

UNA PANDEMIA DE SALUD: HAY QUE CREER PARA VER

Alejandro R. Jadad¹

“Aquellos que estaban bailando eran considerados locos por quienes no podían escuchar la música”
Anónimo, a menudo atribuido a muchos autores, especialmente Nietzsche

¿Qué tienen en común los siguientes escenarios?

- Después de reinar como uno de los tratamientos médicos más utilizados desde hace más de 3.000 años, la sangría sólo empezó a declinar en el siglo 20 (1), a pesar de que era ineficaz, y responsable de muchas muertes, incluyendo las de George Washington y Carlos II (2).
- A pesar de ser una práctica sencilla, altamente eficaz y bien entendida, menos de la mitad de los profesionales de la salud se lavan las manos al entrar en contacto con los pacientes (3), y menos del 20% de las personas en todo el mundo lo hacen, después de defecar (4). La resistencia al cambio fue tan feroz inicialmente, que Ignaz Semmelweis, quien proporcionó la primera evidencia clara de su beneficio en el siglo 19, fue ridiculizado, acosado e incluso obligado a exiliarse por la comunidad médica de Viena, muriendo sin el reconocimiento que merecía, ya que tomaría 50 años más para que sus ideas fueran aceptadas (5).
- Durante miles de años, los machos dominantes han excluido a las mujeres, niños y enemigos de la categoría de seres humanos completos, para justi-

ficar el sometimiento y terribles actos de violencia. A lo largo de los siglos, los médicos han tolerado y apoyado la creencia de que ciertos grupos de personas son “menos que humanos”, jugando un papel clave en la evaluación del valor de los esclavos, garantizando que la tortura no sea letal, realizando experimentos o manteniendo su aptitud para el trabajo forzado (6-9).

- En la asistencia sanitaria del siglo 21, además de algunos ejemplos flagrantes de guías de práctica clínica racistas (9,10), la deshumanización es endémica en relación con las interacciones con los pacientes y los participantes en estudios de investigación, ya que con frecuencia son tratados como máquinas homogeneizadas, seres insensibles, con trozos de órganos enfermos, o como seres incivilizados, irracionales o carentes de sentimientos (11-13).

Lo que estas viñetas tienen en común es que son ejemplos de cómo los seres humanos, los médicos y otros profesionales de la salud, en particular, son propensos a ignorar lo que tienen en frente de sus narices. Este fenómeno, que podría llamarse “sesgo de ignorar lo obvio” es resumido elocuentemente por Daniel Kahneman, galardonado con el Premio Nobel de Economía, en una frase concisa: “podemos estar ciegos a lo obvio, y también somos ciegos a nuestra ceguera” (14).

¹ Fundador del Centro para la Innovación Global en eSalud, Toronto, Canadá.

Este artículo es un intento de hacer visible un hecho en gran medida invisible y obvio: que la salud es una pandemia, y que hay abundantes recursos para permitir que cada ser humano tenga una vida sana, hasta el último suspiro. También es una invitación a creer que esto es posible y a unirse a un número creciente de personas dispuestas a que suceda, utilizando entornos laborales de todo tipo como sus epicentros.

¿Por qué una pandemia de salud?

De entrada, el leer las palabras *pandemia* y *salud* en la misma frase puede parecer extraño, ya que la palabra *pandemia* casi siempre se asocia con enfermedades, especialmente las infecciosas.

Al examinar la palabra con más detenimiento, la invitación a reconocer la salud como pandémica tiene sentido.

Etimológicamente, por ejemplo, la palabra no tiene nada que ver con las enfermedades. Se trata de un término compuesto, el que incluye *pan* y *demos*, que se refieren a *todas* y a *las personas*, respectivamente (15).

Desde una perspectiva política y académica, es fácil demostrar que este es el caso. Aunque la palabra *pandemia* se utilizó por primera vez en 1666, el interés en lograr consenso sobre su significado fue estimulado por la confusión que se hizo evidente durante el brote de gripe de 2009 (16). Hoy en día, hay realmente sólo un criterio para declarar que algo sea pandemia, derivado de un análisis cuidadoso de casos históricos en los que la palabra se ha asociado con brotes de enfermedades infecciosas. Este criterio es: extensión geográfica amplia (17), lo que generalmente requiere que la entidad esté presente en múltiples países o continentes, y por lo general que se afecte a una proporción sustancial de la población (18). La Organización Mundial de la Salud (OMS) puede declarar que hay una pandemia cuando haya comunidades afectadas en al menos dos

países de una de sus regiones, y otra en al menos otro continente (19).

Si la presencia geográfica generalizada es el pilar de las pandemias, entonces la salud califica como tal e incluso podría ser considerada como una de las más extensas de todos los casos reportados en la historia. Una buena base para esta afirmación es la Encuesta Mundial de la Salud, un estudio transversal coordinado por la OMS del 2002 al 2004, que involucró a 69 países representativos en el mundo e incluyó a 271.371 personas mayores de 18 años (20). Uno de los ítems de la encuesta le pidió a las personas que juzgaran su propia salud. Cuando las respuestas fueron analizadas en conjunto, el 62 % de las personas evaluaron su propia salud como buena o muy buena (21).

La prevalencia de la salud juzgada por la gente misma como buena o mejor -que podría ser considerado en un sentido más general como “salud positiva” (22-24) - es mucho mayor que la prevalencia de cualquiera de las peores pandemias de enfermedades infecciosas reportadas hasta la fecha. La Peste Negra fue responsable de unas 50 millones de muertes (25), lo que representa el 11 % de la población global de esa época (26). La pandemia de gripe española fue responsable de la muerte de un 3 % de la población del mundo durante la década de 1910 (27).

Incluso el número de víctimas de las enfermedades infecciosas que mataron a más del 90 % de los pueblos indígenas de las Américas después de la llegada de los colonizadores europeos se calcula en 45 millones, lo que equivale a un 9 % de la población del mundo total en el siglo 15. Incluso si el 100 % de la población nativa hubiera muerto, el porcentaje se habría incrementado en un 1 % (26).

Tal vez la única condición que tiene una prevalencia más alta que la salud positiva es la caries dental, que está presente entre el 60 % y el 90 % de los niños en

edad escolar, y el 100 % de los adultos en todo el mundo (28). Todas las otras condiciones crónicas que se han sugerido como pandémicas (29) son insignificantes en comparación. El sobrepeso, por ejemplo, está presente en 1.900 millones de personas, lo que representa sólo el 25 % de la población mundial (30).

A pesar de que los datos son convincentes, hay varias barreras cognitivas que pueden dificultar que se acepte la noción de una pandemia de la salud. El más potente que se conoce como la perseverancia de las creencias o el sesgo de confirmación.

Estos son términos que reflejan nuestra fuerte tendencia como seres humanos para buscar la presencia de lo que uno espera, o para retener, o resistirse a abandonar, una hipótesis o creencia que uno favorece, por lo general ignorando o rechazando pruebas contradictorias (31). Este tipo de sesgo es también conocido como El Reflejo o el Efecto de Semmelweis, en honor del médico que pagó un alto precio al tratar de hacer que otros creyeran en el poder del lavado de manos, y aceptar lo que estaba, literalmente, en las yemas de los dedos (32). El poder y la universalidad del sesgo de confirmación es tan enorme que ha sido considerado cercano a una ley natural (33).

Superar el sesgo de confirmación es una de las tareas más difíciles, ya que requiere cambios en la forma en que accedemos a nuestras creencias y conocimientos previos, en cómo generamos hipótesis, en la forma en que buscamos pruebas para poner a prueba estas hipótesis, en cómo interpretamos la evidencia que recibimos, y por último, en la forma en la que revisamos nuestras creencias y generamos nuevas hipótesis para sustituir a los anteriores (34). Es por esto que, en lugar de dedicar energía para convencer a los que resisten la posibilidad de una pandemia de la salud, este libro ha sido escrito para los que ya creen en ella.

¿Qué sería visible una vez que se cree que la salud es una pandemia?

La definición de la OMS de la salud hace que la mayoría de la gente no sea saludable.

Aceptar que la mayoría de las personas en la tierra se consideran a sí mismas sanas nos invita a reflexionar sobre lo que significa la palabra *salud*. Pronto, se hace evidente que es imposible definir *la* salud. Una definición, después de todo, es “una declaración del significado exacto de una palabra, especialmente en un diccionario” o “una declaración o descripción exacta de la naturaleza, alcance o significado de algo” (35). La razón que hace que la definición de un término como el de la salud imposible se conoce como “La dimensión tácita” (36). Podría resumirse así: “sabemos más de lo que podemos decir”.

La imposibilidad de definir la salud se refleja en la declaración inicial en la resolución que dio origen a la OMS en 1948: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades” (37).

A pesar de que la definición de la OMS es de hecho una declaración que incluye lo que parece ser el significado exacto de la palabra *salud*, realmente crea un problema importante, ya que prácticamente nadie puede pretender tener completo bienestar físico, mental y social. Sólo por tener caries dentales, usar gafas, sentirse cansado o preocupado o con hambre, o preocuparse por una deuda o un examen, una persona no puede considerarse saludable (38).

En otras palabras, la definición misma de la salud que fue desarrollada y acordada por los líderes mundiales en el momento de la creación de la OMS - la entidad encargada de dirigir y coordinar la salud internacional

dentro del sistema de las Naciones Unidas - condena a la mayoría de la gente a ser “no saludable” (39).

Hay una manera de salir de esta situación difícil. Es posible expresar el significado de palabras como la felicidad, el amor o la salud a través de un proceso conocido como *la conceptualización*. Este proceso nos permite transformar ideas abstractas (o constructos) usando palabras o imágenes, reconociendo sus limitaciones, sin que se requiera una descripción exacta (40).

La salud es una habilidad

En 2011, a raíz de una conversación global de tres años sobre el significado de la salud (39), un grupo internacional de investigadores llegó a un consenso, y propuso la siguiente conceptualización (41): *La salud es la capacidad de adaptarse y automanejar los desafíos físicos, emocionales o sociales que se presenten durante la vida*.

Notablemente, la declaración no incluye las palabras *completa* o *enfermedad*. Por lo tanto, también se puede aplicar a los individuos, a las comunidades e incluso a la especie humana en su conjunto.

En relación con los desafíos físicos, esta conceptualización se refiere a la capacidad del cuerpo para mantener o restablecer el equilibrio fisiológico en presencia de circunstancias cambiantes. Esto se conoce como “alostasis” (42). Este punto de vista biológico tiende a ser dominante en el sistema sanitario, y casi siempre funciona en el contexto de la enfermedad y en la tercera persona (Por esto, usualmente se dice: “El paciente es” o “Los pacientes son”).

Desde el punto de vista mental, la nueva conceptualización de la salud nos invita a centrarnos en la forma en que percibimos nuestra experiencia cotidiana. Esta perspectiva se conoce técnicamente como “fenomenológica” (43). Se centra en nuestros sentimientos, pensamientos y acciones como individuos que viven en el

mundo real, y cómo interpretamos lo que nos pasa, enriqueciendo la forma en la que comprendemos cómo nuestras condiciones físicas y sociales se perciben en nuestro propio entorno (44). Este dominio es obviamente subjetivo, funciona en primera persona (Por esto decimos: “me siento ...” “Soy ...”), y está fuera del alcance de los profesionales.

Cuando la miramos desde el punto de vista social, la conceptualización de salud apunta al balance dinámico entre las oportunidades y limitaciones que los seres humanos encuentran durante la vida, y cómo responden a las condiciones externas, tales como la arquitectura de las construcciones alrededor, las características etno-culturales de la comunidad, y las condiciones económicas y políticas de la época.

La salud puede evaluarse formalmente

Los seres humanos tienen una tendencia natural a medir las cosas.

Por lo tanto, una reacción frecuente a la conceptualización de la salud es la pregunta: “¿Cómo podría medirse?”.

La respuesta debe ser algo como, “Exactamente de la misma manera en la que se puede medir el amor o la belleza”.

Los constructos, conceptos, como las ideas que representan, no existen como objetos materiales en el mundo físico. Por esto, no pueden ser medidos realmente, sino ser evaluados.

Como era de esperar, la OMS utiliza 100 indicadores básicos para evaluar el estado de salud de países enteros. Por desgracia, estos en realidad no se centran en la salud *per se*. De los 27 indicadores que se incluyen en la categoría de “estado de salud”, 25 tienen que ver con la mortalidad o morbilidad humana, y dos con la

fertilidad. Los 73 indicadores restantes se centran en factores de riesgo de enfermedades (n = 21), el nivel de cobertura de servicios de salud (n = 27) o diferentes aspectos de dicho sistema (n = 27), como la calidad de la atención, el acceso a los servicios, las características de la fuerza de trabajo, la gestión de la información y asuntos financieros (45).

Un enfoque mucho más lógico, como es el caso con otros aspectos de la vivencia humana, es preguntarle a la gente lo que piensa acerca de su propia salud, como el punto de partida.

Aunque esto se ha hecho durante décadas como parte de la investigación sobre la calidad de vida o en grandes estudios poblacionales, la autopercepción de salud (también llamada salud autopercebida, automedida o autoreportada) rara vez se ha utilizado para orientar decisiones políticas, financieras o clínicas, tal vez porque se perciben como “demasiado débiles”.

Sin embargo, estas evaluaciones son fáciles y baratas de obtener, han demostrado una respetable validez y notable capacidad de predicción, y se alinean bien con la nueva conceptualización de la salud (46).

Las evaluaciones se obtienen típicamente en respuesta a una única pregunta que se formula típicamente usando una de dos versiones altamente correlacionadas (47). La versión americana normalmente se lee de la siguiente forma: “*En general, ¿Cómo calificaría su salud hoy: excelente, muy buena, buena, regular o mala?*”. La versión favorecida por la OMS casi siempre se presenta así: “*En general, ¿Cómo califica su salud hoy: muy buena, buena, regular, mala o muy mala?*”.

Una vez que se obtienen las evaluaciones, estas pueden ser fácilmente clasificadas en dos grupos. Cuando se usa la versión americana de la pregunta, los individuos que optan por responder “buena”, “muy buena”

o “excelente” podrían ser considerados como gozando de *salud positiva*, mientras que los que responden “mala” o “regular” se consideran con *salud negativa*. Lo mismo podría hacerse con la versión de la OMS, usando “buena” como el punto de corte.

La autoevaluación de la salud es una herramienta fácil de usar, barata y potente

A pesar del malestar que tales evaluaciones abiertamente subjetivas les producen a quienes prefieren indicadores “fuertes”, tales como las pruebas de laboratorio, las tasas de mortalidad o la esperanza de vida, las evaluaciones de la autopercepción de salud han demostrado ser altamente predictivas de la mortalidad a corto y largo plazo posterior, incluso después ajustarse con respecto al estado funcional, a conocidos factores de riesgo de enfermedad y al estado socioeconómico, o a la presencia de depresión y comorbilidad (48-54). La autopercepción también ha demostrado poder predecir la disminución de la función física (55,56), y reducciones significativas en el uso salas de emergencia (57), así como en los gastos agregados en servicios de salud (58). La salud negativa, por otro lado, se ha asociado con una duplicación de las tasas de mortalidad (53,59), así como con una mayor prevalencia de la larga lista de enfermedades crónicas incluyendo a las cardiovasculares, y a los trastornos visuales y mentales (49,60).

Cualquiera puede lograr una salud positiva

Al considerar la salud no como un estado, sino como una habilidad, la nueva conceptualización sugiere que cada persona podría aspirar a gozar de buena salud. Aún más, implica que la salud podría ser aprendida y desarrollada, y abre la posibilidad para actividades de formación y entrenamiento a todo nivel.

Más cercano a lo que trata este artículo, la nueva conceptualización de la salud establece las bases para esfuerzos dirigidos a establecer metas muy ambiciosas para los entornos laborales en su totalidad y para otros grupos humanos. A partir de ahora, es posible para una empresa, una escuela, un hospital, un pueblo o una ciudad el poder explorar formas en las que cada uno de sus miembros pueda percibir su salud como positiva. Por defecto o a propósito, esto haría visible que el lograr niveles positivos de la salud requiere colaboración.

También hace visible y razonable la forma en la que las evaluaciones de autopercepción de la salud han confirmado, muchas veces, que la mayoría de las personas se perciben a sí mismas como saludables, incluso en presencia de múltiples condiciones crónicas (61-65).

Por ejemplo, una encuesta canadiense de más de 3.000 personas de 65 años o más mostró que el 77 % de las personas que tenían dos enfermedades crónicas diagnosticadas, y el 51 % de los que tenían tres o más, consideraron su salud como buena, muy buena o excelente (66). Un estudio australiano ilustró además que la mayoría de un grupo de personas (62 %) con cáncer incurable consideraron su salud como buena o mejor, mostrando también que las autoevaluaciones son potentes predictores de supervivencia (55,67,68).

Estos datos confirman que cada persona tiene la oportunidad de disfrutar niveles positivos de salud, por lo que una pandemia completa de salud - una que afecte a todos los seres humanos - es factible y potencialmente viable.

La salud positiva podría ser mantenida y creada

Crear las condiciones para que cada ser humano pueda reportar salud positiva requiere la presencia de dos

fuerzas simultáneamente: Una permitiría que las personas que ya consideran su salud como positiva sigan haciéndolo, y la otra que quienes perciban su salud como negativa puedan moverse al extremo positivo del espectro.

Esto es lo que Aaron Antonovsky notó en la década de 1970 (69), cuando observó que aproximadamente un tercio de las mujeres que se habían sido sometidas a eventos extremadamente estresantes, como el Holocausto, se sentían sanas, y eran capaces de tener una vida plena.

Entrevistas en profundidad de estas mujeres le llevaron a formular una nueva teoría que llamó *Salutogénesis*. Esta palabra es una mezcla de un término en latín (*Salus*, lo que significa salud) y uno en griego (*Génesis*, lo que significa *origen* o fuente).

La salutogénesis, por lo tanto, exige una actitud proactiva en relación a la salud, a diferencia del enfoque tradicional reactivo y centrado en la enfermedad. También enfatiza el hecho de que la salud no es la ausencia de enfermedad y reconoce que incluso la ausencia de enfermedad no garantiza la salud (70).

Antonovsky hizo hincapié en que la salud se mueve a lo largo de un espectro que dibujó como una línea horizontal entre la ausencia total de la salud (H-) y la salud total de (H +), lo que también podrían considerarse como los extremos de salud negativa y positiva, respectivamente. Cada uno de nosotros está ubicado en algún lugar de esta línea (22). Cuando nos encontramos con los inevitables desafíos y factores de estrés de la vida cotidiana, las tensiones resultantes podrían alterar nuestra posición. En este punto, bien sea porque las fuerzas patogénicas nos desbordan y nos desmoronan, nuestra salud se podría mover hacia lo negativo, o tenemos la capacidad para mantener o mejorar nuestros niveles de salud positiva (71).

En la medida en que Antonovsky profundizó su estudio, concluyó que hay dos grupos principales de factores que favorecen los movimientos hacia la salud total. Uno de estos grupos es conocido como *Recursos generalizados de resistencia* (RGR), los cuales son elementos que una persona o grupo puede usar o reutilizar para hacerles frente a los factores de estrés que son inherentes a la vida humana, y que confieren protección contra la salud negativa y refuerzan la capacidad para gozar de salud positiva (72). Estos recursos, que probablemente equivalen a lo que se conoce como *activos* en la literatura de la promoción de la salud (73,74), pueden estar disponibles dentro de la persona o la sociedad en general; pueden estar presentes en el entorno inmediato o distante; pueden tener cualidades tangibles (por ejemplo, viviendas, centros comunitarios, iglesias) o inmateriales (por ejemplo, el conocimiento, la pasión, habilidades) (75); o ser biológicos, subjetivos, y funcionales (76). Una vez nos permitimos creer en la importancia de estos activos para que las personas puedan tener salud positiva, su abundancia se hace visible.

El otro grupo, conocido como *Sentido de Coherencia* (SDC), es como “sexto sentido” para la supervivencia (77), e incluye tres componentes, los cuales serán desarrollados en otras secciones del libro:

- *Inteligibilidad*: Este es el componente cognitivo que le permite a una persona o grupo comprender al factor estresante que enfrenta;
- *Significatividad*: Este es el componente de motivación, ya que le permite a la persona o grupo desear hacerle frente a la fuente de estrés;
- *Manejabilidad*: Este es el componente instrumental o de comportamiento, que es impulsado por la creencia de que se cuenta con los recursos necesarios para hacerle frente al estresor.

Después de la muerte de Antonovsky en 1994, se añadió un cuarto componente, *la cercanía o proximidad emocional*, la cual se relaciona con el grado en que una persona tiene vínculos emocionales con los demás y se siente parte de la comunidad que la rodea (78).

En resumen, las personas con un SDC fuerte creen que puedan entender sus vidas y sentirse conectadas con otros en la comunidad, perciben que tienen suficientes recursos para gestionar las situaciones de estrés que se les presenten, y perciben los factores de estrés como suficientemente significativos como para invertir la energía necesaria para enfrentarlos.

La promoción de la salud ha fallado

Obviamente, la teoría salutogénica no crea salud por sí misma. La creación de la salud ocurre gracias a la mejora de nuestra capacidad para movilizar activos con eficacia para adaptarnos a los retos físicos, mentales o sociales que se nos presenten en la vida, y a gestionarlos (79).

La esperanza asociada con la creación de la salud alcanzó su nivel más alto en 1986, cuando se lanzó la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, motivando esfuerzos internacionales que pudieran lograr “salud para todos” en el año 2000, a través de actividades destinadas a permitirles a las personas ganar control sobre sus vidas, y mejorar su salud, respaldadas por cinco pilares: políticas públicas, entornos de apoyo, acciones comunitarias, habilidades personales, y servicios de salud que fueran más allá de la medicina curativa (80).

Lamentablemente, la Carta tuvo poco impacto. Treinta años después de su lanzamiento, una nueva versión, la Declaración de Shanghai fue anunciada con mensajes prácticamente similares haciendo hincapié en la importancia de la promoción de la salud. Aun cuando

la estimación de los gastos nacionales o globales totales en la promoción de la salud es muy difícil, dada la pobreza de los datos disponibles, se acepta que el nivel típico de inversión en promoción de la salud y en prevención, juntas, es inferior al 5 % en total (81,82). Es prácticamente imposible saber qué cantidad de fondos asignan los países en sus presupuestos a la salutogénesis propiamente dicha.

La medicalización podría alinearse con la creación de salud

La medicalización es el término dado a la ampliación del papel de la medicina hasta cubrir lo que antes se consideraba como parte de eventos y experiencias de nuestras vidas normales, convirtiéndolos en problemas que requieren supervisión e intervención médica (83). Este proceso se disparó a partir del punto en el que fue obvio que los antibióticos eran capaces de controlar infecciones, las que habían sido la principal causa de mortalidad humana desde tiempos inmemoriales. Si nosotros, los seres humanos, podemos controlar nuestro principal asesino, concluimos, debe entonces ser fácil conquistar todas las amenazas mortales restantes. Lo que hemos presenciado desde la década de 1930 es una serie de guerras médicas, alimentadas por los incesantes esfuerzos para encontrar y utilizar “balas mágicas” (84), y para desarrollar “bombas inteligentes”, y “misiles” para atacar con precisión al cáncer en primer lugar, y más recientemente a la diabetes, a la enfermedad cardiovascular, la obesidad, la artritis y la demencia (85) y, por último, a la muerte (86).

En la medida en que los mercaderes de la inmortalidad son capaces de vendernos sus productos, la medicina gana más poder sobre todas las fases de nuestras vidas, intentando controlarlas desde antes del nacimiento hasta el final. Como Ivan Illich lo expresó tan profética y conmovedoramente: “La salud, o el poder autónomo para hacer frente a la adversidad, ha sido apropiada hasta el último suspiro” (87). Hoy en día, casi

cada desafío físico, mental o social que enfrentamos los seres humanos podría fácilmente ser considerado como una condición que debe corregirse a través de medios médicos (88).

La alta intensidad y el ritmo acelerado de la medicalización en la sociedad han creado grandes obstáculos para la creación de salud, debido a su énfasis en la patologización de todos los aspectos de la vida y la forma en la que se alimenta del miedo a la muerte.

Ahora, una nueva fuerza está emergiendo. Además de la búsqueda de la inmortalidad, la medicalización parece estar impulsando cada vez más lo que se ha denominado *amortilidad*, la creencia en nuestra capacidad para detener el envejecimiento, y para evitar o ignorar la decrepitud y la muerte (89). Esta nueva tendencia podría proporcionar una oportunidad única para crear un nuevo conjunto de incentivos para los políticos, profesionales, académicos, filántropos, comunicadores y clínicos para aceptar con entusiasmo las actitudes, conocimientos, habilidades y comportamientos necesarios para impulsar a la sociedad hacia la salutogénesis (90), sin chocar con el poderoso complejo médico-industrial (91).

Dada la relativa oscuridad que ha rodeado a la salutogénesis desde la década de 1970 y la falta de sinceridad hacia la promoción de la salud desde mediados de la década de 1980, es poco probable que la noción de una pandemia de la salud capture la imaginación y el interés de los que actualmente tienen en sus manos las palancas políticas y económicas del poder, al menos en el corto plazo.

En lugar de esperar un milagro, o que la amortilidad se convierta en una fuerza dominante en todo el mundo, un grupo de colegas de diferentes regiones decidieron unir sus fuerzas a través de fronteras tradicionales, para buscar nuevas opciones para crear salud y acercar a la pandemia cada vez más a la realidad. Este libro

resume lo que se ha logrado hasta ahora, y actúa como una invitación para colaborar a otras personas y grupos que ya están trabajando en promoción de la salud y salutogénesis.

Desatar o aun menos, completar una pandemia de salud positiva podría parecer un sueño imposible hoy en día. Sin embargo, hace tan sólo unas décadas se pensó que no se podía aterrizar con seguridad en la luna o decodificar el genoma humano. Con herramientas relativamente primitivas, pero con liderazgo, una visión clara, convicción y trabajo minucioso, los seres humanos nos demostramos que estábamos equivocados. Ahora, masivamente interconectados y armados con conocimiento y herramientas de inimaginable poder, cada vez mayor, ha llegado la hora para creer que cada persona puede disfrutar de salud positiva hasta el último suspiro (92) y - con un fuerte sentido de urgencia, compromiso, generosidad, humildad y creatividad - unir fuerzas y demostrar que tenemos razón.

Referencias

1. The history of bloodletting | BC Medical Journal [Internet]. [cited 2017 Oct 14]. Available from: <http://www.bcmj.org/premise/histor-y-bloodletting>
2. Parapia LA. History of bloodletting by phlebotomy. *Br J Haematol*. 2008 Nov;143(4):490–5.
3. Melville NA. WHO Hand-Hygiene Initiative Largely Ignored [Internet]. *Medscape*. 2011 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <https://www.medscape.com/viewarticle/743111?pa=fLKsA6rB%2BJdPT5 uxPCjibG0BOAo-7vil0Eq7td56wUV8 PrtENi2RTpiAXhwjc12VALCEJNCr bkqLWYvqLrhntWA%3D%3D>
4. Freeman MC, Stocks ME, Cumming O, Jeandron A, Higgins JPT, Wolf J, et al. Systematic review: Hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. *Trop Med Int Health*. 2014 Aug 1;19(8):906–16.
5. Daniels IR. Historical perspectives on health: Semmelweis: a lesson to relearn? *J Roy Soc Health*. 1998;118:367–70.
6. Smith DL. *Less Than Human: Why We Demean, Enslave, and Exterminate Others*. St. Martin's Press; 2011. 336 p.
7. Kenny S. How black slaves were routinely sold as "specimens" to ambitious white doctors [Internet]. *The Conversation*. 2015 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://theconversation.com/how-black-slaves-were-routinely-sold-as-specimens-to-ambitious-white-doctors-43074>
8. Hogarth RA. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. UNC Press Books; 2017. 290 p.
9. Shaban H. How Racism Creeps Into Medicine. *The Atlantic* [Internet]. 2014 Aug 29 [cited 2017 Oct 15]; Available from: <http://www.theatlantic.com/health/archive/2014/08/how-racism-creeps-into-medicine/378618/>
10. Braun L, Wolfgang M, Dickersin K. Defining race/ethnicity and explaining difference in research studies on lung function. *Eur Respir J*. 2013 Jun;41(6):1362–70.
11. Haque OS, Waytz A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspect Psychol Sci*. 2012 Mar;7(2):176–86.
12. Gambrill E. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World. *Res Soc Work Pract*. 2013 Sep 8;24(1):13–36.
13. Timmermans S, Almeling R. Objectification, standardization, and commodification in health care: a conceptual readjustment. *Soc Sci Med*. 2009 Jul;69(1):21–7.
14. Kahneman D. *Thinking, Fast and Slow*. Doubleday Canada; 2011. 512 p.
15. Pandemic [Internet]. *Online Etymology Dictionary*. [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.etymonline.com/word/pandemic>
16. Honigsbaum M. Historical keyword: Pandemic. *Lancet*. 2009;373:1939.
17. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. What is a pandemic? *J Infect Dis*. 2009 Oct 1;200(7):1018–21.
18. Dicker RC, Coronado F, Koo D, Parrish RG. *Principles of Epidemiology in Public Health Practice*. US Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
19. Anonymous. *The WHO pandemic phases*. World Health Organization; 2009.
20. *World Health Survey* [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2016 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>
21. Jadad AR, Cabrera A, Gatov J, HakemZadeh F, Mohapatra A, Pace N, et al. *The Health of Humanity Project* [Internet]. Institute for Global Health Equity and Innovation. 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.dlsph.utoronto.ca/initiative/the-health-of-humanity-project/>
22. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1987. 218 p.
23. Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq*. 1998 Jan 1;9(1):1–28.
24. Seligman MEP. Positive Health. *Appl Psychol*. 2008 Jul 1;57:3–18.
25. Benedictow OJ. *The Black Death, 1346-1353: The Complete History*. Boydell Press; 2004. 433 p.

26. Nelson JC. Historical Atlas of the Eight Billion: World Population History 3000 BCE to 2020. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2014. 106 p.
27. Johnson NPAS, Mueller J. Updating the accounts: global mortality of the 1918-1920 "Spanish" influenza pandemic. *Bull Hist Med.* 2002 Spring;76(1):105-15.
28. Oral health [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2016 [cited 2017 Oct 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>
29. Allen L. Are we facing a noncommunicable disease pandemic? *J Epidemiol Glob Health.* 2017 Mar;7(1):5-9.
30. Obesity and overweight [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
31. Klayman J. Varieties of Confirmation Bias. In: Busemeyer J, Hastie R, Medin DL, editors. *Psychology of Learning and Motivation.* Academic Press; 1995. p. 385-418.
32. York EP, Brown T. The price they paid. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2015 Feb 3;5(1):264-36.
33. Beveridge WIB. *The Art of Scientific Investigation.* CreateSpace Independent Publishing Platform; 2015. 196 p.
34. *Decision Making from a Cognitive Perspective: Advances in Research and Theory.* Academic Press; 1995. 426 p.
35. Definition of definition [Internet]. Oxford Dictionaries. Oxford Dictionaries; [cited 2017 Oct 16]. Available from: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/definition>
37. Polanyi M. *The Tacit Dimension.* University of Chicago Press. 2009.
38. United Nations. Constitution of the World Health Organization [Internet]. 1948. Available from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
39. Gurnani MV, Agarwal A. Healthy Lives for All, Until the Last Breath: An Interview with Dr. Alex Jadad. *Univ Toronto Med J.* 2014;92:20-4.
40. Jadad AR, O'Grady L. How should health be defined? *BMJ.* 2008 Dec 10;337:a2900.
41. Blalock HM. *Conceptualization and Measurement in the Social Sciences.* First Edition. SAGE Publications, Inc; 1982.
42. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011 Jul 26;343:d4163.
43. Schulkin J. *Allostasis, Homeostasis, and the Costs of Physiological Adaptation.* Cambridge University Press; 2004. 372 p.
44. Carel H. Phenomenology and its application in medicine. *Theor Med Bioeth.* 2011 Feb;32(1):33-46.
45. Svenaeus F. *Naturalistic and Phenomenological Theories of Health: Distinctions and Connections.*
46. *Royal Institute of Philosophy Supplements.* 2013;72(Supplement - 1):221-38.
47. WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators, 2015 [Internet]. Health statistics and information systems. World Health Organization; 2016 [cited 2017 Apr 17]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>
48. Bombak A. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. *Frontiers in Public Health.* 2013;1:15.
49. Jürges H, Avendano M, Mackenbach JP. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur J Epidemiol.* 2008 Sep 24;23(12):773-81.
50. Ferraro KF, Wilkinson LR. Alternative Measures of Self-Rated Health for Predicting Mortality Among Older People: Is Past or Future Orientation More Important? *Gerontologist.* 2015 Oct;55(5):836-44.
51. Huohvanainen E, Strandberg AY, Stenholm S, Pitkälä KH, Tilvis RS, Strandberg TE. Association of Self-Rated Health in Midlife With Mortality and Old Age Frailty: A 26-Year Follow-Up of Initially Healthy Men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2016 Jul;71(7):923-8.
52. Gasull M, Pallarès N, Salcedo N, Pumarega J, Alonso J, Porta M. Self-rated health and chronic conditions are associated with blood concentrations of persistent organic pollutants in the general population of Catalonia, Spain. *Environ Res.* 2015 Nov;143 (Pt A):211-20.
53. Falk H, Skoog I, Johansson L, Guerchet M, Mayston R, Hörder H, et al. Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America - a 10/66 Dementia Research Group study. *Age Ageing.* 2017 Jul 18;1-8.
54. DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med.* 2006;21(3):267-75.
55. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997 Mar;38(1):21-37.
56. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009 Aug;69(3):307-16.
57. Lee HY, Kim J, Merighi JR. Physical Activity and Self-Rated Health Status Among Older Adult Cancer Survivors: Does Intensity of Activity Play a Role? *Oncol Nurs Forum.* 2015 Nov;42(6):614-24.
58. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 2000;54(2):123-9.
59. Johar M, Jones G, Savage E. The effect of lifestyle choices on emergency department use in Australia. *Health Policy.* 2013 May;110(2-3):280-90.
60. Doiron D, Fiebig DG, Johar M, Suziedelyte A. Does self-assessed health measure health? *Appl Econ.* 2015 Jan 8;47(2):180-94.

61. Ganna A, Ingelsson E. 5 year mortality predictors in 498,103 UK Biobank participants: a prospective population-based study. *Lancet*. 2015 Aug 8;386(9993):533–40.
62. Mavaddat N, Parker RA, Sanderson S, Mant J, Kinmonth AL. Relationship of self-rated health with fatal and non-fatal outcomes in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Jul 30;9(7):e103509.
63. Mavaddat N, Valderas JM, van der Linde R, Khaw KT, Kinmonth AL. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2014 Nov 25;15:185.
64. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lorbeer R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas*. 2017 Sep;103:37–44.
65. Nützel A, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, König H-H, Riedel-Heller S, et al. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany. *BMC Fam Pract*. 2014 Jan 3;15:1.
66. Northwood M, Ploeg J, Markle-Reid M, Sherifali D. Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity. *J Adv Nurs* [Internet]. 2017 Aug 3; Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.13408>
67. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37–43.
68. Terner M, Reason B, McKeag AM, Tipper B, Webster G. Chronic conditions more than age drive health system use in Canadian seniors. *Healthc Q*. 2011;14(3):19–22.
69. Shadbolt B, Barresi J, Craft P. Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2002 May 15;20(10):2514–9.
70. Vejen M, Bjorner JB, Bestle MH, Lindhardt A, Jensen JU. Self-Rated Health as a Predictor of Death after Two Years: The Importance of Physical and Mental Wellbeing Postintensive Care. *Biomed Res Int*. 2017 Aug 21;2017:5192640.
71. Antonovsky A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
72. Becker CM, Glascoff MA, Michael Felts W. *Salutogenesis 30 Years Later*.
73. Where do we go from here? *Int Electron J Health Educ*. 2010;13:25–32.
74. Lindstrom B. *Salutogenesis: An introduction* [Internet]. 2010. Available from: http://www.centrelearback.org/assets/PDF/04_activites/clr-GCPB121122-Lindstrom_pub-introsalutogenesis.pdf
75. Idan O, Eriksson M, Al-Yagon M. The Salutogenic Model: The Role of Generalized Resistance Resources. In: Mittemark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al., editors. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham (CH): Springer; 2016.
76. Foot J, Hopkins T. *A glass half-full: how an asset approach can improve community health and well-being* [Internet]. Improvement and Development Agency; 2010. Available from: <http://www.assetbasedconsulting.net/uploads/publications/A%20glass%20half%20full.pdf>
77. Foot J. *What makes us healthy? The asset approach in practice: evidence, action, evaluation* [Internet]. Improvement and Development Agency; 2012. Available from: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2017/10/healthy-final-final.pdf>
78. Rotegård AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM. Health assets: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010 Apr;47(4):513–25.
79. Seligman MEP, Peterson C, Barsky AJ, Boehm JK, Kubzansky LD, Park N, et al. *Positive Health and Health Assets: Re-analysis of Longitudinal Datasets* [Internet]. Positive Health Research; 2013. Available from: http://positivehealthresearch.org/sites/positivehealthresearch.org/files/PH_Whitepaper_Layout_Web.pdf
80. Antonovsky A. The life cycle, mental health and the sense of coherence. *Isr J Psychiatry Relat Sci* [Internet]. 1985; Available from: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1987-24681-001>
81. Sagy S, Antonovsky H. The Development of the Sense of Coherence: A Retrospective Study of Early Life Experiences in the Family. *Int J Aging Hum Dev*. 2000;51(2):155–66.
82. Loeffler E, Power G, Bovaird T, Hine-Hughes F. *Coproduction of Health and Wellbeing in Scotland* [Internet]. NHS Scotland ; 2013. Available from: http://www.coproductionscotland.org.uk/files/8213/6189/6682/Coproduction_of_Health_and_Wellbeing_in_Scotland_2013.pdf#page=28
83. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion* [Internet]. Health Promotion. 1986. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
84. Anonymous. *Health Promotion and Primary Prevention in 14 European countries: a comparative overview of key policies, approaches, gaps and needs* [Internet]. CHRODIS; 2015. Available from: <http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/FinalFinalSummaryofWP5CountryReports.pdf>
85. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Buasai S. *Innovative Financing of Health Promotion*. 2008 Dec 1 [cited 2017 Oct 21]; Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1477282
86. Ballard K, Elston MA. Medicalisation: A Multi-dimensional Concept. *Soc Theory Health*. 2005 Aug 1;3(3):228–41.
87. Schwartz RS. Paul Ehrlich's magic bullets. *N Engl J Med*. 2004 Mar 11;350(11):1079–80.

88. Booth FW, Gordon SE, Carlson CJ, Hamilton MT. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *J Appl Physiol*. 2000 Feb;88(2):774–87.
89. Jha S. War on Death [Internet]. *BMJ*. 2015 [cited 2017 Apr 17]. Available from: <http://blogs.bmj.com/bmj/2015/03/03/saurabh-jha-war-on-death/> Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Calder & Boyars; 1975. 183 p.
90. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University Press; 2007. 224 p.
91. Mayer C. *Amortality: The Pleasures and Perils of Living Agelessly*. Random House; 2011. 304 p.
92. McLean J, McNeice V. *Assets in action: illustrating asset based approaches for health improvement*. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health. 2012;
93. Relman AS. The new medical- industrial complex. *N Engl J Med*. 1980 Oct 23;303(17):963–70.
94. Jadad AR. Creating a pandemic of health: What is the role of digital technologies? *J Public Health Policy*. 2016 Nov;37(Suppl 2):260–8.

Recibido: Julio 01, 2021
Aceptado: Agosto 09, 2021

Correspondencia:
Alejandro Jadad Bechara
ajadad@gmail.com