

Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud

Dres Elías Hurtado Hoyo,¹ Ricardo Jorge Losardo,² Raquel Inés Bianchi³

¹ Presidente de Honor de la Asociación Médica Argentina. Presidente del Centenario del Rotary Club de Buenos Aires y del Rotarismo Argentino. Miembro Asociado Extranjero de la Academia Francesa de Medicina.

² Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina. Magister en Salud Pública. Profesor Titular, Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL).

³ Médica especialista en Psiquiatría. Presidente de la Sociedad Argentina de Salud y Espiritualidad (AMA).

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

“Los seres humanos poseemos la vida para vivir bien”.

Sócrates

Resumen

Se analizan algunos de los cambios socio-político-culturales y filosóficos acontecidos desde la definición de **salud** por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, y que generan la necesidad de ampliarla. La clara y concreta definición propuesta por la OMS ha mantenido su relevancia hasta la fecha, y facilitó plantear los objetivos para abordar con responsabilidad la atención de la salud de las diversas comunidades. Estando, en esa época, las acciones dirigidas preferentemente hacia las enfermedades, se incorporó la necesidad de ocuparse también del hombre sano para que no se enferme. En ese largo período se ha visualizado y jerarquizado la importancia de todo lo atinente al hábitat en que transcurre la existencia de los seres vivos. Otro de los temas de trascendencia, que resurgió de la historia, es la influencia de la espiritualidad sobre la salud, englobando en ella todo lo referido a lo intelectual y a lo religioso. Aceptando la definición de la OMS como base, por haber superado la prueba del tiempo, consideramos que debe ampliarse para incluir lo ambiental y lo espiritual. La definición de **salud plena e integral** que se propone es la siguiente: “La salud es un estado de completo bienestar físico,

mental, social, **ambiental y espiritual**; y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Palabras claves. Salud, medioambiente, espiritualidad.

Full and comprehensive health: a broader concept of health

Summary

Some of the socio-political-cultural and philosophical changes that have occurred since the definition of **health** by the World Organization Health WHO in 1948 are analyzed, and which generate the need to expand it. It's clear and concrete conception has maintained its relevance to date, and facilitated the establishment of objectives to responsibly approach the health care of the various communities. Being, at that time, the actions directed preferentially towards diseases, it is incorporated the need to also take care of the healthy man so that we do not get sick. In that long period, the importance of everything related to the habitat in which the existence of living beings occurs has been visualized and ranked. Another of the important issues, which reappeared from history, is the influence of spirituality on health, encompassing everything related to intellectual and religion. Accepting the definition of the WHO as a basis, for having passed the test of time, we consider that it should be expanded to include the environmental and the spiritual. The definition of **full and comprehensive health** that is proposed is the following: “Health is a state of complete physical, mental, social, **environmental and spiritual** well-being; and not only the absence of diseases or illnesses”.

Key words. Health, environment, spirituality.

Correspondencia. Dr Ricardo Jorge Losardo
Correo electrónico: ricardo.losardo@usal.edu.ar

Introducción

El concepto de salud, si bien siempre se relacionó con el modelo de la atención médica, fue variando con el tiempo. Desde los mismos orígenes de la medicina, desde la Antigüedad hasta mediados del siglo XX, mantuvo características parecidas. La salud, inicialmente enfocada de manera puntual en la enfermedad del ser humano, fue ampliando sus horizontes y cambiando su actitud, desde aquel tradicional binomio médico-paciente, que se destacó, entre otras conductas, por su apreciado paternalismo.

A partir de la mitad del siglo pasado se produjeron en el mundo una serie de cambios socio-político-culturales y filosóficos, que motivan en la actualidad la necesidad de ampliar el concepto de salud.

Desarrollo. Exposición de enunciados y de la problemática

En el lenguaje coloquial, “salud” y “enfermedad” son dos términos contrapuestos cuyo significado no parece plantear problemas. En cuanto a la idea de salud no puede reducirse al antiguo enunciado por la negativa:²⁴ “Salud es ausencia de enfermedad”. Esta primera definición ha quedado obsoleta. Con un fin superador, la OMS involucró aspectos físicos, psíquicos y sociales. Luego, se incorporó también lo relacionado con el medioambiente, o lo ambiental, es decir, el hábitat del individuo, con un concepto ecológico. Finalmente, se introdujo en la definición de salud lo espiritual como “fuerza vital”, incluyendo en este término lo referente a lo cultural y a lo religioso. En cuanto a lo cultural es lo que originalmente se entiende por este término: la cultivación del alma o de la mente. La pretensión es lograr una mayor calidad de vida y un mayor bienestar que se traduzcan en una vida digna con “salud plena”.

Destacamos el concepto de salud como “un estado armónico de las funciones biológicas del ser humano”, como también la necesaria e íntima “interrelación extensiva”⁸ del individuo con el mundo que habita y lo rodea. Esta idea genera necesariamente una “integración” entre ambos, como un compromiso de toda la sociedad.

La destrucción del ser humano y de su hábitat, situaciones que están presentes en la milenaria historia de las civilizaciones, hoy continúan en una escala progresiva que pone en riesgo la salud del planeta. Estamos viviendo una lucha entre la autodestrucción y la autoconservación de la especie humana. La ética social jugará un papel preponderante en el resultado de esta contienda. Detrás de ella, la seguirán la ética ambiental, la ética médica, la ética religiosa, etc. La ilusión de vivir en la Tierra en forma pacífica y dirimir las diferencias a través del diálogo y del consenso, potenciando una “paz duradera”, sigue siendo un desafío para evitar la autodestrucción del ser humano y su hábitat.^{5, 11, 14, 15}

El panorama actual es tan complejo que es necesaria la confluencia de todas las ramas del pensa-

miento humano, dado que hoy comprendemos más que nunca que la enfermedad es multifactorial. No hay duda de la responsabilidad que tiene el conjunto de la sociedad a la hora de lograr este, cada vez más, delicado equilibrio.

Creemos que, para comprender este concepto más amplio de salud, debemos ir más allá de las consideraciones estrictamente científicas, para internarnos en considerandos filosóficos que nos acercan a los enigmas más profundos de la esencia del ser humano en su condición de tal.⁵ Las reflexiones mediante las cuales el ser humano trata de dar explicación a su propio origen y existencia, para aspirar no solo a una vida sana corporalmente, sino también a mejores.

A continuación, repasaremos aquellos hechos o episodios históricos que, a nuestro criterio, quedaron como “hitos” principales generadores de un concepto implícito de salud más amplio, al que proponemos denominar “salud plena e integral”.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de salud

Algunos meses después de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se creó, el 24 de octubre de 1945, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (Figura 1). Fue el resultado del análisis de distintos grupos de intelectuales de diferentes países que reflexionaron sobre el modo de vida de entonces y cómo debía seguirse. Una de sus primeras decisiones fue fundar la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 7 de abril de 1948. Esta medida fue previamente refrendada y adoptada por los representantes de los 61 Estados en la Conferencia Sanitaria Internacional, realizada el 22 de julio de 1946 en Nueva York. Desde el punto de vista histórico, tengamos presente que nuestro continente fue pionero en este tipo de iniciativas ya que la Organización Panamericana de la Salud se creó en Washington D.C., EE. UU., el 2 de diciembre de 1902.

Figura 1. El Presidente de EE. UU., Harry Truman, en la conferencia fundacional de la Naciones Unidas, en San Francisco (California), 1945.



En el preámbulo de su constitución la OMS estableció que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁸ Dicho concepto tuvo la primera ampliación en 1992 al agregar “y en armonía con el medioambiente”.⁴ Esto fortaleció la defensa de lo ecológico, asumida por muchos movimientos sociales para la evolución armónica de los pueblos.¹⁵

Independientemente de la esfera afectada (física y/o mental) de la persona y de la causa agresora, la alteración repercute en su “dimensión existencial”, reconociendo así la interdependencia ‘extensiva’⁸ que caracteriza a los seres humanos entre sí y con su hábitat. La vida transcurre en una permanente “integración hombre-hábitat”.

Debemos reconocer que el estado de salud completo es generalmente excepcional. La mayoría de las personas consideradas “sanas” padecen alguna disfunción, aunque sea mínima, que, si bien no perturba su accionar cotidiano, está presente. Por ello, es preferible hablar de “salud relativa” como el estado normal de las personas no enfermas.¹³

Declaración Universal de los Derechos Humanos. La salud como derecho

Otro de los desafíos asumidos por la ONU, de gran repercusión histórica, fue tratar de definir los límites aceptables para una convivencia pacífica entre los hombres y los pueblos. La conducción de esa misión fue delegada en Anna Eleanor Roosevelt (Figura 2). Esta convocatoria, de alta relevancia internacional, concluyó el 10 de diciembre de 1948 con la “Declaración Universal de los Derechos Humanos” (DH),^{15, 19} que resaltó los conceptos de igualdad y justicia, de globalización y de horizontalidad, de las relaciones humanas.

Figura 2. Eleanor Roosevelt (1884-1962). Escritora, activista de derechos humanos, diplomática y política.



En su artículo 1º jerarquiza, para que no queden dudas, el “Principio de Igualdad”, al definir que los DD. HH. son inherentes a todos los seres humanos sin discriminación alguna de nacionalidad, sexo,

origen étnico, color, religión, lengua, lugar de residencia, o cualquier otra condición (Figura 3). Los DD. HH. están relacionados entre sí y son interdependientes e indivisibles. Han sido clasificados de diversas maneras, según su aparición cronológica o por el reconocimiento del orden jurídico normativo de cada país.

Figura 3. El lema de la Revolución francesa (1789): “libertad, igualdad y fraternidad” inspiró la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano.



Se contemplan: **a)** los civiles y políticos (denominados de 1ª generación): referidos a las libertades clásicas, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión; **b)** los económicos, sociales y culturales (de 2ª generación), como el derecho al trabajo, la alimentación, la seguridad social, la **salud** y la educación; y **c)** los derechos colectivos (de 3ª generación), relacionados con la libre determinación. Estos últimos son reconocidos como los derechos de los pueblos. Posteriormente, se incorporaron los derechos a la protección y asistencia de

los menores y de la familia, a la vivienda, y otros. La Argentina los incorporó en la reforma de la Constitución de 1949.

El reconocimiento que da la ONU a los DD. HH. no obvia la valoración tácita que implica aceptar también las “obligaciones o deberes o reglas” que se adquieren por el simple hecho de convivir en sociedad.

El “Principio de universalidad” es la piedra angular del derecho internacional, ratificado por numerosos convenios y resoluciones. Los DD. HH. deben estar contemplados en la ley y garantizados por ella. Establecen las obligaciones que tienen los gobiernos de respetarlos, promoverlos y/o protegerlos. Se destacan: **a)** no interferir en el disfrute de los derechos, **b)** impedir los abusos contra los individuos y grupos, **c)** adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los DD. HH. básicos. En lo individual, debemos hacer respetar nuestros DD. HH., como también los de los demás. La privación de un derecho afecta negativamente a los otros derechos. Los DD. HH. se consideran “inalienables”. Solo puede restringirse el “derecho a la libertad” si un tribunal de justicia, luego de cumplir las debidas garantías procesales, dictamina que una persona es culpable de haber cometido un delito, y nunca antes.

Concilio Vaticano II. Libertad religiosa y de conciencia

Uno de los sucesos de mayor trascendencia en el mundo occidental sobre las relaciones entre las distintas comunidades ha sido la convocatoria de la Iglesia Católica a través del Concilio Vaticano II. Anunciado en 1959 por el Papa Juan XXIII, se inició en 1962 y concluyó en 1965, con el Papa Pablo VI, y se desarrolló en cuatro sesiones (Figura 4). Dentro de los temas tratados por el Concilio estuvo el abordaje del ecumenismo interreligioso, el cual concluyó con la “Declaración sobre libertad religiosa”, que reconoce al otro como un hermano y no como un enemigo.

Figura 4. Concilio Vaticano II (1962-1965). Segunda sesión en 1963.

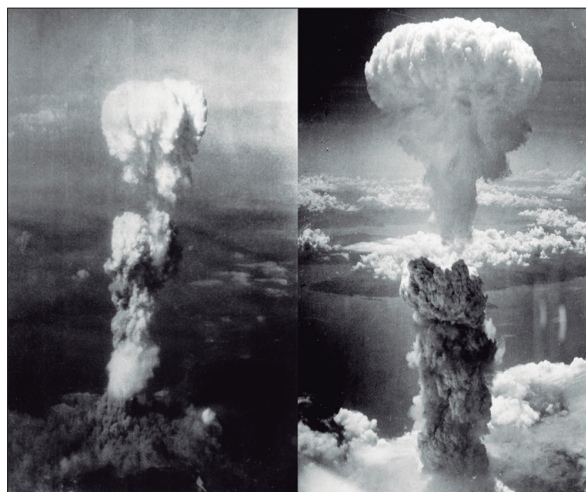


También jerarquizó el “Principio de libertad de conciencia”, que permite a cada persona actuar según sus principios religiosos y sus valores ético-morales frente a las diversas y crecientes situaciones de disenso que se producen por el solo hecho de convivir en la sociedad.⁹ Este principio toma relevancia social en los casos en los que se obliga al médico a actuar contra su conciencia y su formación.

Bioética. Principios de autonomía y de justicia

La ciencia fue considerada éticamente neutra respecto de diversos temas, desde los bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki (Figura 5) hasta el Holocausto de la Segunda Guerra Mundial (los campos de concentración, los experimentos médicos con los prisioneros, hechos contra la integridad y la dignidad de las personas).

Figura 5. Ataques nucleares de Hiroshima y Nagasaki, 6 y 9 de agosto de 1945. Fin de la Segunda Guerra Mundial. Saldo 250.000 muertes, aproximadamente.



Estos episodios hicieron comprender que las implicancias derivadas de las innovaciones y los aportes científicos podían ser funestos para la humanidad, por sus efectos deletéreos directos sobre el ser humano o por el daño causado a la naturaleza. Asimismo, los múltiples avances biotecnológicos plantearon grandes polémicas ético-morales por sus desviaciones al ser aplicados.¹¹

Luego de diversos planteos, Van Rensselaer Potter (1911-2001) (Figura 6) introdujo, en 1970, el término *bioética*.^{21, 22} Resumió el pensamiento de la época entre lo que la **ciencia** puede hacer y lo que la **especie humana** debe hacer, con un sentido de autoconservación. Significó un puente entre la ciencia y el humano, en la necesidad de buscar un punto de equilibrio. La bioética, al no dejarse reducir a la ética ni a la moral, ni al derecho ni a la política, generó un nuevo enfoque, que se impuso en la sociedad y consiguió una identidad propia.

Figura 6. Van Rensselaer Potter. Bioquímico y profesor de oncología.



La bioética inicial, la de los principios o puente, estuvo dirigida a humanizar la medicina en todas sus prácticas. Se impusieron los conceptos de calidad de vida, de muerte digna, de desencarnamiento terapéutico, entre otros.^{4, 13}

En el terreno asistencial tomó relevancia el “Principio de autonomía”, muy bien reflejado en la “Declaración de los Derechos de los Enfermos”,¹⁷ presentada el 6 de febrero de 1973 por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. Allí se pone un claro límite a las actitudes verticalistas y autoritarias de épocas pasadas por parte de algunos miembros y/o escuelas del equipo de salud.

El mismo Potter, en 1988, introdujo el concepto de *bioética global*.²³ Incorporó, a través de los años, la ética médica ambiental, la ética social y la religiosa. Quitó al ejercicio profesional la dimensión clásica de ser un compromiso entre dos (médico-paciente), para ampliar el escenario y los actores. De “bipersonal” se convirtió en “pluripersonal”, pues interviene ahora la comunidad. Así, la “ética individual” se transformó en “ética social”.

Alastair Campbell (n. 1957), en 1998, propuso la *bioética crítica o profunda*, con un enfoque global y colectivo, socialmente comprometida.³ Esta acepta la interdependencia con la biodiversidad, que implica respetar las comunidades de otras criaturas vivas. Se jerarquiza e impone el “Principio de justicia”.

Un párrafo aparte merece Fritz Jahr (1895-1953), quien, en 1927, en la editorial de una revista alemana de ciencias naturales, mencionó por primera vez el término *bio-ethik*,¹⁶ siendo un concepto innovador para su época a pesar de que no tuvo entonces repercusión científica.

La bioética, disciplina de raíz filosófica y expresión laica del pensamiento, está dando pautas que

ya las grandes religiones tienen como postulados.¹⁰ La bioética le habla a la ciencia tratando de poner orden en su evolución, mientras las religiones tratan de poner orden en la vida espiritual de las personas y en la evolución de los pueblos. Todas las organizaciones humanas, independientemente de sus actividades específicas, deberían además actuar como bastiones morales en la comunidad.

Atención Primaria de la Salud. Medicina preventiva

En 1978, la OMS y la UNICEF, en Alma-Ata, capital de Kazajistán, ex URSS, dieron a conocer una Declaración con una meta: “Salud para todos en el año 2000”, con un enfoque socio-económico, que el tiempo demostró que fue demasiado ambiciosa, ya que no pudo cumplirse (Figura 7). Con ese objetivo se propuso la estrategia de la “Atención Primaria de la Salud (APS)”,²⁰ la que se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación”.¹ Constituye, actualmente, el núcleo principal del sistema de salud.

Figura 7. Reunión internacional de Alma-Ata (Kazajistán, ex URSS), realizada entre el 6 y el 12 de setiembre de 1978.



Las actitudes se orientan a optimizar la utilización eficaz de los recursos de salud, como ser: la prevención y la promoción, la planificación estratégica, la cobertura y la accesibilidad para la totalidad de la población, la tecnología apropiada, la utilización de todos los recursos humanos, la integración en una red de servicios, la participación comunitaria en las decisiones estratégicas, y la descentralización administrativa como criterio operativo del sistema. Los atributos básicos que marcan su calidad y eficiencia son la accesibilidad, la coordinación, la integralidad y la longitudinalidad.

Dentro de esta estructura sanitaria se privilegia la *medicina preventiva*, y se le otorga jerarquía propia. La prevención (del latín *praeventio*) es la acción anticipada para que un perjuicio eventual no se concrete. La noción se asocia al cuidado o a la precaución.¹ Contempla tres posibilidades con relación al estado de salud o enfermedad de la persona o de los pueblos: primaria, secundaria y terciaria.

A la prevención primaria (prevención y promoción de la salud) le corresponde programar acciones dirigidas para que el “hombre sano” no se enferme, tales como la vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, campañas antitabaco y contra el alcohol, lucha contra las drogas, cinturón de seguridad en los vehículos, cama solar, educación sanitaria, actividad física, higiene alimentaria, etc. En otro orden de valores, uno de los factores de mayor relevancia para la prevención de la salud es el respeto de los DD. HH. Por ello, todos los DD. HH. deben incluirse en la Atención Primaria de la Salud (APS). Es más, todos los niveles educativos deberían incorporar en sus currícula los DD. HH., para su estudio, análisis y valoración, a través de las distintas etapas formativas de la vida, para que nadie se considere excluido de ellos, y para que nadie se los apropie.

Las otras dos prevenciones están dirigidas al “hombre enfermo” y engloban todas las medidas que se toman para que recupere su estado de salud y se rehabilite lo más rápido y completamente posible. La prevención secundaria está planificada para detectar la enfermedad en estadios precoces, permitiendo establecer medidas oportunas que puedan curarlas o impedir su progreso (diagnóstico y tratamiento). La prevención terciaria comprende las medidas orientadas a la rehabilitación global del paciente, buscando obtener la mejor calidad de vida.

Recientemente, se ha definido como *prevención cuaternaria* a las actitudes que se toman para atenuar o evitar las recaídas y/o las consecuencias de las maniobras innecesarias o excesivas del sistema sanitario (seguridad del paciente y error médico). También en línea con este razonamiento surgen la concepción de las ciudades saludables y sustentables, los hospitales verdes y otras iniciativas relacionadas.

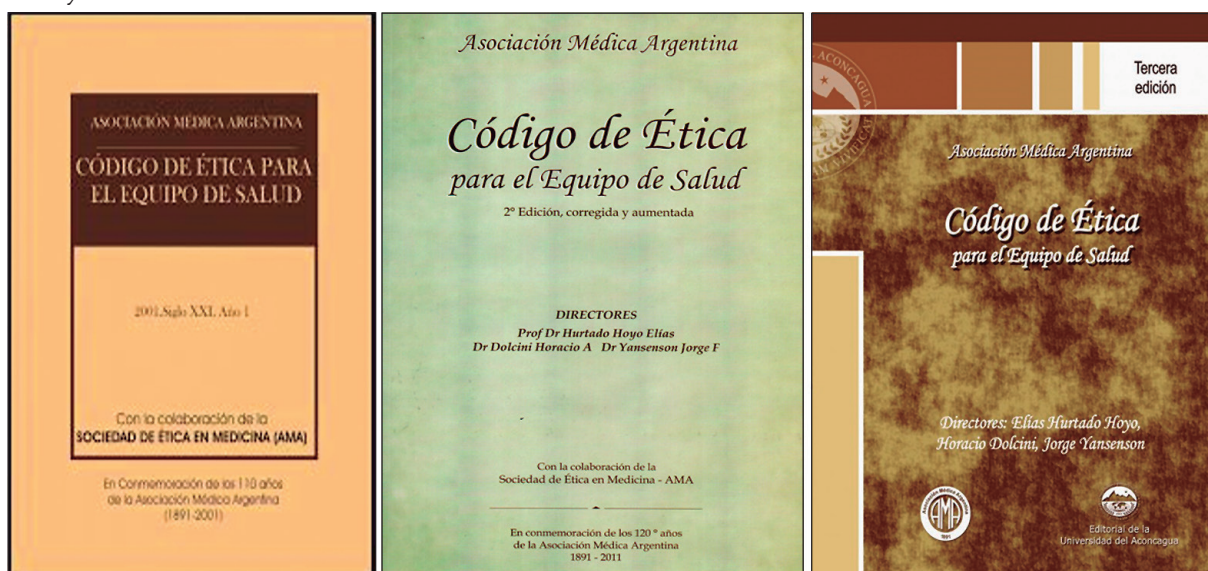
Debemos resaltar que el mayor aporte para la defensa de la salud de las personas, de los pueblos y del planeta en general es el derecho a la libertad. A partir de él podremos construir los otros valores que hacen a la estabilidad físico-psico-social, ambiental y espiritual que implica la salud.

Ética en salud. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina

En la era de las sociedades del conocimiento, tienen lugar y se profundizan en forma vertiginosa los cambios que las ciencias y la vida cotidiana plantean. La nueva biociencia, con el genoma y las células madres, la nano-ciencia, la informática y las redes, entre otras, provocan situaciones que es necesario encauzar éticamente desde un principio.

La Asociación Médica Argentina (AMA) aportó en este contexto el “Código de Ética para el Equipo de Salud” (Figura 8). Gracias al amplio contenido de los temas abordados, logró una alta repercusión en pocos años, no solo en el área de las ciencias médicas sino también en el mundo del derecho.^{13, 15} El Código de ética fue traducido al alemán, árabe, checo, chino, francés, griego, hebreo, holandés, inglés, italiano, japonés, portugués y ruso, lo que demuestra su interés a nivel internacional. Desde un pensamiento laico, contiene todos los puntos de debate actual que ofrece la ciencia médica. Este código tuvo su

Figura 8. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina. Las tres ediciones, de 2001, 2011 y 2016. Traducido a varios idiomas.



primera edición en 2001 y dos actualizaciones, en el 2011 y 2016, que constituyeron la segunda y tercera ediciones; esta última editada por la Universidad del Aconagua, Mendoza. En el prólogo y en la introducción se señala que el contenido involucra y compromete no solo a todos los integrantes del equipo de salud, sino también a toda la comunidad, estableciendo que “la salud es responsabilidad de todos”, pero que deben considerarse diferentes niveles en una “cascada de responsabilidades en salud”.^{7, 13} A mayor jerarquía del rol que desempeña cada ciudadano, sea en actividades públicas o privadas, mayor será su responsabilidad frente a la comunidad.

El aspecto espiritual del ser humano, no considerado en la clásica definición de la salud de la OMS, fue contemplado por este Código desde un principio, abarcando fundamentalmente lo intelectual y lo religioso, rasgo que aquí pretendemos resaltar. En la desesperación y en la soledad, el individuo lo tiene como último baluarte, es su fe, para su recuperación físico-psíquica, y eventualmente su salvación, según sus creencias.¹² De esta manera, el concepto espiritual como “fuerza vital” tiene un valor ético-moral propio y juega un rol único y por cierto especial.

En el prólogo del primer Código de AMA del 2001, comenzó a incorporarse el aspecto espiritual. “El objetivo de la salud se da en el completo equilibrio del bienestar psico-físico-social y **espiritual** de la persona y de la comunidad. Su esencia espiritual está constituida por el respeto a la vida, de los fueros de la persona humana y de su contexto (medioambiente)”.

En el prólogo del 2011 se señala que “cada ciudadano debe ser partícipe activo en la ‘humanización de la vida’, según su formación intelectual y **espiritual**”.

En el prólogo del 2016 se lee: “La segunda ampliación según nuestro entender fue introducida por este Código en el año 2001, al incorporar el ‘**aspecto espiritual**’ como componente imprescindible de la Salud, englobando en este término no solo lo cultural sino también aquello que para la mayoría de las personas significa lo religioso”.

Lo espiritual tiene que ver con el alma del individuo, y con su inteligencia y su voluntad. Cabalga entre dos mundos: el terrenal y el divino, como expresaba san Agustín, acercando la filosofía griega (agnóstica) a la religión del cristianismo.⁶ De esta manera, se busca la “plenitud”, en el sentido de la perfección, de máxima intensidad y de grandeza del individuo.

Merece mencionarse también que ya en la primera edición de este Código en el 2001 se planteaba una “medida de prevención” de la salud moral y mental de los médicos con la defensa de la “libertad (objeción) de conciencia” para algunas prácticas que en ciertas circunstancias se les impone por leyes o decretos en contra de sus ideales y de su formación (capítulo 28, artículo 480).

Corolario

Distintos episodios ocurridos en el mundo desde mediados del siglo XX marcaron hitos que fueron los responsables de plantear cambios en la tradicional definición de salud de las personas. Por un lado, los grandes avances biotecnológicos generaron grandes cuestionamientos en lo moral, por la factible deshumanización de la medicina y de sus áreas vinculadas. Por el otro, surge la necesidad imperiosa de lograr el equilibrio entre lo que se puede y lo que se debe hacer.

Así, se fueron creando instituciones y se implantaron ideas. Se creó la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la que a su vez genera la Organización Mundial de la Salud (OMS), y produjo además la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Concilio Vaticano II, que promovió la Declaración sobre la Libertad Religiosa y sobre la Objeción de Conciencia; la aparición de la bioética y la Declaración de los Derechos de los Enfermos por la Asamblea Americana de Hospitales; la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, de la OMS y UNICEF, con el concepto de *medicina preventiva*; y los Códigos de Ética de distintas instituciones, en especial el de la Asociación Médica Argentina del 2001, entre otros. Todos son verdaderos puntos referenciales que ofrecieron una nueva perspectiva de lo que debería significar, y cómo definir, la salud.

Por nuestra parte, proponemos la denominación “**salud plena e integral**”, que abarca todos los aspectos del ser humano, incluyendo lo ambiental y lo espiritual (intelectual y religioso), así como su interdependencia con el resto de los seres vivos que habitan el planeta.

La unión de nuestro cuerpo, nuestra alma (psique) y nuestro espíritu hace que estemos “en vida” y que vivamos al modo “humano”, es decir, que estemos en el mundo y que aspiramos ser libres.²

De esta manera, nos encontramos transitando un nuevo camino, basado en conceptos relativamente recientes, pero ya consolidados en el tiempo, que pueden englobarse bajo la idea de que “la salud es un compromiso de toda la sociedad en su conjunto”. Desplaza al clásico y tradicional binomio “médico-paciente”, como resultado de un enfoque más social que involucra a muchos actores en un escenario también más abierto, dinámico y global.

En este sentido, proponemos una ampliación de la definición de salud de la OMS: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental, social, **ambiental y espiritual** y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Referencias

1. Arce HE. Evolución histórica del Sistema de Salud Argentino a lo largo del siglo XX. Tesis de doctorado. Inst Univ Fund H Barceló 2013.
2. Bianchi RI. Salud mental y espiritualidad. Ed. Antigua Buenos Aires 2018.

3. Campbell AV. The president's column. *Internat Assoc of Bioethics News* 1998; 7: 1-2.
4. Caplan AL. When medicine went mad: bioethics and the Holocaust. Springer Science & Business Media, Nueva York 2012.
5. Dolcini HA. Introducción a la Filosofía (modernidad y posmodernismo). Ed. Raúl Groizard, Buenos Aires 2018. Prólogo por E. Hurtado Hoyo.
6. Ferrater-Mora J. Diccionario de Filosofía. 2 tomos. Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1971; quinta edición.
7. Garay OE. Tratado de la responsabilidad civil en las especialidades médicas. 3 tomos. Ed. Errepar, Buenos Aires 2009.
8. Hurtado Hoyo E. El hombre eterno. Teoría del ser. Conferencia: Ateneo Literario y Científico de Madrid 1975. Editada en "La eternidad del ser". Ed. Polemos. EDIAMA, Buenos Aires 2009.
9. Hurtado Hoyo E. Ética y Realidad en Salud. *Rev Asoc Méd Argent* 2004; 117 (3): 23-32.
10. Hurtado Hoyo E. La Humanización de la vida. *Rev Asoc Méd Argent* 2012; 125 (1): 5-8.
11. Hurtado Hoyo E. Derechos Humanos, Bioética, Medicina Preventiva. *Rev Asoc Méd Argent* 2014; 127 (4): 3-7.
12. Hurtado Hoyo E. Consideraciones sobre la vida y la muerte. Muerte digna. *Rev Asoc Méd Argent* 2014; 127 (2): 5-9.
13. Hurtado Hoyo E, Dolcini H, Yansenson J y col. Código de Ética para el Equipo de Salud de la Asociación Médica Argentina. EDIAMA. Buenos Aires, ediciones 2001, 2011 y 2016. Disponible en: www.ama-med.org.ar
14. Hurtado Hoyo E, Falasco M. Envejecimiento y salud. *Rev Asoc Méd Argent* 2012; 125 (3): 25-29.
15. Hurtado Hoyo E, Speroni CE. El Rotary Internacional y las circunstancias de nuestro mundo en el Centenario del Rotary Club de Buenos Aires. *Rev Vida Rotaria* 2019; 484: 10-14.
16. Jahr F. Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas. *Rev Kosmos* 1927; 24: 2-4.
17. Meeroff M. Ética Médica. Librería Akadia, Buenos Aires 1993; segunda edición. Prólogo por E. Hurtado Hoyo.
18. Official Records of the World Health Organization (WHO). 1946; N° 2.
19. ONU: Declaración de los Derechos Humanos. EE. UU. 1948. Disponible en: www.un.org/es/documents/udhr/
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF): Alma-Ata 1978. Atención Primaria de la Salud. Ed. OMS, Ginebra 1978.
21. Potter VR. Bioethics, the science of survival. *Perspectives in Biology and Medicine* 1970; 14: 127-153.
22. Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. Prentice Hall. Nueva Jersey 1971.
23. Potter VR. Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy. Michigan State University Press. East Lansing 1988.
24. Salvat M. Salud y enfermedad. Salvat editores. Barcelona 1973.