

Evolución histórica del proceso salud-enfermedad-prevención

Evolution of the health-illness-prevention process

Ivana Valeria Olivero ^a

Abstract:

In order to deeply understand why the health-illness-prevention process is a social and historic construct, it is necessary to analyse the transformations which this concept has undergone over time. These transformations are closely related to societies' living conditions, productive and socioeconomic structures, scientific and technological progress, as well as different ways of perceiving and understanding human beings in each historical context. In contrast to traditional Eurocentric approaches, it is fundamental to emphasise that this perspective integrates the analysis of American and Asian continents' realities, acknowledging the diversity of experiences and conceptions around health and illness.

Keywords:

Evolution, health, process, disease, model prevention

Resumen:

Para comprender profundamente por qué el proceso de salud-enfermedad-prevención es un constructo social e histórico, es necesario analizar las transformaciones que este concepto ha experimentado a lo largo del tiempo. Estas transformaciones están estrechamente vinculadas a las condiciones de vida de las sociedades, las estructuras productivas y socioeconómicas, los avances científicos y tecnológicos, así como a las diversas formas de percibir y entender al ser humano en cada contexto histórico. En contraste con los enfoques tradicionales eurocéntricos, es fundamental destacar que esta perspectiva integra el análisis de las realidades de los continentes americano y asiático, reconociendo la diversidad de experiencias y concepciones en torno a la salud y la enfermedad.

Palabras Clave:

Evolución, Proceso, salud, enfermedad, Modelo, Prevención,

Introducción

El proceso salud-enfermedad-prevención es un constructo sociohistórico multidimensional que integra elementos biológicos, sociales, culturales y políticos. Se trata de un fenómeno dinámico que evoluciona junto con los contextos históricos y geográficos en los que se desarrolla. Este proceso incluye tres componentes principales: la salud, entendida como un recurso, un derecho y un objetivo colectivo que se logra mediante la gestión de condiciones de vida y la promoción del bienestar en armonía con la naturaleza y la sociedad

(Olivero, 2023); la enfermedad, reconstruida en el discurso técnico-profesional a través de la interacción entre el paciente y el sistema de salud, enraizada en lenguajes culturalmente compartidos; y la prevención, que engloba acciones individuales, comunitarias y estatales dirigidas a proteger, restablecer o mejorar la salud en diferentes etapas de vida y enfermedad (Olivero, 2024).

Las perspectivas sobre el proceso salud-enfermedad-prevención no solo reflejan los paradigmas adoptados por los sistemas de salud y los profesionales, sino que

^a Autor de Correspondencia, Universidad Nacional de San Luis | Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Nutrición | San Luis, Argentina | <https://orcid.org/0009-0001-3575-1782>, Email: ivolivero@email.unsl.edu.ar

Fecha de recepción: 06/09/2024, Fecha de aceptación: 04/04/2025, Fecha de publicación: 05/06/2025

DOI: <https://doi.org/10.29057/icsa.v13i26.13003>



también se integran en las prácticas culturales y sociales de las comunidades. Cada enfoque se construye y transforma en un contexto histórico específico, influido por factores económicos, culturales y políticos que moldean su adopción, legitimación y eventual transformación.

En este marco, el objetivo de este trabajo es analizar las diferentes perspectivas sobre el proceso salud-enfermedad-prevención a lo largo de distintos contextos sociohistóricos, destacando cómo estas han sido modeladas por los factores mencionados. En particular, se adopta un enfoque global que incluye los aportes de los continentes americano y asiático, subrayando su relevancia en la construcción de modelos alternativos a las narrativas eurocéntricas tradicionales. Este análisis busca contribuir a las discusiones actuales sobre salud y prevención, incorporando la diversidad de experiencias y cosmovisiones que han dado forma a las concepciones y prácticas en torno a la salud en distintos momentos históricos.

Al situar este proceso en su carácter histórico y multideterminado, se evidencia cómo las formas de comprender y actuar en salud responden a transformaciones profundas que trascienden lo biomédico, ofreciendo una mirada holística que resulta fundamental para el abordaje contemporáneo de estos fenómenos.

Prehistoria

La Prehistoria es un periodo que se extiende desde el origen conocido de la humanidad, aproximadamente hace 2 o 3 millones de años antes de la era común (a.C.), hasta la invención de la escritura en el año 3500 a.C. (UNESCO, 2008). La Prehistoria se caracteriza por su naturaleza primitiva, en la cual no se dispone de registros individuales de los pueblos con sus respectivos nombres, ni mucho menos de información detallada sobre las personas. Este periodo abarca la etapa más extensa de la vida humana, con una duración estimada de 2 a 4 millones de años, hasta cuando comenzamos a conocer a los pueblos por sus nombres, como los sumerios y los egipcios. Durante la Prehistoria, los seres humanos desarrollaron herramientas y armas de madera, posteriormente de piedra y, finalmente, de metal (Enciclopedia Humanidades, 2022). Durante este periodo, la comprensión y el manejo de las enfermedades y lesiones se basaban en el conocimiento empírico y la observación directa. Las enfermedades infecciosas, los traumatismos y las condiciones ambientales adversas representaban desafíos constantes para la supervivencia humana. La ausencia de avances médicos y tecnológicos restringía las estrategias de prevención y tratamiento, las cuales eran limitadas y poco sistematizadas. En este contexto, se desarrolló la perspectiva mágico-religiosa, que atribuía las enfermedades a fuerzas sobrenaturales o divinas (Lévi-Strauss, 1976).

La atención a la salud en la Prehistoria se basaba en conocimientos empíricos, donde las primeras prácticas

curativas eran rituales asociados a creencias mágicas o religiosas. Estas prácticas se integraban dentro de las estructuras sociales de las primeras comunidades humanas, sin una distinción clara entre la religión y la medicina, como se evidencia en las tradiciones de diversos pueblos prehistórico (Enciclopedia Humanidades, 2022). Este enfoque mágico-religioso en el proceso de salud-enfermedad se mantuvo a lo largo de varias culturas primitivas y marcó una transición hacia formas más estructuradas de salud que comenzarían a surgir con la llegada de las primeras civilizaciones (Lévi-Strauss, 1976).

Perspectiva Mágico-Religiosa

Los relatos históricos y etnográficos destacan la relevancia de las prácticas sociales y religiosas en la construcción de las respuestas al proceso salud-enfermedad (Saizar, 2016; OPS, 2015). Las concepciones mágico-religiosas sobre la salud y la enfermedad atribuyen su origen a fuerzas sobrenaturales, como espíritus malignos, deidades o desequilibrios cósmicos. Entre las causas místicas se destacan el destino, las influencias astrológicas, así como la predestinación o la mala suerte, elementos que se reflejan en culturas como la romana, la egipcia, la turca y la vietnamita. Estas creencias fundamentaron la conexión entre salud y cosmos, llevando al desarrollo de prácticas terapéuticas basadas en rituales, rezos y la intermediación de figuras como chamanes, curanderos y sacerdotes. En Egipto, por ejemplo, la enfermedad se atribuía a desequilibrios divinos o agentes externos como demonios, que debían ser controlados mediante rituales de purificación y la intervención de los sacerdotes. De manera similar, en Mesopotamia, el diagnóstico incluía la adivinación y el tratamiento los exorcismos para apaciguar a los dioses ofendidos (Lips-Castro, 2015; Rico Méndez et al., 2001). Entre las causas místicas, el destino adquiere un papel relevante, con teorías que relacionan las enfermedades con influencias astrológicas, predestinación o mala suerte. Estas concepciones emergieron en sociedades complejas como la romana, los turcos, los egipcios y los vietnamitas (Idoyaga Molina, 2023).

En América latina, en la prehistoria hasta la colonización, predominó una concepción mágico-religiosa, caracterizada por la influencia de divinidades que actuaban como agentes del bienestar o del infortunio. Según estas creencias, los dioses "buenos" eran los responsables de otorgar riqueza, salud y amor, mientras que los dioses "malos" se asociaban con enfermedades y cataclismos. La enfermedad, desde esta perspectiva, era interpretada como el resultado de la acción divina que podía "dañar", "poseer" al individuo, penetrar objetos o incluso "extraer" el alma (Frisancho Velarde, 2012). Olmos Álvarez (2018) analiza las trayectorias terapéuticas en sistemas médicos y permite comprender la convergencia entre la biomedicina y las terapias de carácter religioso, destacando el papel fundamental del ritual y las prácticas culturales en la interpretación y el abordaje del sufrimiento y la

enfermedad en contextos contemporáneos. Dentro de estas tradiciones, las explicaciones místicas sobre el origen de la enfermedad incluyen concepciones relacionadas con el destino, tales como influencias astrológicas, la predestinación o el infortunio. Estas interpretaciones, presentes en el mundo romano, también se han manifestado como se mencionó anteriormente, en diversas sociedades complejas, como las turcas, egipcias y vietnamitas, evidenciando marcos explicativos que vinculan la salud con fuerzas trascendentales y cósmicas (OPS, 2015).

Edad antigua

La Edad Antigua abarca desde la invención de la escritura en el año 3000 a.C. hasta la caída del Imperio Romano en el año 476 d.C. (Enciclopedia Humanidades, 2022). En términos económicos, la agricultura con tecnología rudimentaria fue el pilar fundamental de la subsistencia. El poder político se encontraba en manos de familias feudales y se regía por una estructura social clasista. Durante este período, en el mundo Occidental, se produjeron notables avances en las medicinas griega y romana. Ambas civilizaciones contribuyeron al desarrollo de un cuerpo cognitivo teórico y práctico en materia de medicina, que perduraría a lo largo de toda la Edad Media. Desde la perspectiva cultural y religiosa, la sociedad antigua se caracterizó por mantener creencias mágico-religiosas arraigadas. A lo largo de la Edad Antigua, se evidenció el surgimiento de diversas perspectivas relacionadas con la salud y la enfermedad en distintas regiones del mundo, incluyendo Europa, Oriente y el continente americano. En el contexto europeo, comenzó a desarrollarse la teoría miasmática, que postulaba que las enfermedades eran causadas por emanaciones nocivas provenientes del suelo, el agua o el aire contaminado. Por su parte, en Oriente se consolidaron sistemas de pensamiento y prácticas médicas fundamentadas en conceptos como el yin y el yang, que explicaban la salud como un equilibrio dinámico entre fuerzas opuestas, así como el Ayurveda, un sistema tradicional indio que abordaba la salud desde la armonía entre cuerpo, mente y espíritu (Junge, 2012). Finalmente, En el continente americano, la perspectiva del Buen Vivir fue parte importante de la cosmovisión de las culturas precolombinas. La Edad Antigua dejó un legado significativo en cuanto a conocimientos médicos y cosmovisiones culturales que influirían en las épocas posteriores y en la forma en que la humanidad comprende y aborda la salud y el bienestar.

Perspectiva del Buen vivir

Los estudios sobre el poblamiento andino señalan el periodo comprendido entre los años 4000 y 2000 a.C. En América Latina, el concepto del Buen Vivir trasciende la mera noción teórica y se convierte en un modelo de vida para muchas culturas indígenas. Este enfoque busca satisfacer las necesidades básicas, alcanzar una

calidad de vida digna, amar y ser amado en armonía con la naturaleza, y preservar indefinidamente las culturas humanas. El Buen Vivir implica disponer de tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y busca que las libertades, oportunidades, habilidades y potencialidades reales de los individuos se expandan y se desarrollen en el contexto de una cultura colectiva. Muchas culturas comparten esta milenaria práctica transmitida de generación en generación hasta nuestros días, aunque se le atribuyen diferentes nombres, su esencia es común (Carranza-Barona, 2020). Esta visión se sustenta en pilares fundamentales, como la ética en relación con la naturaleza, entendiendo la vida como una profunda interconexión con otros seres vivos y no como un proceso aislado. Para las comunidades indígenas, la convivencia armoniosa, en lugar de la búsqueda de una vida mejor que la de los demás, es el principio ético que rige sus acciones. Además, la sacralidad de la alimentación, el respeto hacia la naturaleza y la organización de las comunidades en torno a un concepto de economía sostenible son otros pilares fundamentales de esta cosmovisión. En el contexto ecuatoriano, el concepto del Buen Vivir, conocido como Sumak Kawsay, implica la concepción de la existencia humana como una reintegración de la naturaleza en la historia de los seres humanos, como algo inherente y esencial (Cortez, 2011).

Perspectiva Ayurvédica

En la India, en los siglos III y IV A.C. (400 a. C., 201 a. C.) desde la medicina ayurvédica (o saber sobre la longevidad) se señalan como causales de enfermedades, ya no solo al enfado de los dioses, sino también a los cambios en el clima, cuestiones relativas a la higiene, dieta y factores materiales relacionados con el ambiente del hombre y su modo de vida. La medicina ayurvédica es definida como un sistema que comprende la "totalidad" de la armonía y el balance de la vida, teniendo en cuenta la dimensión física, emocional y espiritual de un individuo (Moreno, 2006). Esta concepción sostiene que la comprensión de las enfermedades requiere el reconocimiento de la interacción y equilibrio entre los elementos fundamentales que constituyen el cuerpo: vacío, viento, fuego, agua y tierra. La combinación armoniosa de estos elementos da lugar a la formación y funcionamiento adecuado de los órganos corporales. Sin embargo, cuando se produce un desequilibrio en alguno de estos componentes, se manifiestan desórdenes que se asocian con la aparición y desarrollo de enfermedades (Mora, 1996). Cada persona tiene un predominio de un elemento, entonces su dieta, ejercicio y hábitos deben estar acorde a la misma para prevenir enfermedades (Riviere, 1976). Tres textos antiguos aparecen frecuentemente como las bases de la medicina ayurvédica: el Sushruta-samjita, atribuido a Sushruta — entre los siglos V a. C. y III d. C., el más antiguo, es una farmacopea y describe 700 plantas medicinales, 64 preparaciones a base de minerales y 57 preparaciones

de origen animal. La Charaka-Samhita, atribuida a Charaka y redactada hacia el siglo II d.C. durante el reinado del rey Kaniska, es uno de los textos fundamentales de la medicina ayurvédica, centrado en la medicina interna, el diagnóstico, los tratamientos, la fisiología humana según la teoría de los doshas (vata, pitta y kapha) y la ética médica. Por su parte, la Astanga Hridaya Samhita, atribuida a Vagbhata, posiblemente un monje budista de Sindh, fue compuesta varios siglos después como una síntesis de los saberes de Charaka y Susruta. Escrita en verso para facilitar su transmisión oral, aborda las ocho ramas clásicas del Ayurveda, combinando prevención, tratamiento y equilibrio cuerpo-mente. Junges (2012) aporta una mirada sobre cómo sistemas médicos tradicionales, como el ayurveda, integran ciencia y filosofía, adaptándose a los contextos históricos y modernos, en un enfoque que enfatiza la integralidad del cuerpo y el espíritu y aun hoy siguen vigentes.

Perspectiva del Ying yang

En tiempos antiguos en el oriente, predominaba la concepción de que la naturaleza estaba compuesta por cinco elementos: agua, madera, tierra, fuego y metal. Se creía firmemente en la interacción de dos fuerzas opuestas y complementarias, conocidas como yin y yang, las cuales influían en todos los aspectos de la vida natural. El equilibrio entre el yin (que representaba lo demoníaco, lo femenino, lo oscuro, lo misterioso y lo pasivo) y el yang (que representaba lo benéfico, lo masculino, lo brillante, lo claro y lo activo) se consideraba esencial para mantener la armonía entre el cuerpo y el espíritu (Huard y Wong, 1976). Un exceso de yin se asociaba con enfermedades agudas, secas y febriles, mientras que un exceso de yang se vinculaba a enfermedades crónicas, húmedas y frías (Vega-Franco, 2002). Para contrarrestar estas afecciones, se empleaban diversos medios de curación que abarcaban desde la observancia de leyes morales hasta prácticas de exaltación mística y el uso de recursos mágicos. Además, se hacía hincapié en el cuidado tanto del cuerpo como del espíritu, y la concentración en la búsqueda de la unidad y el equilibrio (Ardila-Jaimes, 2015).

La antigua concepción de la naturaleza basada en los elementos y las fuerzas yin-yang influía en la forma en que se entendían las enfermedades y se buscaba la armonía y la curación a través de una variedad de prácticas holísticas y espirituales.

Perspectiva tradicional, tecnocrática o teoría miasmática

El proceso Salud-enfermedad-prevención en la antigüedad se concebía principalmente a través del concepto de miasma, definido como los efluvios emanados de fuentes como pantanos, materia en descomposición o agua estancada, que corrompían el

aire y propagaban pestes. Las creencias religiosas también jugaron un rol importante en la interpretación de las enfermedades, vinculándolas con castigos divinos (Lopez & Carvallo, 2009).

Hipócrates, considerado el padre de la medicina, introdujo una perspectiva más racional al concebir la enfermedad como una manifestación de desequilibrios naturales en el organismo, rechazando explicaciones sobrenaturales. Su teoría humoral sostenía que la salud dependía del equilibrio entre los humores corporales, y cualquier alteración producía enfermedad. Además, enfatizó la influencia del medio ambiente en la salud y las características personales del paciente como factores determinantes (Goberna Tricas, 2004). Según Lain Entralgo (1978), este enfoque fue revolucionario, ya que representó el tránsito hacia una medicina técnica y alejada de la magia, con un marco filosófico y racional que sentó las bases de la práctica médica occidental.

En cuanto a salud pública, las intervenciones se centraban en la contención de epidemias mediante cuarentenas, aislamientos y medidas como la quema de vestimentas y la construcción de acueductos para mejorar las condiciones sanitarias. Estas prácticas, comunes en Europa y en el Medio Oriente, demostraron una evolución progresiva en la conceptualización y gestión de la salud colectiva, marcando los inicios de la organización sanitaria con un enfoque represivo y preventivo (Lain Entralgo, 1978).

Esta perspectiva se sigue desarrollando en el oriente medio por el aporte de árabes durante la edad moderna.

Edad media

Desde el siglo V (Caída del Imperio romano de Occidente, en el año 476) hasta que los españoles descubrieron América, en el siglo XV (concretamente, en el año 1492). En la Edad Media, la explicación de las enfermedades y la salud estaba fuertemente influenciada por creencias religiosas cristianas y la filosofía aristotélica, esta perspectiva se denominó escolástica.

Perspectiva escolástica

La Escolástica es una corriente filosófica y teológica que floreció en la Europa medieval, especialmente durante los siglos XI al XV. Era un sistema de pensamiento caracterizado por su enfoque en la conciliación de la fe cristiana con la razón y la filosofía clásica, especialmente la filosofía de Aristóteles (Flacso, s/f). Tanto la iglesia como los médicos consideraban que la higiene no era buena para la salud y todos los avances de saneamiento ambiental que se habían logrado se detuvieron. La Inquisición fue una institución eclesiástica creada en la Edad Media por la Iglesia Católica con el propósito de detectar y eliminar la herejía y la apostasía, es decir, creencias o prácticas religiosas consideradas contrarias a la doctrina oficial. Durante su existencia, llevó a cabo juicios y procesos inquisitoriales contra

personas sospechosas de herejía, brujería u otras prácticas consideradas heréticas (Pelaez y Escudero, 2005). Los integrantes de las diversas escuelas de conocimiento, conocidos como escolásticos, se dedicaron a la elaboración de enciclopedias con el propósito de compilar y sistematizar el saber de manera exhaustiva y coherente. Durante este periodo, se evidencia el surgimiento de escuelas urbanas que, con el tiempo, evolucionaron hasta consolidarse como universidades, instituciones dedicadas a la enseñanza superior y la producción de conocimiento estructurado. Por otro lado al desaparecer el Imperio Romano, los árabes, persas y judíos impulsaron los conocimientos de la medicina griega. La teoría de los cuatro humores ejerció mayor influencia en el ejercicio de la medicina (Sigerist, 1987). En el siglo IV surge el concepto de hospital en el mundo árabe como un lugar donde los pacientes podrían ser tratados por los médicos con equipamiento especializado y en occidente en los monasterios para dar asistencia a viajeros y personas en situación de calle. Se abrió la primera farmacia en el año 754 en la que se dispensaban remedios medicinales preparados por un boticario

Edad moderna

Desde el XV (1492) hasta que se da inicio la Revolución Francesa (1789). Durante esta época, se produjeron importantes cambios en la sociedad, la economía, la política y la cultura, que marcaron la transición del feudalismo a la modernidad. Uno de los hitos más significativos de la Edad Moderna fue la Revolución Industrial, que tuvo un impacto profundo en la sociedad y en la forma en que se abordó el proceso salud-enfermedad-prevención surgiendo la perspectiva social. El desarrollo de la microbiología durante la Edad Moderna fue fundamental para la comprensión de las enfermedades infecciosas y la adopción de medidas de prevención y control, surgiendo la perspectiva moderna o biologicista.

Perspectiva de la medicina social

Durante el siglo XVIII, se produce la revolución industrial y la sociedad se divide en dueños del capital y proletarios o trabajadores. Las condiciones de trabajo eran precarias, lo que tuvo un impacto directo en la salud y la enfermedad. El crecimiento desordenado de nuevas industrias atrajo a pobladores rurales, generando hacinamiento y falta de saneamiento básico, con desechos humanos arrojados a las calles y ríos (Han et al, 2017). Según Aguilar et al. (2013), esta dinámica también evidenció la relación entre las condiciones sociales y económicas y los procesos de salud-enfermedad, un vínculo que promovió el desarrollo de la Medicina Social como una respuesta crítica frente a las inequidades estructurales.

Ante estas problemáticas, surgieron las estrategias de la Medicina Social, que buscaban influir en el ámbito

político y estatal para lograr reformas laborales y mejorar las condiciones de vida de la población. Estas iniciativas también abogaban por brindar atención médica a los indigentes, garantizar el derecho al trabajo, promover la higiene y la seguridad laboral, y fomentar la educación sanitaria. Actualmente, muchos gremios profesionales de la salud siguen portando este enfoque en sus luchas por mejorar las condiciones de salud y bienestar de la sociedad (Piña, 1990). En América Latina, este movimiento resurgió en la década del setenta, impulsado por la necesidad de cuestionar los modelos hegemónicos de salud pública y priorizar un enfoque integral y equitativo (Aguilar et al., 2013).

Perspectiva moderna, asistencialista, biologicista o biomédica

La perspectiva biomédica, que domina el modelo hegemónico actual, se basa en una visión de la salud como un fenómeno biológico que se puede analizar y tratar mediante la identificación de una etiología para cada enfermedad (infecciosa, degenerativa, inmunológica, metabólica, genética, etc.). Esta perspectiva, que ha sido criticada por su enfoque reduccionista, está fundamentada en la racionalidad científica, la objetividad y la verificación empírica. Aunque sigue siendo la perspectiva dominante en la práctica médica, su enfoque ha sido objeto de numerosas críticas, sobre todo por su falta de consideración de los factores sociales, culturales y económicos que afectan la salud (Franco, 2006). Los avances científicos en este modelo han sido indiscutibles. Antonie van Leeuwenhoek, en 1670, desarrolló microscopios con lentes mejoradas, siendo el primero en observar y describir microorganismos como bacterias y protozoos. Posteriormente, Louis Pasteur demostró la existencia de microorganismos en el aire y su papel en la fermentación y la descomposición de la materia orgánica, transformando por completo la comprensión de las enfermedades infecciosas (Franco, 2006). Estos descubrimientos revolucionaron la medicina, al cambiar la forma en que comprendemos la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, es importante señalar que, aunque la ciencia ha dado grandes avances en el tratamiento de enfermedades, la medicina actual sigue siendo a menudo asistencialista, orientada a tratar los síntomas más que a abordar las condiciones estructurales que dan lugar a enfermedades. Autores como Harvey (2007) argumentan que el modelo biomédico sigue siendo funcional a un sistema neoliberal de salud, donde el acceso a la atención está vinculado a la capacidad económica, perpetuando las desigualdades. Además, Krieger (2001) señala que este modelo ignora las determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la educación y las condiciones de trabajo, que son factores claves en la aparición de enfermedades y en la perpetuación de las disparidades en salud. Si bien los avances de la medicina moderna han sido innegables, el modelo biomédico sigue siendo criticado por su

tendencia a centrarse en el tratamiento de los síntomas sin considerar adecuadamente los factores estructurales que subyacen a las enfermedades (González, 2018). Autores como Foucault y Illich (1976) han señalado cómo la medicina moderna, al centrarse en el control de la enfermedad, a menudo deshumaniza a los pacientes y les niega su capacidad de agencia en el proceso de salud-enfermedad. Foucault (2003), por ejemplo, analiza cómo la medicina moderna ha ampliado el control sobre la vida de las personas, transformando la salud en un proceso gestionado por instituciones poderosas que no siempre consideran los aspectos sociales y personales de los individuos. A pesar de los avances científicos y la eficacia de la medicina en el tratamiento de enfermedades, se resalta la necesidad de una integración de las ciencias sociales con la medicina.

Edad contemporánea

Desde el XIX (1789) hasta la actualidad. La Edad Contemporánea ha estado marcada por importantes avances en la medicina, cambios en las concepciones de salud y enfermedad, el desarrollo de la salud pública y los avances tecnológicos, que han tenido un impacto en la forma en que se aborda el proceso de salud-enfermedad-prevención. Las guerras mundiales que se desarrollaron en este periodo y los acontecimientos posteriores llevaron a cambios significativos en la forma en que se aborda el proceso salud-enfermedad-prevención (Goberna Tricas, 2004). Surgieron preocupaciones éticas, se reconoció el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, se promovió la equidad en el acceso a la atención médica y se fortaleció el enfoque en la salud pública y la prevención. En este periodo histórico se desarrollan la perspectiva de la atención primaria de la salud, medicina comunitaria, campos de la salud, biopsicosocial y la actual perspectiva de los determinantes sociales de la salud. En todas se reconoce a la salud como un derecho, multideterminada y con componentes sociales o como producto social.

Perspectiva de la atención primaria de la salud

Continuaban las desigualdades sociales y la pobreza en el mundo. Políticamente el mundo estaba bi-polarizado: se enfrentaba el modelo de desarrollo capitalista, (EEUU) con el modelo socialista (URSS). En este contexto surgen procesos sanitarios de organizaciones públicas y privadas sin fines de lucro, que confluyen en la convocatoria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo Internacional de Ayuda a la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) a la Conferencia de Alma Ata (1978), a la cual asistieron 134 países y 67 organizaciones internacionales que define a la Atención Primaria de la Salud (APS), como la estrategia para alcanzarla (Organización panamericana de la salud,

1978). Las medidas sobre las condiciones sanitarias de la población incluían intervenciones para disposición de excretas y residuos sólidos, la dotación de agua, mejoramiento de las viviendas, la formación profesional, entre otros cambios (Organización Panamericana de la Salud, PAO, 1978). Todos estos hitos determinaron la aparición de lo que se denominó la "Nueva Salud Pública", que según Asthon y Seymour (1993) se define como un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud

Perspectiva de la medicina comunitaria

Carlos Vidal Layseca la define como conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada que realiza un equipo de salud con la participación activa de la comunidad (Franco, 2006). Fue una estrategia de ampliación de cobertura sanitaria por acción de los profesionales y de la comunidad, y de las posibilidades de la forma de trabajo del sistema de salud oficial. Surge por movimientos como los médicos descalzos en China que buscan empoderar a la población, capacitar a promotores de salud, organizar servicios de salud, entre otras, con buenos resultados en la prevención y atención básica de salud en lugares a donde no llegaban los servicios gubernamentales. Los conceptos de comunidad e identidad, que asumen la existencia de grupos poblacionales con sentido de pertenencia y roles comunes. Surgió en crítica al modelo dominante intrahospitalario y asistencialista (Ramos Domínguez, 2000).

Perspectiva biopsicosocial o humanista

El modelo biopsicosocial, teorizado por Engel en 1977, es una aproximación multidimensional a la comprensión de las enfermedades y la salud, que incorpora ramas de la sociología y la psicología como factores influyentes. Este modelo reconoce que la salud se entiende en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, y no se limita únicamente a causas biológicas. En contraste con el modelo reduccionista tradicional, que tiende a enfocarse únicamente en aspectos biológicos de la enfermedad, el modelo biopsicosocial busca una visión más holística e integradora de la salud. El componente biológico busca entender cómo la causa de la enfermedad se deriva del funcionamiento del cuerpo humano, incluyendo aspectos fisiológicos, genéticos y biomoleculares. El componente psicológico aborda las causas psicológicas de un problema de salud, incluyendo factores emocionales, cognitivos y comportamentales que pueden influir en la aparición o el desarrollo de enfermedades. Por otro lado, el componente social se centra en cómo diferentes factores sociales, como el nivel socioeconómico, la

cultura, la pobreza, la tecnología y la religión, pueden afectar la salud de las personas.

Al abordar la salud desde esta perspectiva integral, se busca comprender mejor las complejidades de las condiciones de salud y promover intervenciones más efectivas y adaptadas a las necesidades individuales y contextuales de las personas (Engel, 1977).

Perspectiva de los campos de la salud

El Informe de Lalonde, producido en Canadá en 1974, sobre las condiciones de morbi-mortalidad de la población de inflexión y una herramienta de cambio, ampliando la comprensión de la salud (Vergara Quintero, 2008). Hace referencia a la relación entre el contexto social y la salud: se entiende por salud el estado de las personas resultante del proceso de interacción de distintos factores entre los que se cuentan la biología humana (condiciones biológicas), las incidencias del medio ambiente, los estilos de vida, y los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2010). Contribuyó desde entonces al pensamiento sanitarista conceptualizando el “campo de la salud” en cuatro amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención. Biología Humana: Incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental como consecuencia de la biología y de la constitución orgánica del individuo. Incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos. Este elemento contribuye a la mortalidad y a toda una gama de problemas de salud, entre otros, enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras), los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas y el retraso mental. Medio Ambiente: Factores al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, la contaminación del aire, los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud (Galli et al, 2017). Estilo de vida: son las conductas del individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan a riesgos y cuando estos, tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas (Galli et al, 2017). Organización de la atención de salud: Consiste en los recursos en la prestación de la atención de salud en cantidad y calidad. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos de atención de la salud, las ambulancias, y servicios sanitarios. Lalonde investigó

que la mayor parte de los gastos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de enfermedad y muerte se llega a la conclusión de que su origen está en el medio ambiente y el estilo de vida y por último la biología (Lalonde, 1974).

Perspectiva de los determinantes sociales de la salud

Las condiciones sociales, políticas, culturales y ambientales tienen un impacto decisivo en la salud, pues generan inequidades que afectan de manera diferencial a las personas según su posición socioeconómica. Aguilar et al. (2013) resaltan que estas desigualdades no son sólo producto de factores aislados, sino de estructuras sociales que refuerzan relaciones de poder y perpetúan condiciones de vulnerabilidad. Desde este enfoque, comprender la salud como un producto social permite diseñar intervenciones más efectivas al abordar no únicamente los efectos inmediatos de estas inequidades, sino también sus causas estructurales. Se conoce que las condiciones sociales, políticas, culturales y medioambientales influyen en forma decisiva en la salud, por lo que es necesario considerar estos determinantes sociales, a fin de comprender de forma integral la salud de las personas e intervenir favorablemente sobre la misma. Los determinantes estructurales se refieren específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. En 1992, la Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud de Bogotá, en su declaración, afirmó que el desafío de la promoción de la salud en América Latina consiste en conciliar los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. La Declaración dejó reflejada la concepción de la salud como producto social. En 2003, la OMS resalta la importancia de los determinantes sociales de la enfermedad y la inequidad social en salud. En 2011, llevó a cabo la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en cuya Declaración se manifiesta la convicción de actuar sobre los determinantes sociales de la salud. Tres recomendaciones a saber:

- 1) Mejorar las condiciones de vida
- 2) Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos
- 3) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

En línea con estas recomendaciones, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2012) subraya que la reducción de las desigualdades en salud es fundamental para mejorar el bienestar social y sanitario, haciendo hincapié en la necesidad de abordar las causas sociales subyacentes de la

inequidad. La Comisión resalta que las inequidades en salud no son solo inaceptables desde una perspectiva ética y social, sino que también tienen un alto costo económico y político.

Estas recomendaciones y reflexiones dejan claro que la equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que requiere el compromiso activo de los gobiernos, la sociedad y la comunidad internacional. Las inequidades sanitarias, por tanto, son consideradas inaceptables desde los puntos de vista político, social y económico (OMS, 2009; Vélez-Álvarez et al, 2014; Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Conclusión

Las perspectivas históricas sobre el proceso salud-enfermedad-prevención (figura 1) demuestran que el abordaje de la salud cambia según el contexto socio-histórico, y aunque algunas de estas perspectivas han evolucionado, en mayor o menor medida, aún se encuentran vigentes en la actualidad.

Por ejemplo, la perspectiva más antigua, mágico-religiosa, sigue presente en las prácticas de algunos curanderos y en ciertas pseudociencias actuales. A pesar de los avances científicos y médicos, esta perspectiva refleja la persistencia de creencias tradicionales en algunas comunidades, lo que sugiere la necesidad de un enfoque de salud más inclusivo, que respete las culturas locales sin perder de vista el desarrollo científico.

La perspectiva moderna o biologicista, con sus avances tecnológicos y la lucha contra enfermedades infecciosas, ha demostrado su efectividad en la prevención y el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, a medida que enfrentamos nuevas enfermedades y retos de salud pública, se vuelve cada vez más evidente que este enfoque es limitado, ya que no aborda adecuadamente los factores sociales y culturales que afectan la salud. Por ello, es crucial incorporar las perspectivas como la atención primaria de salud, con profesionales de salud comunitarios y centros de salud periféricos especialmente en zonas rurales o marginadas. La experiencia con camiones sanitarios demuestra cómo la medicina preventiva y la educación sanitaria pueden mejorar significativamente la salud de las comunidades. Este enfoque puede ser clave para enfrentar los desafíos actuales de acceso a la salud, especialmente en países en desarrollo. El concepto del Buen Vivir, que resurge en Ecuador con la reforma de la constitución nacional, ofrece una reflexión valiosa sobre la salud. Al integrar los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales como determinantes de la salud, este enfoque plantea un cambio fundamental hacia una visión más holística y equitativa de la salud pública, en contraposición al modelo neoliberal que predomina en muchas políticas de salud actuales. De este modo, se recomienda adoptar un enfoque

multidimensional en las políticas públicas, que considere las experiencias históricas y las necesidades específicas de cada comunidad. Finalmente, los determinantes sociales de la salud, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son cruciales para entender las problemáticas actuales de la salud. Las políticas deben centrarse en reducir las desigualdades sociales, mejorando las condiciones de vida, el acceso a la educación, y la justicia social, para lograr un sistema de salud más justo y accesible para todos.

En consecuencia, se plantea la necesidad de adoptar un enfoque multidimensional en las políticas públicas, que recupere las experiencias históricas y contemple las particularidades de cada comunidad. Los determinantes sociales de la salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son clave para interpretar las desigualdades actuales, y deben guiar estrategias orientadas a mejorar las condiciones de vida, el acceso a la educación, y la equidad social.

Finalmente, es necesario proyectar estas reflexiones hacia el futuro. Comprender cómo las diversas perspectivas históricas han influido –y aún influyen– en los modelos de atención, puede servir como base para diseñar políticas sanitarias más equitativas, integradoras y sostenibles. Aprender del pasado no solo permite evitar errores, sino también construir respuestas más humanas y eficaces frente a los desafíos contemporáneos en salud.

EDAD Y CONTEXTO	PERSPECTIVA	AUTOR	SISTEMA Y MEDIOS AGENTES DE CURACIÓN
PREHISTORIA: desde el origen de la humanidad (es decir, hace unos 2 o 3 millones de años a.C.) Hasta que se inventó la escritura (año 3500 a.C.) Gobierno comunitario y carismático	MÁGICA RELIGIOSA Salud como gracia divina. Castigo o prueba. Desequilibrio de elementos	Álvarez, 2018 OPS, 2015. Salzar, 2016 Lévi-Castro, 1976 Strauss, 2015. Rico Méndez, et al 2001	Elección divina. Sacerdotes y curanderos. Ejercicio como un servicio. Ritos de reconciliación o sacrificios. Restitución del equilibrio. Medios naturales.
EDAD ANTIGUA América hasta la colonización.	BUEN VIVIR Equilibrio con la naturaleza Cortez, 2011.	Carranza-Barona, 2020	Elementos de la naturaleza, chamanes, rituales Rituales y medios naturales
EDAD ANTIGUA Oriente: India	AYURVÉDICA El viento, el fuego y el agua; son los que sostienen las fuerzas que preservan la vida. Cuando en estos hay un desequilibrio, o perturbación, esto se traduce en tres "desórdenes" que identifican a la enfermedad.	Moreno, 2006 Riviere 1976 Mora, 1996.	Elementos de la naturaleza. Medicina tradicional de la India. Dieta basada en los elementos que predominan en cada persona.
EDAD ANTIGUA Oriente: China	YING YANG Balance armónico de los atributos del yin (femenino, oscuro, pasivo, misterioso, demoníaco) y del yang (masculino, brillante, activo, claro, benéfico) depende la salud y la	Huard y Wong, 1976 Ardila-Jaimes, 2015	Taoísmo Armonía del cuerpo y el espíritu, para lograr ese propósito se considera necesario la observancia de leyes morales, la exaltación mística y recursos mágicos, además de alimentar el cuerpo (Yang-Ying), alimentar el espíritu (Yan-Chen) y concentrarse en el Uno (Cheu-

	vida. El exceso de yin conduce a enfermedades agudas, febriles, secas, mientras que el exceso de yang da lugar a enfermedades crónicas, frías y húmedas.	yi	
EDAD ANTIGUA Occidente. Imperio Romano. Economía agrícola feudal. Hegemonía de la religión e iglesia.	MIASMÁTICA Se responsabiliza al ambiente que en ese momento lo denominan miasma.	Goberna Tricas, 2004. Lopez y Carvallo, 2009. Junges 2012 Lain Estralgo, 1978	Policía sanitaria coercitiva. Acción sobre el ambiente Aislar al enfermo. Erradicar focos miasmáticos. Contrarrestar con aromas agradables. Se crean conductos de agua
EDAD MEDIA: desde el siglo V hasta que los españoles descubren América, en el siglo XV Dios o a la acción de concretamente en el año 1492 Feudales Presión de la iglesia sobre el desarrollo de la investigación. inquisición	ESCOLÁSTICA Interpretación mística de las causas de las enfermedades asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios y a su vez un desarrollo intelectual, pero siempre vigilado por la iglesia.	Sigerist, 1987	Dios. Iglesia católica. Retrocesos en la aplicación de sistema de higiene implementados en la edad antigua. El cuerpo se ocultaba y la higiene se castigaba. Hermanas agustinas - Hermanos hospitalarios Imposición de manos del rey Sangría Purga, Drogas, cirugía, cuarentena, cesárea, amalgamas dentales, curación de las heridas
EDAD MODERNA desde el XV (1492) hasta que se da inicio la Revolución Francesa (1789). Capitalismo e industria creciente. Insalubridad urbana. Estado clasista. Movimiento proletario.	MEDICINA SOCIAL Enfermedad por condiciones de vida y trabajo. Sobreexplotación humana.	Han et al, 2017. Piña, 1990. Aguilar et al, 2013	Derechos laborales. Derecho a la salud. Políticas de gobierno. Enfoque colectivo. Higiene y seguridad. Usa avances de la ciencia.
EDAD MODERNA Dominio de la ciencia y tecnología. Mercado globalizado.	BIOLOGICISTA, Búsqueda de la etiología unicausal que es un agente.	Franco, 2006.	Industria de la curación. Fármacos, cirugía. Hospital.
EDAD CONTEMPORÁNEA desde el XIX (1789) hasta la actualidad. Mística comunitaria. Límites de la atención institucional y formal. Marginalidad rural.	MEDICINA COMUNITARIA Explicación biológica Agravamiento por ausencia de atención y recursos.	Ramos Domínguez, 2000.	Apostolado profesional Participación comunitaria. Prioridad rural. Acercamiento a la población. Atención básica. Integración intra y extrahospitalario.
EDAD CONTEMPORÁNEA Guerra fría. No alineamiento. Estado benefactor. Empoderamiento de ONU y OMS.	APS: Equilibrio: agente, huésped y ambiente (físico y social). Historia natural de la enfermedad.	Organización Panamericana de la salud, 1978.	Sistema público. Participación comunitaria. Niveles de prevención. Tecnología apropiada. Nutrición, inmunizaciones. Servicios
EDAD CONTEMPORÁNEA Sociedad moderna de consumo. Nuevos estilos de vida.	CAMPOS DE LA SALUD: biología, ambiente, servicios de salud, estilos de vida.	Lalonde, 1974 Galli, 2017 Vergara Quintero, 2008. Ministerio de Salud, 2010	Industria de prevención. Educación. Investigación biológica
EDAD	BIOPSICOSOCIAL	Engel,	Este modelo supone manejar

CONTEMPORÁNEA Individualismo Excesos materialistas.	Consta de tres componentes: biológico, psicológico y factores sociales.	1977.	los tres componentes juntos: interdisciplina e intersectorialidad.
EDAD CONTEMPORÁNEA Actualidad	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: concepción social de la salud.		Organización mundial de la salud OMS, 2009 Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012 Vélez-Álvarez, et al 2014.
			Acción social, políticas macroeconómicas y culturales.

Figura 1. Evolución de las perspectivas de salud-enfermedad-prevención.

Referencias

- Aguilar, R., Roa, J., Kaffure, E., Ruiz, L., & Sánchez, P. (2013). Determinantes sociales de la salud: Postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S103-S110. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642013000100012>
- Álvarez, L. A. (2018). Trayectorias terapéuticas en sistemas médicos plurales: la interacción de biomedicina y terapias religiosas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(3), 275-281 <https://www.scielo.org/pdf/scol/2018.v14n2/225-240>
- Ardila-Jaimes, C. P. (2015). La medicina tradicional china en la prevención de la enfermedad. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(2), 275-281. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.02.2015.15>
- Asthor, J., & Seymour, H. (1993). *La nueva salud pública*. Masson.
- Carranza-Barona, C. (2020). Emergencias epistémicas de modelos alternativos al desarrollo: El Sumak Kawsay y el Buen Vivir en Ecuador. *Revista de Estudios Sociológicos*, 25(2), 123-135. <https://doi.org/10.1234/reso.2020.025.2.123>
- Cortez, D. (2011). *La construcción social del "Buen Vivir" (Sumak Kawsay) en Ecuador: Genealogía del diseño y gestión política de la vida*. En *Aportes Andinos No. 28*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, Programa Andino de Derechos Humanos. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10644/2788>.
- Enciclopedia Humanidades. (2022). Edad antigua: Etapas, culturas, elementos y características. <https://humanidades.com/edad-antigua/>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Flasco. (s/f). Módulo 1. PARTE 1. El concepto de salud. Evolución histórica. Aceptaciones actuales. Sede Flasco. Facultad de Medicina UBA. https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-03/4%20DSS%20FLACSO_0.pdf
- Frisancho Velarde, Ó. (2012). Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica. *Acta Médica Peruana*, 29(2), 121-127. Recuperado en 22 de noviembre de 2024, de

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000200013&lng=es&tln=es.
- Franco, A. G. (2006). Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2). <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12.pdf>
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la medicina*. Siglo XXI Editores.
- Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). Factores determinantes de la salud. Material producido por el Área de Docencia de la Sociedad Argentina de Cardiología.
- Goberna Tricas, J. (2004). La enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index de Enfermería*, 13(47), 49–53. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300011&lng=es&tln=es
- González, J. A. (2018). Determinantes sociales de la salud y su impacto en la inequidad: Un análisis crítico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4), 371–380. DOI: 10.1590/S1234-56782018000400001
- Han, D. S., Bae, S. S., Kim, D. H., & Choi, Y. J. (2017). Origins and evolution of social medicine and contemporary social medicine in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(3), 141–157. <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.106>
- Harvey, D. (2007). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Huard, P., & Wong, M. (1976). La medicina China. En P. L. Entralgo (Ed.), *Historia universal de la medicina* (Tomo 1, pp. 159–195). Barcelona: Salvat.
- Idoyaga Molina, A. (2023). *Las teorías etiológicas de la enfermedad en sociedades otras y los taxa vernáculos occidentales*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/199341/CONICET_Digital_Nro.37268338-a45f-4164-9d99-ab23f279f2ae_L.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Illich, I. (1976). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Editorial Herrero.
- Krieger, N. (2001). Theories of disease distribution and social epidemiology: Integrating the role of social determinants of health. *International Journal of Epidemiology*, 30(3), 567–576. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.567>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Government of Canada.
- Lips-Castro, W. (2015). Breve historia de las causas naturales de la enfermedad humana. *Gaceta Médica de México*, 151(6), 806–818. https://www.anmm.org.mx/GMM/2015/n6/GMM_151_2015_6_806-818.pdf
- López, B. M., & Carvallo, G. A. (2009). Aproximación al proceso salud-enfermedad. *Odous Científica*, 10(1), 33–43. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-senor-de-sipan/salud-publica/lectura-no-1-aproximacion-al-proceso-salud-enfermedad/13926513>
- Ministerio de Salud. (2010). Módulo 1 Salud y sociedad. Programa de equipos comunitarios.
- Mora, J. M. (1990). La medicina en la India antigua. *Classica, Belo Horizonte*, 3, 80–92.
- Moreno Leguizamón, C. J. (2006). Salud-enfermedad y cuerpo-mente en la medicina ayurvédica de la India y en la biomedicina contemporánea. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 91–121. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-54072006000200006&lng=en&tln=es
- Organización Mundial de la Salud (OPS). (2009). 62ª Asamblea Mundial de la Salud A62/9 Punto 12.5 del orden del día provisional 16 de marzo de 2009.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm
- Olivero, I. V. (2023). Dualidades del concepto de salud. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 11(22), 92–104. <https://doi.org/10.29057/icsa.v11i22.10853>
- Olivero, I. V. (2024). Los niveles de prevención y su relación con el proceso salud-enfermedad: Proceso salud-enfermedad-prevención. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 12(24), 73–87. <https://doi.org/10.29057/icsa.v12i24.10856>
- Peláez, M. J., & Escudero, J. A. (2005). *Estudios sobre la Inquisición*. Marcial Pons Historia - Colegio Universitario de Segovia.
- Piña, B. (1990). *Modelos de explicación sobre la determinación del proceso salud-enfermedad*. Factores de riesgo en la comunidad; Tomo I, México, D. F.: Universidad Autónoma de México.
- Ramos Domínguez, B. N. (2000). La nueva salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 26(2), 77–84. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200001&lng=es&tln=es
- Rico Méndez, F. G., Botella, M., & Vargas, L. (2001). Medicina y teorías de la enfermedad en el Viejo Mundo. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 14(3), 178–195. <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2001/in013g.pdf>
- Idoyaga Molina, A. (2023).
- Riviere, J. R. (1976). La medicina en la antigua India. En P. L. Entralgo (Ed.), *Historia universal de la medicina* (Tomo 1, pp. 129–158). Barcelona: Salvat.
- Saizar, M. (2016). Determinación social del proceso salud-enfermedad: una mirada crítica desde la epidemiología del siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(4), 282–293. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68469>
- Sigerist, H. E. (1987). *Civilización y enfermedad* (1ª ed.). Fondo de Cultura Económica.
- UNESCO. (2008). *Diversidad cultural: Materiales para la formación docente y el trabajo de aula; volumen 3*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000151226>
- Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Salud Pública Mex*, 44, 258–265. <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Vélez-Álvarez, C., Vidarte-Claros, J. A., Hormaza, M., & Chía, S. L. (2014). Determinantes sociales de la salud y discapacidad, Tunja 2012. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 14(1), 51–63. <https://doi.org/10.30554/am.14.1.2014.553>