

**TITULO:** CRÍTICA HISTÓRICO EPISTEMOLÓGICA Y SOCIO-  
POLÍTICA DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL DE LA OMS EN EL  
AÑO 2013, A PARTIR DEL ANALISIS DE DIFERENTES DEFINICIONES  
CONTEMPORÁNEAS DE SALUD

**AUTOR:** Laura Cristina Cuervo Barreto

**DIRECTOR DE TESIS:** Emilio Quevedo

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

2019



# **CRÍTICA HISTÓRICO EPISTEMOLÓGICA Y SOCIO-POLÍTICA DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL DE LA OMS EN EL AÑO 2013, A PARTIR DEL ANÁLISIS DE DIFERENTES DEFINICIONES CONTEMPORÁNEAS DE SALUD<sup>1</sup>**

Laura Cristina Cuervo Barreto

Psicóloga con profundización en Psicología Clínica de la Universidad del Rosario  
Especialista en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis de la Universidad de San Buenaventura

Candidata a MsC. En Salud Pública de la Universidad del Rosario

**Resumen:** el concepto de salud mental ha sido pobremente analizado bajo la perspectiva de la crítica histórico-epistemológica y socio política. Los diferentes eventos históricos que conllevaron al desarrollo de la OMS y la OPS como instituciones fundadas en los Estados Unidos, encargadas de la salud internacional, determinaron la definición del concepto de salud mental. Esta se vio marcada por la definición funcionalista de salud y por el modelo positivista, que parten de una concepción biologista para explicar y enfrentar los problemas de salud. Este estudio pretende revisar el proceso de construcción de ese concepto de salud y de la derivación que desde esta definición se hace sobre la salud mental, mostrando cómo estas definiciones se fundamentan, y empleando un doble enfoque de carácter histórico-epistemológico y sociopolítico, con el fin de aportar elementos que, en el futuro, contribuyan a la reevaluación del concepto de salud mental, para superar su fundamentación actual. Se pretende, además, dejar una plataforma teórico-metodológica que pudiese servir de base para la construcción de políticas públicas de salud mental en el futuro.

**Palabras clave:** salud mental, OMS, OPS, crítica histórica epistemológica, salud.

## **INTRODUCCIÓN**

El interés de la Salud Pública por el campo de la Salud Mental, es un acontecimiento que bien podría llamarse reciente, dado que surge a mediados del siglo XX. A partir de 1948, los problemas de salud mental dejaron de pertenecer únicamente a la órbita de los profesionales expertos en la enfermedad mental y comenzaron a convertirse en un ámbito de interés para profesionales de otras disciplinas, quienes pretendían participar en este campo.

El proceso por el cual la salud mental se incluyó en la Salud Pública, no respondió a un único evento contingente, sino a distintos procesos dinamizados por eventos sociales, económicos y políticos, que influyeron en el desarrollo del concepto de Salud Mental propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y que, en la actualidad, es la base para el planteamiento de las políticas y planes de salud en este campo, en diferentes partes del globo terráqueo. Por lo tanto, en el desarrollo del concepto de Salud Mental de la OMS confluyó

---

<sup>1</sup> Este artículo presenta en forma resumida los resultados de la investigación realizada para optar por el título de Magíster en Salud Pública en la Universidad del Rosario.

una multiplicidad de aspectos socioculturales, sociopolíticos, socioeconómicos, científicos y técnicos, escasamente analizados. Para mencionar algunos sucesos, encontramos: la preocupación por el costo del mantenimiento de los enfermos mentales institucionalizados (1961); la lucha por los derechos de los enfermos mentales, representada en la Declaración de Caracas en 1990; la aparición del modelo de la “Historia Natural de la Enfermedad” de Leavell y Clark y su consecuente perspectiva preventivista y, la política sanitaria basada en la idea de la salud como un espacio de inversión para el desarrollo, característica del Estado de Bienestar.

Al leer detenidamente la definición actual sobre salud mental que sugiere la OMS, la cual dice: “[...] la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013), se alcanza a identificar la influencia funcionalista, el aspecto socio-económico y la relevancia de un concepto base que también cuesta definir: el concepto de Salud.

Los pocos trabajos históricos que han tomado como objeto de estudio el concepto de Salud Mental, se han enfocado en plasmar una descripción narrativa de su proceso de construcción, desde un análisis de la norma e, incluso, en señalar la influencia de esta definición sobre las profesiones como la psiquiatría y la psicología. Por lo tanto, se puede afirmar que existe un vacío en el análisis del concepto de Salud Mental de la OMS, especialmente el que se estableció en el año 2013. Por sus limitaciones teórico-metodológicas, los trabajos previos dejan de lado el análisis histórico-epistemológico del proceso de construcción y no dan cuenta de las influencias sociales, políticas y económicas relacionadas con dicho proceso, impidiendo la elaboración de un concepto más integral sobre la salud mental.

Para realizar el análisis de este concepto, tal como ha sido sugerido por la OMS, este estudio se fundamenta en un doble enfoque de carácter histórico-epistemológico y sociopolítico, con el fin de aportar elementos que, en el futuro, contribuyan a la reevaluación de dicho concepto y así, superar su fundamentación actual, dejando una plataforma teórico-metodológica que pudiese servir de base para la construcción de políticas públicas de Salud Mental en el futuro. Por medio de este análisis epistemológico y sociopolítico, se buscó comprender los fundamentos sobre los que se apoya el concepto actual de Salud de la OMS. Dicho análisis, se realizó teniendo como base los planteamientos de la epistemología histórica desarrollados por Gaston Bachelard y Georges Canguilhem, desde la corriente discontinuista de la historia de las ciencias, de impronta francesa (Bachelard, 1973; Bachelard, 1978; Bachelard, 1981), y el concepto de campo social, propuesto por la sociología política de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1990; Bourdieu, 2000). Se combinaron estas dos perspectivas teórico-metodológicas con el propósito de construir un modelo de análisis que tuviera en cuenta el enfoque histórico-epistemológico en el terreno de la Salud Mental, entendiéndolo como un campo social. Complementariamente, desde el punto de vista socio-político, la comprensión de la Salud Mental como un campo, permitió crear una ventana de análisis que pretendió acercar al lector a una postura crítica sobre la definición del concepto.

En cuanto al análisis histórico-epistemológico, se realizó un acercamiento al desarrollo del concepto de salud, teniendo en cuenta que, a partir de esta perspectiva, se concibe que la producción de conceptos se debe a relaciones determinadas históricamente y que, a su vez, “toda ciencia en particular produce en cada momento de su historia sus propias normas de verdad” (Lecourt, 1971: IX). Por lo tanto, en un primer momento del presente artículo, se resaltan los sucesos históricos que marcaron el desarrollo de las instituciones internacionales y que, a su vez, permitieron la construcción del concepto de salud mental, aportando así, mayor claridad sobre las teorías que lo fundamentaron. Adicionalmente, se entiende el concepto de salud mental desde la perspectiva de Campo Social propuesta por Pierre Bourdieu, la cual explica que el campo es un espacio conformado por un conjunto de relaciones de poder y posiciones sociales, las cuales se definen, unas en relación con otras, por la lucha de unos capitales simbólicos y materiales que permiten el ejercicio del poder a los actores participantes en el campo (Bourdieu, 1990: 136). Por lo tanto, se analizó el campo de la Salud Mental teniendo en cuenta el análisis epistemológico del concepto de salud, desde una mirada política, social, económica e histórica, creando una ventana de análisis histórico-epistemológica y sociopolítica para la comprensión de los sucesos que conllevaron a la formulación del concepto de salud mental propuesto por la OMS, en el año 2013.

Teniendo en cuenta lo anterior, y como segundo momento de este texto, se resaltó la importancia del análisis del concepto general de Salud, a través de la revisión de los planteamientos de algunos autores como: Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1965); Lalonde y Blum (Lalonde, 1999; Blum, 1974), Georges Canguilhem (Canguilhem, 1971); Lennart Nordenfelt; Christopher Boorse, Asa Cristina Laurell (Laurell, 1994) y Jaime Brehil (Breilh, 1989), estos dos últimos, afiliados al llamado movimiento de la Medicina Social Latinoamericana. A partir de ahí, se logró realizar un acercamiento a la definición de salud, en la cual, adicionalmente, se identificaron los eventos sociales, económicos y políticos que acompañaron el desarrollo de sus posturas teóricas previamente mencionadas, señalando la lucha de poder ejercida por estos actores y acontecimientos en el campo de la Salud, y de la Salud Mental en el ámbito de la Salud Pública.

## **DESARROLLO**

### **Marco histórico de los desarrollos institucionales e internacionales en los que surgió el concepto de Salud Mental**

La OMS ha sido referente mundial para el desarrollo de políticas públicas y programas de salud en la mayoría de los países del continente americano. En el campo de la salud mental, se han realizado análisis narrativos del concepto (Carrazana, 2013; Lopera, 2015; Soave et al, 2015 & Urrego, 2007), destacando su origen y los actores que participaron en su desarrollo. Sin embargo, teniendo en cuenta que el análisis del concepto se fundamenta en el concepto más amplio de salud, es indispensable analizar esta columna que sostiene la definición de salud mental.

Con el propósito de comprender el funcionamiento de la OMS y la importancia que este organismo representa en el mundo, fue importante destacar los antecedentes que conllevaron a su creación. Por lo tanto, primero, se realizó un recorrido histórico de los eventos que

precedieron a la formación de esta institución en 1948. Segundo, se tomó como referencia dichos eventos para identificar la inclusión de la Salud Mental como problemática de la Salud Pública en el ámbito mundial. Como punto de partida se tuvieron en cuenta las dos guerras mundiales, ya que, a partir de estos hechos, se justificó la creación de las organizaciones internacionales, de carácter multilateral, que tuvieron como objetivo establecer acuerdos y estrategias para la erradicación de las enfermedades contagiosas y fueron las encargadas de mantener el orden sanitario mundial. Finalmente, se analizaron las propuestas realizadas en el campo de la salud mental por parte de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

#### Algunos antecedentes de la OMS en el continente europeo

Durante la Undécima Conferencia Sanitaria, realizada en 1903, para el control y manejo del cólera y la peste, se tomó la decisión de crear la Office International d' Hygiene Publique (OIHP), la cual se fundó en Paris cuatro años más tarde, compuesta por un comité permanente de los estados miembros. Fue así como en 1919, se consideró que la OIHP fuera la organización encargada de los temas sanitarios, respondiendo a la Sociedad de las Naciones. Sin embargo, ante la resistencia de los países miembros sobre la inclusión de los Estados Unidos de América como parte de la Sociedad, se tuvo que recurrir a la coexistencia de dos organizaciones sanitarias internacionales, la OIHP y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones (Howard-Jones, 1977).

Más tarde, en ese año, se conformó una tercera institución con objetivos sanitarios similares: la Liga de Sociedades de la Cruz Roja. Esta nació bajo la presidencia de William Welch, un médico patólogo americano, quien había estudiado en Alemania y que, gracias a su experiencia obtenida en el continente europeo, se consolidó como uno de los principales fundadores de la Escuela de Higiene y Salud Pública de Johns Hopkins. Por ende, en esta nueva institución, los Estados Unidos hicieron parte de su comité directivo. Esta organización fue entonces la base para el mejoramiento de las condiciones sanitarias y aunque dentro de sus metas se encontraba la unificación de los datos en salud y la toma de acciones para responder a las enfermedades contagiosas, Welch resaltó que quedaban por fuera temas de igual importancia como la nutrición y la higiene mental (Howard-Jones, 1977: 439).

En un principio, la Sociedad de las Naciones presentó dificultades en atender las necesidades sanitarias por falta de conocimiento técnico, y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja ganó más peso e importancia. La problemática del tifus en Polonia, fue el punto de partida para dilucidar las debilidades de la OIHP (órgano deliberante y regulatorio) y las de la Sociedad de las Naciones (sin fondos ni autoridad legal). Estas dos instituciones, no pudieron atender las necesidades expuestas en Polonia, en donde Ludwik Rajchman, para ese entonces, Director General del Instituto Nacional de Sanidad, en Varsovia, estaba a cargo del manejo de la epidemia de tifus.

Rajchman era médico de Cracovia, miembro del partido socialista polaco, estudió en Francia en el Instituto Pasteur y gracias a su actividad política, fue muy bien conocido por el gobierno polaco. Como parte de la comisión de la epidemia del tifus, la Cruz Roja y la Fundación Rockefeller destacaron la aptitud profesional de Rajchman. Por lo tanto, en 1921 fue

nombrado director de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones. Durante el ejercicio de este cargo, su propósito fue crear una institución intelectual con bases científicas, con conocimiento sistematizado y estandarizado para los salubristas públicos a nivel internacional, así como también sugirió que la Organización de Higiene en la Liga de las Naciones fuera empleada como parte del mejoramiento del bienestar de los seres humanos (Dubin, 1995). Para todo lo anterior, Rajchman reconoció que la Liga de las Naciones no tenía todo el recurso económico, por lo tanto, solicitó financiamiento a la Fundación Rockefeller, lo que a futuro facilitó la inclusión de los Estados Unidos como miembro de la Sociedad de las Naciones.

El doble cargo desempeñado por Rajchman, como secretario del Comité de Salud de la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones y, a su vez, como Director de la Secretaría de Salud de Polonia, permitió que él pusiera en marcha diferentes estrategias para el manejo de la salud pública con financiamiento económico de la Fundación Rockefeller. Sin embargo, el compromiso político-social de Rajchman fue lo que a la final lo alejó de estos dos: su postura anti-fascista y sus indiscreciones políticas molestaron al general Joseph Avenol, quien tomó la decisión de despedirlo en el momento en que en Europa se iniciaba la Segunda Guerra Mundial (Dubin, 1995).

Durante este periodo, la OIHP perdió su injerencia y se convirtió en una organización administrativa, que no logró proponer estrategias para el manejo de la situación en salud. Por su parte, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones y la Fundación Rockefeller continuaron trabajando en conjunto, gracias a las actividades previas de Rajchman. El acuerdo establecido entre las dos instituciones para el control de la salud se mantuvo. La Liga proponía las acciones a llevar a cabo y la Fundación continuaba suministrando los recursos económicos.

#### Desarrollos institucionales en el continente americano

Mientras Europa debatía sus problemáticas en salud, los Estados Unidos crearon en el continente americano la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), en la ciudad de México, en 1902, con sede en Washington D.C. Esta nueva oficina tenía el propósito de identificar la etiología y el modo de propagación del cólera y la fiebre amarilla en el continente. Esta oficina estaba compuesta por siete miembros: el Director General de Sanidad de los Estados Unidos, Walter Wyman (presidente); el Dr. A.H. Doty y el Dr. Rhett Gode, quienes eran dos de sus colaboradores; el Dr. Juan Guiteras (cubano); el Dr. Eduardo Liceaga (mexicano); el Dr. Eduardo Moore (chileno), y el Dr. Ulloa (costarricense) (Howard-Jones, 1980). Durante la Quinta Conferencia de la OSI, en el año 1923, Walter Wyman fue reemplazado, por el Dr. Rupert Blue en el cargo de director. Rupert, asumió su cargo en la Sexta Conferencia, la cual se celebró cinco años después debido al inicio de la primera guerra mundial.

Para 1924, durante la Séptima Conferencia en la Habana Cuba, la organización decidió cambiar de nombre a Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), y se estableció el Código Sanitario Panamericano. Esta organización, contaba con una oficina compuesta por el Director General de Sanidad de los Estados Unidos, el Dr. Huger Cumming, siendo él el único que residía en los Estados Unidos y, por lo tanto, los demás miembros americanos solo

tenían una participación nominal. Para 1926, después de la asistencia de Cumming a la Conferencia Sanitaria Internacional como delegado de Estados Unidos, se informó que la OSP debía actuar como organización regional ante la OIHP (Howard-Jones, 1980).

### Desarrollos posteriores a la Segunda Guerra Mundial

Al finalizar la guerra en agosto de 1945, existían tres organizaciones a cargo de la salud de las poblaciones. La primera la OIHP, la cual presentaba atrasos en comparación con el pensamiento moderno, su función se estancó en el solo mantenimiento de la base de datos epidemiológicos, las cuales no eran útiles para las necesidades que dejaba la guerra. La segunda, la Organización de Higiene de la Liga de las Naciones, una organización vacía ya que la mayoría de sus miembros se encontraban apoyando a la organización temporal de las Naciones Unidas<sup>2</sup>; y, la tercera, la Administración del Alivio y la Rehabilitación de las Naciones Unidas, constituida temporalmente para recibir donaciones de diferentes países para ayudar a las personas afectadas por la guerra (Goodman, 1971: 152). Dadas las secuelas originadas por la guerra, fue de vital importancia establecer una organización de salud de talla mundial, encargada no solo de las bases de datos epidemiológicos, sino también reconocida como la única organización y directriz para el mantenimiento de la salud de la población internacional.

Como respuesta a dicha necesidad, se organizó un comité de salud en París en 1946, en el cual participaron en su mayoría jefes de los departamentos nacionales de salud. En este comité se nombró a Rene Sand como director y a Brock Crisholm como ponente. Como resultado de esta reunión, se propuso desarrollar varios comités preparatorios, en total ocho, con el propósito de solventar temas como: el establecimiento de objetivos para la nueva organización, el cuerpo de gobierno, agendas, las relaciones con las entidades de salud ya existentes, entre otras. Durante uno de los comités preparatorios se definió el nombre de World Health Organization (WHO) y se solicitó que los países que no habían participado en estos comités, fueran invitados como observadores de los resultados de los comités preparatorios previos. Sin embargo, cabe resaltar que otros países fueron convocados como protagonistas a la bancada de toma de decisiones en el ámbito de la salud internacional (Goodman, 1971: 154).

Una vez fue aceptado el informe del Comité Preparatorio por los cónsules económicos y sociales, el 11 de junio de 1946, todo estaba listo para la reunión que se llevó a cabo en el mismo año, en la ciudad de Nueva York, con una duración aproximada de un mes. A dicha reunión, atendieron 51 delegados y 22 observadores. Como resultado de esta reunión, se firmaron cuatro documentos: el Acta Final de la Conferencia Internacional de la Salud, la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el acuerdo concluido por los gobiernos representados en la conferencia y, finalmente, el protocolo referente a la OIHP, en el cual se determinó su clausura (Goodman, 1971:156).

---

<sup>2</sup> Las Naciones Unidas, fue creada como una organización mundial temporal, la cual tendría como propósito el mantenimiento del orden internacional en el periodo de la postguerra.

Posterior a la Segunda Guerra mundial, en el continente americano, la OSP se encontraba en riesgo de desaparecer, en parte por el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización de las Naciones Unidas, encargada de la situación de salud de las poblaciones. Sin embargo, en la Conferencia Sanitaria Internacional, a la cual asistieron Cumming y Aristides Moll como observadores, se acordó que las organizaciones regionales debían formar parte de la OMS (Artículo 45 de la Constitución de la OMS, 1948). Aunque existió la anterior afirmación, prevaleció la solidaridad regional sobre la constitución y, por lo tanto, se definió que la OSP sería una entidad “independiente” regional, con el Dr. Fred L. Soper como Director y el Dr. Hugh Cumming como Director honorario. El 22 de octubre de 1949, tanto el director de la OMS, como el de la OSP, firmaron el acuerdo oficial. En este documento quedó consignado que la OSP podría ejecutar y financiar sus propios programas siempre y cuando, estos fueran compatibles con las políticas y programas de la OMS (Howard-Jones, 1980).

La situación de la OSP comenzó a mejorar, lograron obtener financiamiento de diferentes fundaciones para establecer una oficina en Washington D.C. y, además en 1947 en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas, se estableció que la Oficina Sanitaria Panamericana quedaría constituida como Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicha Organización Panamericana de la Salud quedaría representada a su vez por la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y se decidió que dicha Oficina continuaría actuando como organismo regional sanitario coordinador para las Repúblicas Americanas (Cueto, 2004). Cabe resaltar que la fecha de la modificación del nombre de la OPS no es clara, puesto que, en el trabajo de Howard Jones, la fecha es en 1958, durante la Decimoquinta Conferencia.

Fue así como, la OMS se convirtió, por primera vez, en la única institución encargada de la salud mundial, la cual tendría como metas principales investigar y recomendar directrices para el cuidado de la salud. Además, se estableció una perspectiva de la salud de manera positiva, es decir, más allá de la idea de la salud como ausencia de la enfermedad, se incluyó a la salud mental dentro de las problemáticas de salud a resolver y, se posicionó a la salud, como derecho fundamental del ser humano, que debería ser cuidado y protegido por los gobiernos miembros (Goodman, 1971).

#### La salud mental en la OMS y en la OPS

En la Primera Asamblea de la OMS, celebrada en 1948, la problemática de la salud mental fue considerada de baja importancia, ocupó el décimo lugar en las prioridades que estableció la OMS. El presupuesto solo alcanzó para formar un comité experto y ocupar un pequeño lugar en la secretaría. Con lo anterior, se esperó atender problemáticas como el alcoholismo y la drogadicción, teniendo en cuenta las recomendaciones del Congreso Internacional de Salud Mental que se realizó en el mismo año (Goodman, 1971: 286).

Los avances científicos biólogos, funcionalistas y anatómicos que hasta el momento se tenían sobre salud mental, permitieron que las estancias hospitalarias disminuyeran y que los pacientes se involucraran más con la sociedad, lo que significó que los enfermos mentales podían continuar con actividades de la vida cotidiana. Sin embargo, a pesar de los avances

mencionados, las dificultades en la atención a la salud mental continuaron debido al poco número de profesionales capacitados y a la dificultad en el consenso del tratamiento, por barreras como el idioma, las concepciones de la enfermedad mental y los tratamientos indicados para dichas patologías en las diferentes naciones. No obstante, aunque dichas dificultades venían siendo expuestas desde antes por la Federación Mundial de la Salud Mental (World Federation of Mental Health)<sup>3</sup>, no fue sino hasta la Décimo Quinta Asamblea de la OMS realizada en 1962, que la Salud Mental fue incluida como parte de la Salud Pública y que se prestó mayor importancia a los estudios epidemiológicos. Sin embargo, la falta de profesionales expertos o con conocimiento sobre la enfermedad mental, continuó limitando el desarrollo de las acciones en Salud Mental. Por lo tanto, se tomó la determinación de incluir la psiquiatría como parte de la formación médica (Goodman, 1971: 287).

Las primeras acciones en Salud Mental fueron de tipo epidemiológico: la estandarización de los diagnósticos y su clasificación, y el desarrollo de estadísticas de los desórdenes mentales como la esquizofrenia, la psicosis límite y los desórdenes mentales en la niñez. Muy pocos fueron los estudios realizados sobre la depresión y el retardo mental. Adicionalmente, existió una marcada preocupación relacionada con la dependencia a las drogas, incluido el alcoholismo, debido a que los estragos de la droga en la fuerza laboral y en las fuerzas armadas implican un riesgo económico y político (Escotado, 1999), problemática en torno a la cual la OMS tomó la decisión de adoptar las recomendaciones de la Federación Mundial de Salud Mental. Dichas recomendaciones surgieron gracias a las investigaciones de esta institución, las cuales fueron realizadas con el apoyo económico de las Naciones Unidas (Goodman, 1971: 288)

El ingreso de la temática de la Salud Mental en la OPS solo ocurrió hasta 1961, cuando Jorge Velasco Alzaga, médico mexicano con formación en neurología y psiquiatría de diferentes universidades, entre ellas la Universidad de Johns Hopkins, ocupó el cargo de Asesor Regional, en el que permaneció hasta 1964. Durante ese período, la OPS estableció relaciones formales con la Federación Mundial de la Salud Mental, con la Asociación Psiquiátrica de América Latina, con la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos y con el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América. Este último le otorgó a la OPS una donación económica con la que inició la recolección de las leyes relacionadas con la psiquiatría y la salud mental existentes en los países latinoamericanos y caribeños (OPS).

Con la información reunida por Velasco en sus visitas a diferentes países de Latinoamérica<sup>4</sup>, se hizo una aproximación inicial de tipo cuantitativo a los problemas de la atención psiquiátrica en la región. En dos reuniones de carácter subregional, entre 1960 y 1964, se realizó por primera vez una crítica a la hospitalización en instituciones psiquiátricas y se recomendó incorporar la atención psiquiátrica a los sistemas y actividades de Salud Pública. Paralelamente, se llevó a cabo el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental, en

---

<sup>3</sup> Institución que fue fundada por un paciente psiquiátrico, con el objetivo de intermediar entre los profesionales expertos en higiene o enfermedad mental y las organizaciones internacionales (OMS y OPS)

<sup>4</sup> Esta información incluía la disponibilidad de camas en los hospitales psiquiátricos, las tasas de mortalidad relacionadas con los trastornos mentales y las admisiones institucionales.

1963. En este seminario se identificaron diferentes problemáticas sobre la Salud Mental, entre ellas, los costos relacionados con el mantenimiento de los pacientes psiquiátricos y los abusos que se realizaban contra dichos pacientes cuando eran hospitalizados, temáticas expuestas en este Seminario por Manuel Velasco, Director General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México (OPS, 1963).

Entre 1964 y 1986, el psiquiatra venezolano, especialista en Salud Pública y Salud Mental, René González Uzcátegui, reemplazó en su cargo a Velasco y finalizó la tarea emprendida en la recolección de datos sobre Salud Mental. En 1966, se realizó en Kingston, Jamaica, el tercer y último Seminario Subregional de Salud Mental, en el que participaron los países del Caribe no Hispano. En esta reunión se dio mayor énfasis a un enfoque integral de la salud mental. Entre las recomendaciones finales se sugirió que no se construyeran más hospitales psiquiátricos y que en cambio, se ofrecieran servicios alternativos des-hospitalario de tratamiento de las enfermedades mentales como parte de los programas de Salud Pública (OPS, 1969).

En 1969, la OPS convocó a un grupo de trabajo en Viña del Mar, Chile, para discutir sobre la administración de servicios psiquiátricos y de Salud Mental (OPS, 1970). La meta de la reunión fue acordar los cambios necesarios para modernizar la atención psiquiátrica y promover acciones en Salud Mental más amplias e integrales. En esta reunión se recomendó la integración de los programas de Salud Mental en el contexto de la Salud Pública, la promoción de la participación de las comunidades, la participación de pacientes y familiares en la planificación y prestación de servicios y la modificación de la legislación existente. Puede decirse que este encuentro fue un precursor de la Conferencia sobre la Reestructuración Psiquiátrica en América Latina y de la "Declaración de Caracas" de 1990<sup>5</sup>.

Acorde con esta perspectiva, los desarrollos en Salud Mental, continuaron girando alrededor de la integración de la comunidad y el desestimulo de la hospitalización psiquiátrica. En la actualidad los programas en este ámbito sugeridos por la OMS y la OPS plantean como prioridad la prevención y la atención sobre el consumo de sustancias psicoactivas, la rehabilitación y la atención a las enfermedades relacionadas con la depresión y el suicidio.

El concepto de Salud Mental sugerido por la OMS en el año 2013, afirma que: "La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (OMS, 2013). Esta definición se encuentra cargada de planteamientos económicos y funcionalistas que se recogen posteriormente en los planes de acción en salud pública liderados por los representantes de la OMS y la OPS. Por lo anterior, y con el propósito de facilitar una mayor comprensión sobre el concepto de Salud Mental, es inevitable cuestionarse el significado de salud.

---

<sup>5</sup> Este documento afirmaba que la atención de los hospitales psiquiátricos iba en contravía de lo establecido en los derechos humanos, ya que no consideraban al enfermo mental como un ser humano digno y a su vez, desconocían la participación del mismo en la comunidad (Declaración de Caracas, 1990)

## **Construcción epistemológica del concepto de salud en el siglo XX**

### La pregunta: ¿qué es salud?

En la década de los cuarentas, la OMS definió que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Esta afirmación asumió un consenso mundial sobre el significado del concepto, dado que su definición, aparentemente es ahistórica y apolítica (Navarro, citado en Alcantara, 2008: 97), asumiendo un consenso mundial sobre conceptos como bienestar, población y salud, naturalizando su uso y de la misma manera evitando problemas epistemológicos (Navarro, 1998). En esta concepción de la salud se desconocen los aspectos sociales y culturales de cada Nación y, al ser construida por una institución de influencia mundial, sobre la cual Estados Unidos tiene una gran influencia, dicho concepto sirvió de base para la formulación de diferentes programas, políticas y acciones en salud pública que pretenden alcanzar a la mayoría de los países.

Teniendo en cuenta la valoración positiva que se hizo de los resultados de las campañas de erradicación de las enfermedades contagiosas durante el periodo entre-guerras, en los acuerdos de formalización de la OMS se estableció que, de ahí en adelante, el modelo de atención para el cuidado de la salud debía modificarse. Como consecuencia, entre los años 1948-1970, esta institución constituyó diferentes comisiones con el fin de controlar y prevenir las enfermedades que fueron denominadas como crónicas y no transmisibles, tales como el cáncer, las enfermedades coronarias, entre otras, las cuales afectaban a individuos en edad productiva (Goodman, 1971). Este nuevo enfoque se apoyó en un paradigma que le permitiera no solo atender las necesidades en salud, sino cuidar y prevenir que dichas enfermedades no se desarrollaran.

Paralelamente a la consolidación de la OMS, el médico Hugh R. Leavell y el epidemiólogo Gurney Clark, venían desarrollando investigaciones sobre la epidemiología de las enfermedades crónicas, las cuales resultaron en la formulación de la teoría de la “Historia Natural de la Enfermedad”. Esta teoría se basó en el concepto de la “tríada ecológica”, el cual había sido enunciado en 1963 por Thomas Aidan Cockburn<sup>6</sup>. Desde esta perspectiva, argumentaron que la enfermedad era un proceso compuesto por tres momentos: el primero, el periodo pre-clínico donde se establecía la interacción entre el agente, el huésped y el ambiente pero, aunque como consecuencia de esa interacción comenzaban a presentarse cambios en la estructura y la función de los órganos, el enfermo no tenía ningún tipo de sintomatología; el segundo, denominado como periodo clínico, se iniciaba con la presencia de los síntomas y los signos como expresiones de cambios más severos en la estructura y en el funcionamiento del organismo humano, y un último momento el cual terminaba con la recuperación, la discapacidad o la muerte (García, 1971). Según Juan Cesar García:

---

<sup>6</sup> Según Cockburn, la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción entre tres grupos de factores: los agentes etiológicos propiamente dichos, el medio ambiente y los factores del huésped u hospedero. La salud, es la consecuencia del equilibrio entre estos tres grupos de factores y la enfermedad es el desequilibrio.

*La denominación de "historia natural de la enfermedad" dada por Leavell y Clark, postula que la enfermedad sigue una trayectoria más o menos definida, es decir, que ya en las primeras fases existen los elementos que aparecen en fases posteriores. Este fluir irremediable sólo podrá ser interrumpido por la acción preventiva.* (García, 1971: 139)

De acuerdo con la afirmación anterior, la OMS encontró un método de investigación denominado “epidemiología de las enfermedades crónicas” y un modelo de salud sobre el cual se sustentaron las acciones que deberían poner en marcha las comisiones que enfrentarían los nuevos retos sanitarios. Adicionalmente, apoyándose en la perspectiva de Leavell y Clark, los técnicos de la OMS retomaron el modelo funcionalista de la salud como estado de equilibrio, ya existente desde comienzos del siglo XX, renovando el énfasis sobre la importancia del mantenimiento del cuerpo en equilibrio, llamado “homeostasis” por el fisiólogo norteamericano Walter Bradford Cannon, basándose en el concepto de “auto-regulación” de Claude Bernard, y en el concepto de “sistema” aplicado por Lawrence Joseph Henderson y luego por Talcott Parsons a la comprensión de la sociedad y de la salud y la enfermedad<sup>7</sup>. Al explicar la enfermedad como el desequilibrio de la triada ecológica, Leavell y Clark recogieron estos planteamientos, entendiendo la enfermedad, no solamente como una afección del huésped causada por los agentes etiológicos, sino como un proceso más complejo, al incorporar la alteración del ambiente y el desequilibrio con la estructura social (Quevedo & Cortes, 2015). Por lo tanto, la OMS y la OPS, esta última como entidad adscrita para las américas, estimularon los procesos de formación de los profesionales de la salud desde el modelo de Leavell y Clark, tal y como se describió en el boletín número 5 de Educación Médica y Salud, de la OPS (García, 1971: 130-149), propagando esta concepción de salud hacia el ámbito internacional.

Este primer acercamiento retomaba elementos como el desequilibrio y lo social que, aunque habían sido planteados por la medicina humoralista hipocrática (la salud como equilibrio y la enfermedad como desequilibrio) y por la medicina social europea decimonónica de Rudolf Virchow y Salomon Neumann (los desequilibrios sociales como causa y consecuencia de la enfermedad), fueron abandonados por la comprensión y la explicación del proceso patogénico por la medicina biopatológica de la primera mitad del siglo XX. No obstante, el nuevo elemento incluido en la tríada ecológica y en la Historia Natural de la Enfermedad, el concepto de ambiente, tenía un carácter muy limitado desde el punto de vista epistemológico y sociológico, pues incorporaba en su seno a la sociedad, como si esta fuera parte del

---

<sup>7</sup> Walter Cannon, fisiólogo vinculado como docente e investigador a la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, había hablado ya de la “homeostasis social” como el equilibrio y el desequilibrio de la sociedad en sí misma, y Lawrence Joseph Henderson, bioquímico también vinculado a dicha Facultad, en el curso que dictaba para el Departamento de Sociología de dicha Universidad, había utilizado el concepto de sistema para explicar los procesos de regulación social (Quevedo & Cortes, 2015: 110).

ambiente, tratándola con las herramientas y métodos de las ciencias naturales y utilizando a las ciencias sociales solo como ciencias auxiliares de la epidemiología<sup>8</sup> (Quevedo, 1992).

Aunque la tríada ecológica fue un acercamiento a una nueva visión sobre salud y enfermedad, la mirada preventivista, que de esta teoría se deriva<sup>9</sup> y que considera al sector salud como un espacio de inversión para el desarrollo, aumentó los gastos estatales en salud, profundizando la crisis económica que, aunada a la crisis del petróleo, se presentó en la década de los setenta. Además, dado que las enfermedades crónicas aparecieron en ciertos territorios especialmente en aquellos países llamados desarrollados, como por ejemplo en Estados Unidos y en otros no, la diferencia encontrada en las situaciones sociales, cobró importancia para los análisis en salud. Por lo anterior, una nueva postura liderada por los países norteamericanos (Canadá y Estados Unidos) ofreció respuestas a este problema entendiendo que las acciones preventivistas no lograban ser suficientes y que era necesario poner en marcha mecanismos de promoción de la salud. Dichos planteamientos fueron realizados por Mark Lalonde, en 1974, quien entonces se desempeñaba como Ministro de Salud de Canadá, durante la reestructuración del Sistema de Salud, y Henrik Blum en 1977, epidemiólogo vinculado a la Universidad de Berkeley (Quevedo, 1992).

La perspectiva desarrollada por ellos explicaba que la salud estaba compuesta por cuatro grupos de factores: la herencia, los servicios de salud, el ambiente y los comportamientos de los individuos (Vergara, 2007). Debido a que consideraban que la herencia era inmodificable, que cambiar el ambiente era muy costoso y que a los servicios de salud se les había invertido mucho dinero sin resultados positivos en el mejoramiento de la salud, ellos propusieron promover el cambio en el comportamiento de los individuos, utilizando los métodos de las ciencias del comportamiento (psicología conductista), para priorizar acciones de salud pública encaminadas a “estilos de vida saludables” que garantizaran la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud y la disminución del gasto en los servicios de salud. En el informe que presentó en 1974, Lalonde aseguró que, a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, eran las acciones de promoción en la comunidad las más efectivas para conseguir una vida sana y digna (Lalonde citado por Villar, 2011: 239). Fue así como en la Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, la OMS propuso que “la principal meta social de los gobiernos, y de la propia OMS, debería ser alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” (Castellanos, 1990: 1). Surge así el concepto de Medicina o Salud Comunitaria, centrada en estimular los “estilos de vida saludables”<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> Este abordaje es consecuencia de la forma como las ciencias sociales del momento (estructural-funcionalistas), entienden la sociedad como un organismo vivo en equilibrio y los conflictos sociales como procesos desequilibrantes que ponen en riesgo la salud de la sociedad (Quevedo & Cortés, 2015)

<sup>9</sup> La medicina preventiva está pensada por Leavell y Clark como la acción en el ámbito pre-clínico, y sobre los factores de riesgo, para evitar que la enfermedad pase al momento clínico.

<sup>10</sup> Esta reunión de 1977 fue uno de los antecedentes de la celebrada en Alma Ata al año siguiente, en la cual, se adoptó el modelo llamado Atención Primaria, sobre el cual varios funcionarios y asesores de esta institución internacional, incluyendo su director Halfdan Mahler, venían trabajando desde años atrás y que, amalgamaba, un poco acriticamente, el modelo de la Medicina Preventiva y de la Prevención Primaria de Leavell y Clark y la Salud Comunitaria y la promoción de la salud, de Lalonde y Blum.

Sin embargo, aunque Lalonde y Blum ampliaron la mirada del concepto de salud, al mencionar los cuatro grupos de factores que según ellos la componían, Carol Buck epidemióloga canadiense, destacó que el estudio del ambiente debía contener una perspectiva social, ya que para ella las condiciones de vida, tales como: la pobreza, la violencia, la contaminación, los trabajos estresantes, el aislamiento, entre otras, constituían un obstáculo para la salud (Quevedo, 1992: 29). La crítica de Buck, se centró en incitar que era necesario establecer una diferencia entre el ambiente y lo social, dado que anteriormente los aspectos sociales estaban siendo incluidos dentro de la categoría de ambiente, por lo tanto, los análisis sobre el ambiente y su incidencia en la salud, perdían de vista un componente que para Buck era trascendental: lo social.

El acercamiento de los aspectos sociales a la salud, gracias a los aportes de Carol Buck, permitió el desarrollo de la perspectiva de los “Determinantes Sociales de la Salud” expuesta por Michael Marmot y Richard Wilkinson, quienes explicaron que los estilos de vida y las condiciones en que los seres humanos viven, influyen fuertemente en su salud y longevidad (Wilkinson, Marmot & Páramo, 2003: 6). Los determinantes son un conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones, los cuales deben ser atendidos no únicamente por los individuos, sino a su vez por el Estado (Villar, 2011: 237). Para Wilkinson y Marmot, la atención médica no alcanza a garantizar la salud de las poblaciones, por tal razón destacaron diferentes aspectos para mejorar los estilos de vida saludable, tales como: garantizar un buen entorno durante los primeros años de vida, necesidad de transportes más saludables, el impacto del trabajo sobre la salud, la cohesión social, entre otras (Wilkinson, Marmot & Páramo, 2003: 7). En este planteamiento, la salud no solo correspondía a una problemática del individuo, sino que su comprensión se extendía al estudio de los componentes sociales implicados en la vida de las poblaciones. En este sentido, la salud dependía de las relaciones de equilibrio entre los aspectos económicos, sociales y políticos de las poblaciones, es decir que, la problemática de la salud sería el resultado del contexto donde los individuos se desarrollaran.

Si bien los modelos preventivistas y de promoción de la salud mencionaron algunas características sociales que interfieren en el proceso de salud-enfermedad, el concepto de salud bajo estas posturas, continuaba sustentado sobre una definición biológica, funcionalista y ambientalista. Así, la perspectiva de la influencia de lo social sobre la salud solo resaltó algunos aspectos, sin tener en cuenta la intervención estatal y el modelo económico. Adicionalmente, el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, que actualmente se encuentra en vigencia, fue construido bajo una mirada epidemiológica y, por lo tanto, cuantitativa de la salud, por lo cual, la salud de las poblaciones es evaluada desde datos puramente numéricos y estadísticos, dejando de lado los aspectos particulares y cualitativos de la salud de los individuos.

#### La otra mirada del concepto de salud

En contraposición a la homogeneidad sobre el concepto de salud, expuesto por la OMS, el médico y filósofo francés Georges Canguilhem (1947) planteó un análisis histórico-

epistemológico sobre el significado de lo normal y lo patológico y, por ende, sobre la salud y la enfermedad. En su libro *Lo normal y lo patológico*, argumentó la importancia en reconocer que en el nacimiento de un concepto científico intervienen elementos históricos, sociales y políticos. Este enfoque permitió entender que, desde la mirada de una ciencia acrítica, dichos elementos le otorgan “validez” social y aceptación a un concepto dado, como si este fuera una “verdad” consolidada y posiblemente absoluta (Canguilhem, 1971).

Por una parte, Canguilhem, después de criticar las concepciones cuantitativas y fisiologistas de Xavier Bichat y de Augusto Comte y las fisiológico-estadísticas de Claude Bernard, partió de la postura de René Leriche, fisiólogo y cirujano francés, y a partir de ahí, señaló dos aspectos principales en el desarrollo de la definición del concepto de salud: el primero, fue el uso de la patología para definir y reconocer la salud, “la salud es la vida en el silencio de los órganos” (Leriche, citado por Canguilhem, 1971: 63). Esto significaba que se hablaba de un sujeto saludable cuando el sufrimiento o malestar no se expresaban. Sin embargo, la fisiología de la segunda mitad del siglo XIX, y especialmente la de Claude Bernard, afirmó que cualquier desviación del funcionamiento de un órgano era patológica, independientemente de que el sujeto percibiera dicha modificación, motivo por el cual, la misión de la terapéutica, consistía en retornar el funcionamiento del órgano a su estado ideal. Canguilhem recoge la idea de Leriche, quien, al contrario, criticó el planteamiento fisiológico, por considerarlo deshumanizante. Para él la sola desviación del funcionamiento de un órgano no necesariamente debía ser catalogada como enfermedad: “el dolor es una enfermedad, es la manifestación de la misma” (Leriche citado en Canguilhem, 1971: 67). En este sentido la salud y la enfermedad, dependían también del sujeto que la experimentaba y no únicamente eran determinadas por el cambio cuantitativo del funcionamiento de los órganos. Teniendo en cuenta lo anterior, la definición de salud fue considerada por la fisiología de tipo cuantitativo como la ausencia de la enfermedad.

El segundo aspecto, que Canguilhem resaltó, utilizando la postura de Claude Bernard, fue el uso de términos estadísticos para la denominación de fenómenos cualitativos, donde lo normal se entiende como aquello que cumple una regla, a la cual se busca retornar cuando se sale de la misma. Canguilhem se apoyó en Claude Bernard para afirmar que, la normalidad se entiende como un promedio “lo normal es el tipo ideal en condiciones determinadas” (Canguilhem, 1971: 115). De esta manera, la enfermedad era entregada a las ciencias físicas, y reducida a una medida cuantitativa denominada cómo hiper (exceso) o hipo (defecto). En este sentido, se consideró al cuerpo como una máquina cuyo rendimiento debió ser medido en cifras. La problemática que Canguilhem planteó con el uso del concepto de normalidad, fue la falta de diferenciación entre dicho concepto y la anomalía o lo anómalo, puesto que este último, responde a una descripción cualitativa que plantea una variación en la organización de la gran mayoría de los seres con los cuales debe ser comparado (Canguilhem, 1971: 98), mientras que la categorización de anormal se emplea como adjetivo y juicio de valor usualmente discriminatorio.

A partir de las posturas de Leriche y Bernard, Canguilhem aseguró que la vida era una actividad normativa, la cual se encontraba en constante movimiento, donde el ser vivo y el medio ambiente no eran normales por separado, sino que su normalidad estaba dada

únicamente en la relación entre ellos. En este orden de ideas, la construcción de lo normal únicamente podía darse en un contexto y un momento determinado, donde el ser vivo construía sus propias normas para adaptarse a sus circunstancias específicas, ya que, “en situaciones diferentes, hay normas diferentes” (Canguilhem, 1971: 138). A esto fue a lo que Canguilhem denominó *diferentes formas de andar por la vida*: cada vez que un ser vivo pone en marcha un proceso de homeostasis para garantizar su auto-regulación, como una forma de adaptación a los estímulos desestabilizantes, al lograrlo no regresa al mismo punto de partida pues los cambios logrados por la auto-regulación lo convierten en un ser distinto. Es decir, que ese ser ha construido una “nueva forma de andar por la vida”, por lo tanto, ha organizado una nueva forma de normalidad.

Por eso, fue a la dificultad en la creación de normas a lo que Canguilhem denominó condición patológica o enfermedad, dado que la imposibilidad de adaptarse a diferentes circunstancias fue sinónimo de no tolerancia a la desviación de unas condiciones dadas, es decir, el individuo enfermo era incapaz de construir normativas en condiciones diferentes (Canguilhem, 1971: 139). Cuando el individuo era incapaz de ser normativo, Canguilhem lo denominó como patológico. En este orden de ideas la restauración de dicha patología consiste en restaurar o reinstaurar lo “normal”. Dentro de una mirada crítica, Canguilhem explicó que, para el caso de la fisiología, el trabajo terapéutico significó el retorno de la desviación del individuo a la media de la población, al equilibrio inicial y permanente. Por eso, la terapéutica médica basada en esta concepción fisiopatológica fue cuestionada por Canguilhem, considerándola como la búsqueda del retorno del funcionamiento de un órgano a un estado medio, sin tener en cuenta la relación establecida entre el medio y el cuerpo. Por lo tanto, este autor aseguró que la patología, entendida así, justificaba una práctica médica centrada solamente en la clínica y que, así mismo, le agregaba un valor específico a la práctica médica (Canguilhem, 1971: 174).

Más adelante, alrededor de los años sesentas y setentas, posterior al planteamiento de “*Lo normal y lo patológico*”, varios críticos del concepto de salud, desarrollaron diferentes planteamientos en búsqueda de una aclaración al concepto de salud dado por la OMS. Para esto, adoptaron algunos planteamientos de Canguilhem, sin perder el enfoque positivista de la época, dando como resultado planteamientos contradictorios que no lograron abarcar de manera coherente el concepto de salud.

Uno de los primeros analíticos de los conceptos de Canguilhem fue Christopher Boorse, filósofo, docente de la universidad de Delaware en los Estados Unidos, quien sostuvo una teoría naturalista-funcionalista de la salud. Este autor, argumentó que el normativismo confunde dos conceptos de salud, el teórico y el práctico, otorgándole a ambas distinciones un valor axiológico y relativista<sup>11</sup> (Giroux, 2011: 59). Con el fin de no caer en el mismo “error” de los planteamientos normativistas, Boorse planteó la Teoría Bioestadística (TB) en

---

<sup>11</sup> Boorse, define un concepto axiológico como juicio de valor, en este caso indica que los planteamientos normativistas otorgan a la salud un juicio de valor. En este sentido, Boorse no reconoce el componente cultural de la enfermedad.

el año 1970, la cual buscó establecer una normalidad médica a través, de un único concepto de salud con tres condiciones:

1. Salud como totalidad para el individuo
2. Salud ausencia de enfermedad
3. Salud como concepto positivo a partir de la noción de bienestar

La TB definió la enfermedad, como el funcionamiento biológico de una parte del organismo estadísticamente subnormal para la especie y adicionalmente, estableció una diferencia entre enfermedad y patología, donde lo patológico hacía referencia al órgano afectado, mientras que la enfermedad, se relacionó con el malestar del individuo (Giroux, 2011: 79). Para establecer esta diferencia Boorse, planteó que existen patologías que el individuo no logra percibir, a menos que afecte su calidad de vida<sup>12</sup>, por lo tanto, no se puede afirmar en este caso que ese individuo está enfermo. En ese orden de ideas, también afirmó que existen patologías para la medicina, pero no para el individuo (Giroux, 2011: 82). Para la TB, la enfermedad no debe conocer juicios de valor.

A partir de la diferenciación establecida entre patología y enfermedad, Boorse argumentó que, lo patológico puede ser: legal, social y clínico. Para este último aspecto, la TB dividió la anormalidad en dos tipos, anormalidad diagnóstica (responde a la patología) y anormalidad terapéutica (corresponde a la enfermedad), las cuales indica son medibles y, por lo tanto, hacen parte de un promedio esperado para una especie.

El concepto de salud propuesto por Boorse, se basó en la función biológica del organismo, ya que esta, se asemejaba a la postura de la normalidad estadística (Giroux, 2011: 88). Al contrario de la propuesta realizada por Canguilhem, acerca de la importancia de reconocer el nacimiento de un concepto en un momento histórico, la TB afirmó que la función biológica no obedece a la historia, su interés únicamente está enfocado en el momento actual (Giroux, 2011: 98). Así mismo, la teoría funcionalista permitió generalizar y describir especies o características relacionales, a lo que Boorse denominó clase de referencia<sup>13</sup>; también, empleó otros conceptos como el “design de la especie” el cual, significa el equilibrio de un conjunto de individuos (lo que hace a la especie normal), por último, describió el significado del “funcionamiento normal”: “Existen las funciones típicas para algunos organismos, pero no es suficiente hasta que se cumpla con un nivel estadísticamente típico” (Boorse citado en Giroux, 2011: 106).

Igualmente, Boorse concluyó que: “La línea precisa entre la salud y la enfermedad es generalmente académica, puesto que la mayor parte de las enfermedades implican deficiencias funcionales que son inhabituales para todo criterio razonable” (Boorse citado en Giroux: 110)

---

<sup>12</sup> A la perturbación de la calidad de vida del individuo, fue lo que Boorse denominó “sick role” el cual está relacionado con el concepto de bienestar (Giroux, 2011: 84).

<sup>13</sup> Clase de referencia: aunque los individuos sean distintos comparten funciones en los órganos, por ejemplo, la función del páncreas en todos los seres humanos es la misma (Giroux, 2011: 100)

La Teoría Bioestadística propuso una mirada positivista al concepto de salud como un todo, el cual podía ser medido y clasificado en una media, correspondiente a una especie determinada que comparte ciertas características, con funciones determinadas. Sin embargo, la agrupación de seres humanos como iguales, trajo consigo dos problemas: el primero la ausencia de las diferencias existentes entre cada grupo y el segundo, la pretensión de generalizar un estado de salud para todos los seres vivos<sup>14</sup>.

Con el propósito de complementar la teoría propuesta por Boorse, y con el fin de incluir más características comunes a la mayoría de grupos humanos, Lennart Nordenfelt expuso la Teoría Holística (TH). Nordenfelt fue un filósofo sueco, con gran interés por el estudio filosófico de la salud, quien desarrolló el concepto de salud basado en la Teoría de la Acción (1977) de Ingmar Pörn. En esta Teoría, la propuesta principal estaba centrada en la capacidad de un sujeto en llevar a cabo sus metas, lo cual dependía de dos relaciones: la del individuo con el medio ambiente y la del individuo con sus metas (Giroux, 2011: 134).

Para la TH la salud es: “la capacidad que una persona tiene en circunstancias aceptadas, de realizar sus metas vitales, es decir, aquellas necesarias y suficientes para vivir un bienestar mínimo y durable” (Nordenfelt en Giroux, 2011: 134).

La capacidad para Nordenfelt, era la posibilidad, o el poder que poseían los individuos para cumplir sus metas vitales. De acuerdo con la TH existen seis tipos de capacidades:

1. Posibilidad lógica: nueve puede dividirse en tres
2. Posibilidad epistémica: que yo sepa él puede tener 34 años
3. Posibilidad física: no se puede vivir sin oxígeno
4. Autoridad: esta universidad puede otorgar diplomas
5. Oportunidad: Pedro puede cruzar la calle ahora
6. Capacidad: yo puedo aprender ruso (Giroux, 2011:136)

Para que un individuo pudiera desarrollar su potencial de manera plena, debían existir en él dos características: la capacidad y la oportunidad. A lo anterior, la TH creó dos subcategorías, capacidad de primer y de segundo orden: la primera, hacía referencia a la capacidad actual del individuo, el poder de; mientras que, la capacidad de segundo orden, se consideró como la posibilidad que el individuo tenía para ejecutar o llevar a cabo su capacidad de primer orden<sup>15</sup>.

Fue así que Nordenfelt concluyó que salud es tener al menos una capacidad de segundo orden para realizar un conjunto de acciones. Estar enfermo era haber perdido una o muchas capacidades de segundo orden (Giroux, 2011: 140). De acuerdo con lo anterior el individuo

---

<sup>14</sup> Y es que para el funcionalismo biologista ese “estado” de salud común para todos los individuos es el que garantiza el orden social, pues la enfermedad es el desorden peligroso que altera el orden social común de todos. Esto está fundamentado en la sociología (funcionalista), propuesta por T. Parsons, basándose en el concepto de homeostasis social del fisiólogo norteamericano W. Cannon (Quevedo & Cortes, 2015).

<sup>15</sup> “A tiene la capacidad de segundo orden de realizar una acción F si y solo si A tiene la capacidad de primer orden de seguir un programa de formación que, una vez realizado, le dará la capacidad de primer orden de hacer F” (Nordenfelt citado en Giroux, 2011: 140)

que se encontraba enfermo, era incapaz de cumplir sus metas vitales<sup>16</sup>. Sin embargo, cabe resaltar que Nordenfelt no se conformó con esta sola definición de salud, sino que buscó integrar el concepto de bienestar, ya que, para él, el solo cumplimiento de las metas vitales, no era suficiente para el ser humano.

Por lo tanto, afirmó que:

*“A esta completamente sano si y solo si, A se encuentra en un estado mental y físico que sea tal que A tiene la capacidad de segundo orden, en circunstancias aceptadas, de realizar el género de cosas que son necesarias y suficientes para la felicidad mínima y durable de A”* (Nordenfelt citado en Giroux, 2011: 147)

El propósito de la Teoría Holística y la Teoría Bioestadística, fue crear un método que logrará generalizar el concepto de salud a todas las poblaciones, sin tener en cuenta lo que ellos llamaron “circunstancias estándar”, las cuales varían de acuerdo a la cultura y al momento histórico (Giroux, 2011), por lo tanto, el propósito en sí mismo se contradice, dado que no se pueden homogeneizar las circunstancias estándar a nivel global.

Debido a la falencia mencionada anteriormente, en las posturas positivistas sobre el concepto de salud, y a falta de una definición coherente del mismo, la Medicina Social Latinoamericana, planteó en los años ochenta, una mirada que retomó las posturas de Canguilhem, donde, además, desarrolló una propuesta sobre lo que ellos comprenden por “ambiente”, abandonando la fundamentación biológica de Canguilhem. Adicionalmente, dadas las diferencias sociales que existen entre los países latinoamericanos y los Estados Unidos, las expectativas sobre el significado de salud son distantes y, por ende, desde la perspectiva de la Medicina Social, la definición de salud planteada por la OMS es inconclusa para la situación de salud del continente suramericano y en parte para el concepto de salud con mirada global.

Teniendo en cuenta lo anterior, una de las posturas más destacadas fue la de Asa Cristina Laurell, médica sueca, quien fue la primera directora de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de Xochimilco, en México y que, luego, trabajó en Ciudad de México como Secretaria de Salud del Distrito Federal en 1971, cargo que le permitió afianzar su postura sobre el proceso de salud-enfermedad, y que, además, es actualmente una de las representantes más destacadas de la Medicina Social Latinoamericana. Los planteamientos que Laurell propuso para el concepto de salud, se basaron en el desarrollo de Canguilhem, especialmente en la definición del concepto de normatividad. Para ella, era fundamental crear un nuevo objeto de estudio, que en este caso fue el proceso de salud-enfermedad como un proceso social (Laurell, 1982: 1), es decir la enfermedad no solo requería de los aportes médicos, sino que a su vez implicaba cambios sociales para la búsqueda y el mantenimiento de la salud (Laurell, 1994).

---

<sup>16</sup> Las metas vitales, las establece como las necesidades fundamentales, basándose en la pirámide de necesidades expuesta por Maslow.

De acuerdo a lo anterior, es importante resaltar que Laurell retomó uno de los vacíos que no logró desarrollar Canguilhem, tal vez por el periodo en el que el propuso su teoría sobre la salud. El ambiente, o para el caso de Laurell, lo social, cobró vital relevancia para comprender el proceso de salud-enfermedad. Su interés surgió debido al incremento de las enfermedades crónicas a mediados del siglo XX. Laurell identificó que el comportamiento de dichas enfermedades era distinto en diferentes países, sus comparaciones más importantes fueron entre México, Estados Unidos y Cuba. A partir de estos hallazgos, la meta de Laurell fue demostrar que la enfermedad tenía un carácter histórico y social (Laurell, 1982). Según sus planteamientos, las “distintas formas de andar por la vida” de Canguilhem no eran simplemente formas de normatividad biológica, sino “formas sociales de andar por la vida”, es decir que la salud se encontraba en la relación entre el individuo y lo social, pues el rol de lo social podía caracterizarse de dos maneras: la primera, su carácter social en sí mismo, que es la mediación entre lo social y lo biológico; y, la segunda, la determinación social, entendida como la causalidad social de la enfermedad. Esto lo plantea desde una perspectiva marxista, dado que, según Laurell, dependiendo de las condiciones sociales bajo las cuales nace y vive el individuo, así mismo se diferenciarían las diversas formas de andar por la vida, por el establecimiento de la jerarquización social<sup>17</sup>, donde los órdenes sociales más grandes, subsumen a los menos complejos (Laurell, 1994: 3), demostrado en el establecimiento del promedio mínimo propuesto por la Teoría Bioestadística.

En el proceso salud-enfermedad, Laurell reubicó lo patológico y propuso un objeto de análisis distinto, el aspecto social, ya que aseguró que es en el ámbito de lo social donde se desarrolla la enfermedad, pero no es un proceso de naturalización, como lo proponen las posturas hegemónicas positivistas sobre salud. En este orden de ideas, el nacimiento de lo patológico nuevamente debe reconocerse en un periodo determinado y como parte de un movimiento o momento social específico, o como ella misma propone, depende del lugar que el individuo ocupa en el conjunto de las relaciones sociales de producción (es decir, de la clase social a la cual pertenezca el individuo) (Laurell, 1994). Esta afirmación significa nuevamente que el concepto sobre el proceso salud-enfermedad no es estático, debe ser reevaluado y no homogeneizado.

Complementando la perspectiva de Laurell, su alumno ecuatoriano, Jaime Breilh, médico epidemiólogo, argumentó que la mirada funcionalista y epidemiológica de la salud había sido naturalizada sin considerar los aspectos sociales (diferentes a los expuestos por los Determinantes Sociales) que rodean a los individuos. En este sentido Breilh afirmó que, existe la tendencia del pensamiento europeo y anglosajón hacía las construcciones negativas de la salud, como un objeto mirado desde la enfermedad (Breilh, 2003: 45).

El concepto que él adoptó para comprender el proceso de salud-enfermedad, fue el de “reproducción social”. Este concepto permite analizar la salud en su entramado o articulación con el proceso productivo en su movimiento, el cual explica el proceso de organización

---

<sup>17</sup> “Esta explicación no requiere recurrir al concepto de “riesgo” o “factores de riesgo” como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia” (Laurell, 1994: 3)

social, implicando que el perfil patológico de una comunidad depende de la "clase social" y no estaría solamente determinado por las formas de trabajo del grupo sino también, y por la misma razón, por el lugar que el individuo ocupa en ese proceso producción-reproducción de la sociedad (Quevedo, 1992: 32). Esto significa que la salud depende de la posición social que el sujeto ocupa en los diversos campos sociales y las relaciones que este establezca con lo colectivo (Breilh, 2003).

Dados los cambios políticos y económicos surgidos en los años setentas y ochentas, Breilh, aseguró que los cambios sobre la perspectiva de la salud, relacionados con los Determinantes Sociales, solo responden a las necesidades económicas de la época. Argumentó, que el concepto de salud, continuó siendo reduccionista, sin espacio, sin tiempo y estático. Por lo anterior, expuso que la salud es, al mismo tiempo, objeto (ontológico), concepto (epistemológico desde las creencias culturales) y campo (de práctica), concatenados en constante movimiento (Breilh, 2003: 46-48). Adicionalmente, planteó que estos movimientos están dados bajo lo que denominó "determinismo social", es decir, la clase social a la cual pertenece el grupo de individuos, y que, a su vez, dependiendo de la pertenencia a esta categoría, la salud y la enfermedad serían procesos distintos (Breilh, 2013).

De esta manera, con los planteamientos de la Medicina Social Latino Americana se supera el funcionalismo biologista postmoderno de Boorse y Nordenfelt y se le da al pensamiento de Canguilhem una nueva dimensión al mostrar cómo su concepto de salud como "formas diversas de andar por la vida" y su concepto de enfermedad como "incapacidad para crear nuevas normas" o formas transformadoras de andar por la vida, pueden llegar a ser más abarcadores y dinámicos al darle una dimensión social determinante que supere el esquema descriptivo, y también funcionalista de la teoría de los Determinantes Sociales.

## **DISCUSIÓN**

El interés de este artículo ha sido principalmente dilucidar los aspectos históricos y epistemológicos del desarrollo del concepto de Salud y la manera como de esta definición se deriva la de Salud Mental expuesta por la OMS en el año 2013 y, adicionalmente, crear una ventana de análisis para que el lector pueda desarrollar una postura crítica al respecto. Desde estos objetivos podemos concluir que:

Los diferentes acontecimientos históricos y políticos que dieron origen a las organizaciones de talla mundial como la OMS y la OPS, revelan sus fundamentaciones y propósitos en el campo de la salud. Puesto que, aunque existieron dificultades para que los Estados Unidos fueran parte de los comités encargados de la salud internacional, su poder económico representado por la Fundación Rockefeller, los hechos ocurridos posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, como la victoria obtenida por Estados Unidos y el deterioro del continente europeo, permitieron que este país, paso a paso, fuera ganando territorio en este campo y que, actualmente, podría decirse que es el país con mayor poder simbólico, en tanto que las bases de datos y las directrices de la OMS son referentes de salud a nivel global, favoreciendo el pensamiento anglosajón acerca de la salud y la enfermedad. Estas posturas, planteadas principalmente por la OMS, se extienden a los países latinoamericanos, porque, aunque la OPS en sus inicios había logrado mantener una postura como organización independiente,

debido a la disminución de su suficiencia económica, prometió seguir los lineamientos de la OMS. Este hecho marcó un estilo de jerarquización social del continente norteamericano sobre el suramericano, ocasionando que en varias oportunidades se desconociera el contexto social latinoamericano y que la OPS continuara sumergida bajo los mandatos de la OMS, sin mucha voz u opinión.

Adicionalmente, el pensamiento sobre la salud de la OMS se encuentra fundamentado en la postura funcionalista, es decir, aquella que busca el estado de equilibrio no solo en el aspecto biológico sino de igual manera en el ámbito de lo social. Por ende, cualquier aspecto que afecte dicho equilibrio, debe ser atendido y retornado a la “normalidad”, tal y cómo se describe en los planteamientos de la tríada ecológica expuesta por Leavell y Clark. Bajo esta perspectiva, la enfermedad es considerada como desequilibrio y, además, puede ser medida por procesos estadísticos los cuales determinan cuantitativamente si un individuo se aleja de la media estadística. Sin embargo, esta concepción de salud desconoce que el proceso de salud-enfermedad no es estático, ya que está dado por la relación establecida entre el ambiente y el individuo, la cual es dinámica y cambiante. Por lo tanto, las propuestas de la Teoría Bioestadística, y la Teoría Holística, retoman la comprensión de salud positivista, funcionalista y biologista, siendo contradictorias en sí mismas, ya que lo que ellos mismos denominaron “circunstancias estándar”, son de igual manera cambiantes y dinámicas.

Al ser el proceso salud-enfermedad una relación entre el individuo y el ambiente, entendiendo a este último como resultado de lo social, es indispensable señalar que los aspectos sociales determinan la salud de los individuos y de las poblaciones. En este sentido, las condiciones económicas, los aspectos políticos y la clase social son categorías que deben tenerse en cuenta en las acciones de salud pública, apoyándose en los conocimientos de las ciencias sociales, porque el perfil patológico de una comunidad depende de la clase social y como lo explica Laurell retomando a Canguilhem, lo social determina a su vez las diferentes formas de andar por la vida. Por lo anterior, no puede hablarse de una salud homogénea a toda la población, ni de un concepto estático, sino como un proceso social e histórico que requiere de la intervención estatal.

Teniendo en cuenta lo anterior, la definición de Salud Mental de la OMS en el año 2013, no se escapó de la tendencia homogenizadora, puesto que al señalar que un individuo: “[...] puede afrontar las tensiones normales de la vida” (OMS, 2013), la OMS acude a conceptos como el de normalidad estadística para describir aspectos cualitativos como las condiciones sociales, y asume que todos los individuos presentan las mismas condiciones de vida, desconociendo el contexto social donde estos se desenvuelven, el cual afectará o protegerá su salud mental. Del mismo modo, dicho concepto se encuentra cargado de intereses económicos y productivos, haciendo justicia a lo indicado por la OMS en La Asamblea Mundial de la Salud en 1977, al indicar que el objetivo para el año 2000 era alcanzar un nivel de salud que le permitiera a las poblaciones llevar una vida social y económicamente productiva. Por lo tanto, dentro de la definición de Salud Mental, se lee “[...] puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013), abandonando los aspectos individuales propios de la salud mental y señalando la importancia de realizar contribuciones a la comunidad, situación similar a la necesidad de

la búsqueda del retorno de los enfermos mentales a la vida productiva, por la alta demanda económica que implicaban el mantenimiento de los pacientes psiquiátricos.

Así mismo, cabe resaltar que llama la atención la modernización psiquiátrica ocurrida en el año 1969, la cual buscaba promover acciones en salud mental más integrales, ya que paralelamente los “estilos de vida saludables” ganaban importancia. Podría decirse, que la pérdida de interés de las enfermedades como: la psicosis, los desórdenes de la niñez y la esquizofrenia pasan a un segundo plano en el ámbito de la salud mental, siendo reemplazadas y casi invisibilizadas por las problemáticas de interés comunitario como: la drogadicción incluyendo el alcoholismo, dado que estas conductas afectan lo económico y lo político en las naciones, siendo de vital importancia el “retorno a la normalidad” para garantizar el equilibrio social, sin importar las necesidades del enfermo mental.

Este trabajo deja pues planteada una plataforma teórico-metodológica sobre la cual se pueda sustentar la posibilidad de estudios venideros sobre el concepto de Salud Mental de la OMS, con el propósito de que se puedan, *a posteriori*, reevaluar los programas y las políticas públicas sobre el tema, a fin de que estas puedan llegar a responder a las necesidades sociales de las poblaciones con enfermedad mental y que a su vez, identifiquen los cambios sociales que debe garantizar el Estado para proteger la Salud Mental en los contextos diferentes a los anglosajones y europeos.

## Referencias

- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1): 93-107.
- Almeida Filho, N., & Jucá, V. (2002). Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7: 879-889.
- Bachelard, G. (1973) [1971] Epistemología. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Bachelard, G. (1981) [1934] El nuevo espíritu científico. México, D. F., Editorial Nueva Imagen.
- Bachelard, G. (1981) [1938] La formación del espíritu científico. México, Siglo XXI Editores.
- Bertolote, J. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-116.
- Blum, H. L. (1974) Planning for Health. New York, Human Sciences Press.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y Cultura*. México D.F.: Gijalbo.
- Bourdieu, P. (2000). El campo científico. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión: 11-27.
- Breilh, J. (1989) Epidemiología: Economía, Medicina y Política. Tercera edición. México, Fontamara.

- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México D.F.: Siglo XXI.
- Carrazana, V. (2003). El concepto de salud mental en psicología humanista-existencial. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 1(1), 1-19.
- Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad: descripción y explicación de la situación de salud. *Bol. Epidemiológico OPS*, 10(4).
- Cueto, M. (2004) *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Publicación científica y técnica No 600. Washington, Organización Panamericana de la Salud: 77-78.
- Dubin, M. (1995). The League of Nations Health Organisation. En: P. Weindling. (Ed.), *International Health Organisations and Movements 1918-1939*. Great Britain: Press Syndicate of the University of Cambridge: 56-80.
- Escohotado, A. (1999). Historia general de las drogas. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, (38), 138-138.
- García, J. (1971). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*. OPS, 5(2): 130-149.
- Giroux, É. (2011). *Después de Canguilhem Definir la Salud y la Enfermedad*. Bogotá, Colombia: U. Externado de Colombia.
- Goodman, N. (1971). The Health Organizations of the League of Nations, 1921-46. *International Health Organizations*. London, United Kingdom: Churchill Livingstone.
- Goodman, N. (1971). The World Health Organization 1948-70. *International Health Organizations*. United Kingdom, London: Churchill Livingstone.
- Howard-Jones, N. (1977). Problemas de organización de la salud pública internacional entre las dos guerras mundiales. *Crónica de la OMS*, 31: 435-448.
- Howard-Jones, N. (1980). La Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución. *Crónica de la OMS*, 34, 395-403.
- Lalonde, M. (1999) [1974]. El concepto de "Campo de la Salud": una perspectiva canadiense. En: OPS/OMS. Promoción de la salud: una antología. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud.
- Laurell, A. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1): 7-25.

- Laurell, A. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad.
- Leavell, H. R & Clark, E. G. (1965) [1953] Preventive Medicine for the Doctor and the Community. An Epidemiologic Approach. Third edition. New York, McGraw-Hill.
- Lecourt, D. (1971). Prólogo. En: Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*. México D.F.: Siglo XXI, VII-XXX.
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(S1): 11-20.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Martínez, F., Castellanos, PL, Navarro, V., Salud Pública*, 49-54.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Carta de Constitución.
- Organización Mundial de la Salud. Definición salud. Recuperado el 15 de mayo de 2018 de la URL: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Panamericana de la Salud. (1963). Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental. *Publicaciones Científicas*, 42(81): 1-119
- Organización Panamericana de la Salud. (1969). Seminario sobre la Salud Mental del Caribe, Kingston, 1969. *Informe final*. Washington, DC, Estados Unidos: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1970). Administración de los Servicios de Salud Mental. Washington, DC, Estados Unidos: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. En. Conferencia sobre Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud. Antecedentes y desarrollo histórico del Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Recuperado el 15 de mayo de 2018, de la URL: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11660:historia-salud-mental-ops&Itemid=0&lang=pt)
- Quevedo, E. (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. *Bogotá, Colombia: Zeus Asesores Ltda*: 5-85.
- Quevedo, E., Hernández, M., Cortés, C., & Eslava, J. (2013). Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Revista Ciencias de la Salud*, 11(3): 295-321.

Quevedo, E., & Cortés, C. (2015). El concepto de “sistema”: de la Química y la Fisiología a la Salud Pública y las Ciencias Sociales. Bases para una investigación futura. *Ciencias de la salud*, 13(4): 105-125.

Soave, M., Bazán, M. E., Chávez, L. P., Ferrer, C., Huespe, T., Muszio, S. V., & Villagra, L. (2015). Aproximación al Concepto de Salud Mental Vigente desde una Perspectiva Psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 2(1): 54-72.

Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la Salud*, 12.

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta médica peruana*, 28(4): 237-241.

Wilkinson, R., Marmot, M., & Páramo Gómez del Campo, R. (2003). Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables. En: *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. OMS.

World Federation for Mental Health (2017). Brief History. Recuperado el día 15 de octubre de 2017 de la URL: <https://www.wfmh.global/wfmh/history/>

World Health Organization. (1962). WHO and Mental Health 1949-1961. Ginebra, Suiza