y no con la realidad.

Para el impulso de esta nueva concepción de hacer ciencia fueron fundamentales los aportes de la psicología de la Gestalt, el estructuralismo francés, el enfoque sistémico y la teoría crítica de la Escuela de Frankfurt,

las cuales plantean fundamentalmente una idea central semejante: las realidades no están compuestas de agregados de elementos, forman totalidades organizadas con fuerte interacción, y su estudio y comprensión requiere la captación de esa dinámica interna que las caracteriza (Martínez, 1999).

En este orden de ideas, Leff (1994) señala que desde el paradigma científico moderno, es el objeto de las ciencias el que, en su efecto de conocimiento, recorta la realidad desde diferentes perspectivas. Sin embargo, uno de los objetos de estudio complejos en la contemporaneidad sería el ambiente. Precisamente, la crisis ambiental problematiza a los paradigmas establecidos del conocimiento y demanda nuevas metodologías capaces de orientar un proceso de reconstrucción del saber que permita realizar un análisis integrado de la realidad.

Tomando inspiración en las ideas de Leff (1994) puede afirmarse que la salud es también un objeto de conocimiento complejo, que ha perdido la susceptibilidad de ser explicado eficientemente desde una perspectiva disciplinaria reduccionista y fragmentada, motivado a su multidimensionalidad. Un área de estudio de este tipo va mucho más allá del enfoque positivista, planteando un quehacer interdisciplinario, esto es, un paradigma "basado tanto en la elaboración de un marco conceptual común que permita la articulación de ciencias disímiles como en el desarrollo de una práctica convergente" (García, 1996, p. 69).

Por lo tanto, la salud comporta un abordaje desde la interdisciplinaria, por estar enmarcada en el área de intersección de diversas ciencias, tanto naturales como sociales. Se trata de un área de conocimiento que intenta estudiar lo que se denomina como sistema global, en tanto "investigar uno de tales sistemas significa estudiar un trozo de la realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos" (García, 1996, p. 52).

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, siendo una medición cuando los gobiernos están haciendo las cosas de manera acertada en el sector salud desde una política de Estado que sea eficaz y perdure en el tiempo.

Por todo lo anterior, se coincide con la idea de Briceño-León (1999) que señala la necesidad de hablar de la consolidación de un conocimiento integrado, capaz de fomentar el diálogo interdisciplinario para explicar la complejidad que suscita el estudio de la salud. A este conocimiento interdisciplinario se le denominaría como ciencias sociales de la salud.

Por otra parte, si bien hay que tener claro que la OMS da una definición amplia de salud, la misma “es una meta que hay que tratar de alcanzar, más que un estado que se pueda alcanzar; sin embargo, es útil porque proporciona un marco para establecer objetivos de salud” (Rodríguez y Goldman, 1996, p. 12).

De manera que, aunque se critique la idea de bienestar de la definición por ser tautológica, ideal y utópica (Carmona, Rozo y Mogollón 2005) hay que estar claros en que se trata de una definición normativa y deontológica, que es útil porque permite establecer lineamientos específicos de acción en el marco de las políticas de salud.

## **El Binomio Salud y Enfermedad como Proceso**

Hay que dejar claro y hacer énfasis que no es conveniente hablar de salud a secas sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Se trata entonces de un proceso, el proceso salud-enfermedad. En éste orden de ideas, se dice que cada quien tiene salud en algún grado, bien sea excelente condición, medianamente bien, con algún malestar, o definitivamente mal. De aquí que la salud pueda ser ubicada en una escala gradual, al igual que la enfermedad y la invalidez. Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante. Estas condiciones “son procesos continuos; una lucha por parte del hombre para mantener su equilibrio contra las fuerzas biológicas, físicas, mentales y sociales que tienden a alterar ese equilibrio de salud” (Freitez, 2001, p. 2).

No existe un límite preciso entre salud y enfermedad, pues ciertos eventos fisiológicos o patológicos suceden silenciosamente durante períodos de latencia más o menos prolongados, mientras los cuales el ser humano puede funcionar de manera aparentemente saludable dentro de su sociedad. El hecho de que determinadas personas sean calificadas como sanas mientras que otras son etiquetadas como enfermos obedece a criterios meramente prácticos, como por ejemplo para calcular las tasas de morbilidad o determinar cuándo un trabajador necesita reposo médico y puede ausentarse de sus labores.

Entonces, la salud y la enfermedad conforman un binomio; representan la unión de dos términos apostados en los extremos del proceso salud-enfermedad, asemejando dos áreas entrelazadas que se tocan y se diferencian al mismo tiempo.

También se suele hablar de situación de salud de una población, a la cual se define como “el conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, que son la consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población” (Castellanos, 1998, p. 81). A partir de esta definición se tiene establecido cuál es el objeto de estudio y acción de toda política de salud, que no va a ser otro que determinada población.

Esta definición permite también establecer estudios comparativos entre diversas poblaciones en lo que respecta a sus problemas de salud. Para ello se puede abordar la realidad a partir de tres dimensiones: *el estilo de vida*, que corresponde al nivel individual, a las decisiones que cada quién toma como persona y sobre las cuales tiene una responsabilidad y conciencia directa, interviniendo en las mismas aspectos biológicos propios de cada individuo, además de hábitos o costumbres aprendidas mediante el proceso de socialización; *las condiciones de vida*, en la cual se insertan los estilos de vida, hace referencia a las prácticas de los diversos grupos sociales, bien sea amigos, compañeros de trabajo, colegas, vecinos, entre otros; y el *modo de vida*, que abarca al conjunto de la sociedad, que resulta de la confluencia del medio natural o las condiciones ecológicas, el sistema económico, el régimen político, la cultura y la historia (Castellanos, 1998, p. 84).

La disciplina que tiene como objeto de estudio la salud en las poblaciones es la denominada salud pública. Dicha disciplina se encarga de intervenir con mayor énfasis en las condiciones y el modo de vida de las sociedades, aun cuando esto no implica que deje de actuar en los estilos de vida. En la definición original de *salud pública*, su autor, el sanitarista norteamericano Winslow (citado por Pérez y García González, 2000), la definió como:

“el arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y del desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (p. 92).

Con respecto a la salud considerada en un enfoque del individuo, que estaría relacionado entonces con su estilo de vida, Bonilla-Castro (1999) su-

giere que para abordar de manera óptima el estudio sobre el estado de salud de una persona es necesario hacer un “diagnóstico físico del individuo, un reconocimiento de los factores del medio ambiente geográfico que puedan causar las alteraciones en la salud y considerar asimismo la salud teniendo en cuenta su dimensión social” (p. 37).

## **Conclusiones**

La salud es un hecho social tanto material como inmaterial. Por lo tanto, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende y desborda la competencia estrictamente médica, relacionándose además de la biología y la psicología, con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono.

Por tal motivo, la definición de salud de la OMS sigue teniendo plena vigencia, pues a través de una orientación post-positivista conforma una síntesis que propone integrar múltiples aspectos, en contraposición con una visión reduccionista y limitada de la misma la cual se sustenta en el paradigma positivista de la ciencia, que tiende a dividir y fragmentar el conocimiento desde diversas disciplinas, de manera aislada.

Además, el concepto de salud de la OMS tiene que ser analizado y evaluado tomando en cuenta su propósito normativo y carácter institucional, que es el punto de partida de múltiples programas, proyectos y políticas de salud a nivel global y mundial. Se está ante una visión de la salud con un contenido deontológico; se hace énfasis en lo que ésta “debe ser”. Sin embargo, a pesar de las críticas e inconvenientes epistemológicos que pueda presentar, es innegable la utilidad de la misma para estudiar una realidad compleja, necesitada de abordajes interdisciplinarios.

Aun cuando la OMS habla solamente de salud, resulta indudable que se trata de mucho más, pues el término salud está indefectiblemente asociado a la enfermedad, conformando ambas un binomio inseparable al cual se le denomina como proceso salud-enfermedad. Se trata de un proceso porque es impertinente hablar de salud y enfermedad en forma absoluta, pues ambas son nociones que se ubican dentro de una escala gradual, apareciendo el calificativo de sano o enfermo para un individuo o grupo con fines prácticos ante una determinada situación o relación social.

## Referencias

- Bonilla-Castro, E. (1999). Salud, desarrollo y equidad. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 37-45). Caracas: Fundación Polar.
- Briceño-León, R. (1999). Las ciencias sociales de la salud. En Briceño-León, R. (Comp.) *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance* (pp. 17-24). Caracas: Fundación Polar.
- 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 Fio-cruz.
- Carmona L, Rozo C, Mogollón A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de la Salud*, 3, 62-77.
- Castellanos, P. (1998). Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: los determinantes sociales. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 81-102). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Cumbre de Río de Janeiro (1992). *Agenda 21*. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.rolac.unep.mx/agenda21/esp/ag21inde.htm> [Consulta: 2007, Noviembre 11]
- Evans, R. G., y Stoddart, G. L (1996). Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Evans, R., Barer, M, y Marmor, T., *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* (pp. 29-70). Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Freitez, N. (2001). *Proceso salud enfermedad y sus modelos curativos*. Trabajo no publicado, Curso Medio de Salud Pública, Universidad de Los Andes, Mérida.
- García, R. (1996). Conceptos básicos para el estudio de sistemas complejos. En Leff, E. (Coord.), *Los problemas del conocimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo* (pp. 45-71). México: Siglo XXI Editores.
- Guerra de Macedo, C. (2002). La salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional. En *Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas* (pp. 3-16). Washington D.C.: OPS/OMS.
- Leff, E. (1997). *El paradigma emergente*. México D. F.: Trillas.
- Leff, E. (1994). *Ecología y capital*. México D. F.: Editores Siglo XXI.

- Leff, E. (1999). *La nueva ciencia*. México D. F.: Trillas.
- Leff, E. (2003). Transdisciplinariedad: un enfoque para la complejidad del mundo actual. *Conciencia Activa* 21, 1, 107-146.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9, 123-146.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49 (1), 63-70.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf) [Consulta: 2007, Octubre 14]
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. Washington D. C.: Autor.
- Pérez, N. y García, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Rev Cubana Salud Pública*, vol. 26, no. 2, pp. 91-100 [Revista en línea] Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&nrm=iso) [Consulta: 2008, octubre 3]
- Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud (aprobado por la Asamblea Nacional en primera discusión) (2004). Disponible: <http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/leyes.asp?id=639> [Consulta: 2006, diciembre 19].
- Ramos Domínguez, B. (2006). Enfoque conceptual y procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (2), 164-170.
- Ritzer, G. (2002). *Teoría sociológica clásica*. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.
- Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (Edits.) (1996). *La conexión salud-desarrollo*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- San Martín, H. y Pastor, V. (1989). *Economía de la salud. Teoría social de la salud*. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Urdaneta-Carruyo, E. (2005). Siglo XX: cien años de miseria y esplendor. *Gaceta Médica de México*, 141 (1), 75-84.