

LUIS WEINSTEIN

SALUD Y AUTOGESTIÓN

LA ANTIMEDICINA A EXAMEN

Coedición de TUPAC-ediciones (Buenos Aires) y
Editorial NORDAN-Comunidad (Montevideo).

1ª Edición: Dosbe, 1978

Luis Weinstein
Editorial Nordan-Comunidad
C.C. 15229- Montevideo

Tupac Ediciones
C.C 18-1871- Dock Sur, Buenos Aires

Diseño de Tapa: Rubén G.Prieto

A Iván y Carlos

PROLOGO

Difícil tarea y honor muy especial presentar al lector uruguayo una personalidad como la de Luis Weinstein, psiquiatra, poeta, él se siente mejor caracterizado como trabajador social.

Estuvo en Montevideo como asesor de la Oficina Panamericana de la Salud, por su vasta experiencia en Salud Mental. También fue consultado por vecinos y trabajadores de la salud de 5 policlínicas populares barriales, quienes organizamos en 1987 un taller participativo con motivo de su presencia entre nosotros.

Figura patriarcal que conjuga una gran sabiduría con una enorme humildad, carismático, su lugar natural no parece estar en los congresos internacionales ni en las clases magistrales. Se lo ve mejor conversando en La Teja o Barrio Boco; amigo de la gente sencilla, que lo llama cariñosamente Don Lucho en su Chile natal.*

Luego de 15 años de experiencia directa en los Planes de Salud Mental, el golpe militar que derrocó a Allende le lleva por el camino del exilio hacia la reconstrucción de la obra destruída. Santiago-Buenos Aires-Madrid y nuevamente Santiago, fueron testigos del periplo, como el de tantos latinoamericanos en el exilio-desexilio. Primero en Argentina y luego en España, la labor fermental de Weinstein se retroalimenta con los desarrollos locales y en cada uno de éstos países va dejando pensamiento y acción plasmados en la publicación de varias obras que hace tiempo se encuentran totalmente agotadas. De regreso en Chile, Uruguay ha querido ser el lugar de la reedición que viene siendo esperada más allá de las fronteras con expectativa creciente por mucho que han transitado concepciones y prácticas alternativas en el campo de la salud.

Si entendemos el término Salud como sinónimo de Calidad de Vida, esta obra trasciende el interés específico de un sector y es de interés general para todos aquellos que buscan alternativas de cambio social desde una perspectiva socialista, humanista y libertaria.

En este ensayo se intenta aunar, como el mismo autor lo señala, “la aceptación de la metodología marxista con las perspectivas antropológicas que abre el movimiento autogestionario y antiautoritario, los descubrimientos más válidos del psicoanálisis y las nuevas dimensiones que aporta la reflexión existencial y la investigación parapsicológica”. Las bases del socialismo científico y del anarquismo confluyen hacia el “proyecto socialista autogestionario en salud”. Es una propuesta cuyo conocimiento es imprescindible para aquellos que se interesan en la Atención Primaria de Salud.

Esta propuesta es la culminación de desarrollos anteriores en los que el hilo conductor ha sido la prevención en salud mental. Comenzar por "Salud y Autogestión" es empezar por el último eslabón de la relación dialéctica salud-política, que el autor venía desarrollando en obras anteriores.

Cuando Lucho me propuso encargarme de presentar su obra, su idea originaria era que además hiciese yo una selección para incluir otros trabajos y actualizar el texto. Porque fue escrito en 1976 y en el tiempo transcurrido el autor considera que ha ido inclinándose a un trabajo más antropológico y social que de salud mental propiamente tal. Esto no fue posible por razones editoriales, pero además no conozco otro ensayo más profundo y actual que éste, para nuestro medio. Invitaría al lector a actualizarnos siguiendo a L. Weinstein en sus análisis.

Conocer a estos desarrollos formulados hace más de 10 años es un llamado a la realidad de lo que recién nos estamos planteando a nivel académico. Si el lector se ubica en el contexto del momento en que fue escrito el texto, podrá evaluar por sí mismo su actualidad en relación a las propuestas de salud.

Comenzar por "Salud y Autogestión", además, tiene sus ventajas ya que de la etapa argentina de Weinstein hubieron referencias más directas: "Salud Mental y Proceso de Cambio" fue editado en Buenos Aires; por transmisión oral hemos recibido el relato de aquellos que fueron discípulos de Lucho. En cambio a "Salud y Autogestión" fue casi imposible acceder en nuestro medio.

A este libro, como los versos de la infancia, le llamamos "el sapito gló-gló-gló", pues fue un libro cuyo original "nunca nadie supo" y "nunca nadie lo vio", pero sí circularon de mano en mano menguadas fotocopias parciales. A través de ellas ya se podía vislumbrar el salto cualitativo que culmina en la producción de este ensayo cuya versión total, confieso recién la tuve cuando me embarqué en la tarea del prólogo.

Este es un análisis duro, crítico, polémico, del poder técnico en tanto reproductor de las relaciones de dominio del sistema. Nos enfrenta al monopolio del saber, al acaparamiento de información para tener más poder, al academicismo y las limitaciones que la propia estructura de la enseñanza formal nos ofrece. Señala cómo desde las épocas más primitivas la corriente preventiva también puede paradójicamente caracterizarse o desvirtuarse por su marginalidad y por su elitismo.

Denuncia la forma de inserción de la medicina (y las disciplinas de la salud) en el sistema social. Si bien apela a la reflexión autocrítica individual, no apunta a la respuesta voluntarista sino social; a despertar conciencia sobre la necesaria búsqueda de caminos viables para el cambio.

Sacude los pilares sobre los que se asientan las estructuras sanitarias, pero no es un discurso demagógico que busca ganar admiradores o prestigio, sino por el contrario lo anima la voluntad de encontrar soluciones; es producto de una trayectoria de vida jugada a favor de la transformación social. En consecuencia emitiendo que no es una propuesta mesiánica sino que distingue clara y profundamente entre utopía pura y utopía concreta.

Por mi inserción en el movimiento de salud mental de la Cuenca del Plata tengo conocimiento de los debates en torno a la salud mental que se están dando en el litoral argentino, sur de Brasil y Uruguay. A mi criterio, los 3 puntos centrales en que Weinstein contribuye a este debate son: su análisis a la problemática del poder a todos los niveles; su concepción de positividad y alternación en salud mental; su planteo de la necesaria convergencia entre planificación y creatividad colectiva.

Hay un tema que es el de la preocupación por las prácticas y las técnicas apropiadas en prevención primaria que creo que se relaciona con cada uno de estos aportes, ya señalados, de Weinstein.

En Uruguay, 1988 no hemos podido encontrar una respuesta operativa en el sentido de los cambios necesarios para definir una política de salud mental acorde con la estrategia integral de la Atención Primaria. El problema del poder se plantea no sólo con respecto a los saberes sino también con respecto a las prácticas. Hay una tendencia a reproducir el sistema y sus instituciones a través de nuestras prácticas ya conocidas. Así por ejemplo se ha imaginado el trabajo en el primer nivel de abordaje (comunitario) como un traslado a la periferia de las formas conocidas de asistencia o de docencia del hospital o del consultorio.

Se discute si tal técnica que “yo poseo” (historias familiares, encuestas, grupos operativos, análisis de la dinámica institucional, taller de expresión) es la más apropiada, enfrentándose muchas veces con los técnicos que ya estaban en la periferia antes que se pusiese en la mira la Atención Primaria. Esta pugna oscurece lo central, la necesidad de abrir un espacio de participación a los usuarios que son los verdaderos actores sociales. El poder queda colocado en la elite intelectual, sujeto del conocimiento y de las acciones de salud.

Entonces de lo que se trata no es de trasladar técnicas y técnicos sino de aportar todos los recursos para programar algo nuevo en forma participativa, que atienda las necesidades poblacionales. Se olvida con frecuencia que también el desarrollo de las capacidades de salud depende de condicionantes técnico-administrativas y políticas-estratégicas.

También con respecto a las prácticas, cuesta centrarse en el polo de la salud y dar más énfasis a la prevención primaria en salud mental. Son fundamentales las nociones de de positividad y alteración para definir qué entendemos como indicadores de salud. Los indicadores en general, dice Weinstein, son más indicadores de alteración que de positividad. Seguimos buscando factores de riesgo para prevenir patologías, pero no podemos definir indicadores de salud propiamente dicha, ni podemos diseñar caminos alternativos para desarrollar potencialidades.

Un intento de poder discriminar señales de positividad se llevó a cabo con estudiantes del Ciclo Básico de la Facultad de Medicina en 1988 en un trabajo de terreno a nivel barrial. Dentro de una campaña de prevención de las infecciones respiratorias agudas en el niño, se diseñó un instructivo acerca de la ropa adecuada para preservar el juego del niño cuando hace frío. Lo prioritario de esa

pequeña acción fue percibir el objetivo hacia el cual deben apuntar las acciones de salud en la prevención primaria: discriminar indicadores de salud, (el juego del niño) aceptar que el otro tiene poder (capacidades) y puede dejar de ser “paciente” (objeto) y transformarse en “agente” (sujeto) de las acciones de salud.

El diseño de las acciones o de las operaciones concretas no es un fin en sí mismo sino que ellas fluyen solas cuando está claro de qué política de salud partimos para llegar a ellas. Para Weinstein definir una política de salud mental de vanguardia pasa más por un cambio de actitud, un cambio profundo, ideológico, que apunte hacia el autodesarrollo, hacia una cotidianeidad desalineada y una ética de la libertad y de la solidaridad.

Con respecto a la planificación he tenido la oportunidad de participar en evaluaciones del Plan Nacional de Salud Mental de la Argentina, y de ver nacer los lineamientos estratégicos que dieron origen al Plan de Salud Mental de Río Grande del Sur, Brasil. El planteo de Weinstein da en el blanco de la discusión actual de si es posible pasar de un pensamiento estratégico en salud a una planificación estratégica en nuestra realidad latinoamericana. Tema polémico en que están embarcadas muchas personas, como consecuencia del análisis de aciertos y errores de la puesta en marcha de los planes de Salud de Uruguay, Argentina y Brasil.

Pienso que hay una serie de valiosos desarrollos paralelos que pueden ser convergentes. El análisis de la temática del poder tiene claros puntos de acuerdo con los aportes epistemológicos de Charito Lores Arnaiz. El planteo de la convergencia entre planificación y creatividad colectiva tiene su punto de encuentro con el pensamiento de Mario Testa.

Por todas estas razones la publicación de esta obra significa la recuperación de un eslabón perdido y es sin duda un valioso aporte al proceso de construcción del pensamiento alternativo de Salud Mental.

Martha Rodríguez Villamil

Psicóloga integrante de la Comisión Promotora del Foro Concordia de Salud Mental y docente de la Facultad de Medicina y del Instituto de Psicología de la Universidad de la República (I.P.U.R)

Introducción

El trabajar en un campo interdisciplinario, aplicado, como es la salud mental, lleva a constantes esfuerzos para evitar la dispersión, dada la necesidad de mantener la coherencia en medio de una encrucijada de múltiples aproximaciones y de gran diversidad temática.

Hay muchos compañeros, profesionales de la salud mental, que obtienen su equilibrio y garantizan la continuidad de su dedicación productiva en base a una estricta delimitación de su área de estudio, haciéndola lo más acotada posible. Su esfuerzo ha ido cristalizando en la contribución al crecimiento de una serie de especialidades, como el alcoholismo, la adolescencia, la psicohigiene de la relación de pareja o de la niñez, y otras muchas.

En nuestro caso hemos preferido asumir los problemas teóricos y de comunicación que se presentan al intentar visiones de conjunto y programas integrados. Nos hemos ido situando con mayor seguridad en esa postura, en la medida en que nuestra práctica nos ha ido dando evidencias de la estrecha ligazón existente entre un problema y otro, entre la enfermedad y la salud, entre la acción política y la actividad médica.

Nadie puede desconocer el aporte que han supuesto los estudios especializados, al cubrir, temas específicos de clínica, psicoanálisis, psicología social, sociología de la salud, historia de la medicina, psicofisiología, ética médica o epidemiología. Al ser sometidos a perspectivas globalizadoras o a la erosión del tiempo, muchos de ellos mantienen un valor incitante, por sí mismos o como parte de una contribución colectiva. Nuestra línea de estudio, sin embargo, se ha apoyado en la práctica del abordaje concreto de situaciones, en un trabajo de equipo, en relación con diversos tipos de especialidades en el trabajo de salud. Primero, fundamentalmente en Chile, luego en Argentina, actualmente en España.

De las experiencias, de los intercambios, de los aporte de muchos profesionales de la salud y ciudadanos interesados en el tema, surgieron nuestros dos libros anteriores: *Salud Mental y Proceso de Cambio* (Buenos Aires, 1975) y *Salud y Democratización* (Madrid, 1977). También este libro ha sido escrito en el contexto de charlas, revisiones de experiencias y actividades grupales. La presencia del diálogo y el antecedente del trabajo concreto son el timón que ayuda a mantener la dirección esperada, el navegar en el mar abierto de un tema amplísimo.

En *Salud Mental y Proceso de Cambio* quisimos mostrar las perspectivas que habían abierto las consideraciones sobre la relación entre salud mental y

participación social, que fueron elaboradas por el Centro de Antropología Médico-Social de Santiago de Chile. En *Salud y Democratización* discutimos más específicamente, los movimientos sociales y el programa de transformaciones en la gestión de la salud, que se experimentaron en Chile durante el gobierno de la Unidad Popular. En este ensayo, retomando algunas de las ideas esbozadas anteriormente, deseamos llegar a un marco conceptual más general. En efecto, nuestro propósito es integrar las vivencias y reflexiones sobre la experiencia chilena, dentro de una consideración de conjunto sobre la democratización en el ámbito de la salud. Para ello iremos investigando diversos ángulos del problema, siguiendo nuestra orientación de conjunto. En este libro, manteniéndonos dentro de las orientaciones generales, sin estricta territorialización disciplinaria o metodológica, hemos tomado como objeto el foco de trabajo en salud en que tenemos más experiencia directa: el de la prevención en salud mental. En la misma aproximación binómico anterior –salud mental y proceso de cambio, salud y democratización–, tomamos ahora como miembro complementario de la opción más radical en la democratización: la autogestión.

La orientación preventiva en salud mental es, habitualmente, coto privado de psiquiatras, psicólogos y especialistas en salud pública. Ellos, nosotros, “poseemos” el territorio, considerado como ínsula profesional vedada a los “legos”. De la autogestión se quiere hacer, en cambio, tierra santa de políticos, tal vez con llave adicional concedida a los científicos sociales. El profesional de la salud mental no acostumbra a moverse en estos dominios. Puede perder su status o, por lo menos, el control de la situación.

Lo que este ensayo busca es una articulación entre estos dos ámbitos. Pretende ayudar a llamar la atención sobre la existencia de un espacio virtual para la fecundación mutua entre estas dos vertientes de inquietudes: la *salud mental*, en su vertiente preventiva, y la *autogestión*, entendida como una dimensión de toda la vida social. Hablamos de “ensayo” y no ha sido una elección del término al azar. Ensayo o intento, es encaminarse a... El psicoanálisis ortodoxo, con su propia potencia creativa afectada por la atmósfera contaminadora de la oficina, el diván y la consulta-mercancía, suele extrapolar su talento interpretativo y considerar estos ensayos como expresiones de omnipotencia terapéutica, sin aceptar su intención original de constituir aportes parciales. Si el psicoanalista ortodoxo encuentra legítimo colaborar con su analizado a través de su trabajo de conjunto entre el diván del lunes, el del martes, el del miércoles y el del jueves, de este año y de otros más, no hay razón para que descalifique el intento de aportar a una corriente de opinión (“ensayando” motivarla hacia un tema, esperando un concurso colectivo que, hay que admitirlo, puede llegar a disminuir algunas clientelas).

Este ensayo se proyecta hacia lo que aparece como una entelequia. No estamos en una sociedad autogestionaria. No puede hablarse de autogestión en una sociedad capitalista, y no hay seguridad de que la sociedad de un futuro socialista vaya a tener esta orientación. Hay preocupación por los problemas de

salud mental, se reconoce su magnitud, su costo alarmante, su repercusión en toda la vida social, pero no se advierte ninguna acción gubernamental o societaria a la altura de la tarea, y, mucho menos, prioridad por el trabajo preventivo.

Si se examina, sin embargo, el panorama de los últimos años en lo referente al tema, puede advertirse que hay cambios que presagian su actualidad. Existen condiciones encaminadas a incrementar la necesidad de estudios sobre el tema. Entre las transformaciones en lo que podríamos llamar aledaños, el vecindario de nuestro interés, la autogestión y la prevención de la salud mental, podemos destacar:

- a) El auge de la corriente autogestionaria en el movimiento socialista de Occidente, notorio después de mayo de 1968.
- b) La preocupación universal por el crecimiento del poder de la profesión médica, con la radicalización de una posición crítica a través de los estudios de Iván Illich en su obra *Némesis Médica* (Barcelona, 1985).
- c) El desarrollo de corrientes psiquiátricas que cuestionan el papel de las instituciones y de la propia categorización de la enfermedad (antipsiquiatría) (Cfr. Basaglia, *La Institución en la picota*, Buenos Aires, 1974).
- d) El efecto de demostración de la gigantesca experiencia médico-social china, que rompió los moldes clásicos de la medicina centrada en la vida urbana y en la labor de los especialistas, en base a grandes campañas sanitarias, que contaron con el concurso de la población, y al establecimiento del "médico" descalzo y otros responsables de salud pertenecientes a los sectores populares, no profesionales.

Estos diversos movimientos cuestionan la ruptura entre la persona y su cotidianeidad, su responsabilidad como productor o como protagonista de la defensa de su propia salud. Entre las diferentes dimensiones de la salud, la acción preventiva se diferencia de la reparadora y el campo de lo psíquico de lo pertinente a lo físico, en que el control del conjunto de los ciudadanos, y de cada uno en particular, puede estar más libre de intervenciones técnicas y especializadas. En una estrategia encaminada a asegurar el progresivo dominio de la salud por la mayoría, y la consiguiente ruptura del poder profesional, la prevención de la salud mental está más ligada a cambios en actitudes e ideologías y es menos requeridora de largas formaciones científicas o de destrezas tecnológicas, que el ámbito de la cirugía mayor, las unidades de vigilancia intensiva o el tratamiento de las grandes psicosis.

Hay, evidentemente, problemas de salud mental de conocida y compleja fundamentación biológica, como la idiocia fenil-pirúvica, y otras, como el daño obstétrico, de causalidad más simple, pero también de manejo especializado, por lo menos en lo que concierne al futuro inmediato. Otros problemas, como la esquizofrenia, siguen abrumándonos sin que sea posible plantear una política preventiva sobre sólidas bases científicas.

Reconociendo, pues, la necesidad de relativizar, de aceptar los límites del enfoque, queda la seguridad de que hay un vasto campo de influencia de la vida cotidiana sobre la capacidad de goce, de comunicación, de productividad, susceptible de cambios creativos son una transformación de la relación del hombre con sus circunstancias. En esa trayectoria se encuentra el posible cambio en las relaciones de dominio del hombre sobre el hombre, la búsqueda del autogobierno, de la autogestión.

La prevención en salud mental representa un concepto científico-técnico, una entidad conceptual, que no surge espontáneamente del quehacer de ciudadanos y trabajadores como reivindicación central. Lo tomamos como perspectiva aportada por intelectuales ligados a los intereses de las mayorías. Los ciudadanos son conscientes de la necesidad de vivir la vida hacia delante, de formar a los niños, de preparar el futuro, pero en un plano muy elemental, de conciencia empírica, para utilizar un lenguaje vecino al de Pablo Freire. En las agrupaciones culturales populares y en los partidos políticos y sindicatos, está arraigada, sin embargo, la idea de la formación social o política. El papel de la psiquiatría preventiva puede ser el de servir de medio de comunicación, de correa de transmisión entre esa tendencia formativa, inscrita en el espacio vital de las organizaciones y el ámbito general de la vida cotidiana, de los proyectos biográficos personales y de pequeño grupo.

Hay necesidad, de todas maneras, de definir con precisión una política de salud mental de vanguardia, de índole preventiva, capaz de sustraerse a la rigidez, al sectarismo, al inmediatismo y al autoritarismo de los grupos que disputan el poder. Reconociendo el rol hasta cierto punto artificioso, externo, del propio trabajador de la salud mental, junto con los parámetros legítimos de su acción de concienciadora, de “retaguardia” en la dirección de las luchas cotidianas y de avanzada al destacar las grandes directrices de una práctica cotidiana coherente, saludable, son patentes las dificultades de esta postulación sobre los nexos entre salud mental y autogestión.

En el trabajo de democratización de la salud, en el cual la prevención en salud mental es un foco prioritario de trabajo y autogestión, hay una idea general prospectiva: las barreras semánticas y burocráticas deben ir cediendo ante las necesidades de la práctica, de la acumulación de experiencias y de fuerzas. Por esa razón, pueden situarse en un mismo encuadre conceptual hechos tan disímiles como los avances sanitarios chinos y el auge de procedimientos no directivos en psicoterapia y que, por otra parte, no caben estrictamente en ningún estudio directivo, clásico, de la autogestión o de la prevención en salud mental.

Nuestro intento pretende contribuir a fundamentar la idea de que la prevención en salud mental, hecho claramente deseable para la mayoría, sólo es factible –y en ciertos aspectos- a partir de una política de total desalienación, de un asumir posibilidades de autogobierno por el conjunto de los ciudadanos. Quiere ser parte de un proceso de trabajo colectivo, en el que se sumen las reflexiones e

investigaciones enmarcadas en una práctica social consecuente con estos objetivos.

El plan del libro afronta la revisión de las relaciones de la salud con el todo social, particularizando su papel en relación a las fuerzas productivas y a la economía de consumo. Se destacarán los grandes problemas en salud mental, distinguiéndose entre aquellos que han sido legitimados como tales y los que permanecen encubiertos, no reconocidos como parte del campo. En esa forma, llegaremos al tema de la cobertura, de la extensión del campo de la salud. Frente al dilema de las definiciones restrictivas y amplias de salud, nos inclinaremos por un concepto muy abarcativo, incluyendo temas claves como la ecología, planificación de familia, el consumo de drogas, la propia democratización de la salud. En contraste con ello, enfatizamos la necesidad de participación de ciudadanos y trabajadores en la gestión de la salud, la disminución del poder médico dentro de la perspectiva histórica de llegar a la autogestión en salud. Aceptamos la idea de prevención como norte de toda la acción en salud, pero elaboraremos los alcances de lo conocido como prevención primaria, la anticipación –las medidas para anticipar los problemas–, estableciendo para llegar a ella un supuesto motor en el conjunto del trabajo en salud. Al mismo tiempo, discutiremos sobre el tema de la salud positiva, ubicada como parte de la prevención primaria. En el desarrollo de la salud positiva se confunden los campos de influencia de trabajadores sociales, educadores y partícipes conscientes del proceso político.

La tendencia a la autogestión implica un enriquecimiento de capacidades de autoformación, de autonomía en general, de creatividad, de comunicación, de solidaridad, de complementación. Es decir, de una serie de rasgos de salud mental positiva. Al mismo tiempo, es a través de la autogestión como se puede actuar preventivamente contra problemas de salud mental como la dependencia, el afán acumulativo, de dominio, de rigidez, las diversas manifestaciones de inmadurez, etc.

En otra etapa del trabajo pasamos a analizar tres ejemplos concretos de problemas de salud, de mucha importancia desde el punto de vista preventivo. Ellos son el *alcoholismo*, la temática *de familia y vida sexual* y los *accidentes de tráfico*. Nuestro supuesto es que los enfoques habituales, de índole fragmentaria, tecnocrática, no abren verdaderas perspectivas para el desarrollo de la salud o para evitar sus trastornos.

Terminemos estas reflexiones reensayando nuestra conceptualización de la medicina integral, medicina sin hegemonía del médico, inscrita en la problemática histórica, dialéctica, vinculada a lo más medular del proceso de autotransformación del hombre a través del mejoramiento de la calidad de la vida y la superación de las estructuras opresivas de la sociedad.

En la medida que el desarrollo científico lo permita, la salud debe llegar a ser el fundamento desmitificador de la política. La medicina integral es esa concepción de la acción en salud que está dando sus primeros balbuceos a través

de los enfoques holísticos en medicina psicosomática y social y en las reivindicaciones de los movimientos ecologistas. Este libro y su línea de estudio se basa en la premisa de que el movimiento socialista, transformador de la sociedad, irá definiendo en sus luchas un modelo de sociedad que identificará la calidad de la vida con salud, y tendrá como culminación democrática el desarrollo de la autogestión en todas las vertientes del quehacer social.

1 El concepto de salud

La definición de la O. M. S

La Organización Mundial de la Salud (O. M. S), entidad burocrática y técnica, con asiento en el país de las finanzas y los intercambios más concretos a nivel internacional, tiene, por extraña paradoja, una definición utópica, ideal, de la salud.

Al finalizar la segunda guerra mundial, recogiendo el sentir colectivo a favor de una paz estable, negando, acaso, temores sobre las discrepancias entre los vencedores, racionalizando, posiblemente, para asegurar que las preocupaciones sociales bullentes en el conflicto no abriesen los diques de contención de las estructuras represivas, los siempre austeros representantes de las entidades estatales de la salud desarrollaron los conocidos alcances sobre el concepto de salud como bienestar completo, físico, psíquico y social (Cfr. para toda esta cuestión a D.Callaham, *The WHO of health* en "The hasting's Center Studies". Vol. I, número 3, 1973).

En la primavera de 1946, un comité de expertos preparando el desarrollo de la O. M. S, analizó el papel de la salud en el contexto de los grandes problemas de la humanidad. El doctor Brock Chisholm, que sería el primer director de la O.M.S, expresó los puntos de vista siguientes acerca de lo que llamó la orientación "visionaria" de la salud..." *El mundo está enfermo y los males se deben a la perversión del hombre; a su falta de capacidad de vivir consigo mismo. El microbio no es el enemigo; la ciencia estaría lo suficientemente avanzada para topar con él si no fuera por las barreras de la superstición, la ignorancia, la intolerancia religiosa, la miseria y la pobreza. Estos males psicológicos deben ser entendidos para que se pueda prescribir un remedio. Por ello no hay límites en la envergadura de las tareas que tiene delante suyo este Comité...*" En esa reunión, el representante de Francia expresó que "sin salud no puede haber ninguna seguridad material, seguridad social o bienestar de individuos o naciones... sólo individuos con salud pueden asumir la total responsabilidad de un hombre libre..." En el memorando yugoslavo se planteaba que "la salud es un requisito a la libertad con respecto a la necesidad, la seguridad social y la felicidad".

En la Conferencia Internacional sobre Salud, celebrada en Nueva Cork, de junio a julio de 1946, sesenta y un naciones aprobaron la constitución de la O.M.S, cuya primera cláusula incluye la definición de salud. "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

enfermedad o de invalidez". En abril de 1948 esta deficiencia encabezaría la Carta Magna de la Salud.

Tal como lo indica Callahan, se asociaba la salud con el afianzamiento de la paz. Se suponía que la salud estaba muy vinculada al bienestar económico y cultural, y que este bienestar tendría influencia en el mantenimiento de la paz. Además, se tenía gran confianza en las posibilidades de la ciencia médica, que había hecho grandes avances durante la guerra, especialmente en el campo de los antibióticos y pesticidas.

La definición de salud de la O. M. S no corresponde a la realidad no sólo por resultar demasiado global o inalcanzable, sino porque la propia dimensión de salud está fuera del foco central de actividades públicas y privadas de las instituciones que dicen tenerlas por objeto. A treinta años de distancia se sigue teniendo como eje de referencia sanitaria, en todos los países, la enfermedad y no la salud. Sin embargo, es una de las pocas producciones de una burocracia internacional que han tenido receptividad, provocando adhesión, críticas o rechazos, iluminaciones de compromiso y acatamientos formales. Convertida en ritual o instrumento por conservadores, reformistas y revolucionarios, la definición ha creado condiciones para la comunicación. Además tiene el mérito de poner de manifiesto las distorsiones ideológicas de los programas de salud no compatibles con ella, y de ayudar a una posible concienciación sobre los requerimientos concretos del cambio en el terreno sanitario.

Caracterizando más la definición, se debe señalar su condición especulativa, voluntarista. No es la descripción de una situación concreta, con parámetros históricos. Como organización internacional, como sitio de intercambio, la O. M. S tiende, naturalmente, a la búsqueda de pautas de referencia comunes, aplicables al conjunto de los países. Además no caben los cuestionamientos, los análisis de los nexos concretos entre las formas de organización social y la salud. La salud tiene un sentido distinto para un hospital tradicional de beneficencia, para una empresa privada lucrativa y para un sindicato que lucha por el conjunto de sus derechos, y ello es difícil de asumir. En esta vaguedad ubicua no se deslinda tampoco entre salud individual, grupal y social. No se precisa si el sujeto del atributo *salud* es siempre una persona, o si los alcances al bienestar "social" permiten incluir en la definición a los colectivos. El texto parece apuntar a una concepción individual, a personas que disfrutaran del bienestar físico, mental y social, y entonces, entre las muchas incertidumbres, surge la duda de si, por ejemplo, existe salud cuando un grupo privilegiado tiene "bienestar" a expensas del "malestar" de otros.

Por supuesto que la objeción más de fondo ha estribado en lo esquivo e inabarcable del término "bienestar". Al pasar de la "salud" al "bienestar" no se ha ganado en claridad y precisión. Un burgués hipertímico, de buen desarrollo físico, con fácil adaptación al medio, ¿tiene más "salud" que un artesano de complejión asténica, sin molestias, motivado en su actividad, miembro de una agrupación progresista? Bienestar es textualmente "estar bien". Hay un juicio de valor, una

condición por esencia subjetiva; desde algún punto de vista se explicita que la persona está bien. Ello varía según marcas culturales de acuerdo con la socialización del sujeto, en función de avatares biográficos y situacionales.

Se puede enfrentar el concepto desde un paso más allá, suponiendo un posible consenso sobre el término bienestar e, incluso, sobre la ponderación de qué podría llamarse “completo”, en los ámbitos del requerimiento de bienestar físico, mental y social. La intención de fondo es apuntar hacia la felicidad, hacia valores positivos, y aquí aparece la duda; ¿se puede concebir realmente una o unas vidas “positivas” sin conflicto y sin internalización de las grandes contradicciones de la sociedad y de la propia condición humana?

Florencia Ferrara (En torno al concepto de Salud, en Rev. de Salud Pública de La Plata-Argentina, enero-diciembre, 1975), muy perceptivamente, escribe que la salud presupone un enfrentamiento a los conflictos, un buscar modificar la realidad. “La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando por frente a los conflictos, un buscar modificar la realidad. “La salud se expresa correctamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a necesidades y aspiraciones. De tal forma, que la salud corresponde al estado de optimismo, vitalidad, que surge de la actuación del hombre frente a sus conflictos y a solución de los mismos...” No es el conflicto el que define la patología, sino el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolver ese conflicto físico, mental o social.

Hay una ruptura entre las reales necesidades humanas y un presunto “monolitismo” positivo, una adaptación o un dejar de ser capaz de absorber los límites. Illich (*La medicina contra la pared*, en Rev. “Cuestionario”, Buenos Aires, 1976) ha puesto énfasis en la relatividad cultural de la salud y de cómo nuestra civilización médico-iatrogénica, controlando la salud de los ciudadanos, “propaga mitos que encubren la competencia de las personas para enfrentar su realidad, transformándolas en seres desesperanzados e impotentes, que pasan la vida entera en búsqueda de terapia... Gozar de buena salud significa ir hacia delante, a pesar de todos los costos que deben pagarse conscientemente para sobrevivir. Esa salud, que es una sensación experimentada, es eminentemente humana. Ella diferencia al hombre del animal, que no conoce el papel de paciente ni el sufrimiento, en el verdadero sentido de estos términos...”

El bienestar es, entonces, una meta demasiado inasible y, además, corresponde, a veces, a contenidos que, desde una determinada posición ideológica, pueden ser descalificadotes como no pertinentes a la auténtica salud, por indicar adaptación pasiva, conformidad, o por involucrar falta de integridad, de capacidad de asumir la dramaticidad, las penurias de la vida.

La definición de la O. M. S. alude elípticamente al problema de la enfermedad y la invalidez, al sostener que la salud no es la mera ausencia de

ellas. El análisis del concepto obliga a inquirir acerca de la articulación supuesta entre salud y enfermedad. La definición parece entenderse como que salud es la ausencia de enfermedad o invalidez, y además, o centralmente, un estado de completo bienestar. En esas condiciones no habría lugar para transiciones o para alternativas multidimensionales. Al tener salud se entendería como evidente que no hay enfermedad, y viceversa. No podría haber situaciones transitorias entre la salud y la enfermedad. Tampoco se aceptaría la salud coexistiendo con la enfermedad, como términos que se involucran entre sí, pero que no son antinómicos, como sería el caso de un anginoso en un estado general, activo, animoso, en buena comunicación, productivo.

Esta visión de la salud y enfermedad, como términos contrapuestos, corresponde a una orientación “ontologista”, sujeta al entender la enfermedad como una realidad en sí, en contraste con los enfoques antropológicos y biográficos. Se apoya en una forma de pensar que considera la enfermedad como algo que “se tiene”. Este aspecto lo ha desarrollado Mainetti (*La estructura antropológica de la salud*, Buenos Aires, 1974), explicando las diferencias entre estructuras ontológicas y antropológicas en salud. Aludiendo a “nuestra experiencia común que tenemos de la enfermedad en cuanto afección (sufrimiento, padecimiento), el estado patológico excluiría absolutamente el estado hígido, normal. Por su condición “pasiva” (el enfermo se dice “paciente”), la enfermedad

Falta paginas 26 y 27!!!

-frentar la realidad aun cuando la experiencia sea desagradable, amenazante o dolorosa; depende, también de las condiciones socio-políticas que alimentan esa confrontación. En una sociedad dada, los niveles de salud serán más altos cuando la acción técnica y política tengan en cuenta los factores del medio que favorecen la autoconfianza, la autonomía y la dignidad, especialmente entre los miembros más pobres y más débiles de la sociedad. La salud es, por lo tanto, el resultado de la práctica virtuosa de Hygeia (la diosa de la salud en la mitología griega) y de la forma política que la institución de Esculapio (el dios griego de la Medicina) asume”.

Illich no explica bien qué entiende por “intensidad” para enfrentar estados internos y ambientes externos. La expresividad y la inmediatez de reacciones de la persona con rasgos histéricos, ¿es señal indicativa de salud con más realce que la actitud discriminativa del individuo dotado de una afectividad más profunda? En todo caso a través de toda la argumentación de Illich discurre una defensa apasionada de la autonomía, del “control de las personas por sí mismas”. La iatrogenia médica perturba la salud al inhibir “las respuestas personales al desafío y a la tensión”. Si los individuos pierden “la posibilidad de transformar el sufrimiento, la enfermedad y la muerte en desafíos personales”, asfixiados por la

omnipresencia médica, llega a un punto crítico de la “némesis”, en que la salud empieza a declinar. Con este planteamiento se halla en ciernes toda una concepción de los fundamentos de la autogestión en salud, pero centrada en el polo individual del desarrollo, sin considerar la parte integrativa, inter-existencial del ser humano, la salud que viene de la complementación, el encuentro, la tarea común, el pequeño grupo, la pareja. A pesar de contener una crítica a toda la civilización represiva, la definición no es tampoco histórica, ubicada en la vinculación entre la tarea de mejorar la salud y la realidad social.

Sigerist (Cfr. Goldmist, *La situación de los indicadores de salud*, Buenos Aires, 1975), una de las autoridades máximas en la historia y la sociología médicas, ofreció una definición que se emparenta tanto con la concepción de Illich como con la de la O. M. S. “Salud es, por tanto, no simplemente la ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida, una alegre aceptación de las responsabilidades que la vida pone sobre el individuo”. Otra definición suya pone el acento en el tema del ritmo, de determinación múltiple, que debiera permanecer incólumne al paso del tiempo; vivimos en un ritmo específico determinado por la naturaleza, la cultura y el hábito. El día y la noche se alternan en un flujo y reflujo sin fin, y nosotros mismos nos adaptamos a ese ritmo despertándonos y durmiendo, trabajando y descansando... Un ritmo inalterado significa salud...La enfermedad irrumpe, por tanto, abruptamente en esta estructura.

A esa idea de la salud como continuidad en medio del cambio, comprendiendo variaciones en sí misma, se puede asociar el desarrollo de una interesante tendencia terapéutica, la musicoterapia. O. Caballero titula certeramente el capítulo correspondiente de su libro sobre Las Medicinas Marginadas, (Madrid, 1975), musicoterapia o el ritmo de la salud. Música es ritmo y ritmo tiene que ver con salud, pero salud es también apertura a la disritmia, a la contradicción, a lo informe, a lo indiscernible.

Los Indicadores de Salud

Hemos empezado a tratar el tema de la salud a partir de algunas de sus múltiples definiciones, con el fin de ir compartiendo el terreno general del campo e ir viviendo las dificultades para encarar lo que nosotros mismos postulamos: una visión muy amplia de la salud, capaz de complementarse con una apertura, igualmente utópica, hacia una sociedad autogestionaria.

Otra forma de apreciar la textura del tema, y de ir asumiéndolo, es considerar la forma como se encara el concepto de salud en la práctica médico-social. Los organismos sanitarios no evalúan la salud en términos de bienestar o goce, inalterabilidad del ritmo, capacidad de lucha o de autonomía. En la medida en que se organiza la actividad sanitaria se plantea la medición, la cuantificación, a partir de índices, de indicadores de salud. Esos indicadores no aprehenden

procesos o estados de actividad humana o interhumana, sino que parten precisamente de las fallas, de las deficiencias, de la enfermedad y, muy especialmente, de las muertes. En efecto, los indicadores más usados, más clásicos, son los de mortalidad. Es la dialéctica de las políticas de salud. La salud es algo positivo, pero se la aprecia, en los hechos, en función de su alternativa extrema, la muerte. Dada la implicación de las condiciones de vida para la conservación de la misma en el niño, naturalmente dependiente, frágil, siempre prematuro, si se lo analiza con sentido antropológico, no es raro que la medida primaria sea más que la mortalidad global, la “infantil”, propia del primer año de vida.

La muerte es habitualmente negada, excluida, en la socialización médica y en el discurrir del diálogo sanitario, pero está muy presente, cosificada, vista sin detenimiento a través de toda una corriente vivencial que empieza en la exposición al “trabajo del cadáver”, al inicio de las carreras de salud, y se sigue en la clínica, con el imperio de la autopsia, y en salud pública, con los indicadores de mortalidad. En las estadísticas de salud figuran las causas de muerte, habitualmente analizadas de acuerdo a variables de sexo, edad, a veces también de instrucción, ocupación, clase social y lugar de nacimiento.

Las otras grandes evidencias “técnicas” de salud son las estadísticas de enfermedad, de morbilidad. Es decir, los estudios de distribución de la enfermedad por países y regiones, la llamada epidemiología. Comprende la morbilidad registrada registrada, a través del ingreso en establecimientos hospitalarios o en las consultas externas, y las afecciones que se presentan en la población, medidas a través de encuestas o entrevistas, en forma directa o con muestras representativas.

La medida de la salud, en el sentido positivo que más se utiliza, es la expectativa de vida al nacer, la probabilidad estadística de duración de la vida para los diferentes países, tal como va evolucionando en el curso de los años. También se emplean “indicadores de salud” que apuntan a problemas económicos-sociales, como el analfabetismo o la deserción escolar y los parados, y a visiones general del desarrollo de cada país, como el producto nacional bruto, las rentas medias, los niveles de instrucción. Otra pauta complementaria es la de los recursos asistenciales, siendo los clásicos las estadísticas de médicos y otros profesionales por habitantes y las camas hospitalarias disponibles en proporción al número de usuarios potenciales. Como indicadores de infraestructura sanitaria se suele medir el abastecimiento de agua potable y de aguas residuales, los dispositivos para extraer la basura, la cantidad y calidad de vivienda, el tipo de alimentación.

El Libro Blanco de la Reforma Sanitaria Española (1976) trae una lista de indicadores positivos de salud, que refleja la inevitable ubicuidad de las expresiones de la salud junto con las dificultades de discriminar entre las señales de alteración y de positividad. Además, no pretende reflejar nada comparable a un

“bienestar completo” o a otra condición muy totalizadora. Transcribimos la lista de indicadores positivos.

- Esperanza de vida al nacer.
- Talla
- Peso
- Estado nutritivo de la población
- Nivel de bienestar
 - renta por habitante*
 - alimentación:* proteínas (gr/hab/día)
 - carne (kg/hab/año)
 - huevos (kg/hab/año)
 - azúcar (kg/hab/año)
 - leche (kg/hab/año)
- Nivel cultural:
 - Tasa de analfabetismo por 100 hab.
 - Niveles de escolaridad primario, medio, superior
 - Títulos editados
 - Exportación de libros
- Bienes de consumo duraderos:
 - Teléfonos por 1000 hab.
 - Automóviles por 1000 hab.
 - Televisores por 1000 hab.
 - Frigoríficos por 1000 hab.
 - Lavadoras por 1000 hab.
 - Cemento (kg/hab/año)
 - Energía eléctrica (kwh/hab/año)
 - Gasolina automóvil (lts/hab/año)
 - Número viviendas por 1000 hab.
- Ambiente
 - Abastecimiento público de agua
 - Aguas residuales
 - Contaminación atmosférica
 - y basuras
 - energía radiante
 - vivienda: hacinamiento
 - superficie
 - salubridad
 - antigüedad

Los diversos enfoques disciplinarios de la salud

Junto a las definiciones generales y a los indicadores, el concepto de salud ha sido visto desde un contexto sociológico. Ricardo Moragas (Enfoque sociológico de diversas concepciones de la salud, Barcelona, 1976) ha enfocado el tema desde la pretensión de “dar una visión general del punto de vista que diversas disciplinas utilizan. No se intenta llevar a cabo una taxonomía de los diversos enfoques bajo los que puede analizarse la salud, según las disciplinas diversas que se ocupan de la misma, sino ver la importancia social que determinada concepción de salud ha tenido en cierto momento histórico y cómo esta aportación ha contribuido a elaborar la visión global de lo que representa la salud en el mundo contemporáneo”.

Moragas intenta ofrecer un enfoque general, no especializado, dando cuenta de siete concepciones de la salud. Tres de ellas son consideradas médicas: la somática-fisiológica, la psíquica y la sanitaria. Otras tres provienen de las ciencias sociales: la político legal, la económica y la social. Otras tres provienen de las *ciencias sociales*: la político-legal, la económica y la social propiamente tal. Finalmente están las de tipo *ideal*, donde ubica a nuestra conocida definición de la O.M.S.

La *concepción somática-fisiológica* podría enunciarse esquemáticamente “diciendo que, si el organismo físico no posee alteraciones visibles, existe salud, y sólo cuando haya una alteración del soma existirá enfermedad”.

Aunque se considere superada por el desarrollo de la medicina psicológica, social y preventiva, ésta es la noción “básica” de salud, la constitutiva de la profesión a través de la historia, la más aceptada por el público en general, la que diera origen a la denominación de “físico” para el médico —todavía en uso en la lengua inglesa *physician*— por su trato con el cuerpo y el uso de instrumentos físicos. Se apoya en la misma visión restrictiva de la salud que preconiza Callahan.

La *concepción psíquica*: es de origen más reciente, preponderantemente en los países desarrollados. Tiene la limitación de su acercamiento a la subjetividad, y un retraso notable con respecto a la operatividad alcanzada por la medicina somática, sobre todo en instrumentos de diagnóstico y terapia. Esta concepción de la salud tiene una clara referencia a la problemática de la relación médico-paciente, a la variabilidad de la personalidad del enfermo en el curso de su afección, al campo de las alteraciones funcionales y psicosomáticas y al área psiquiátrica propiamente tal.

La *concepción sanitaria*, también de origen reciente, pone énfasis no en la salud de un individuo concreto, sino en lo referente a lo colectivo, comunidades y otras agrupaciones. Esta orientación tiene muchos puntos de contacto con la sociología. Contempla un amplio espectro de actividades frecuentemente de incumbencia estatal, con un contenido pertinente al medio físico —tierra, agua,

aire y alimentos— y a las personas, agrupadas de acuerdo a sus quehaceres laborales, de tiempo libre o de lugar de residencia.

La *concepción política-legal* forma parte de los enfoques no médicos aportados por las ciencias sociales. Su eje es la consideración de la salud como un bien general que, al llegar a contar con una tutela legal se transforma en un derecho para toda la población, que los ciudadanos pueden exigir mantener, y que se apoya en una valoración social y política y en disposiciones legales. El derecho a la salud se consigue a través de luchas que van aportando, en conquistas sucesivas, derechos a la asistencia médica y “prosигuen con la asistencia para los fármacos, prótesis, tratamientos especializados, rehabilitación y prevención”. Los Códigos Penales recogen esta defensa de la salud o de la integridad física, al convertir en delitos los atentados contra la salud propia o ajena.

La *concepción económica* va adquiriendo creciente importancia con la consideración de los recursos humanos como factor esencial en los procesos productivos. Interesa, desde el prisma económico, la gran inversión que se hace en la remuneración del personal de la salud. Las implicaciones de la salud, como requerimiento de las fuerzas de trabajo en la producción, articulan con la lucha por los derechos de la salud, ya que ésta tiene interés tanto para trabajadores como para empresarios y técnicos, como derecho y como inversión, respectivamente. Economistas y planificadores discuten la salud en el encuadre de los costos por mantenerla, en comparación con los de otros sectores y con los costos de la enfermedad. El coste sanitario va en aumento, constituyendo su progresiva prioridad un tema de interés político general. Políticas son las decisiones sobre cómo deben distribuirse los cada vez mayores gastos en salud.

La *concepción social* de la salud recupera la importancia de ese ámbito en relación tanto con las afecciones físicas como con las psíquicas. En las últimas, actúa a través de una causalidad directa; en las dos interviene a través de los procesos de identificación de la enfermedad y selección del agente de salud correspondiente, y en las diversas fases de los tratamientos. Cada sociedad define, de acuerdo con patitas culturales, lo que serán los límites, más o menos definidos, entre salud y enfermedad, y establece expectativas con respecto a la conducta de los pacientes, lo que se ha llamado el rol del enfermo. De acuerdo, también, con los diversos roles sociales se establecen las normas grupales, desde las familias a la nación, acerca de qué se considerará como salud y enfermedad. La presión grupal, junto a la personalidad del sujeto, influyen en su mayor o menor aceptación de la definición social de la enfermedad. Junto a la concepción económica de la salud, el auge del interés público por la salud ha llevado a la organización de grandes instituciones de seguridad social, de asistencia sanitaria, a la formalización de procesos planificadores y a la participación conjunta de terapeutas y pacientes en la discusión de los objetivos de salud. Como se ha expuesto, Moragas considera que en este área hay convergencia entre la investigación sociológica y la sanitaria.

Completamos este resumen con la séptima categoría, la *concepción ideal* de la salud. Moragas afirma el valor de su aporte, analizando la definición de la O.M.S. por su condición de guía, de mecanismo de motivación para la acción transformadora. Las definiciones ideales se asocian, muchas veces, a la crítica de la civilización contemporánea, al entusiasmo por las sociedades de escaso desarrollo tecnológico que han descrito los antropólogos. Gran parte de las sociedades primitivas han tenido o cuenta con muchas limitaciones a causa de las enfermedades y la poca expectativa de vida. Incluso las excepciones —como los esquimales o polinesios— se encontrarán “degradadas por la limitación de sus actividades, pareciéndose poco al tipo del hombre global propuesto como modelo por los pensadores occidentales”. Moragas hace referencia a Toynbee y recuerda la crítica de Dubos (*Mirage of Health*, 1959) a la utopía de una salud fija, sin los cambios evolutivos propios de la condición humana. La visión sintética que Moragas propone como sociológica, con énfasis en lo general y en lo social en cada materia, es de gran interés orientador. Más que sociológica —ojalá los aportes de esa disciplina fueran siempre de esa amplitud— es un aporte de filosofía de la salud, de ciencia de la más general. Para mejor comprensión de nuestra síntesis, forzosamente muy condensada, transcribimos en la página siguiente el esquema del citado autor.