

Capítulo 2

Hacia una definición sistémica de la salud

*Jorge Oseguera Gamba, Maximiliano Martínez Bohórquez
y Ximena A. González Grandón*

Definición de la oms

En 1948 entró en vigor la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante). Esta fue aprobada un par de años antes, durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York. En un contexto de clara ideología anticomunista y con la ratificación y legitimación por parte de los Estados Unidos, en el preámbulo de la constitución se establecía una definición de salud que, sin el conocimiento de muchos de firmantes, fue inspirada en trabajos sobre la medicina socialista de la Unión Soviética (Larsen, 2022): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). A diferencia de las definiciones en ciencia que usualmente se basan

en avances científicos, puede argumentarse que ésta obedeció más bien a una disputa ideológico-política de trasfondo; no obstante, esta definición supuso en su momento un avance revolucionario hacia una comprensión y denotación de la salud mucho más incluyente y multidimensional, que trasciende el aspecto somático (Larsen, 2022).

Esta definición puede ser analizada en dos partes: la parte *positiva*, sobre lo que la salud *sí* es, y la parte *negativa*, sobre lo que la salud *no* es. La última nos dice que la salud no es *solamente* la ausencia de afecciones o enfermedades, lo cual representó, como señalamos, un cambio importante en la manera de entenderla, pues antes de la definición de la OMS predominaba la definición *biomédica* en la que la salud era simplemente la ausencia de anormalidades o enfermedades (Misselbrook, 2014).

Bajo la concepción biomédica, el cuerpo es como una máquina, sobre la cual hay que intervenir sólo si se daña o deja de funcionar adecuadamente. Se argumentaba que esta definición biomédica era problemática por dos razones. Por un lado, es una definición capacitista, pues implica que las personas con “anormalidades” no pueden gozar de salud. Por ejemplo, si alguien nace sin la capacidad de escuchar, estaría condenado a vivir una vida que no podría ser considerada nunca como saludable, a menos que pudiera conseguir, de algún modo, escuchar (Misselbrook, 2014). Por otro lado, como Sigerist (1932: 293) señalaba una década antes de la formulación de la OMS, la salud no es sólo un estado con ausencia de enfermedades o anormalidades, sino que otros aspectos deben ser considerados para tener una definición más “positiva” (Christoforou et al., 2024) y así alcanzar directrices preventivas con el fin de evitar la enfermedad, en lugar de sólo intervenir cuando ya se presentaron la enfermedad o los síntomas. Esa parte positiva es definida por la OMS como el completo bienestar físico, mental y social, de manera que se pone sobre la mesa que la salud no es sólo una cuestión física, sino que extiende así el dominio de la salud más allá de lo biológico, hacia lo psicológico y lo sociológico. Sin embargo, desde entonces la definición no ha sido actualizada y una serie de críticas se han ido acumulando.

Problemas con la definición de la OMS

La definición de la OMS tiene varios aciertos. Como ya se mencionó en la sección anterior, supera algunos problemas de la definición biomédica. Sin embargo, también presenta algunas complicaciones y desde su articulación ha recibido críticas desde diversos sectores. Aquí nos enfocaremos en las siguientes:

1. Es poco realista, utópica e inalcanzable.
2. Es capacitista.
3. Hay elementos y determinantes inherentes a la salud que no considera.
4. La parte positiva no es mensurable.
5. Es universalizante y promotora de medicalización.
6. Es fijista.

Veamos en qué consiste cada una de éstas, y algunas respuestas para tener presente lo que una nueva definición de salud debería evitar.

Utópica

Respecto a la primera crítica, recordemos la parte positiva de la definición de la OMS: “La salud es un estado de *completo* bienestar físico, mental y social”. Aquí se habla de un bienestar *completo*, lo que ha traído críticas a esta definición, pues hace a la salud utópica y un ideal inalcanzable, ya que no toma en cuenta los problemas de las personas en un mundo imperfecto (Misselbrook, 2014). Es decir, difícilmente alguien podría gozar de un completo estado de bienestar físico, mental y social, por lo que la definición implica que nadie podría gozar de salud bajo esta definición.

Sin embargo, recientemente se ha argumentado que tal interpretación de “completo” no es la adecuada (Schramme, 2023). Las críticas han tomado este concepto en el sentido de “perfecto”, como si se requiriera el grado de bienestar más alto posible para poder tener salud. Otra interpretación es la que Schramme llama “holística”, según la cual, para tener salud *completa* la persona debe encontrarse en un estado con todos sus elementos constitutivos satisfechos: el físico, el mental y el social. Para entenderlo mejor, se puede hacer una analogía. Una comida corrida *completa* tiene que incluir una entrada, un plato principal y un postre. Si le falta uno de esos tiempos, no podemos considerarla

“completa”. De esta manera, según esta interpretación de la definición de la OMS, si uno tiene bienestar físico, pero carece de bienestar social o bienestar mental, uno no tiene una salud completa. Nos parece que esta manera más holística de entender la salud va en la dirección correcta.

Capacitista

Otra objeción es que la definición resulta en un capacitismo similar al de la definición biomédica, pues quienes tienen algún tipo de discapacidad o “anormalidad” no pueden gozar de salud, tomando cualquier desviación de la perfección como una patología que requiere tratamiento. Al respecto, Misselbrook (2014) argumenta que más que ese estado “completo”, lo que les importa a los pacientes es si se sienten mal o si su funcionamiento está afectado. Schramme (2023) también contesta a esta crítica explicando que la salud es una cuestión gradual, por lo que no gozar de un estado de completo bienestar no implica que no haya salud, sino que simplemente implica que no se encuentra en un estado perfecto de salud.

Más allá de lo mental y lo social

Recordemos que uno de los aciertos de la definición de la OMS es que reconoce que para comprender la salud no es suficiente considerar únicamente el aspecto físico, somático, sino que incluye una dimensión mental y extiende la salud más allá del cuerpo hacia lo social. Sin embargo, hay otras dimensiones que la definición no incluye, toda vez que el entorno en el que se desenvuelve el ser humano no es solamente social. Las definiciones y conceptualizaciones de la salud, así como la gestión de la asistencia o atención sanitaria, se han visto cuestionadas por los actuales escenarios mundiales, como las nuevas enfermedades y su distribución geográfica o los efectos del cambio climático en la salud. Al cuestionar la definición de salud adoptada por la OMS cuestionamos su papel a la hora de proporcionar suficientes herramientas para entender la complejidad inherente a la salud y el bienestar en el contexto contemporáneo. Más concretamente, en esta tercera crítica, sostenemos que este contexto exige tener en cuenta el papel de otros factores.

Uno de los factores que se deben considerar es el medio ambiente, el cual es importante tomar en cuenta tanto en la teoría médica como en la práctica

asistencial. Un reporte reciente de *The Lancet* ha llamado la atención sobre la actual “sindemia” que está afectando a gran parte del mundo, es decir a la sinergia entre más de una pandemia, en este caso tres: el cambio climático, la obesidad y la desnutrición (Swinburn *et al.*, 2019). La comisión encargada del reporte (al cual regresaremos más adelante) deja en claro que problemas de salud como los relacionados a la nutrición no pueden ser resueltos si no tomamos en cuenta otros factores como el cambio climático y el sistema económico que lo impulsa.¹

Otra serie de factores del entorno afectan igualmente a la salud. Por ejemplo, se ha encontrado que diversas características de los vecindarios tienen efectos cardiovasculares, mediados por la actividad física y la dieta; o que la densidad poblacional, el ruido y la exposición a la luz solar tienen efectos en la salud mental; o que las políticas de impuestos crean incentivos para priorizar el crecimiento económico a costa de la salud. En resumen, la gente no puede ser saludable en entornos no saludables (Fox *et al.*, 2003). La interpretación holística de la palabra “completo” contribuye a visibilizar este punto. No obstante, algunos han señalado que, bajo esta interpretación, la distinción entre la salud y sus determinantes se difumina, dejando una vaguedad sobre dónde termina una y comienza la otra (Bickenbach, 2017: 968; van Druten *et al.*, 2022: 2). Por lo tanto, es necesario un criterio de demarcación entre lo que es la salud en sí y sus determinantes sociales, ambientales, económicos, etc.

Reconocemos los intentos de las organizaciones internacionales de salud de buscar incorporar la esfera social con la agenda política de la lucha contra las desigualdades sociales alrededor del mundo para establecer pautas de acción. Con el objetivo de profundizar en el tema, la oms creó en el 2005 la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y unos años después se elaboró un reporte (2008) y una lista, que incluye elementos como “la vivienda, los servicios básicos y el medio ambiente”. Con base en esta agenda, la Organización Panamericana de la Salud (ops) ha hecho énfasis en los determinantes ambientales de la salud, esto es, los factores ambientales, tanto físicos, como químicos y biológicos, que tienen un impacto en la salud humana, como por ejemplo el cambio climático (Galvão *et al.*, 2010). Actualmente, investigadores han retomado algunas de estas ideas otorgándoles un rol más central, como ocurre en el enfoque *OneHealth* (Mackenzie y Jeggo, 2019) o en el de

1 Agradecemos al Dr. Armando Barriguete por llamar la atención sobre este trabajo.

Salud Planetaria (Horton *et al.*, 2014), por ejemplo. Sin embargo, todos estos elementos no están claramente reflejados en la definición de la OMS, a menos que se le dé una interpretación muy caritativa a “físico” y “social”.

Universalizante y promotora de medicalización

Un gran número de críticas a la definición de la OMS están dirigidas a la interpretación en sentido de perfección de la palabra “completo”, dado que contribuye involuntariamente a una búsqueda constante de un bienestar, a una exigencia continua que invita a una medicalización de la sociedad. De alguna manera, ese ímpetu por tener una salud completa ha contribuido al enriquecimiento de las industrias farmacéuticas y de tecnología médica, pues son estas industrias las que prometen lograr la ausencia de enfermedad, librarnos de ese disvalor en la revisión constante desde el otro legitimado, el médico (Hofmann, 2005). Pero el problema es que las nuevas tecnologías –por ejemplo, las que utilizan el cribado para detectar lo que está fuera de rango, que pueden ser útiles para la prevención o la detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes o ciertos tipos de cáncer– al apostar por el promedio estadístico, tienden a la universalización y se pierden de las particularidades de algunas personas que escapan de la media y que son parte de la diversidad biológica. Dicho de otra manera, hay personas que se salen de esos rangos, en las cuales esas “anomalías” como la glucosa mayor a 100 mg/dl en la sangre nunca podría causar una enfermedad. Además de dar lugar a mayores niveles de dependencia de ese tercero, dejando el bienestar y la salud en manos de una tercera persona y no de procesos de auto-conciencia y auto-cuidado.

Fijismo

Como apunta Huber *et al.* (2011: 343), desde la definición de 1948, la demografía de las poblaciones humanas y la naturaleza de las enfermedades han cambiado considerablemente. En 1948, la OMS articuló una ambición útil, dado que el contexto era de enfermedades agudas como representando la principal carga de morbilidad y las enfermedades crónico-degenerativas que provocaban muertes prematuras. Los patrones de las enfermedades han cambiado debido a que las medidas de salud pública han sido eficientes en muchas partes del mundo, debido a la vacunación, la mejora de la alimentación o el saneamiento. Incluso

en países en desarrollo, la transición epidemiológica patente en la mortalidad y morbilidad de cada país indica el aumento de personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas desde hace décadas. Las cinco causas principales de muerte a nivel nacional en México en el 2023 fueron enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades del hígado y accidentes (INEGI, 2023). La definición de la OMS resulta contraproducente en el sentido del auto-cuidado, autonomía, resiliencia o la responsabilidad ética de cada persona por su propia salud, ya que las personas con enfermedades crónico-degenerativas o con discapacidades, por ejemplo, pueden volverse poco autónomas y solo seguir las recomendaciones del sistema de salud sin cuestionarlos, dejando el conocimiento de su propio cuerpo y sus padecimientos a la heteronomía. Ello minimiza la importancia de la historia de vida, el reconocimiento de la dinámica continua y constante de los organismos vivos (procesos de homeostasis/alostasis, a los que nos referiremos más adelante). Más aún, la plenitud o sensación de bienestar pueden ser muy distintas en diferentes etapas del desarrollo humano. Todo lo anterior niega la posibilidad de que personas con diabetes, hipertensión o síndrome metabólico, por ejemplo, puedan sentirse saludables.

No es mensurable

Finalmente, se ha señalado que los síntomas “positivos” de la salud no son fácilmente observables como sí lo son los síntomas negativos que se manifiestan en la mayoría de las enfermedades (Hafen, 2016). Por lo tanto, sería difícil medir la salud en ese sentido positivo.

Otras definiciones

Una vez entendida la definición de la OMS y las críticas que se le han hecho, revisaremos ahora otras definiciones disponibles en la literatura. En los debates contemporáneos sobre filosofía de la medicina, las definiciones de “salud” y “enfermedad” son objeto de un debate constante, en el que destacan los enfoques normativista y naturalista (Khushf, 2007). Los normativistas sostienen que estos términos no son meramente descriptivos, sino que implican juicios de valor determinados (al menos en parte) por el contexto social y el individuo,

en los que los estados de salud se consideran deseables y los estados de enfermedad deben evitarse. En cambio, los naturalistas buscan una definición objetiva, basada en normas biológicas y en lo que se considera natural para los organismos humanos. Este enfoque incluye consideraciones de síntomas y signos para naturalizar las enfermedades, caracterizando la enfermedad como el fallo de una parte del organismo en el desempeño de sus funciones biológicas normales.

Según las teorías naturalistas (también llamadas “biologicistas”, “reduccionistas” o “mecanicistas”), el concepto de “función biológica” se considera normativo y hace hincapié en lo que debería ser el caso, considerando un rango específico de la corporeidad como “normal” y generalizándolo. La definición biomédica presentada en la primera sección es un tipo de definición naturalista, pues se basa en lo que es “normal” o “natural”. Pensadores naturalistas influyentes, como Christopher Boorse (1977), definen la “enfermedad” desde su enfoque bioestadístico como el reverso de la salud, como el funcionamiento estadísticamente anormal de un rasgo específico en comparación con el funcionamiento medio de los rasgos dentro de una clase de referencia concreta (individuos de la misma especie, sexo y edad). Esta perspectiva naturalista, que ofrece criterios objetivos aplicables a todos los individuos del mismo tipo, se ha impuesto en la filosofía de la medicina en las últimas décadas.

Sin embargo, el uso de la noción de “entorno normal” para dar cuenta de la salud y la enfermedad se ha considerado problemático. Elselijn Kingma (2010) ha señalado que la concepción bioestadística del funcionamiento biológicamente correcto que subyace a los enfoques naturalistas de la salud debe relativizarse en torno a las situaciones del organismo y del entorno o, en última instancia, rechazarse. Como en el caso de la diversidad biológica inherente a los seres humanos, en algunas personas un funcionamiento con ciertas características puede ser correcto en una situación e incorrecto en otra. Un atleta de alto rendimiento, por ejemplo, maneja bradicardias (baja frecuencia cardíaca) en su vida cotidiana, mientras que personas que no hacen ejercicio habitualmente se desmayarían con esas frecuencias cardíacas.

En consecuencia, la “salud” se vuelve ajena al entorno particular con el que interactúan o en el que habitan los individuos. De alguna manera el funcionamiento biológicamente normal de un organismo humano sólo puede especificarse con respecto a un entorno estandarizado, que los naturalistas han denominado “normal” (Boorse, 1977). Esto dificulta la comprensión del rol

que desempeñan los factores ambientales y, en general, obvia la complejidad de la relación entre salud y medio ambiente. Por ejemplo, el analizar de manera estrictamente lineal enfermedades transmitidas por vectores como el dengue o la malaria, sin considerar los determinantes sociales como las condiciones estructurales de salubridad de los espacios públicos, necesarias para que los mosquitos no se reproduzcan.

En contraste, la perspectiva constructivista (un tipo de normativismo) se basa en un supuesto distinto, ya que reconoce explícitamente la casuística o la especificidad situacional o contextual de las nociones de salud y enfermedad. Para los teóricos normativistas como Engelhardt (1986) o Nordenfelt (1987), las nociones de salud y enfermedad están cifradas por el contexto al cual pertenecen, inevitablemente cargadas de valores, por lo que se torna imposible lograr una definición objetivista de los estados de salud y enfermedad. Es decir, que ciertas comunidades consideran estar sanos o enfermos de acuerdo con formas de funcionamiento que se evalúan positiva o negativamente sobre la base de criterios subjetivos, e intersubjetivos en consensos locales. Es a partir de puntos de vista como los constructivistas que nociones subjetivas como “sufrimiento”, “dolor”, “placebo”, “deficiencia” o “bienestar”, acompañan a la interpretación de lo que es salud o enfermedad. En este sentido, por ejemplo, Lennart Nordenfelt (1987, 2007) define la salud como la “capacidad de alcanzar las metas vitales del sujeto”, es decir, “precondiciones para la felicidad mínima del sujeto” (Nordenfelt, 2016: 222). Por lo que, en lugar de definir salud en términos de bienestar como lo hace la OMS, la relación se invierte y se define a la salud como una precondición para el bienestar. La noción de “vivir sabroso” de Natalia Quiceno-Toro (2016), implica la importancia de una valoración subjetiva en relación con el entorno, y se observan las particularidades de una relación persona-comunidad-entorno que es necesaria para determinar la salud y la enfermedad.

Curiosamente, cuando el medio ambiente no se pasa por alto se caracteriza como patógeno, como el contexto que provee riesgos para la salud y como fuente de elementos potencialmente causantes de enfermedad, como vectores portadores de virus o atmósferas de contaminantes y sustancias tóxicas. A modo de ejemplo, pensemos en estos años de pandemia: el medio ambiente fue el culpable a partir de una zoonosis relacionada con la caza o comercialización de animales como el murciélago o pangolín que dio como resultado la COVID-19 (Pérez Piñón, 2020). Esto, claramente, va en detrimento de la com-

prensión de los elementos constitutivos del medio ambiente en los procesos de salud/enfermedad. Nos parece pertinente enfatizar este punto, toda vez que nuestra intención en este capítulo es dar un paso hacia el desarrollo de una comprensión de la relación entre salud y medio ambiente que nos lleve a una perspectiva sistémica, dinámica, relacional y situada de los procesos de salud y enfermedad, que se acerca más a nociones como la de “adaptabilidad” de la filosofía de la biología (noción que se tratará más adelante).

Ahora bien, en ese tenor de ideas y a partir de la nueva definición de la OMS, otras definiciones han sido propuestas. Charles Wylie, por ejemplo, señaló la importancia del entorno en la salud, definiéndola como el “perfecto y continuo ajuste de un organismo con su entorno” (Wylie, 1970: 103). Esta definición pone énfasis en el papel del entorno en la salud, una dirección que la definición de la OMS toma ya al poner en la mesa la dimensión social. Sin embargo, la noción de ajuste va más allá. Por su parte, Dietrich Bonhoeffer definió a la salud como “la fuerza de ser”, refiriéndose con ello a que la salud es la habilidad de perseguir nuestra historia de vida sin la obstrucción insuperable de la enfermedad (Misselbrook, 2014).

Por lo mismo, se han hecho varias propuestas para adaptar la definición de salud. La más conocida es la *Carta de Ottawa*, que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en la capacidad física. Sin embargo, la OMS no ha hecho suya ninguna de estas propuestas. Lo más cercano ha sido la definición ofrecida por un grupo de trabajo de la OMS en 1984, en la cual se entiende a la salud como:

el grado en el que un individuo o grupo es capaz, por un lado, de realizar aspiraciones y satisfacer necesidades; y por el otro, de cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no como el objetivo de la vida; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas (OMS, 1987).

Esta definición incorpora elementos de las definiciones de Wylie y Bonhoeffer. Por un lado, señala el ajuste con el entorno y, por el otro, el tener la capacidad de realizar nuestras metas.

La salud en términos de sistemas complejos adaptativos

Tradicionalmente, en occidente, las ciencias han tenido una aproximación reduccionista y la medicina no es una excepción (Beresford, 2010). En este apartado, plantaremos un contraste con definiciones que se basan en criterios bioestadísticos para delimitar entre lo normal y lo típico, la enfermedad y la disfunción, lo sintomático y lo asintomático, para elaborar un análisis en línea con el del bienestar desarrollado por uno de los autores (Oseguera y Ramírez-Vizcaya, 2024), el cual entienda a la salud y el bienestar de una manera sistémica, auto-organizada, dinámica y adaptativa, que resuelva los problemas señalados en el segundo apartado. En medio las diversas propuestas actuales de reformular, complementar y reconceptualizar la definición de salud de la OMS, nuestro objetivo apunta hacia una definición que aborde la relación entre salud sistémica y medio ambiente integrando aportaciones de la filosofía de la medicina y la filosofía de la biología, y teniendo en cuenta los retos a los que nos hemos enfrentado en los últimos años con las crisis civilizatorias que estamos viviendo.

Creemos que, para entender la salud y la enfermedad como procesos, ahora y en el futuro, no basta con decir que los organismos vivos confrontan los riesgos de su entorno con mayor o menor éxito, más bien, que existen procesos reguladores adaptativos que articulan las intrincadas conexiones entre organismos y entorno. Por ello, es menester considerar tanto las formas de organización entre sistemas que ocurren en el entorno fisiológico, como la adaptabilidad, lo que caracteriza la relación dinámica entre organismo y entorno en términos de cambios producidos en ambos sistemas por procesos especializados en respuesta a las variaciones. En específico, la adaptabilidad es un concepto empleado en la teoría de sistemas, en la biología y en las ciencias cognitivas enactivas. Es la capacidad de un sistema, como lo es un organismo vivo, de mantenerse viable en su entorno regulándose a sí mismo (Di Paolo, 2005; Varela, 1996). Dicho de otra manera, es la capacidad de “hacer frente” a los cambios constantes y continuos del entorno.

Esta noción nos permite reflexionar sobre los procesos de salud/enfermedad en términos de cómo los seres humanos y los entornos pueden ser más capaces no sólo de reaccionar ante las perturbaciones, sino también de gestionar sus interacciones. Desde este punto de vista, el entorno no es sólo

una fuente de perturbaciones y riesgos, sino que se convierte en un elemento fundamental del cambio adaptativo de la dinámica de la vida.

El físico Stephen Hawking dijo en alguna entrevista que el siglo XXI será el siglo de la complejidad (Ruelas Barajas y Mansilla Corona, 2015: 9). En el caso de la salud, consideramos que las teorías de la complejidad tienen mucho que aportar. El cuerpo humano puede entenderse como un sistema complejo adaptativo, es decir un sistema que se organiza y que se autorregula para mantenerse dentro de ciertos límites y lidiar con la entropía de su entorno (Lara-Rosano, 2021). A su vez está compuesto de subsistemas: el sistema circulatorio, el endocrino, el respiratorio, el gastrointestinal, el respiratorio, los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, entre otros. Dichos subsistemas no están aislados, sino que están fuertemente interrelacionados. Cada vez más nos damos cuenta de lo interconectados que están, por ejemplo, el sistema nervioso y el sistema gastrointestinal por medio del nervio vago. Esta aproximación sistémica permite superar el problema de la ultraespecialización que Rolando García (2011) señaló como muy clara en la medicina:

[la ultraespecialización] ha conducido a estudiar manifestaciones aisladas, en un órgano particular, de fenómenos que afectan a un organismo que, sin embargo, reacciona como una totalidad. El “médico general”, el “clínico” con una visión integrada del funcionamiento del organismo humano –se ha repetido con alarma una y otra vez–, es una “especie” que tiende a desaparecer.

Para resolver dicho problema, es útil entender al cuerpo humano como un organismo completo que no es sólo un sistema compuesto de subsistemas, sino que además se encuentra inmerso en un *suprasistema*, es decir el entorno, el cual tiene un efecto muy importante en la salud. En este entorno se encuentran un medio ambiente físico, otros seres humanos, la cultura, la economía, y muchos otros factores que son determinantes de la salud.

Bajo esta perspectiva, la salud puede entenderse como procesos de *homeostasis-alostasis* del cuerpo humano, es decir, la estabilidad y adaptación continua del funcionamiento del sistema humano y sus subsistemas en interacción con un entorno cambiante (suprasistema). La noción tradicional de “homeostasis” de Walter Cannon en 1929, que postula un conjunto ideal de condiciones para mantener la estabilidad de la regulación fisiológica, ha venido reconceptualizándose. Primero, al considerar a la retroalimentación negativa como el

proceso subyacente que actúa como estrategia reactiva para detectar perturbaciones a una variable que se aleja de su valor óptimo, provocando respuestas correctivas para devolver la variable a su valor. Por ejemplo, sabemos que la glucosa –un tipo de azúcar o carbohidrato–, es la principal fuente de energía del organismo humano. Cuando un descenso repentino del contenido de glucosa en la sangre es detectado por sensores fisiológicos, el páncreas libera la hormona glucagón en el torrente sanguíneo, y de esa manera se controla el nivel de glucosa adecuado para que continúen las funciones vitales. Segundo, la noción evolucionó hacia un modelo alternativo, la alostasis de Sterling y Eyer (1988), para reflejar el proceso por el cual, para ser adaptativos y sobrevivir, los organismos deben ser capaces de adaptarse al cambio, con lo que se reconoce que no existe un único conjunto ideal de condiciones estables en la vida (McEwen y Wingfield, 2010). Actualmente se considera que ambos son parte de un mismo ciclo, homeostasis/alostasis, procesos activos de mantenimiento y regulación acoplados a los mecanismos adaptativos mediante los cuales el cuerpo restablece el equilibrio en respuesta a la incertidumbre. De hecho, McEwen y Wingfield (2010) ampliaron el concepto de regulación alostática para incluir ajustes o adaptaciones que pueden manifestar la influencia significativa de la relación constitutiva con el entorno, como variaciones estacionales de la fisiología cuando los organismos se preparan para la hibernación, la migración o al enfrentarse a amenazas inesperadas en un entorno constantemente cambiante y estresante. Desde la perspectiva que defendemos, la viabilidad del sistema viviente humano, así como sus procesos de salud o enfermedad, están en constante cambio entre la regulación y la adaptación. Por medio de estos conceptos podemos ofrecer un criterio de demarcación entre la salud (la homeostasis/alostasis del cuerpo humano) y los determinantes de la salud (el suprasistema).

Estos acercamientos ofrecen una base empírica con evidencia de cómo ir robusteciendo y actualizando una noción de salud. Al incorporar y especificar la relación con el contexto se da lugar a un diálogo fructífero con nuevas maneras de interpretar los determinantes de la salud, ya no sólo sociales, sino culturales y contextuales.

Sin necesidad de problematizar sobre la evolución de estas propuestas, es importante afirmar que desde las perspectivas de la medicina social latinoamericana surge la idea de repensar y construir modelos más complejos para la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad. Un ejemplo al respecto es la conceptualización del proceso salud/enfermedad/atención, en

vez de enfermedad o salud como opuestos, no continuos. El objetivo partió de estar más cerca de las necesidades de los diferentes grupos sociales, y generar una noción diversa de salud que dejara de ser el opuesto de la enfermedad (o la ausencia de ella), y más bien diera cabida a cuestiones como el “sumak kawsay” (denominado en español como “buen vivir”)² (Acosta, 2010; Zaragocín, 2017), o el “vivir sabroso” (Quiceno-Toro, 2016).³ Por lo tanto, el cambio teórico-práctico propuesto por la Medicina Social y Salud Comunitaria Latinoamericana implica partir del supuesto de la salud y la vida como procesos dinámicos y colectivos (sin descuidar la enfermedad), incluir otras metáforas explicativas y comprensivas además de la positivista, y desarrollar prácticas éticas y de cuidado que integren diversos actores y poderes (Granda, 2004). Del mismo modo, diversos antropólogos y ecólogos apoyan la idea de que las variables culturales y biológicas están interrelacionadas. Según el antropólogo médico Kleinman (1992), la enfermedad es una experiencia psicosocial, una construcción cultural y significativa que requiere intervenciones terapéuticas curativas o cuidados de apoyo según el contexto. Jacques May (1958) destaca la inclusión del entorno en las definiciones de enfermedad, entendida como “un estado de desajuste (o inadaptación) temporal al medio” (May, 1958: 97).

En este contexto, la conceptualización del cuerpo humano y del proceso salud-enfermedad debe alejarse de la visión que concibe a los organismos vivos como máquinas formadas por partes independientes que funcionan según cadenas lineales de causa-efecto. En cambio, en las nuevas perspectivas

2 “Buen vivir” o “sumak kawsay” es un modelo de vivir bien que se ha introducido en la Constitución Ecuatoriana desde 2008. Es una propuesta frente a la concepción occidental dominante del bienestar, la noción de “buen vivir” implica reconocer a la vida como el origen de cualquier presupuesto ético a partir del cual aprender y construir la convivencia comunitaria. Tiene un antecedente en las formas de vida de las comunidades originarias y otros grupos humanos, así como una necesaria relación armónica entre la humanidad y la naturaleza (es decir, la “Madre Tierra”) a través de la conservación y la ética del cuidado del ecosistema y de todos los organismos vivos (Gudynas, 2011).

3 “Vivir sabroso” similar a “vivir a gusto o plazeramente”, es un marco conceptual de la oralidad, proveniente de comunidades orales y es propuesto desde el patrimonio cotidiano del Pacífico Colombiano, y sistematizado por la antropóloga Quiceno-Toro (2016). Proviene de una praxis encarnada no inscrita en los cánones occidentales, sobre una forma integral de concebir la vida y las comunidades vivas, como principio filosófico de las comunidades afrocolombianas, ligado al Ubuntu y al Muntu. Se refiere a la vida en comunidad, al “soy porque somos”, a la coexistencia de todos los seres sobre la tierra, a generar y compartir la vida, y a la aspiración consciente de vivir cada experiencia con gusto. Fundamentalmente, se relaciona con las experiencias placenteras encarnadas, abriendo la posibilidad de satisfacer el deseo de una vida digna.

se reconoce lo constitutivo que es el entorno sociocultural y normativo para las experiencias humanas, empezando por el mismo cuerpo, su espectro de experiencias (desde padecimientos dolorosos hasta bienestares placenteros) y los contextos normativos comunitarios. Esto a su vez nos da la pauta para reconocer el lugar de la afectividad, evitando esencialismos, y la variedad de elementos relacionales que deben tenerse en cuenta al intentar explicar los fenómenos de salud/enfermedad (González-Grandón *et al.*, 2024).

Ahora bien, dado que no apelamos a criterios bioestadísticos para trazar la línea divisoria entre lo normal, lo típico, la enfermedad o lo disfuncional, sobre la perspectiva sistémica defendida, experiencias de padecer o de placer se vuelven parte de procesos de estar en el mundo. Lo que no niega que el concepto de enfermedad –que describe un estado de salud indeseable que es subjetivamente sentido e interpretado, como el dolor o la debilidad– es útil, pero evita continuar el debate del valor y el disvalor, y más bien enfatizar las experiencias del cuerpo vivo en diálogo con la construcción normativa y cultural (Kleinman, 1992).

Según el enfoque enactivo, la salud es un fenómeno profundo, misterioso y complejo enraizado dinámicamente en la experiencia de estar vivo (Lozada y D'Adamo, 2024). Estar vivo implica procesos autónomos de autoorganización que subyacen a la relación intrincada y determinante entre un organismo y su entorno. De este modo, los organismos no se limitan a reaccionar pasivamente ante perturbaciones externas desplegando acciones específicas en una situación dada, sino que regulan activamente las condiciones de su interacción y se adaptan a las incertidumbres del entorno, como agentes con voluntad (Varela *et al.*, 1991). En consonancia con esto, el enfoque enactivo reconoce que los organismos vivos desempeñan un papel activo en su propia salud en lugar de ser meros entes pasivos. Ellos mismos pueden desempeñar un papel importante en la promoción de su propio bienestar. De esta manera, nuestro enfoque no es capacitista, pues, por ejemplo, una persona que haya perdido una pierna puede adaptarse al ambiente o adaptar el ambiente a ella.

Conclusiones

La salud suele abordarse con frecuencia desde perspectivas dualistas o carentes de una base empírica actualizada. El sistema médico tiende a asumir que

los expertos deben resolver los problemas de salud, mientras que los pacientes reciben pasivamente las recetas. De este modo, se limita la capacidad de acción del paciente, su agencia, y se descarta la experiencia en primera persona y las relaciones que se establecen con el entorno cambiante. Además, los sistemas médicos tienden a centrarse en elementos discretos, ignorando la interacción bidireccional entre dinámicas locales y globales. La perspectiva enactiva, por el contrario, considera la salud como un proceso emergente, no reducible a reglas locales. Comprender cómo interactúan los niveles global y local podría arrojar nueva luz sobre el problema de la salud y su definición. El punto de vista sistémico podría ayudarnos a ir más allá de los enfoques reduccionistas de la salud, concientizándonos de las interrelaciones complejas entre interdependencia, agencia, autonomía y creación participativa de sentido en el proceso terapéutico. De esta manera, podemos entender la salud/enfermedad como procesos multidimensionales, ayudándonos a transitar a un sistema de salud más preventivo. En lugar de sólo identificar problemas y resolverlos cuando se manifiesten, podemos entender en qué consiste el funcionamiento del sistema y suprasistema para evitar que los problemas surjan. Haciendo una analogía con los sistemas económicos, en lugar de corregir las “fallas del mercado”, podemos reestructurar la economía para que dichas fallas no se den. Esto podría incluso llevarnos a un sistema de salud menos costoso (Chrysopoulou *et al.*, 2021).

Vimos que las limitaciones de la definición actual de la oms no sólo acarrearán problemas conceptuales, sino que afectan cada vez más a la política sanitaria. Nuestra intención en este capítulo fue llamar la atención sobre dichos inconvenientes y sumarnos a los múltiples esfuerzos actuales por reformular dicha definición, de forma tal que incorpore elementos provenientes de las nuevas perspectivas y propuestas. Defendimos, principalmente, las provenientes de las teorías de los sistemas complejos.

Agradecimientos

Ximena A. González Grandón agradece al proyecto “Modelo de abordaje ecológico para la promoción del desarrollo cognitivo y corporeizado de la primera infancia” (DIP-IBERO 2024-2026).

Referencias

- Acosta, A. (2010). *El Buen Vivir en el camino del post-desarrollo: Una lectura desde la Constitución de Montecristi*. Quito: Friedrich-Ebert-Stiftung-ILDIS.
- Beresford, M.J. (2010). “Medical reductionism: Lessons from the great philosophers”. *QJM* 103(9): 721-724.
- Bickenbach, J. (2017). “WHO’s Definition of Health: Philosophical Analysis”. En T. Schramme y S. Edwards (eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine* (pp. 961-974). Dordrecht: Springer.
- Boorse, C. (1977). “Health as a theoretical concept”. *Philosophy of science* 44(4): 542-573.
- Cannon, W.B. (1929). “Organization for physiological homeostasis”. *Physiological reviews* 9(3): 399-431.
- Christoforou, R., Lange, S., y Schweiker, M. (2024). “Individual differences in the definitions of health and well-being and the underlying promotional effect of the built environment”. *Journal of Building Engineering* 84: 108560.
- Chrysopoulou, A., Anielski, M., y Weatherhead, M. (2021). *Failure Demand: Counting the true costs of an unjust and unsustainable economic system*. Wellbeing Economy Alliance.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008). *Subsanciar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final*. Ginebra: OMS.
- Di Paolo, E.A. (2005). “Autopoiesis, adaptivity, teleology, agency”. *Phenomenology and the cognitive sciences* 4(4): 429-452.
- Fox, D.M., Jackson, R.J., y Barondess, J.A. (2003). “Health and the built environment”. *Journal of Urban Health* 80(4): 534-535.
- Galvão, L.A.C., Finkelman, J., y Henao, S. (2010). *Determinantes ambientales y sociales de la salud*. OPS.
- García, R. (2011). “Interdisciplinaria y sistemas complejos”. *Revista Latinoamericana de metodología de las ciencias Sociales* 1(1): 66-01.
- González-Grandón, X., Cadena-Alvear, I., y Gastelum-Vargas, M. (2024). “Interoceptive experiences and ecological care: an embodied approach within therapeutical realms”. *Frontiers in Psychology* 15: 1246906.
- Granda, E. (2004). “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. *Revista cubana de salud pública* 30.
- Gudynas, E. (2011). “Buen Vivir: Today’s tomorrow”. *Development* 54: 441-447.

- Hofmann, B. (2005). "On value-judgements and ethics in health technology assessment". *Poiesis & Praxis* 3: 277-295.
- Horton, R., Beaglehole, R., Bonita, R., Raeburn, J., McKee, M., y Wall, S. (2014). "From public to planetary health: a manifesto". *The Lancet* 383(9920): 847.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., y Smid, H. (2011). "How should we define health?". *Bmj* 343.
- INEGI (2023). *Estadísticas de defunciones registradas (EDR) 2022 (Preliminar)*.
- Khushf, G. (2007). "An agenda for future debate on concepts of health and disease". *Medicine, Health Care and Philosophy* 10: 19-27.
- Kingma, E. (2010). "Paracetamol, poison, and polio: why Boorse's account of function fails to distinguish health and disease". *The British Journal for the Philosophy of Science*.
- Kleinman, A. (1992). "Local worlds of suffering: an interpersonal focus for ethnographies of illness experience". *Qual Health Res* 2: 127-134.
- Lara-Rosano, F., Gallardo, A., y Almanza, S. (2017). *Teorías, métodos y modelos para la complejidad social: Un enfoque de sistemas complejos adaptativos*. México: Colofón.
- Larsen, L.T. (2022). "Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition". *History of the Human Sciences* 35(1): 111-131.
- Lozada, M., y D'Adamo, P. (2024). "Enactive interventions can enhance agency, health, and social relationships during childhood". *Frontiers in Psychology* 14: 1245883.
- Mackenzie, J. S., y Jeggo, M. (2019). "The one health approach—why is it so important?". *Tropical medicine and infectious disease* 4(2): 88.
- May, J.M. (1958). *Ecology of human disease*. US: MD Publications
- McEwen, B.S., y Wingfield, J.C. (2010). "What's in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress". *Hormones and behavior* 57(2): 105.
- Misselbrook, D. (2014). "W is for Wellbeing and the WHO definition of health". *British Journal of General Practice* 64(628): 582-582.
- Nordenfelt, L. (1987). "On The Nature of Health: An Action-Theoretic Approach. Holland: D". *Reidel Publishing Company. Normand C (1992) Funding health care in the United Kingdom. BMJ* 304: 768-770.
- Nordenfelt, L. (2007). "The concepts of health and illness revisited". *Medicine, Health Care and Philosophy* 10: 5-10.

- Nordenfelt, L. (2016). “A Defence of a Holistic Concept of Health”. En É. Gi-roux (ed.) *Naturalism in the Philosophy of Health: Issues and Implications* (pp. 209-225). Heidelberg: Springer.
- OMS. (1948). *Constitución*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1987). *Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá. Carta de Ottawa para la promoción de salud*. 17-21 nov. 1986.
- Oseguera, J.P., y Ramírez-Vizcaya, S. (2024). “Bienestar enactivo: un programa triaxial transdisciplinar”. *Andamios, Revista de Investigación Social* 21(54): 111-144.
- Pérez Piñón, F. A. (2020). “Pandemia e Historia”. *Debates por la historia* 8(2): 7-17.
- Quiceno-Toro, N. (2016). *Vivir sabroso. Luchas y movimientos afrotrataños, en Bojayá*. Chocó: Universidad del Rosario.
- Ruelas Barajas, E., y Mansilla Corona, R. (2015). “La medicina y las ciencias de la complejidad”. *INTERDISCIPLINA* 3(6).
- Schramme, T. (2023). “Health as complete Well-being: the WHO Definition and beyond”. *Public Health Ethics* 16(3): 210-218.
- Sigerist, H.E. (1932) *Man and Medicine*. Tr. M. G. Boise. Nueva York: W. W. Norton.
- Sigerist, H.E. (1937) *Socialized Medicine in the Soviet Union*. Nueva York: W. W. Norton.
- Sterling, P., y Eyer, J. (1988). “Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology”. En S. Fisher and J. Reason (eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (pp. 629-649). Nueva Jersey: John Wiley & Sons.
- Swinburn, B.A., Kraak, V.I., Allender, S., Atkins, V.J., Baker, P.I., Bogard, J.R., y Dietz, W.H. (2019). “The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report”. *The Lancet* 393(10173): 791-846.
- van Druten, V.P., Bartels, E.A., van de Mheen, D., de Vries, E., Kerckhoffs, A.P.M. y Nahar-van Venrooij, L.M.W. (2022). “Concepts of Health in Different Contexts: A Scoping Review”. *BMC Health Services Research* 22: 1-21.
- Varela, F. J. (1996). “Know - how y Know – What”. En H. Maturana y F. Varela (eds.) *Ética y Acción* (pp.12-33). Santiago: Dolmen.
- Wylie, C.M. (1970). “The Definition and Measurement of Health and Disease”. *Public Health Reports (1896-1970)* 85(2): 100.

Zaragocin, S. (2017). “Feminismo Decolonial y Buen Vivir”. En S. Varea y S. Zaragocin (eds.), *Feminismo y buen vivir: utopías decoloniales* (pp. 17-25). Cuenca: Pydlos Ediciones.