

VOLUMEN 17 • NÚMERO 32
NÚMERO ESPECIAL: FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

*euph*Ψία

REVISTA DE FILOSOFÍA

PRESENTACIÓN

Introducción de los editores, Mario Gensollen y Alger Sans Pinillos

VARIA

La abducción en el razonamiento médico, Cristina Barés Gómez y Matthieu Fontaine

Jeopardizing Biomedical Epistemic Niches, Lorenzo Magnani

Revolución en los modelos sanitarios: diseño, complejidad e instituciones, Anna Estany

Challenges and Controversies of Generative AI in Medical Diagnosis, Jordi Vallverdú

El lugar de la cirugía en la filosofía de la medicina, Cecilia M. Calderón Aguilar

DISCUSIÓN

Ética de la innovación médica, Antonio Sitges-Serra

Análisis y definición de los conceptos de *salud y enfermedad*, Adreu Segura



ISSN 2683-2518

Análisis y definición de los conceptos de *salud y enfermedad*

Andreu Segura

Especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva (jubilado)

Barcelona

asegurabenedicto@gmail.com

Como ha ocurrido con la COVID-19, el significado que se le ha dado a los conceptos de *salud* y, aún más, de *enfermedad*, ha sido el médico, clínico para ser más preciso. Lo cual es comprensible. No en vano son muchos los siglos de curar y cuidar a las personas dolientes o impedidas, o de tratar de hacerlo. Pero comprensible no es del todo sinónimo de lógico. Porque se trata de términos, sino polisémicos, por lo menos anfibológicos. Incluso desde el ámbito mismo de la sanidad.

Así, por ejemplo, en el caso de la pandemia, el sentido de salud y enfermedad de la medicina clínica, de orientación básicamente individual, no es el mismo que le da la salud pública como problema colectivo.

Ya es sabido que la salud no es la mera ausencia de enfermedad o de insania, pero tampoco es la suma algebraica de la salud de cada una de las personas que la conforman. La salud

comunitaria es, como las ciudades, los hormigueros o los enjambres, un fenómeno emergente (Johnson, 2003), en el sentido que sus propiedades son de naturaleza esencialmente distinta que la que tenían sus componentes. Como ocurre con el cerebro, que no sólo es simplemente un conjunto de neuronas.

Aunque, bien vista, la salud comunitaria es también un determinante de la salud individual. Formar parte de una comunidad saludable incrementa la probabilidad de vivir una vida personal más saludable. Algo parecido a lo que ocurre con la denominada inmunidad colectiva (*herd immunity*).¹

La definición de salud adoptada por la OMS destaca sus tres dimensiones: la física —somática—, la psíquica —mental y espiritual—, y la social —colectiva—. Dimensiones inseparablemente unidas. El error de Descartes (Damasio, 2011) fue disociar alma y cuerpo. Porque en todo caso son facetas de una misma e indisoluble realidad. Pero Damasio podía haber ido más allá, porque la especie humana es por naturaleza, social. Es decir que los individuos que la componen no pueden sobrevivir por sí solos. La vida humana sólo es posible colectivamente. Y no sólo durante la primera infancia.

¹ Literalmente “inmunidad de rebaño”. Se refiere a la inmunidad colectiva, una característica de algunas poblaciones o comunidades en las que una proporción suficiente de sus individuos no son susceptibles a la infección por un determinado agente biológico. Inmunidad que puede ser consecuencia de la respuesta del organismo a la infección espontánea o a la administración de alguna intervención profiláctica, habitualmente la vacunación. Se trata de una propiedad temporal puesto que la proporción de no vulnerables es variable y se requiere un dintel mínimo para que el agente no se pueda propagar al no encontrar suficientes fuentes de infección en la comunidad dada. Dintel que depende de las propiedades del agente y de las características de la población.

Y si atendemos al criterio de Edward Wilson, la especie es *eusocial* (Wilson, 2020), que es *más*, o de acuerdo con el significado del prefijo griego, *mejor* que social; una característica de algunas especies biológicas en las que la selección de grupo y la plasticidad del fenotipo permite desarrollar comportamientos individuales que generan ventajas evolutivas colectivas² más que individuales, entre ellas —por ejemplo— el altruismo. Y, por si fuera poco, resulta que buena parte de los determinantes de la salud comunitaria, y también de la personal, son sociales.

Tampoco las consecuencias de la enfermedad, que no deja de ser una dolencia o una limitación para quienes la padecen, son comparables cuando afectan a un paciente determinado que si se propagan en la colectividad. El impacto social no es, de nuevo, la mera suma de los impactos individuales.

El sentido de salud y enfermedad desde la perspectiva salubrista es diferente que desde la mirada de la clínica y probablemente más adecuado para entender de mejor manera la naturaleza y el alcance de los problemas de salud y de enfermedad colectivos, de la población, y, en consecuencia, para tratar de prevenirlos y controlarlos.

Claro que históricamente —mejor prehistóricamente— la protomedicina precedió por lo menos en algunos milenios a la

² Mientras que la mayoría de las hembras de la mayoría de los primates —recientemente se ha observado que en algunos grupos de chimpancés la menopausia es también muy anterior a la muerte— no sobreviven a la menopausia, las mujeres sí lo hacen, además durante bastante tiempo, lo que les permite cuidar de sus nietos, lo que comporta mayores probabilidades de supervivencia del grupo. Característica que se conoce como la hipótesis de la abuela (Hawkes, 1997). La persistencia de individuos cuyos comportamientos son exclusivamente homosexuales también podría tratarse de una conducta benéfica para la selección de grupo (Gómez, 2023).

salud pública que, de hecho, nace con las ciudades, en el neolítico. Las bandas y clanes de homínidos en los que alguien — presumiblemente alguna hembra— ayudara a las parteras y atendiera a los individuos lesionados o indispuestos, tendrían más probabilidades de subsistir y de reproducirse, lo que supondría una ventaja evolutiva (Repullo, 2006).

Una veteranía la de la clínica que se refleja a la hora de nombrar y darle sentido a los conceptos. Si recurrimos al griego clásico en busca de antecedentes etimológicos, resulta que las palabras relativas a enfermedad son *pathología*, *nosos*, *arrostia* y *astenia*.³

Astenia compuesta por *sthenos*, “vigor, fuerza, poder” precedida por el alfa privativa, “carecer de”, sería relativo a la debilidad. Significado casi literal del origen etimológico de nuestra enfermedad que es el latín *infirmitas*, *-atis*. Vocablo formado por el prefijo latino *in-* que indica ‘negación’ y el lexema latino *firm-* del adjetivo *infirmus*, falta de firmeza, débil.

Con el progreso del conocimiento médico y más precisamente de la fisiopatología, el concepto *enfermedad* ha ido evolucionando de modo que en la actualidad significa según la RAE “el estado producido en un ser vivo por la alteración de la

³ *Pathología*, deriva de *pathos*, que invoca sufrimiento, desgracia, calamidad, aunque literalmente significa “lo que le sucede a alguien o a algo”. *Pathos* es un sustantivo derivado del verbo *paschein*, “sufrir, experimentar”. Con respecto al vocablo *nosos* (νόσος), su etimología es confusa. Podría proceder de la negación del indoeuropeo **hl osu-*, que significa “bueno, en buena condición”. Término vinculado con los vocablos hititas *ass-* “estar bien, ser querido, favorecido” y *aššu-* “bueno, favorable, agradable”. Por lo tanto, *nosos* denotaría un estado desfavorable. En cambio, *arrostia* (ἀρρωστία) denotaría falta de fortaleza, es decir, debilidad de alguien. Así que, excepto *pathología*, que evoca denota sufrimiento, las otras denominaciones de enfermedad en griego se refieren a la ausencia de fortaleza y tienen que ver con una condición personal inadecuada o desfavorable.

función de uno de sus órganos o de todo el organismo”, y para la OMS es una “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”. Definiciones que, interesa destacar, no reconocen explícitamente a la enfermedad una identidad propia, independiente del paciente que la experimenta.

La historia de la medicina valora como un progreso que la enfermedad haya pasado de ser una vivencia, una experiencia personal, a devenir una entidad autónoma con un estatus propio. Orientación que ya encontramos esbozada en los hipocráticos, cuando acentúan la etiología natural de la epilepsia en “Sobre la enfermedad sagrada”. Aunque se atribuye a Thomas Sydenham — el Hipócrates inglés— la consideración de especies morbosas análoga a la taxonomía biológica de su contemporáneo Linneo.

Desde entonces las enfermedades se interpretan como si fueran independientes de los pacientes, aunque, puesto que se trata de procesos en ellos desarrollados, no existen sin los enfermos. Sin embargo, reconocer e identificar estos procesos como entidades singulares tiene muchas ventajas, porque el diagnóstico orienta el pronóstico y el tratamiento, las utilidades clínicas más apreciadas. Una aproximación que ha popularizado la serie televisiva *House MD*, en la que para el doctor House no hay enfermos sino enfermedades.

Pero, llevado al extremo, este planteamiento también tiene desventajas. Porque, por un lado, supone una potencial expropiación de los propósitos más genuinos de la medicina, ayudar a los pacientes —ya sea curándoles, aliviándoles o

confortándoles—, y, por otro, favorece potenciales ofuscaciones al confundir el constructo cognitivo con la realidad fenomenológica.⁴

Porque los procesos que acaecen en la biografía del paciente, que en algunos casos hemos convenido en identificar como una determinada enfermedad, no son siempre suficientemente regulares. Entre otras cosas porque puede que no estén asociados a los mismos fenómenos fisiopatológicos que causan las disfunciones morbosas que podemos observar. Ya que los criterios que se han seguido para designar —ponerles nombre a— las enfermedades a lo largo de la historia no se corresponden invariablemente con tales fenómenos; en el caso de las enfermedades reconocidas como tales desde la antigüedad, simplemente porque entonces no se tenía idea de cómo se producían.

Para acabarlo de complicar, nos hemos limitado a la dimensión física, somática u orgánica, pero la dimensión psíquica, mental y espiritual —sentimientos, emociones, pensamientos— es susceptible a las enfermedades, como lo es también la dimensión social. Podemos hablar pues de enfermedades mentales y de enfermedades sociales.

Curiosamente la enfermedad mental, en la definición canónica de salud de la OMS, recibe el nombre de insania, puesto que salud es “el bienestar completo, físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o de insania”.

⁴ Las ventajas que genera la aplicación de una taxonomía no exclusivamente fisiopatológica a los procesos patológicos son apreciables si son suficientemente regulares. Lo que no ocurre con muchas de las enfermedades de la nosología actual. La variabilidad de las manifestaciones clínicas atribuibles a determinadas enfermedades puede ser tan grande que distorsione significativamente la precisión del pronóstico —desde una anodina levedad a la muerte— o que contrarreste e incluso anule la efectividad de la terapéutica.

Tal vez esta particularidad sea consecuencia de la dificultad de asociar alguna singularidad fisiopatológica con las manifestaciones clínicas —signos y síntomas— de las denominadas enfermedades mentales. Las alteraciones fisicoquímicas, metabólicas e incluso genéticas son raras y parecen limitadas a las psicosis graves. Porque el paradigma —en el sentido de marco y de contexto— biológico actual es probablemente insuficiente para comprender este tipo de procesos.

En el caso de las enfermedades sociales, la limitación tiene que ver con el alcance del término ‘social’. Si se entiende que corresponde a la sociedad, todos los problemas de salud que sufren las colectividades lo son. Particularmente los brotes epidémicos, las epidemias y desde luego las pandemias. Aunque también pueden entenderse como aquellos trastornos que son consecuencia directa o indirectamente de las características del entorno en el que transcurre la vida social. Por ejemplo, las atribuibles a las condiciones de vida que a su vez dependen de las características geopolíticas de nuestras sociedades.

Hay que recordar que nuestro genotipo es prácticamente idéntico al del Neolítico, mientras que las condiciones de vida son completamente diferentes. De hecho se habla incluso de las enfermedades de la civilización, asociadas a unas conductas, estilos de vida en la jerga salubrista, relativas sobre todo a la actividad física, a la alimentación y al consumo de drogas —que incluyen el alcohol y el tabaco— a las que se atribuyen factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial o las dislipemias, algunos cánceres o la cirrosis alcohólica, aunque también se asocian a factores ambientales como el ruido y a otros más relacionales como el estrés.

Las consideraciones anteriores, aunque importantes para entender mejor algunas de las características de la(s) enfermedad(es), no acaban de caracterizar su naturaleza ni mucho menos su por qué. Ya que si hablamos de alteraciones o de trastornos es imprescindible definir respecto de qué. Durante mucho tiempo hemos pensado la salud simplemente ausencia de enfermedad. Pero en la actualidad esta referencia es, por lo menos, insuficiente.

En cuanto a su naturaleza conviene recordar las aportaciones de Canguilhem sobre lo normal y lo patológico. Para Canguilhem (1971) no todas las anomalías son morbosas, porque el sentido de lo normal como consistente, satisfactorio o eficaz comporta un juicio de valor subjetivo. De ahí que para que sea admisible la existencia de la enfermedad es imprescindible la percepción de la persona afectada. Un planteamiento que rechaza la idea de enfermedad como una entidad ajena al paciente. Claro que si el proceso patológico afecta a la capacidad de percepción del enfermo, el argumento flaquea.

Esta orientación es coherente con la diversidad de denominaciones populares de la enfermedad. Particularmente lo es en inglés, idioma en el que *sickness* sirve para denominar un malestar o trastorno general; *illness* sería una fórmula también subjetiva, pero más elegante de nombrar la afección; y *disease* correspondería al concepto de enfermedad, más específico, el que habitualmente emplean los entendidos.

En cualquier caso, la idea de anormal como contrario a la norma, una interpretación valorativa que persigue comprender el sentido del fenómeno de enfermar —lo que implica que debería tener algún sentido, proposición que Nietzsche (2011) y desde luego Camus (1991) rechazarían—, durante la mayor parte de la

historia de la humanidad y todavía hoy —en algún grado, al menos— el sentido tiene que ver con algún tipo de transgresión, de violación de la norma, de lo justo, de los mandamientos.

La culpa es un buen candidato para dar con el porqué de las enfermedades entendidas como castigo. Comporta cierto protagonismo, en el sentido de responsabilidad, del paciente: “Esto me pasa por lo que he hecho o por lo que he dejado de hacer”. Lo que abre la puerta al arrepentimiento y tal vez a una reparación (total): curación o parcial alivio; y, desde luego genera una oportunidad para que un(os) tercero(s) se beneficie(n). Tal vez sea por ello por lo que muchas religiones, particularmente las monoteístas, han cultivado este tipo de explicación, como ilustra el conocido pasaje del evangelio de san Juan, aunque como puede verse, el maestro —sabiamente— se sale por la tangente.⁵ Interpretación que, además de identificar al “culpable”, le proporciona al paciente cierta esperanza de remisión. Si ha sido él el causante tal vez pueda ser también él quien lo solucione. Esperanza en el sentido de ilusión que le daba Spinoza (1977), claro.

Dar con una explicación creíble satisface la inquietud característica de los —al menos de algunos— humanos frente a los fenómenos que le acontecen. Y la enfermedad es uno de ellos. Si, como ocurre con la culpa, la explicación identifica un porqué, la satisfacción acostumbra a ser todavía mayor. Fruición que puede

⁵ “En aquel tiempo, Jesús vio al pasar a un ciego de nacimiento, y sus discípulos le preguntaron: Maestro, ¿quién pecó para que éste naciera ciego, él o sus padres? Jesús respondió: Ni él pecó, ni tampoco sus padres. Nació así para que en él se manifestaran las obras de Dios. Es necesario que yo haga las obras del que me envió, mientras es de día, porque luego llega la noche y ya nadie puede trabajar. Mientras esté en el mundo, yo soy la luz del mundo” (Juan, 9, 4-12).

incluso incrementarse si se da con un para qué. La aristotélica causa final.

La miseria de la gente es la madre de las enfermedades (Frank, 1941), es el lema de la colosal obra de Johann Peter Frank (1745-1821) *System einer vollständigen medicinischen Polizey (Un sistema completo de política médica)*,⁶ uno de los antecedentes más importantes de la denominada medicina social que si se preocupaba por los problemas de salud de las sociedades era también porque tales problemas les parecían injustos. Un incentivo moral y político que desarrollará Chadwick (1842) y Engels (1845) y que es vigente en la actualidad, como ilustra la estrategia de “Salud en todas las políticas” (*Health in all policies*), por ejemplo⁷.

Cierto es que muchas enfermedades son consecuencia de la influencia de los denominados determinantes sociales, como remarca Michael Marmott en *Los hechos probados* (Wilkinson y Marmott, 2006), pero no todas. Lo que debe hacernos reflexionar sobre el tan reivindicado derecho a la salud que, como ocurre con el derecho a la vida, exige que no nos la quiten, no que no nos

⁶ Un tratado integral de nueve volúmenes sobre todos los aspectos de la higiene y la salud pública. Este trabajo se publicó por primera vez en 1779 y continuó hasta 1827, seis años después de la muerte de Frank

⁷ “Salud en todas las políticas” (HiAP) es una estrategia para incluir consideraciones de salud en la formulación de políticas en diferentes sectores que influyen en la salud, como el transporte, la agricultura, el uso de la tierra, la vivienda, la seguridad pública y la educación, como una oportunidad para involucrar a una gama más amplia de socios. La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1978 en Alma-Ata fue el primer reconocimiento formal de la importancia de la acción intersectorial para la salud. El espíritu de Alma-Ata se mantuvo en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (adoptada en Ottawa en 1986), que fomentaba las “políticas públicas saludables” como un área clave para la promoción de la salud (WHO, 2013).

muramos nunca. De ahí que más apropiado sería el derecho a la protección de la salud, porque el derecho a la salud es más bien un espejismo.

Las enfermedades no sólo son consecuencia de eventuales injusticias. Es conocido el papel potencial de algunas enfermedades en la evolución biológica, e incluso en la adaptabilidad a los factores del entorno, como ha ocurrido por ejemplo con la anemia falciforme y el paludismo (Diakité et al., 2016) o la fibrosis quística y el cólera (Rodman, 1991). Aunque como acostumbra a ocurrir en los sistemas complejos —y la biología y la biopatología lo son—, los efectos, consecuencias, resultados o variables dependientes dependen de interacciones entre diversos factores, causas o variables independientes.

La idea de que la salud y la enfermedad son los polos de un único continuo, formulada por el epidemiólogo Milton Terris (1975) ha tenido mucha influencia en el ámbito sanitario. Aunque no deja de ser una versión amplificadora del concepto *salud* como ausencia de enfermedad.

Pero no es la única manera de entender la salud. El envejecimiento demográfico y la medicalización de la vida cotidiana han comportado un cambio notorio de los patrones epidemiológicos, de modo que, como ya ironizaba Huxley: la investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano. Claro que entonces hay que preguntarse, sano, ¿según quién? o ¿qué entendemos por sano? y, en consecuencia, por salud.

Muchas son las definiciones de *salud* que se han formulado, desde la ya mencionada de la OMS según la cual “la salud es el estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o de insania” —frase del epidemiólogo

croata Andrija Stampar, inspirada en Henry Sigerist y adoptada por la primera Asamblea Mundial de la Salud en 1948—, hasta la del Xè congrés de Metges i biòlegs de Perpignan como “la manera de vivir que es autónoma, solidaria y plena”.

A pesar de sus diferencias —estado o forma de vivir— ambas definiciones son claramente subjetivas, y la de Perpignan admite incluso que alguien puede sentirse absolutamente sano incluso padeciendo alguna enfermedad, lo que corroboran las encuestas de salud administradas a la población, puesto que una notable proporción de encuestados —más de un tercio de los adultos— admite padecer más de una enfermedad y a la vez considera su salud muy buena (INE, 2018).

La subjetividad de las definiciones y sus características de bienestar o de plenitud las hacen compatibles con el aforismo atribuido a Sigmund Freud: “Existen dos maneras de ser feliz en esta vida, una es hacerse el idiota, la otra es serlo”. Dicho de modo menos provocativo, se puede estar o sentirse sano de muchas maneras, algunas probablemente contradictorias, lo que limita extraordinariamente su operatividad social y también la sanitaria. Pues, ¿qué es entonces la promoción de la salud?, ¿de qué salud?

Otros intentos de definir la salud han insistido en la capacidad de adaptación funcional positiva, como la de Dubos: “La salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor que permite funcionar efectivamente en el entorno elegido” (Dubos, 1959); o la de Antonovsky, quien consideraba la salud no como un equilibrio, sino más bien como un proceso inestable de autorregulación activa y dinámica, por lo que debe ser recreada continuamente (Kicksbusch, 1996).

Para Antonovsky (1993) resulta decisivo el empleo adecuado de los recursos generales de resistencia, mediante la propiedad

que denominó sentido de coherencia. Lo que le llevó a proponer un modelo de promoción de la salud de naturaleza salutogénica (Rivera, 2011), en contraposición al de patogénesis hegemónico de la clínica —y de buena parte de la gente—. La perspectiva patogénica acentúa el papel de la curación y el de la prevención, mientras que la salutogénica lo hace con las actividades que mejoran o incrementan la salud, sin preocuparse tanto de la curación o la prevención. Estas actividades organizadas de la sociedad tienen consecuencias directas o indirectas sobre la salud, de modo que pueden considerarse también objeto de la salud pública, como lo fueron en la prehistoria las actividades de saneamiento urbano; una dimensión social que se materializa localmente en el ámbito que llamamos de “salud comunitaria”.

La salud comunitaria no es sólo la salud de la comunidad, sino también las acciones que la comunidad desarrolla para mantener y mejorar la salud colectiva, con una perspectiva más salutogénica, mediante la participación activa, el trabajo en red y el empoderamiento personal y político con el que controlar los determinantes de la propia salud. Así pues, la ‘salud comunitaria’ —término que habitualmente se utiliza para referirnos a la protección y promoción colectivas de la salud de las comunidades— podría considerarse una versión local de la salud pública. Esta es una perspectiva que incluye a la sociedad entera y supone la implicación responsable de la ciudadanía, y tiene su antecedente más inmediato en la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (1976), desde donde se emitió la Carta de Ottawa, antecedente del movimiento de “Salud en todas las políticas” (1986) —públicas saludables—, y que últimamente el movimiento “One Health” parece querer aprovechar.

En 2004, la Wildlife Conservation Society organizó una conferencia en Nueva York llamada One World, en la que se proclamaron los doce Principios de Manhattan. Estos destacaban los vínculos entre humanos, animales y el entorno, y la importancia de enfoques interdisciplinarios dirigidos a la prevención, educación, inversión y desarrollo de políticas.

Debido al temor sobre la presentación de posibles brotes de la gripe A (H5N1) a principios de la década del 2000, la Asociación Médica Veterinaria Estadounidense creó el Grupo de Trabajo de la Iniciativa One Health en 2006; la Asociación Médica Estadounidense aprobó una resolución One Health para promover la asociación entre organizaciones médicas veterinarias y humanas en 2007; y se recomendó un enfoque One Health como respuesta a los brotes mundiales de enfermedades en 2007.

Sobre la base de estas iniciativas, las Organizaciones de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se unieron con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Coordinación sobre la Gripe del Sistema de las Naciones Unidas y el Banco Mundial para desarrollar un marco de trabajo titulado "Contributing to One World, One Health-A Strategic Framework for Reducing Risks of Infectious Diseases at the Animal-Human-Ecosystems Interface" en 2008, reiterando las recomendaciones para una salud mundial con enfoque One Health. Este marco se amplió y las organizaciones antes mencionadas pasaron a desarrollar políticas en torno a la iniciativa One Health en la reunión de Stone Mountain, que se celebró en mayo del 2010 en Georgia.

Aunque la formulación de One Health evoca la hipótesis Gaia de Lovelock, el planteamiento ecoepidemiológico global la

precede y, desde el punto de vista de las políticas de salud y sanitarias tiene más tradición la iniciativa de la “Salud en todas las políticas”, emanada de las propuestas de la carta de Ottawa de 1986, durante la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.

En cualquier caso, la concepción de salud que emplea la clínica es distinta de la que se usa en salud pública, aunque no todos los clínicos ni todos los salubristas se reconozcan del todo en la que les correspondería según su actividad profesional. Ambas visiones no son estrictamente incompatibles, si bien lo pueden ser en la práctica cuando se aplican al ámbito inadecuado.

En cuanto a la operatividad de las definiciones, como variables para analizar el grado de salud de las personas y de las comunidades, ninguna de ellas es perfecta. Porque ambas se basan en percepciones subjetivas. No obstante, son de aplicación algunos procedimientos que permiten una orientación cuantitativa. En el caso de la salud pública, por ejemplo, se dispone del EQ-5D (EuroQol 5 dimensiones) que ofrece una medida de salud autopercebida que incorpora las preferencias individuales (utilidades) sobre los estados de salud, y que sirve también como medida de efectividad en la evaluación económica de las tecnologías sanitarias y las políticas en materia de salud (EuroQoL Group, 1990).

Referencias

- Antonovsky A. (1993). “Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility”. *Soc Scien Med* 37: 968-981.
- Camus, A. (1991). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chadwick, E. (1842). "The sanitary condition of the labouring population". Citado por Dunkley P. (2011). "Whigs and paupers: the reform of the English Poor Laws". *Journal of British Studies* 20: 124-129.
- Damasio, A. (2011). *El error de Descartes*. Barcelona: Destino.
- Diakité, S.A., Ndour, P.A., Brousse, V., Gay, F., Roussel, C., Biligui, S., Dussiot, M., Prendki, V., Lopera-Mesa, T.M., Traoré, K., Konaté, D., Doumbia, S., Cros, J., Dokmak, S., Fairhurst, R.M., Diakité, M., y & Pierre A. Buffet, P.A. (2016). "Stage-dependent fate of Plasmodium falciparum-infected red blood cells in the spleen and sickle-cell trait-related protection against malaria". *Malaria Journal* 15(1): 482.
- Dubos, R.J. (1959). *Mirage of Health. Utopias, Progress and Biological Change*. New York: Harper.
- Engels, F. (1845). *Die Lage der Arbeitenden Klasse in England*. Edición en español: <https://www.uv.es/ivorra/Historia/SXIX/ClaseObrera.html>
- EuroQoL Group. (1990). "EuroQoL —a new facility for the measurement of health— related quality of life". *Health Policy* 16(3):199-208.
- Frank, J.P. (1941). "The people's misery: mother of diseases. An address, delivered in 1790 by Johann Peter Frank". Tr. by Henry E. Sigerist. *Bull Hist Med* 9: 81-100.
- Instituto Nacional Electoral (INE). (2017). "Encuesta nacional de salud". <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/10/&file=01005.px>

- Johnson, S. (2003). *Sistemas emergentes*. Barcelona: Turner.
- Kickbusch I. (1996). "Tribute to Aaron Antonovsky — 'What creates health'". *Health Promotion International* 11(1): 5-6.
- Nietzsche, F. (2011). *Así hablo Zaratustra*. Buenos Aires: Centro Editor de Cultura.
- Repullo JR, Segura A. (2006). "Salud Pública y sostenibilidad". *Revista Española de Salud Pública* 80: 475-482.
- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C., y Hernan, M. (2011). "Análisis del modelo salutogénico en España". *Revista Española de Salud Pública* 85: 129-139.
- Rodman, D.M., y Zamudio S. (1991). "The cystic fibrosis heterozygote—Advantage in surviving cholera?". *Medical Hypotheses* 36: 253-258.
- Spinoza, B. (1977). *Ética demostrada según el orden geométrico*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Terris, M. (1975). "Approach to an epidemiology of health". *Am J Public Health* 59: 1037-1046.
- World Health Organization (WHO). (2013). "Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action". <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>>
- Wilkinson, R.G., y Marmott, M. (2006). *Los determinantes sociales de la salud: los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Wilson, E.O. (2020). *Génesis. El origen de las sociedades*. Barcelona: Crítica.