

CONSTRUCCIÓN PSICOSOCIAL DEL CONCEPTO DE SALUD: DE LA ÉTICA A LA PRÁCTICA¹

DRA. MARITZA MONTERO
Doctorado en Psicología
Universidad Central de Venezuela
Mmonteroster@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Uno de los logros de la psicología crítica es haber entendido que hay aspectos de la vida humana que necesitan ser vistos desde la perspectiva de la complejidad. Esta observación preliminar es hecha desde la psicología social, para referirse al campo de la salud. La primera visión de la tarea apunta hacia las áreas clínicas de la psicología y, en el caso de quien escribe, hacia la clínica comunitaria, sub-rama de la psicología clínica y de la psicología comunitaria, que se apoderó de mí desde el inicio de la década del 2000 y que es una tarea fascinante. Pero aunque tentadora, descarto esa imagen porque la salud no es únicamente un asunto clínico. La salud no es sólo un asunto terapéutico relacionado con la medicina o con la curación, es decir con la medicina y otras disciplinas afines, en general. Así que glosando uno de los slogans tricolores que nos asechan desde paredes, autobuses, periódicos y pantallas de TV, creo que deberíamos decir: ¡Ahora la salud es de todos! Pues si no lo es, debería serlo.

Para que la salud sea un concepto ligado a la vida cotidiana y desligado de las clínicas, ahora mencionadas en relación con su denotación de lugares de curación, han sido necesarios al menos dos condiciones: La primera fue la adopción en 1946, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de una definición que la desligase del modelo biomédico centrado en la ausencia de la enfermedad, es decir de la anti-salud. Pero eso no bastó, puesto que aun hoy muchas personas, médicas y no médicas, parecieran no haber cobrado consciencia de la lenta pero firme construcción de una definición de la salud, basada en la salud. Es decir, expresada en una pluralidad de aspectos relacionados con el bienestar tanto físico como social y cultural, pero además sustentada en una base ética construida como parte de un paradigma que propone la construcción y transformación críticas y participativas de la realidad. Comenzaré por la base ética, porque es a partir de ella que la salud, sus sujetos, sus relaciones, su fundamentación y definición tienen su origen.

LA ÉTICA DE LA RELACIÓN Y DE LA OTREDAD

DEFINIR LA ÉTICA

Antes de iniciar esta sección creo necesario definir y deslindar lo que entendemos por ética, ya que muchas veces se usa esa palabra para señalar a la buena práctica, es decir a la deontología, que rige los llamados

¹ Conferencia Magistral. I Jornadas Venezolanas de la Salud y II Jornadas Venezolanas de ALAPSA. Maracaibo. 26 al 28 de Octubre de 2011. Universidad "Rafael Urdaneta".

“Códigos de Ética” de las profesiones. Se la confunde también con la moral, que es el conjunto de normas que en una época y en un lugar (tiempo y espacio), rigen lo que se considera como buen comportamiento en una sociedad. Pero aunque aspectos éticos estén presentes tanto en la deontología como en la moral, la ética se refiere a algo más profundo y también más básico. Ética es el respeto del Otro, la protección de la vida humana.

Aristóteles definía la ética como la distinción entre el bien y el mal, pero esa distinción puede ser oscurecida por definiciones más o menos caprichosas o sesgadas en cada momento histórico. Así, Sidgwick²(1922) la definía a inicios del siglo XX, como el estudio de lo que es bueno o debiera serlo, en cuanto ello dependa de la acción voluntaria de los individuos; pero esta definición está sujeta a lo que en un momento dado en una sociedad sea considerado como admisible. Es decir, que sería más bien la moral, lo que así se estaría definiendo. Varela (1996: 9) considera que la ética se aproxima más a la sabiduría que a la razón; más al conocimiento de lo que es **ser bueno** que a un **juicio** correcto en una situación dada; definición interesante pero incompleta, porque la razón depende de factores circunstanciales que a su vez permitan diversas interpretaciones.

En esa misma línea, Prilleltensky³ (1994) considera que hay dos niveles de ética: uno individual y uno social. El primero, que llama ética individual, se refiere a aquello que en primer lugar concierne al beneficio del ciudadano como individuo, del cliente⁴, el estudiante o el participante en la investigación. El segundo, ética social, es aquella que se propone aumentar el bienestar de todos los miembros de la sociedad, particularmente aquellos que son vulnerables. Pero creo que la diferencia es meramente técnica, pues no se puede separar esos niveles, ni siquiera cuando se contraponen la cantidad a la unidad, pues el bienestar de las personas como unidades es parte del bienestar de la sociedad en que se vive, que está constituida por ellas. Por eso es preferible la tajante claridad de la primera definición cuya base y fin son una sola cosa, claramente expresada.

Un aporte descriptivo de interés es el de Susana Rudolf⁵ (2011), quien considera los aspectos constructores de salud, incluyendo el fortalecimiento recíproco, es decir, el que se da entre las personas; el intercambio democrático; la solidaridad; la participación ciudadana y la construcción y desarrollo de redes. Sobre esto último debo decir que son las redes construidas independientemente por las personas y grupos las más efectivas, las más satisfactorias y las más eficientes. También suelen ser invisibles.

DEFINIR LA EPISTEME

Por episteme se entiende un modo de conocer que genera una concepción sistemática de la relación entre sujeto y objeto de conocimiento, produciendo un marco de apoyo para la construcción teórica y metodológica de la realidad. Episteme es ciencia, conocimiento o sabiduría, y también arte, que permite generar formas de entendimiento de hechos que ocurren en la vida y en el estudio de esa vida. Esas formas generan un modo general de conocer y en ese sentido es lo contrario de la opinión (*doxa*), que es lo que depende de lo que una persona crea, individualmente.

EPISTEME DE LA RELACIÓN. OTRA MANERA DE CONCEBIR LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO

Es en América y específicamente en nuestra parte del Continente americano donde se ha desarrollado, no sólo en teoría, sino de manera relevante en la práctica, lo que ha sido llamado Episteme de la Relación,

² Varela, F. Ética y acción. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones Granica, 1996, p. 9.

³ Prilleltensky I.: The moral and politics of psychology. Albany, E.E.U.U.: State University of New York Press 1994.

⁴ La psicología anglosajona insiste en esa categoría de origen mercantilista.

⁵ Rudolf M., Susana: (2011) A construção de saúde segundo a perspectiva da relação Universidade-comunidade. A figura do “Operador de Bairro” como articulador. Em J. Castellá Sarriera (Coord.) *Saúde comunitária. Conhecimentos e experiências na América Latina* (pp. 135-153). Porto Alegre: Brasil: Edit. Sulina.

que puede constituir, como veremos, un binomio inseparable con la Episteme de la Otredad, también objeto de aplicación y de teorización en nuestra América (ver: Dussel, 1974, 1985, 1987, 1998, 2008; Scannone, 1973; Moreno, 1993; 2012; Montero, 2000, 2003, 2005).

Este modo de conocer señala como condición constitutiva de la relación su carácter complejo, holista, marcado por sus límites borrosos ya que se trata de fenómenos sociales dinámicos, que están en continua transformación y que son a la vez sociales e individuales, lo cual supone complejidad tanto teórica como metodológica, que exige la construcción de una psicología efectiva y socialmente sensible.

Esta episteme considera que el conocimiento se produce dentro de, y por, relaciones sociales. La dialéctica tradicional (hegeliana y marxiana), considera que hay un dúo fundamental: la tesis y su antítesis, es decir una persona o un colectivo propone una forma de conocimiento y alguien u otro colectivo contrapone otra forma. Y de esas acciones se produce un nuevo elemento de conocimiento que establece una síntesis que las abarca y las supera. Esta concepción es criticada y modificada por la Relación.

CRÍTICA DE LA DIALÉCTICA HEGELIANA

La dialéctica tradicional entonces, considera solamente el intercambio entre el Ego, el Yo (llamado Uno en la filosofía), y su opositor, que es también un Uno complementario al presentar una contradicción a la posición sostenida por el Uno inicial. Es esa una contraposición debida a la propuesta como tesis. Ambos elementos constituyen una unidad, ya que lo que la antítesis tiene, falta o es diferente a la tesis. Y el conocimiento producido por su contacto transformador, la síntesis, deriva de esa unidad, ya que las contribuciones de ambos elementos, aunque opuestas, pertenecen a la misma lógica. Esos tres elementos: tesis, antítesis y síntesis forman una totalidad en la cual se produce conocimiento. El punto de partida es siempre una tesis, de manera que lo que se le opone es función de lo que esa tesis afirma. Por lo tanto, la síntesis construida a partir de la colisión entre tesis y antítesis se estructura dentro de la totalidad que todas ellas integran. Todo es parte de la misma totalidad que contiene un término positivo y su opuesto no positivo, para producir algo nuevo a partir de ellos. Hay interinfluencia entre las partes que se influyen mutuamente y de tal intercambio se derivan procesos de interacción, pero al mismo tiempo el Uno y el Otro permanecen blindados en su carácter de unidad. Y se considera que el Ser (lo ontológico) sólo reside en la unidad singular.

Esa dialéctica responde al ámbito de la ontología de la individualidad, y su carácter restringido ha sido criticado por dos filósofos latinoamericanos que han influido en la construcción de la teología de la liberación, y creado la filosofía de la liberación. Esta última influirá a su vez, en la psicología de la liberación. Ellos son J.C. Scannone (1976, 1990) y E. Dussel (1972, 1985, 1987, 1998, 2008). Ambos apuntan a una concepción diferente, que había estado oculta bajo la confortablemente aceptada ontología de la individualidad. Se trata del carácter *fundamental de la relación*.

En Europa, en 1973, otro filósofo: Emmanuel Levinas⁶ (1977), había introducido su propia crítica respecto no sólo de la necesidad de incluir otros elementos en la totalidad dialéctica, sino de la imposibilidad de apartarlos de ella, de dejarlos de lado, ya que esos Otros igualmente tienen un carácter constituyente de la vida y de la sociedad. La exclusión del Otro conduce a la desigualdad y engendra opresiones y sumisiones. No sólo la independencia de las personas está entonces en peligro, o incluso puede ser negada hasta el punto de desaparecer, sino que el Otro es excluido de otros ámbitos: Del universo contenido en la totalidad; de su propio mundo de vida, que es negado, prohibido y negativamente definido; de su cuerpo y de su espíritu, también definidos desde la perspectiva del Uno dominante. La noción de sufrimiento ético-político utilizada por Bader Sawaia (2001, 2002), que se presentará luego, es un efecto de esa exclusión.

⁶ Levinas, Emmanuel. Total e infinito. Salamanca, España: Sígueme, 1972

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA EPISTEME DE LA RELACIÓN-OTREDAD

Es dentro de la relación producida en la totalidad, donde sus elementos se construyen a la vez que construyen a la relación. Esto significa que la concepción del individuo como unidad esencial que origina el conocimiento, tiene que ser sustituida por la concepción de la relación como unidad esencial de esa producción. Una frase de Freire ya preludiaba esta afirmación: “Somos seres de relaciones en un mundo de relaciones”⁷, algo que el ilustró con ejemplos producidos en la práctica de lo que llamó “Educación Popular”, consistente en la alfabetización de campesinos brasileños a partir de sus relaciones con su ambiente, con su comunidad, con su situación de vida. Es decir aquello que les interesaba y sobre lo cual tenían experiencias. También decía Freire: “no hay pensamiento aislado, así como no hay hombre ⁸ aislado” (1973/1988, p. 74). Esto significa la imposibilidad de construir conocimiento prescindiendo del Otro. Y respecto de la imposibilidad de prescindir del Otro, y el efecto autodestructivo de su exclusión, se puede aplicar igualmente su pensamiento, pues nadie puede ser, prohibiendo a otros ser.

Eso es lo que permite generar relaciones equilibradas, reconociendo la igualdad del Otro y desechando lo que Levinas⁹, ha llamado “ontología del egoísmo”. Una ontología que mantiene al Yo en soledad y que conlleva prácticas de poder asimétrico que a su vez generan desigualdades, opresión y exclusión.

Esta nueva episteme construye una ontología en la que los seres son en la relación en que están, reconociendo su carácter social; a la vez que su derecho a ser con toda su individualidad, pero sin desigualdades atropelladoras y disminuyentes, derivadas de la exclusión. Esta episteme y su ontología permiten desarrollar el diálogo y la participación simétrica, que constituyen expresiones éticas, al plantear a los miembros de la relación como seres activos, con igualdad de derechos y deberes.

La episteme de la relación se construye no sólo como una idea que transforma la concepción dialéctica de totalidad, sino además, como una práctica generadora de efectos vividos y de teoría, que al incluir la Otredad, como lo demuestra el método analéctico desarrollado por Dussel¹⁰ (1985), presenta un modelo de equilibrio en las relaciones sociales, fundamentado en el respeto del Otro y en el reconocer su derecho a crear y a transformar.

LA TOTALIDAD ANALÉCTICA

Dussel propone un nuevo enfoque en la epistemología y un nuevo método acorde a ese enfoque, que llama *analéctica*, o *ana-dia-léctica*, por cuanto es una extensión de la dialéctica. Suerte de renovación de la dialéctica, que incorpora una dimensión no vinculada al mundo de vida del sí mismo o individuo que plantea la tesis, desde donde ese Uno genera nuevo conocimiento. La analéctica, en palabras de Dussel (1988) es un momento del método dialéctico que da absoluta prioridad a lo que está más allá de la totalidad; es decir, al otro como Otro, como “distinto”. Esta dialéctica modificada difiere por la inclusión del Otro y su otredad (como es visto desde el Uno). Una otredad que se va a añadir a la otredad construida desde el Yo (Uno). En la analéctica el foco de producción del conocimiento es desplazado del ser individual a la relación establecida entre el Uno y el Otro. Relación en la cual ambos son constituidos en el acto de crear la relación.

Estar relacionado implica una conexión necesaria para que alguien o algo sea. También significa algo que es en función de otra persona o cosa, que a su vez es también de la misma forma. El ser no reside en las unidades que entran en la relación, sino en los nexos que esas unidades crean entre ellas, que a la vez les dan existencia. El carácter social no está entonces en la cantidad de unidades sino en la cualidad de su interdependencia.

⁷ Freire, Paulo ¿Extensión o incomunicación? México DF, Siglo XXI, p. 41.

⁸ En la época en que Freire escribía, las mujeres entraban en el género “hombres”, a los fines intelectuales consiguientes.

⁹ Levinas, E.: totalidad e infinito. Ob. cit. pp. 70.

¹⁰ Dussel Philosophy of liberation, Eugene. EE.UU: Wipf&Stock.

LA SINGULARIDAD EN LA RELACIÓN

Un aspecto fundamental de esta episteme es el que trata de la singularidad de cada persona. Ser seres relacionales no significa uniformidad, pues la individualidad se construye, y solo puede existir, en la relación. Es el Otro, su mirada, su discurso y su aproximación la que nos señala que somos, y que somos de una peculiar manera. Si no existiese el Otro no existiría el Uno. Y viceversa. En la singularidad generada en la relación se construye la necesidad de reconocer al Otro en su carácter distintivo y completo¹¹.

Pertenecer a una relación (de hecho, a muchas), ser parte de ella no significa que la individualidad desaparece. La persona no pierde su carácter único y singular, no es despersonalizada, pues es en la relación donde construimos nuestra individualidad. Es la mirada del Otro, la respuesta y propuesta del Otro la que permite el intercambio en el cual las personas nos construimos y somos contruidos en función de nuestras especificidades. En la relación se es distinto y singular, pues es de esa singularidad que surge la necesidad de conocer y reconocer al otro, como Otro y no como un complemento o como necesariamente un opositor del Uno/Yo¹².

El Otro pasa a ser parte de la totalidad, con las mismas posibilidades de construir conocimiento que tiene el Uno. Su ausencia por exclusión empobrece la totalidad y genera escisiones sociales, que a su vez conducen a conflictos. Al aceptar al Otro con toda su otredad, se le libera de la sumisión y de la exclusión, a la vez que el Yo/UNO es liberado de su carácter opresor excluyente.

LA INCLUSIÓN DEL OTRO EN LA GENERACIÓN DE SALUD

La concepción ética incluyente de la Otredad al definir al Otro como parte activa de la totalidad, como igual en tanto ser humano, que lo hace sujeto de derechos y de deberes, tiene una función liberadora de la persona en cuanto permite la inclusión de distintas formas de pensamiento y de acción. En cuanto a la salud se requiere, rompe con la hegemonía del modelo médico tradicional, que privilegiaba la enfermedad como centro de la atención y que hacía de las personas, pacientes en situación de dependencia terapéutica.

La transformación de la concepción no ha sido súbita. De hecho, es un proceso que parte de la no-salud para llegar a la salud. Esto se puede ver en la noción de sufrimiento ético-político desarrollada por Bader Sawaia¹³ (2001), siguiendo la línea del sociólogo portugués Boaventura Santos Souza (1997). Esa autora define como sufrimiento ético-político a una categoría desestabilizadora en el análisis de hechos sociales. La presencia de ese sufrimiento permite generar constelaciones analíticas diferentes a las tradicionales, a partir de ideas y de sentimientos y sentidos que abren nuevos horizontes en las sociedades. Su carácter desestabilizador se muestra en lo que ha predominado como norma desorganizadora, patológica que no permite ver su condición de hecho propio de un estado, cuyos orígenes necesitan ser encontrados, a fin de actuar al respecto.

¹¹ Montero Maritza: Los unos y los otros: De la individualidad a la episteme de la relación. Revista AVEPSO XXII (2), 1999, p. 6783.

Montero Maritza: Construcción del otro, liberación de sí mismo. Utopía y Praxis. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social. Centro de Estudios Sociales CESA. Universidad del Zulia. Año 7 Nº 16, p. 41-51.

¹² Montero Maritza: Los unos y los otros, 1999, Ob. cit.

¹³ Sawaia B.B. O Sufrimiento Ético – Político Como categoría de análise da dialéctica exclusão/inclusão Em BB Sawaia (coord.) 1999, p. 97-118.

TABLA 1:
 COMPARACIÓN ENTRE MODELO MÉDICO
 Y MODELO PSICOSOCIAL DE SALUD

Modelo médico	Modelo psicosocial comunitario
<p>Visión estatuida de la salud y de la enfermedad.</p> <p>La enfermedad es externa a la persona, penetra y se aposenta en ella. Concepción del cuerpo invadido, tomado.</p> <p>El/a terapeuta sabe y cura.</p> <p>Los procedimientos, técnicas y medicamentos son generados por un campo específico de la ciencia, elaborados por una industria específica y regulados por el/a terapeuta.</p> <p>La enfermedad y la defensa contra ella son los conceptos centrales.</p> <p>La búsqueda de la salud se centra en la relación terapeuta-paciente.</p> <p>La responsabilidad y control por la curación reside en el/a terapeuta.</p> <p>Hay desbalance de poder. Este reside en los proveedores de servicios de salud, que lo ejercen sobre pacientes y grupos.</p>	<p>Salud y enfermedad integran la construcción social de la realidad, por lo tanto su comprensión responde a la cultura.</p> <p>La enfermedad es el producto de un desbalance entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo económico y lo espiritual (Serrano, Bravo, Rosario, Gorrín, 1998).</p> <p>El/a terapeuta sabe y cura contextualizando la enfermedad. Ese proceso se da con ayuda de miembros de la comunidad donde se sitúa el problema.</p> <p>Se reconoce la capacidad de sanación del cuerpo humano, el efecto terapéutico de las relaciones humanas positivas y hay una aproximación cautelosa y prudente respecto de la administración de fármacos.</p> <p>Énfasis en el apoyo social como factor fundamental para la promoción y mantenimiento de la salud.</p> <p>Se parte de la concepción de que la mayoría de las personas está sana. La salud predomina sobre la enfermedad.</p> <p>La aproximación a las enfermedades o trastornos se hace desde equipos multidisciplinarios y con la participación activa de la persona o grupo a ser tratados, así como de su entorno relacional.</p> <p>La responsabilidad y control son del equipo multidisciplinario y de la persona enferma (Serrano, Bravo, Rosario y Gorrín, 1998).</p> <p>El poder se ejerce con la comunidad y la persona interesada.</p>

La noción de sufrimiento ético-político puede ser analizada a partir de la dialéctica exclusión/inclusión, también definida por Sawaia (2001, 2002) y que podemos desglosar de la siguiente manera:

- Sufrir por desigualdades sociales, tales como discriminación o exclusión, pues ellas influyen en la subjetividad de las personas.
- Sufrir por las inclusiones perversas.
- Sufrir por carencias y ausencias.
- Sufrir por la merma de derechos y oportunidades.

- Sufrir por la imposibilidad de generar cambios necesarios, por la imposibilidad de producir transformaciones sociales e individuales, todo lo cual atenta contra la dignidad y creatividad de las personas.
- Sufrir por la merma o la ausencia de libertad, la situación de esclavitud o de imposición forzosa de normas y modos de relación inconsultos; por el autoritarismo, el totalitarismo y las dictaduras.

Mas toda noción negativa que debe ser examinada, al mismo tiempo, con las nociones de carácter positivo. La salud es no sólo una de ellas, si es que no es la más importante, puesto que ella va mucho más allá de la ausencia de enfermedad. Por lo tanto, así como hay un sufrimiento, hay al mismo tiempo una terapéutica ético-política, cuya base se remonta a la ética de Baruch Spinoza¹⁴, que es expresada también por Lev Vigotsky¹⁵ y que Sawaia¹⁶, expresa en dos principios: 1. “Vivir no es solo sobrevivir”, pues las personas al lado del techo y el alimento necesitan la libertad, la felicidad, la creatividad y el disfrute de la belleza. 2. “La transformación social no se reduce a derrocar un tirano. Requiere acciones diferentes, mas dirigidas a combatir las relaciones de servidumbre”, y sobre todo, a combatir el sufrimiento ético-político.

La base está en una ontología en la cual el ser reside en las relaciones y por lo tanto felicidad y salud no son el producto de actos egoístas, se construyen con los Otros y son parte del dominio que tenemos del espacio público que nos pertenece y en el cual vivimos, es decir, de nuestra condición política, en el sentido aristotélico del término, en el sentido que iguala a todos los seres humanos.

Eso nos permite señalar que si desde la psicología queremos trabajar en el campo de la salud, y debe hacerlo desde varias de sus ramas, debemos tomar en cuenta a las personas a las cuales nos dirigimos, a las comunidades que ellas crean, a las creencias y emociones, tanto positivas como negativas y al ambiente en el cual se desarrollan sus vidas. Si queremos combatir el sufrimiento ético-político, necesitamos conocer el mundo de vida de las personas con las cuales vamos a ejercitar nuestra profesión, no viéndolas solamente como clientes, pacientes o sujetos de investigación, sino como parte activa de nuestra acción profesional y como agentes activos de su bienestar. Como dice Sawaia¹⁷: “La salud es indicadora del (des) compromiso con el sufrimiento humano tanto por parte del Estado como de la colectividad y del propio individuo”. Su presencia, ausencia o dificultades no son sólo una enfermedad, sino también síntomas de la eficiencia o deficiencia de una sociedad, de un grupo social y de las relaciones de cada persona.

UNA DEFINICIÓN PSICOSOCIAL ÉTICO-POLÍTICA DE SALUD

Definir la salud ha sido y sigue siendo, un proceso. Antes hemos señalado que la definición como ausencia de enfermedad es no sólo estrecha, sino que además deja de lado una serie de factores psicosociales y espirituales que la enriquecen. Señalaré cómo ha evolucionado esa definición a partir del concepto producido en 1946 por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “Estado de completo bienestar físico, mental, *espiritual*, *emocional* y social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”. Las dos palabras en cursivas fueron agregadas después de la fecha señalada, complementando así la definición. Los determinantes de esta conceptualización según dicha Organización son la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y los sistemas de asistencia sanitaria.

Aunque esta definición comprende todos los ámbitos, desde la perspectiva psicosocial se comenzó a trabajar a partir de la década de los 90 en la puntualización de esos aspectos con perspectiva comunitaria y

¹⁴ Spinoza Baruch: *L'Éthique* (1677/1954) Paris Francia. Galimad.

¹⁵ Vigotsky Lev: *Pensamiento y Lenguaje*: Buenos Aires, Argentina. 1987.

¹⁶ Sawaia BB: *La Pleyede*, 1987, Ob. cit. p. 270.

¹⁷ Sawaia BB Ob. cit, 1998, p. 56.

analéctica, además de hacer la crítica a la permanencia del modelo biomédico, que a pesar de la definición de la OMS continuaba siendo dominante, lo cual ha tenido como consecuencia “la jerarquización de las profesiones de la salud” en función del apoyo que ellas pudiesen prestar al trabajo médico, sin reconocer otras posibilidades a sus respectivas labores.¹⁸ Los autores citados han producido la siguiente definición de la salud, como una:

Construcción social de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y su contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad.

Asimismo, ellos critican la hegemonía de una sola forma de ciencia (la medicina) en la concepción de salud y señalan la existencia paralela de otros sistemas, de los aspectos ecológicos y del problema económico generado por una industria farmacéutica cuyos productos pueden ser inaccesibles para grandes grupos poblacionales. Otras definiciones hacen énfasis en los factores culturales, en la interacción entre el contexto social e individual; en los factores ambientales y en la necesidad de establecer relaciones de respeto mutuo en los procesos de promoción de salud y de atención y prevención de enfermedades.

Bader Sawaia¹⁹ da una visión amplia de la salud desde la perspectiva psicosocial. En primer lugar ella coloca como principio de salud el gozar de la capacidad del cuerpo y de la mente para estar en movimiento, es decir, activos, a lo cual agrega que es necesario que entre cuerpo y mente haya una relación positiva de mutua influencia. Pero además menciona condiciones que son básicas para lograr esa sintonía entre ambos, ellas son:

- La reflexividad. Es decir la capacidad de la persona para reflexionar sobre si misma/o y sobre sus hechos. A lo cual podemos agregar la capacidad de expandir y fortalecer la conciencia.
- La capacidad de sentir emociones, de identificarlas y comprenderlas, tanto en sí mismos como en otras personas. Es decir, ser sensible respecto de los otros.
- Ser capaz de comunicarse, en el completo sentido del término, con los otros. Es decir, desarrollar una comunicación significativa.
- Tener lo que ella denomina como “democracia personal”, que se expresa en la capacidad para tomar decisiones y responsabilizarse por ellas; respetar al Otro en lo que ese Otro es. O sea, por aquello que lo identifica.
- Tener la esperanza y la posibilidad de convertir esa esperanza en acción. Y este sería un elemento fundamental de la salud.

Esta concepción de la salud incluye un importante aspecto: la inclusión del aspecto político en su sentido original de ocupación y acción en el espacio público como una función ciudadana positiva para sí y para la colectividad. Aspecto en el cual concuerda Sapene²⁰. En resumen, puede decirse que la salud es el resultado de la compleja interacción entre la persona y su mundo de vida; entre ese mundo de vida y su hábitat; entre lo psicológico y lo social; entre lo físico y lo social; entre lo material y lo inmaterial, entre el cuerpo y la mente, que produce bienestar a la persona y a la colectividad.

¹⁸ Serrano, I, Bravo Vick, Rosario Collazo y Gorrín Peralta, La psicología social comunitaria y la salud. San Juan. Puerto rico: UPR – publicaciones Puerto riguéñas. 1998, p. 16.

¹⁹ Sawaia Beder Ob. cit.

²⁰ Sapene, A. El juego de la Guerra. Trabajo especial de Grado. Curso Especialización en Psicología clínica comunitaria. Caracas – Venezuela, 2007.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE ESTA PERSPECTIVA

Lo anteriormente dicho muestra que el concepto de salud no es fijo, no se estructura para siempre, responde a múltiples factores tanto biológicos como sociales, está compuesto por elementos materiales e inmateriales y estas dos categorías a su vez están influidas por la cultura (y dentro de ella por subculturas) a la cual se pertenece. A ello es necesario agregar las prácticas históricamente establecidas. Además, la participación en este concepto abierto de salud supone un activo rol por parte de las personas, por lo cual la conciencia, tanto como conocimiento, cuanto como “darse cuenta”, “advertir que”, es necesaria para captar la ideología al desnaturalizar aquello que ha sido considerado como elemento esencial naturalizado en la vida de las personas.

Algunos clasificarían estos factores entre las creencias culturales (religiosas, científicas, supersticiosas...). Otros los toman muy científicamente en serio, en el sentido de considerar que si existen y tienen efectos sobre las personas es necesario estudiarlos y tomarlos en cuenta en relación con la salud y con la enfermedad. Serrano García y colaboradores (1998) son muy asertivos al respecto. Al criticar al modelo biomédico propio de la medicina y promover el biopsicosocial desarrollado en la psicología (recordemos a Alberto Merani quien acuñó ese término), ellos introducen una serie de factores en la promoción de la salud, tarea a la cual han dedicado la mayor parte de sus investigaciones psicosociales y comunitarias. Estos son:

- Sistemas paralelos de salud, tales como “la medicina hipocrática, la medicina china, el shamanismo”.²¹ Unir alopática y homeopatía. Por ejemplo la premisa de que salud y enfermedad responden a un orden cósmico, de lógica de correlaciones, que combina empirismo e intuición.
- La realidad es una construcción de cada día, por lo cual cambia continuamente, con mínimos y con grandes efectos.²²
- La enfermedad como desbalance entre los elementos antes mencionados (lo biológico, social, cultural, económico, espiritual).
- Capacidad de sanación del cuerpo humano vs excesiva medicación.
- Necesidad de equipos multidisciplinarios.
- La muerte como un paso en el proceso evolutivo de las personas.

Consideraciones de este tenor exigen una promoción de la salud hecha no sólo para ciertos grupos sociales o para toda la población en general, sino para gente que sabe cosas, que tiene ideas acerca de ellas (positivas o negativas) y que necesita ser escuchada, preguntada y respondida, informada, incluida y respetada. Es necesario oír al Otro e incluirlo en esa promoción, con diferentes niveles de distancia, según lo que se quiera informar o destacar.

²¹ Serrano, García et al: Ob. cit, p. 11-12.

²² Idem. p. 12-13.

TABLA 2:
PREMISAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Premisas para la promoción de salud
<ul style="list-style-type: none">■ Trabajar con la gente incorporando sus ideas y sus acciones.■ Motivar, entusiasmar, informar, explicar a la gente. Reflexionar con la gente sobre lo que se hace.■ Facilitar la introducción, desarrollo y fortalecimiento de cambios promotores de salud en la comunidad.■ La comunidad como grupo y las personas que la forman son responsables de su salud.■ El Estado es responsable de dar y mantener servicios de salud y de educación suficientes para la población.■ La promoción de la salud es tarea de agentes externos (funcionarios públicos capacitados, investigadores, ONGs, profesionales practicantes), e internos (personas interesadas en las comunidades, líderes comunitarios, otros ciudadanos interesados).■ Apertura a nuevas ideas, nuevos actores sociales y formas alternativas de promoción y atención en salud.■ Se promueve salud. Énfasis en la salud, no en la enfermedad.■ Producir resultados concretos, tangibles

Más que un objeto de planificación social, que suele ir de arriba hacia abajo, en planes diseñados por expertos lejanos, y sin definir claramente al sujeto-objetivado, considerado como “target” del plan; la promoción para la salud debe ser también una forma de acción social realizada a partir de la experiencia de organizadores comunitarios, con estudios previos de la población a quien será dirigido el o los planes; tratando que la población a quien se dirige el plan pase a tener no sólo conocimiento sino también participación. Esa participación que lleva al compromiso es la mejor colaboración que se puede encontrar, aparte de producir formas de desarrollo local, de las cuales tanto quienes participaron, como quienes no lo hicieron, se benefician.

CONCLUSIONES

La episteme de la relación-otredad abre las puertas a la posibilidad de construir no sólo una definición más amplia y libre de lo que es la salud, sino que al hacerlo contribuye a la generación de estados de salud generados por seres y grupos humanos en función de su realidad, construyendo su bienestar a la vez que construyen su sociedad y se construyen a sí mismos. La salud no depende exclusivamente de las instituciones, aunque ellas sean creadas para ayudar a su recuperación. Conocer que podemos transformar el mundo, a la vez que esas transformaciones nos transforman, es una función humana que debe ser reconocida por las instituciones sociales que creamos para dar servicio a la población, no para ser servidas por esa población. Esa capacidad de decisión es parte del ser humano, lo ha acompañado y sigue haciéndolo, a través de su evolución de milenios, pero también suele ser opacada y aun negada en la continua lucha de poder que suele ocurrir entre tendencias autoritarias y democráticas, en las sociedades.

En América Latina se construye, explícitamente, en la teoría y en el método, la condición ética de la Psicología Comunitaria, no como un acompañante agregado desde fuera, sino como un pilar fundamental de la disciplina. Y esa construcción ética es no sólo de carácter metodológico y epistemológico, sino que tiene además una razón básica de orden ontológico, aparte de reconocer explícitamente su carácter político. El paradigma de la construcción y transformación crítica de la realidad, desarrollado en la Psicología Comunitaria latinoamericana y la episteme que lo sustenta, al escuchar a quienes eran definidos como débiles,

incapacitados o ignorantes o simplemente sometidos, posibilita la construcción de una relación distinta, más abierta y más compleja de la noción de salud. Esa noción responsabiliza a la vez que permite a la persona usar recursos muchas veces ignorados, en el proceso de construir la vida cotidiana y de desarrollar sus posibilidades en beneficio propio y de quienes la rodean, lo cual es hacer salud.

Esto implica una transformación no sólo verbal, sino de la experiencia en la concepción de las personas. La persona no es un ente pasivo y su salud no depende únicamente del tratamiento que recibe. Se necesita su participación y para que ella se dé debe haber una comprensión de lo que le ocurre pues la salud es una construcción biopsicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DUSSEL, E. (1972) La dialéctica hegeliana. Supuestos y superación o del inicio originario del filosofar. Citado en *Enrique Dussel. Un proyecto ético y político ara América Latina*. Anthropos, 180, p. 37. 1998. Barcelona, España.
- DUSSEL, E. (1974) *Método para una filosofía de la liberación*. Salamanca, España: Sígueme.
- DUSSEL, E. (1985) *Philosophy of Liberation*. Eugene, EE.UU: Wipf & Stock.
- DUSSEL, E. (1988) *Accesos hacia una filosofía de la liberación*. Buenos Aires, Argentina: La Aurora.
- DUSSEL, E. (1998). *Ética de la liberación (en la edad de la globalización y de la exclusión)*. México, DF: FCE.
- FREIRE, P. (1970) *Pedagogía del oprimido*. México, DF: Siglo XXI.
- FREIRE, P. (1973/1988). *¿Extensión o comunicación?* México, DF: Siglo XXI.
- LEVINAS, E. (1977) *Totalidad e infinito*. Salamanca, España: Sígueme.
- MONTERO, M. (1999) Los unos y los otros: De la individualidad a la episteme de la relación. *Revista AVEPSO*, XXII (2) 67-83.
- MONTERO, M. (2000) El sujeto, el Otro, la identidad. *Akademias*, 2 (2) 11-30.
- MONTERO, M. (2002) Construcción del otro, liberación de sí mismo. *Utopía y Praxis. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*. Centro de Estudios Sociales CESA. Universidad del Zulia. Año 7, Nº 16. 41-51.
- MONTERO, M. (2003). Relatedness as the basis for liberation. *Critical Psychology*, 9. Pp. 61-74.
- MONTERO, M. (2005) Para una ética de la liberación: La liberación del otro en la Psicología. En N. Portillo; M. Gaborit y J. M. Cruz (Comps.) *Psicología social de la posguerra: teoría y aplicaciones desde El Salvador* (410-435). San Salvador, El Salvador: UCA editores.
- MORENO, A. (1993) *El aro y la trama: episteme, modernidad y pueblo*. Caracas: CIP
- Organización Mundial de la Salud (1946) Concepto de Salud. Consultado el 25/09/2011 en www.cheesehasting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm
- PRILLELTENSKY, I. (1994) *The morals and politics of psychology*. Albany, EEUU: State University of New York Press.
- RUDOLF Macció, S. (2011) A construção de saúde segundo a perspectiva da relação Universidade-comunidade. A figura do "Operador de Bairro" como articuladora. Em J. Castellá Sarriera (Coord.) *Saúde comunitária. Conhecimentos e experiências na América Latina* (pp. 135-153). Porto Alegre: Brasil: Edit. Sulina.
- SAPENE, A. (2007) *El juego de la guerra*. Trabajo especial de grado. Curso de Especialización en Psicología Clínica Comunitaria. Caracas, Venezuela: Universidad Católica "Andrés Bello".
- SAWAIA, B.B. (1998) Aspectos psicosociais do sofrimento ético-político resultante da inclusão social pela exclusão. São Paulo, Brasil: Pontificia Universidade Católica de São Paulo.
- SAWAIA, B.B. (Coord) (2001) O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. Em B.B. Sawaia (Coord). *As artimanhas da exclusão* (Pp. 97-118).Petrópolis, Brasil: Vozes.
- SAWAIA, B. B. y Namura, M. R. (Coords.) (2002) *Dialética exclusão/inclusão*. Tumbaté, Brasil: Cabral Editora e Livraria Universitaria.
- SAWAIA, B.B. (2009) Psicologia e Desigualdade Social: Uma Reflexão sobre Liberdade e Transformação Social. *Psicologia e Sociedade* (21) 3. Pp. 364-371.
- SCANNONE, J.C. (1976) *La liberación latinoamericana. In Teología de la liberación y praxis popular*. (Theology of liberation and the people's praxis). Salamanca, Spain: Sígueme.
- SCANNONE, J.C. (1990) *Nuevo punto de partida de la filosofía latinoamericana*, Buenos Aires: Guadalupe.
- SERRANO, I., Bravo Vick, M., Rosario-Collazo, W. y Gorriñ Peralta, J. J. (1998) *La psicología social-comunitaria y la salud*. San Juan, Puerto Rico: UPR-Publicaciones Puertorriqueñas.
- SPINOZA, B. (1677/1954) *L'Éthique*. Paris, Francia: Gallimard.
- VARELA, F. (1996) *Ética y acción*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones/Granica.
- VIGOTSKY, L. (1987) *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires, Argentina: La Pléyade.