

TEÓRICO NO IV. “EL CONCEPTO DE SALUD DE LA OMS”.

CÁTEDRA II SALUD PÚBLICA/SALUD MENTAL, FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES.

Alicia Stolkiner

2003

Estuvimos trabajando con las conceptualizaciones de salud enfermedad y nos quedó pendiente un tema. Entonces hoy, vamos a desarrollarlo y luego comenzamos con nuestro tema del día que es Interdisciplina.

Lo que nos quedó pendiente es la definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Si bien los acontecimientos recientes de la guerra de Iraq ponen en duda el lugar que las Naciones Unidas (ONU) y este cuerpo de organismos internacionales creados en la posguerra van a tener en el mundo que se avecina en este siglo, la OMS fue una institución que tuvo una fuerte presencia en la cuestión de salud a nivel mundial, prácticamente desde la segunda guerra mundial hasta la década del '80. No es que después haya dejado de tener presencia, pero desde finales de los 80, este rol hegemónico que desempeñaba la OMS en relación con la salud es reemplazado por el Banco Mundial.

Cuando realicen las entrevistas y si interrogan a un médico más o menos informado o una enfermera o una trabajadora social sobre qué es salud, es muy probable que reciban como respuesta la definición que en su momento dio la OMS, que dijo “Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Esta definición podemos decir que “huele a naftalina” o bien que es un arcaísmo. Esta definición ha sido severamente criticada, luego trabajaremos esas críticas. Creo que hay que revisarla, pero una lectura crítica -como les decía en la primera clase- no es sólo “a mí no me gusta que diga estado, debiera decir proceso” y “el completo bienestar desde la lógica psicoanalítica contradice lo que sería el malestar en la cultura”, etc. Una lectura crítica implica saber o tener, por lo menos, alguna posibilidad de comprensión de cómo fue construido este concepto.

Vamos primero a hacer un trabajo que podemos llamar de deconstrucción. Tomar un concepto y tratar de analizarlo desde distintos ángulos para ver cómo fue construido. Si uno no hace esta tarea, lo único que le queda hacer con los conceptos que recibe es creer o no creer en ellos. Y creer o no creer pertenece a los actos de fe. Y la fe, como dice San Agustín, es un don y no una construcción de conceptos científicos.

Vemos cómo fue construido este concepto y lo primero es indagar quién lo produjo. La Organización Mundial de la Salud es un organismo de Naciones Unidas. La representación de la OMS en América es la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Después cuando llegamos organismos de salud, hay un texto de Yamila Comes, docente de esta cátedra, que más o menos los ubica en los escenarios de quiénes son los actores internacionales en el sector salud. Otros actores internacionales son el Banco Mundial, los grandes laboratorios, las grandes empresas de electromedicina y hay algunos otros organismos.

Para los que quieran buscar en la WEB, pueden encontrar las páginas con las siglas en castellano OMS o en inglés "WHO", OPS o "PAHO".

Volviendo al tema, esta definición que la OMS naciente, recuerden que las Naciones Unidas (UN) es un organismo creado después de la segunda guerra mundial. Fue creado en la conciencia de que se necesitaría un ámbito supranacional, por encima de las naciones, de negociación e intercambio entre los países del mundo, en la perspectiva de que en este lugar fuera evitable la repetición de una experiencia como fue esa guerra. La segunda guerra mundial, que no fue mundial, porque nosotros la pasamos bastante tranquilamente, dejó sólo en Rusia 20 millones de muertos, por decir uno de los países que fue más afectado. En realidad no Rusia, sino los países que después serían los países de la Unión Soviética

Europa quedó devastada, y el mundo quedó dividido en una geopolítica absolutamente nueva. Hay un mito que expresa la época, se dice que Stalin (URSS), Roosevelt (presidente de los EEUU) y Churchill (UK) se repartieron el mundo entre un whisky y un habano. Pero en realidad fue un acuerdo, un equilibrio frágil que habría de inaugurar una época de varias décadas, que fue la época de mayor crecimiento económico sostenido en el mundo, en la historia de la humanidad, y también la de tensión entre dos grandes potencias, que se llamaría la época de la Guerra Fría.

La OMS forma parte de una cantidad de cuerpos que van a surgir al amparo de la ONU y su objetivo desde su fundación fue crear un espacio en que los distintos países que constituían las Naciones Unidas, que eran prácticamente todos los países del mundo, pudieran concertar acciones mancomunadas para mejorar la salud de la población mundial; ponerse de acuerdo en estrategias comunes, así como se suponía que la ONU era un organismo de generación de estrategias comunes.

Para los que piensen que esta fundación de la OMS, me parece que en 1946, se creó en un salón lleno de señores de traje y corbata, debo decirles que no fue así. La crea un grupo de médicos -entre los cuales había un argentino, Gregorio Bergman-, algunos de ellos sobrevivientes de campos de concentración de Alemania que aspiran a incluir la salud como objetivo dentro de la ONU y, después, como suele suceder en estos casos, se va a armar una gran superestructura burocrática. Para que esto funcionara, cada uno de los países del mundo debía poner una cuota, como para la UNESCO, UNICEF, la FAO; y después, conjuntamente, hacer programas que son para beneficio -teóricamente- de la salud mundial. El aporte de cada país era proporcional a su economía.

Les adelanto que la OMS tuvo un gran triunfo en la historia, un objetivo que cumplió exitosamente y que fue la erradicación, a nivel mundial, de la viruela. Los que ya tenemos unos cuantos añitos tenemos la cicatriz de la vacuna antivariólica en el brazo. A ustedes, desgraciadamente, nunca los vacunaron y yo estoy vacunada, pero el efecto caduca a los diez años. Quiere decir que somos toda la población expuesta a la viruela. Problema real porque ahora reaparece la viruela como amenaza de arma bacteriológica.

Pero en la década del '50 y los sesenta, la OMS con financiamiento -básicamente- de los países centrales inicia una campaña mundial de vacunación de toda la

población del mundo, en realidad del 80% de la población mundial, para erradicar la viruela. Se elige la viruela porque era una enfermedad de transmisión aérea (o sea altamente contagiosa) que sólo se alojaba en el hombre. (por esto vacunando a la población humana se la erradicaba) y, también, porque era una enfermedad sin fronteras que podía acompañar el desplazamiento de personas, poniendo en riesgo a ricos y pobres. Por lo tanto, se planeó que vacunando al conjunto de la humanidad se eliminaría definitivamente e históricamente la viruela. Finalmente, la OMS lo logró a finales de los 70. Y los que estudiamos la lucha contra la viruela fuimos objetos de la venta de un cuento de hadas: la viruela se había logrado erradicar totalmente y que, por lo tanto el virus o vibrión de la viruela iba a desaparecer cuando se destruyera la última muestra guardada en un laboratorio en Londres y, en una ceremonia, a mediados de los 90, se anunció que la muestra había sido destruida porque podía ser dañina para la humanidad. Todos nos creímos eso. Pocos años después nos enteramos de que los países centrales habían guardado muestras para experimentación como arma bacteriológica. Yo recuerdo hasta la filmación de la ceremonia, porque el último caso de viruela del mundo fue una mujer inglesa que, mientras trabajaban en el laboratorio se contagió por las vías de ventilación del edificio. De reaparecer esta epidemia hoy encuentra a la población mundial absolutamente desprotegida de toda inmunización, sea de la inmunización natural que se produce cuando alguien se contagia y no muere o de la científica provista por la vacuna.

EEUU está vacunando a toda su población y entonces estamos en una situación rarísima. En este momento, esta enfermedad, que la OMS erradicó, si fuera utilizada en los países del mundo como un arma, sería mucho más grave que lo que fue nunca en la historia. Porque mientras existió el microorganismo producía esporádicamente epidemias que mataban a un montón de gente, pero que inmunizaban al resto. Ahora tenemos una generación que fue inmunizada tempranamente y ya no es válida y una generación completa o varias generaciones posteriores que no tienen ningún tipo de inmunización.

ALUMNA: ¿Esa es la razón política que mencionaste para la erradicación?

PROFESORA: No, la razón política de la erradicación es muy sencilla y es que los países centrales estaban dispuestos a poner mucho dinero para eliminarla porque los atacaba a ellos. Porque la viruela es un riesgo para cualquier población. No así el chagas por ejemplo, es una enfermedad que mientras estuvo localizada en nuestros países de sur no convocó demasiada preocupación.... Ahora ya cruzó el Río Grande y está entrando a EEUU; cuando llegue, seguro van a descubrir una medicación más adecuada. Pero la viruela es incontrolable, digamos, le empleada doméstica la puede transmitir, entonces la señora de clase media que interactuó con ella en los países periféricos hizo sus valijas y se subió a un avión en clase turista, pero la desparramó por todo el avión, porque el aire se la pasó a primera clase. Entonces el señor se bajó en el aeropuerto John F. Kennedy y se fue a Wall Street. Y ahí, hiciste un reguero que va del país periférico a un país central y de una clase social baja a una clase social alta.

Volviendo a la definición de la OMS, quiero poner de manifiesto cuáles eran los objetivos de una organización como ésta: acciones mancomunadas y redistribución de recursos, o sea, tenía la idea de que los países ricos colaboren con los países pobres. La definición de salud que enuncia no está firmada por un autor, nos metemos en el complicado mundo de leer discursos que no son producidos por

autores específicos sino que son producidos por organizaciones.

La OMS también es una constructora de discursos y de propuestas y éste era el discurso fundante de la propuesta de la OMS, antes de analizarlo epistemológicamente, que vamos a ver que tiene muchas críticas, vamos a decir que ésta no es una definición teórica, sino política. Quizás todo enunciado teórico es político, pero éste explícitamente lo es. ¿Por qué? Porque cuál era la situación en la que había quedado básicamente Occidente después de la segunda guerra: una nueva definición y distribución de la hegemonía, una parte del mundo dominada por una nueva forma de organización social, que era el socialismo; una Europa devastada, con fuerte probabilidad de que este frágil equilibrio que se había instaurado, entre capitalismo y socialismo, se desequilibrara desde adentro. Esto era así, porque buena parte de los países que resistieron la ocupación nazi quedaron en la pobreza extrema, lo que podría haber generado un tipo de rebelión que desequilibrara esta balanza. Allí el nuevo objetivo: reconstruir nuevamente Alemania. Porque si había algo que Occidente había aprendido era que un país fuerte y poderoso, sumido en la desgracia, se podía convertir en peligroso. Y esto es lo que había pasado entre la primera y la segunda guerra.

Entonces ahí reaparece la teoría keynesiana, producto de la crisis del 30. Como explicaba en una clase anterior, el keynesianismo será la base de teoría económica en la que se fundan los llamados estados de bienestar (*welfare state*) o estados sociales. Estos pretenden un determinado grado de bienestar para la sociedad en su conjunto a partir de una función de redistribución cumplida por el estado. Y desde este punto de vista, el estado tiene un rol activo en la regulación de los mercados y en la garantía de derechos sociales. Y esto tiene que ver con las políticas en salud, educación, etc. Si volvemos a la definición de salud de la OMS, saquen a la definición la palabra “completo” y queda “salud es estado de bienestar” (Si le ponen las mayúsculas queda: Salud es Estado de Bienestar, o sea el modelo de estado que se proponía para el desarrollo, especialmente de los países europeos)

Si ustedes piensan que salud es estado de bienestar, entonces van a entrar en las políticas de salud, la provisión de agua potable, las condiciones de vivienda digna, va a haber una articulación entre políticas de salud y políticas educativas, etc. Esta es la definición política que la OMS da en este punto. Era una definición tendiente a señalar la función del estado y la sociedad en el cuidado colectivo de la salud.

Además, si ustedes buscan la palabra bienestar en el diccionario van a descubrir que la palabra bienestar -ahora me falta buscarlo en el de Moliner- aparece definida de la siguiente manera: “estado de las cosas necesarias para vivir a gusto”. Nosotros pensamos en la palabra bienestar y pensamos en sentirse bien, como una perspectiva intrasubjetiva, pero en el diccionario aparece como una condición. Quiere decir que no está hablando de la definición de un estado subjetivo, se trata de una definición de condiciones de vida.

Piensen todo lo que puede contener una definición que parece banal. Es una síntesis histórica. Sobre el margen de esta definición se va a plantear la problemática de la salud, no como atención de la enfermedad, sino como políticas sanitarias, enmarcadas en estrategias preventivas. Y sobre esto, las problemáticas del sufrimiento psíquico van a ser incorporadas a las problemáticas de salud. En este sentido, esta definición tuvo su efecto histórico. La OMS va a hacer un ciclo de expansión que dura prácticamente, desde su creación en 1946 hasta lo que algunos

autores dicen que es el canto del cisne de la OMS, la declaración de Alma Ata, en 1978, y la estrategia de atención primaria de la salud y ahí empieza su declinación. No porque haya desaparecido, sino porque el lugar de asesor y gestor de políticas internacionales en salud lo empieza a ocupar el Banco Mundial, directamente, un organismo financiero.

Volvamos a esta definición. ¿Cuál es la crítica? Una vez que hemos comprendido cómo se produjo, vamos a las críticas que, me parece, son todas pertinentes. Desde el campo del pensamiento crítico en medicina social, se va a cuestionar que se plantee que la salud es un estado. Piensen en Vasco Uribe, el texto que vimos anteriormente. Porque más que pensar la salud como un estado a recuperar, plantean la salud como un proceso. Como una dinámica permanente y, por supuesto, que hay dos métodos de análisis según uno defina la salud como un estado o como un proceso. Desde el campo del psicoanálisis, creo que con toda justicia, ahora sí tomándola como una definición teórica, le han hecho una feroz crítica a esto de homologar salud con completo bienestar. Y ahí se produce un deslizamiento por el cual piensan que bienestar es subjetivo. Porque un estado de completo bienestar es el nirvana, la pulsión de muerte pura. Porque es inherente a la condición humana una cierta asíntota- una curva que se relaciona con otra, pero no se juntan nunca; se dirigen a juntarse en el infinito-en la realización del deseo. Es inherente a la condición humana que haya un cierto malestar, necesario como para mantener el movimiento de la vida. La satisfacción absoluta no existe y, de existir, sería terrible. Si una madre satisficiera todas y cada una de las necesidades de un bebé y éste no fuera sometido a ninguna carencia ni siquiera necesitaría del lenguaje.

Entonces, me parece que es una crítica adecuada cuando plantea lo que está en esencia en *El malestar en la cultura*, lo cual no quiere decir que no haya culturas que producen mucho más malestar que otras, no todo malestar es malestar en la cultura, pero se debe reconocer que hay una tensión entre lo biológico y lo humano. Que siempre hay algo que no puede ser alcanzado y esto es inherente a la naturaleza humana y al sujeto.

Y hay otra crítica que se hace desde el lugar de los estudios de salud del trabajador: sentirse bien en una situación deteriorante no es un indicador de salud. A veces el malestar es un indicador de salud. Pongo un ejemplo: si ustedes entran al lugar donde un grupo de trabajadores están sometidos permanentemente a un ruido que está por encima de lo que es tolerable para el oído humano-por efecto de las máquinas- se van a sentir mal. Pero ellos no se sienten mal, ellos se sienten bien porque se mutiló la audición. O sea, para adaptarse a una situación que no es apta para un organismo humano, tuvieron que mutilar su capacidad auditiva. La crítica, entonces, es que el bienestar en determinadas condiciones, y ahí se ligaría con el texto "Prácticas en Salud mental" en cuanto a lo que digo de la concepción medioeval del "bienestar subjetivo", el bienestar en determinadas condiciones no es indicador de salud, sino de enfermedad.

Bueno, terminamos con la cuestión de la definición de salud; que puede ser "glorias y miserias de la definición de salud de la OMS" que, sin embargo, como toda definición es una herramienta, sirvió para el desarrollo de algún tipo de política y anuló el desarrollo de algún otro tipo de política. Pero quiero decirles -en síntesis- que fue una definición política, que nace en la posguerra y está directamente ligada a plantear la salud -y en ese sentido es progresiva- no como ausencia de

enfermedad, sino como presencia -retomo aquello de los griegos, como presencia de aquellas condiciones necesarias para vivir a gusto-. O sea, reactualiza una definición positiva y, además, plantea – lo cual no está contenido en la definición, pero está contenido en el marco político de la OMS- la responsabilidad de los pueblos y sus gobiernos en su conjunto. Y en este sentido es progresiva con respecto a las ideas, casi podría decir, hegemónicas que había en salud en ese período. Con respecto a la idea de que la enfermedad es exclusivamente un problema individual y biológico.

Bueno, de aquí mismo, vamos a pasar al tema de interdisciplina. Miren lo que esta definición hizo además, al plantear una salud que no es sólo cuestión física o biológica sino también psíquica y social inaugura una época en la cual la hegemonía del pensamiento biológico individual en la explicación del proceso salud/enfermedad empieza a ser cuestionada. No quiere decir que sea derrotada, para nada, pero esa explicación biológica e individual será cuestionada. Esta misma definición de la OMS implica la necesidad de definir el campo de las problemáticas en salud desde la lógica de más de una disciplina: porque está diciendo desde lo físico, lo psíquico y lo social.

Entonces vamos a entrar en el tercer punto de nuestra unidad temática que es el tema de interdisciplina e interdisciplinariedad en salud. Anecdóticamente les cuento que este tema antes costaba muchísimo trabajo y que hasta hace cinco o seis años, los psicólogos eran considerados los profesionales más reacios a los equipos interdisciplinarios, con algunos resultados graves, como por ejemplo que el número de plazas de una residencia para psicólogos en educación para la salud fuera bajando. En los últimos años, me parece que esto ha cambiado. Es interesante que haya cambiado. También quiero señalar que es muy difícil enseñar interdisciplina sin que ustedes tengan la posibilidad de participar de una experiencia interdisciplinaria. Y es muy difícil enseñarla en un sistema universitario organizado disciplinariamente. A veces yo tengo la sensación de que enseñar interdisciplina teóricamente tiene la misma dificultad que enseñar a nadar con papel y lápiz. Es imposible. Hay un proceso subjetivo de ruptura de representaciones que uno tiene instaladas que en realidad sólo es posible en las prácticas. Nuestro objetivo es que ustedes se aproximen algo a lo que es el debate en interdisciplina, en segundo lugar, que por lo menos les quede picando el tema como para que el día de mañana si tienen que trabajar en un equipo interdisciplinario se lo problematicen.

Vamos con los autores que vamos a trabajar: un texto de Nora Elichiry, “El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”, La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. Nora Elichiry es profesora de esta facultad, de Psicología Educativa y fue durante mucho tiempo profesora regular de Psicología Genética. Les digo esto porque su formación -básicamente piagetiana- la recibió, entre otras cosas, trabajando con Emilia Ferreiro, una teórica argentina que aplicó la conceptualización de Piaget al aprendizaje de la lectoescritura y que después su teoría dio lugar a la implementación del método psicogenético en las escuelas primarias, con toda la discusión que hay al respecto.

Pero ustedes dirán qué tiene que ver Emilia Ferreiro, pero su marido es Rolando García, citado para plantear la cuestión de interdisciplinariedad. Entonces, vamos a seguir la conceptualización de Sistemas Complejos de Rolando García, que está en la bibliografía de consulta. Salvedad, para los que están cursando Grupos con Ana Fernández, van a ver interdisciplina con ella también. La van a ver más con una orientación hacia la línea francesa. Con lo cual es muy frecuente que ellos hablen de

transdisciplina. En cambio, nosotros siguiendo la línea de Rolando García, hablamos de momentos transdisciplinarios. La preocupación por lo interdisciplinario es la misma, se trate como en la cátedra de Fernández o la mía.

Además del texto de Rolando García, los otros son míos. El primero: "De Interdisciplina e indisciplinas", está en el mismo libro que el texto de Nora Elichiry y es un best seller porque tiene dos páginas. Los tres textos míos son de una página cada uno. En realidad fue así, una revista de Rosario, que se llama Campo Psi, me pidió que abriera un debate sobre Interdisciplina, la revista se publica en papel y en Internet (www.campopsi.com.ar) y me pidieron un artículo de una página. En esos artículos no les tengo que explicar nada porque está todo allí, inclusive con quién polemizan y demás.

Volviendo a Rolando García. Éste es uno de los autores que la Universidad de Buenos Aires perdió en la Noche de los Bastones Largos, o sea, cuando históricamente por primera vez se violó la autonomía universitaria de manera flagrante. Su profesión de origen era meteorólogo, se dedicaba al estudio del clima, ésa era su profesión original.

Ustedes se preguntarán, cómo llega a estudiar con Piaget, porque trabajó y estudió con Piaget, un hombre que es meteorólogo. Lo hizo porque la complejidad de su campo de estudio le llevó a cuestionarse y conceptualizar sobre interdisciplinabilidad y sistemas complejos.

Hay un relato que sirve para comprender cómo llega a esto. En determinado momento se lo consulta por una sequía que hay en el norte de África que se consideraba la más importante de la última década por la cantidad de muertos que había producido. La evaluación de la magnitud de la sequía se tomaba por la cantidad de muertos. Entonces si "la culpa" era de la sequía, se invita a un meteorólogo para estudiarla.

Él llega, y como es un investigador -los investigadores en general no dan nada por sentado y lo primero que cuestionan es la pregunta-, lo primero que se cuestionó él era si esta sequía era tan distinta de las otras. Hizo una evaluación de los últimos cien años y esta sequía no resultó distinta de las otras. Entonces tuvo que ir llamando gente de diversas disciplinas para tratar de entender un fenómeno que era muy complejo, y que hasta ese momento parecía muy sencillo. La explicación inicial era que la naturaleza hizo que lloviera menos y esto produjo que hubiera un montón de muertes. Hasta ahí, el pensamiento cerrado. Hubo sequía y se murió la gente. En el medio, lo primero que descubren es que esta sequía no era distinta que las otras. Lo segundo que descubren era que había una variable económica, que ahora aparecen como naturalizadas: en ese mismo período, había exportado alimentos.

Pero había cosas más complejas, por ejemplo, la población de ese país había sido reorganizada cuando, con posterioridad a la reorganización del mundo posguerra y poscolonial, se crearon países en África y se crearon fronteras que para esa población eran inexistentes. Porque esa era una población nómada e iban -junto con los animales africanos- siguiendo la lluvia. Entonces vivían permanentemente evitando la sequía. Al sedentarizar una población nómada que había estructurado una forma de vida consistente en seguir los animales, que a su vez seguían la lluvia, lo hicieron mil veces más vulnerables al impacto de la sequía. Y así sucesivamente, Rolando García tuvo que llamar a una serie de especialistas para analizar por qué se

había dado este fenómeno complejo y aquí vamos a ver una palabra que vamos a utilizar mucho que es la palabra “complejidad”, que incluye dos aspectos: la el por problemas y el paradigma de la complejidad, que son fundamentos del abordaje Interdisciplinario.

Porque si uno recorta el problema y se ocupa de lo suyo, es mucho más sencillo porque recorta disciplinariamente. Es mucho más fácil. Ahora si ustedes tienen que abordar la complejidad, por ejemplo, de comprender un proceso de salud enfermedad en todas sus determinaciones, ahí necesitan una articulación que va más allá de la disciplina. El libro de García, finalmente, en donde trabaja este tema tiene un título muy interesante: “La culpa no la tiene la naturaleza”. Esto es para que cada vez que estén a punto de decir “eso es natural”, retrocedan dos pasos y se acuerden del título “la culpa no la tiene la naturaleza”, ni las víctimas de las inundaciones dejan de diferenciarse, digo por lo que está pasando ahora en Santa Fe, dejan de diferenciarse por clase social, ni las consecuencias de una catástrofe se deben exclusivamente a los fenómenos naturales. Seguimos la próxima.