

El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud

The concept of mental health in some public policy instruments of the World Health Organization

Juan D. Lopera E¹

¹ Doctor en Ciencias Sociales, Magíster en Filosofía y Psicólogo, profesor de la Universidad de Antioquia y la Universidad EAFIT, Medellín, Colombia. Correo electrónico: diego.lopera@udea.edu.co

Recibido: 20 de junio de 2014. Aprobado: 01 de marzo de 2015. Publicado: 15 de marzo de 2015.

Lopera JD. El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2015; 32(supl 1):S11-S20.

Resumen

Objetivos: Exponer el contexto histórico que dio origen al concepto oficial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1950 y examinar su presencia (o ausencia) en determinados instrumentos de políticas públicas en salud de esta organización, pues la definición de dicho concepto determina las políticas, los programas y las acciones en materia de mejoras para la salud mental. **Metodología:** investigación documental, de carácter histórico-hermenéutico. Se consultaron fuentes primarias y secundarias, así como instrumentos de políticas públicas de la OMS seleccionando aquellos que fuesen relevantes para el análisis del concepto de salud mental. **Resultados:** El concepto de salud mental de la OMS construido en 1950 sigue vigente, con leves modificaciones en su formulación; deriva de intereses

políticos y sociales, más que científicos. De otro lado, los documentos oficiales en torno a la salud mental de la OMS consideran, mayoritariamente, la salud mental como ausencia de enfermedad, y dan poca cabida a un concepto positivo de salud mental. **Conclusiones:** Si bien los documentos oficiales de la OMS derivan en un concepto negativo de salud mental, dan énfasis, gradualmente, a un enfoque de derechos humanos y de determinantes sociales en salud, resaltando con ello el carácter político y social de la salud mental, en concordancia con las condiciones histórico-políticas que dieron origen a dicho concepto.

-----**Palabras-clave:** Salud mental, Organización Mundial de la Salud, políticas públicas en salud, determinantes sociales en salud, atención primaria.

Abstract

Objectives: To describe the historical context that gave rise to the concept of mental health official of the World Health Organization (WHO) in 1950 and examine their presence (or absence) of certain instruments in public health policies of this organization, as defined of the concept determines the policies, programs and actions in the field of mental health improvement. **Methodology:** desk research, historical-hermeneutic. Primary and secondary sources were consulted, as well as policy instruments of WHO selecting those that were relevant to the analysis of the concept of mental health. **Results:** The concept of mental health of WHO built in 1950 is still in force, with slight modifications in its formulation;

derived from political and social interests, rather than scientific. On the other hand, official documents about WHO mental health considered, mostly, mental health as absence of disease, and give little room for a positive concept of mental health. **Conclusions:** Although the official WHO documents derive a concept of mental health, emphasize, gradually, to a focus on human rights and social determinants of health, thereby highlighting the political and social nature of mental health in accordance with the historical policies that gave rise to the concept conditions.

-----**Keywords:** Mental Health, World Health Organization, public health policy, social determinants in health, primary care.

Introducción

El estudio de las condiciones históricas que posibilitan el surgimiento de un concepto (o de una práctica, una institución, una experiencia, una disciplina, una ciencia), ha sido reconocido como esencial para comprender sus efectos en el presente, para entender las posibilidades o impedimentos que le son intrínsecos y para concebirlo como resultado de unas condiciones sociopolíticas concretas [1-3].

En cuanto al concepto de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuesto en 1950 [4], se constata que muy poco se ha investigado sobre las condiciones históricas que lo hicieron posible lo que arrojaría mayores elementos para pensar su pertinencia (o no) en la actualidad, así como su idoneidad para fundamentar la creación de políticas públicas en salud [5].

Pese a esta ausencia de estudios históricos, este concepto sigue vigente en la OMS, aunque aparece de una manera paradójica en sus diferentes documentos oficiales: en ocasiones no se define qué es salud mental, a pesar de que es el tema explícitamente tratado; en otras se reproduce a parafrasea el concepto inicial de 1950; y en una mayoría de casos se define a partir de los trastornos mentales, no de la salud propiamente dicha, entendiéndolo entonces como ausencia de trastornos mentales. En última instancia, pareciera que la salud mental fuese una realidad esquiva a la que la OMS se aproxima resaltando la importancia de las condiciones de vida (determinantes sociales en salud), el enfoque de derechos y el tratamiento y prevención de los trastornos mentales. La promoción de la salud queda entonces eclipsada, así como la consideración positiva de la salud mental. Esto lleva a contradicciones en los programas de promoción de salud mental que, en lugar de promover la salud, terminan previniendo la enfermedad: un enfoque centrado en la *enfermología*, según expresión de Granda [6].

Tanto en el *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001*, que versó sobre salud mental, así como en el *Conjunto de Guías Sobre Servicios y Políticas de la*

Salud Mental 2004 de la OMS, se asume esa posición. En el *Informe* se dice explícitamente que su interés se centra en los trastornos mentales y del comportamiento y no en el concepto más amplio de salud mental [7]. En las *Guías*, las acciones propuestas derivan en el abordaje de los trastornos mentales. Si bien es comprensible que tengan relevancia los trastornos (debido a la carga que representan en términos económicos, de bienestar subjetivo, en capacidad productiva, entre otras), el énfasis en la enfermedad descuida el potencial que tienen las personas saludables para su despliegue e irradiación a otras personas de su entorno. Una de las pocas excepciones es el informe *Fomento de la salud mental* [8], que expone una definición positiva de salud mental, retomando en parte los planteamientos de Jahoda de 1958 [9] y, por consiguiente, hace énfasis en las potencialidades o en las aptitudes que la definen y no en la ausencia de trastornos mentales.

En el presente artículo se expone, en primer lugar, una perspectiva histórica para comprender el surgimiento del concepto de salud mental de la OMS en 1950, historia que se remonta hasta 1908 con el movimiento de higiene mental estadounidense; en segundo lugar, se estudian algunos de los instrumentos públicos en salud mental más relevantes de la OMS con el fin de decantar la manera como ha sido entendido dicho concepto; en tercer lugar, se muestra que hay pocas reflexiones sobre el mismo, a pesar de constituirse en punto de partida para las diversas acciones en búsqueda de mejorar la salud mental de las personas. En cuarto lugar, se destaca la paradoja que representa concebir la salud mental desde la perspectiva de los trastornos mentales, como si aquella se constituyera en la ausencia de tales trastornos. Finalmente, se muestra que, pese a estas dificultades, la OMS ha avanzado en la consideración de la salud mental desde el punto de vista de los determinantes sociales en salud y desde el enfoque de derechos.

Metodología

Para el estudio del origen del concepto de salud mental, la presente investigación tuvo una perspectiva histórico-hermenéutica, entendida como la comprensión del sentido (orientación, tendencia, significación) de un discurso a partir de considerarlo en su devenir histórico-social [10, 11]. Para ello, se realizó una interpretación de fuentes documentales en los que esa historia encuentra un modo (entre otros) de expresión. De acuerdo con Habermas [12, 13] y con Apel [14], este tipo de estudio posibilita, por un lado, una reconstrucción racional de un saber específico, y por el otro, una autorreflexión crítica acerca de determinadas ideologías o poderes que se han sedimentado al modo de una historia ‘natural’. Coincide asimismo, con la perspectiva de la *historia epistemológica de los conceptos* que, teniendo en cuenta el contexto sociocultural, concibe su objeto como una positividad, como una singularidad emergente a partir de ciertas condiciones de posibilidad: de conexiones entre determinados poderes y saberes en un periodo de tiempo específico que llevan a que una experiencia, un concepto, una práctica, sean posibles, método que Foucault llama *arqueología* [15]. Se tuvieron en cuenta las observaciones de Fleck sobre los colectivos de pensamiento, y de Canguilhem sobre la importancia de no concebir esa historia como una sustitución de lo falso por lo verdadero [2, 3].

El análisis de los instrumentos de políticas públicas en salud de la OMS tuvo una perspectiva descriptiva y analítica, a partir de tres niveles de análisis: 1) intratextual, referido a la lógica interna del texto, su coherencia y no contradicción; 2) intertextual, mediante una comparación crítica entre diferentes textos, documentos, artículos; y 3) metacontextual, a partir de la articulación de los textos analizados con su macrocontexto (cultural, ideológico, científico) [16]. El entrecruzamiento entre estos tres niveles permitió darle validez a las conjeturas elaboradas y construir algunas explicaciones sobre la manera como aparece el concepto de salud mental en determinadas políticas públicas.

Se hizo una revisión de fuentes primarias (documentos oficiales e históricos de la OMS sobre el concepto de salud mental) y fuentes secundarias (artículos, libros, ensayos, tesis) seleccionando aquellas que fueran pertinentes por su relación con el concepto de salud mental expresado en los instrumentos de políticas públicas.

Resultados

Un contexto socio-político

El concepto oficial de salud mental propuesto por la OMS en 1950, se remonta hasta los orígenes del Movimiento

de Higiene Mental estadounidense en 1908 con la aparición del libro de Clifford Beers *A Mind That Found Itself* [17], publicación que fue aprobada e impulsada por Adolf Meyer y William James [18-20].

El carácter pragmatista de los Estados Unidos, enlazado con las corrientes filosóficas, epistemológicas y científicas de comienzos del siglo XX, llevó a considerar la higiene mental como un problema de sanidad pública, que debía ser atendido mediante la combinación de un trabajo profiláctico con intervenciones de tipo comunitario [21]. La Primera Guerra Mundial acentuó la impronta practicista del Movimiento de Higiene Mental y de la psiquiatría estadounidenses [22] y favoreció, asimismo, la creación de Ligas de Higiene Mental en otros países, impulso que había sido promovido por Beers fundamentalmente, con el propósito de crear un Comité Internacional de Higiene Mental [17, 23-27].

Por su parte, la Segunda Guerra Mundial evidenció el trato inhumano que se daba a los enfermos mentales en los asilos, muchos de los cuales fueron exterminados en campos de concentración para ‘incurables’ [28]. Dos movimientos surgidos en Europa, principalmente en Francia, acentuaron sus críticas al modelo asilar, movimientos conocidos como *Psicoterapia Institucional* y *Política del Sector en Psiquiatría* [29]. Estaban dadas las condiciones para una crítica a fondo del modelo psiquiátrico y, con él, de lo que se entendía por higiene mental, ya que esta se centraba en un conjunto de medidas de carácter preventivo y corrector, con base en lo que la sociedad (la moral social vigente) esperaba de sus gentes. Se dio una mezcla entre el deseo de curar y ayudar a disminuir las dolencias psíquicas, y un intento de controlar las conductas y extender el poder psiquiátrico a todas las esferas de la sociedad [24].

Se iba imponiendo la necesidad de diferenciar higiene mental de salud mental, términos que comenzaron a ser usados indistintamente [5]. Se esperaba, asimismo, que la definición del concepto de salud mental derivara de investigaciones que las diferentes ligas de higiene mental llevaban a cabo en sus respectivos países, y en general, de la comunidad científica ocupada de la salud mental y de sus problemas. Sin embargo, las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas e ideológicas al finalizar la Segunda Guerra Mundial, llevaron a que se adoptara un concepto de salud general (en el año 1946), y uno de salud mental (en el año 1950), con base en los lineamientos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y no necesariamente en los resultados de las investigaciones clínicas y experimentales sobre este campo. No quiere decir que sean opuestas estas dos orientaciones, pues la ciencia no es neutral y una historia de los conceptos ha de tener en cuenta que su desarrollo está inmerso en las condiciones sociales, culturales, ideológicas, políticas, económicas, epistemológicas,

entre otras, de su época [2, 3, 30, 46]. No obstante, la ciencia es también una de esas condiciones, y al parecer, en lo que corresponde al concepto de salud mental, la ciencia psicológica y la ciencia psiquiátrica, aportaron poco a su definición oficial*. En la Carta de Constitución de la ONU de 1945 [31] se plantea de manera explícita el deseo de precaver a la humanidad del flagelo de la guerra, de respetar los derechos humanos y de crear las condiciones más favorables para que prime la justicia social. Para ello, la ONU conforma la Comisión Económica y Social, encargada, entre otras cosas, de crear a su vez un ente mundial que se ocupe de la salud. Esta Comisión funda la OMS.

Ahora bien, la OMS en su carta de constitución, declara, primero, su conformidad con la Carta de las Naciones Unidas; segundo, y en correspondencia con lo anterior —en particular, con el deseo de precaver de nuevas guerras a la humanidad—, los propósitos de promover la solidaridad entre los pueblos, la felicidad y las relaciones armoniosas; y tercero, sostiene que para lograr estos propósitos el primer principio básico es el de la salud, a la que define como ‘estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades’ [32].

En el año 1949 el Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS resume las recomendaciones del Consejo Económico y Social de la ONU en torno a las relaciones entre higiene mental y salud pública, mostrando la importancia de que las actividades preventivas en este campo sean implementadas por los servicios de salud pública, así como la necesidad de brindar formación a los funcionarios de salud pública como a quienes se dedican a la psiquiatría clínica [33]. Se sientan así las bases, desde la OMS, para una relación constante entre higiene mental (luego salud mental) y salud pública, relación que ya había sido destacada por las diferentes ligas de higiene mental en el mundo. El Comité de Expertos acoge los propósitos básicos de la OMS promulgados en su constitución, que a su vez corresponden a los intereses de la ONU, y propone un concepto de salud mental que esté en concordancia con ello:

La salud mental [...], es influenciada por factores tanto sociales como biológicos. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; [...] implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir con ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada, más bien que

en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras [4].

Esa definición continúa vigente; no obstante se ha adoptado una concepción abreviada de la misma, pero que contiene los mismos principios básicos: salud mental es “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” [34].

La definición de salud mental, su relación con las políticas públicas y su consagración como un derecho fundamental, estaban esbozadas en la constitución de la OMS en 1946: en efecto, luego de establecida la definición de salud como principio básico para lograr la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de los pueblos, en la Constitución de la OMS se declaran los demás principios que contribuyen a la consecución de estos fines. Allí se plantea la salud como un derecho fundamental; la importancia del desarrollo sano del niño y la capacidad de vivir en armonía en un mundo cambiante; así como la participación cooperativa de las personas y de los Estados en el cumplimiento de estos objetivos [32].

La salud como un derecho fundamental del que deben gozar todos los seres humanos, es un tema sobre el que la OMS hará mucho énfasis en las últimas décadas de siglo XX. También se dará una inversión significativa en lo que concierne a estos antecedentes: la salud no será condición para lograr la paz y la solidaridad entre los pueblos, sino al contrario, la paz, la seguridad entre los pueblos y la justicia social (equidad) serán condición para lograr la salud, tal como se destaca en la *Declaración de Caracas* en 1990 [35], sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica.

El énfasis en los derechos humanos, las secuelas de la Segunda Guerra Mundial y las críticas de la Política del Sector en Psiquiatría, condujeron a que se agudizaran los cuestionamientos a los hospitales mentales por su carácter asilar, considerados como lugares en donde los enfermos eran reclusos y aislados de su medio social. Se vio la necesidad de promover la atención comunitaria y reducir el tiempo de internación. Se comenzó con lo que Trillat llamó el ‘deshielo de los grandes hospitales psiquiátricos’ [28]. A estas críticas se sumó, en la década del 60 del siglo pasado, los duros cuestionamientos del movimiento antipsiquiátrico, que denunciaba el carácter iatrogénico y alienador de la institución psiquiátrica, como también la tendencia a patologizar la sociedad, considerando enfermedad (mental) lo que en muchos casos eran conflictos de orden moral y social [36].

* Como ciencias propiamente dichas, esto es, desde sus investigaciones, puesto que muy probablemente el Comité de Expertos en Higiene Mental, encargado en 1950 por la OMS para definir la salud mental, estaba compuesto por psiquiatras en su mayoría.

Este es pues el contexto socio-cultural e intelectual que determina en gran medida la manera como se proponen y diseñan las políticas públicas en relación con la salud mental desde la OMS, políticas que mantendrán su marca de origen.

La salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas en salud

Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud

Aunque estas conferencias internacionales se refieren a la salud en general (y no a la salud mental en particular), establecen un marco político definido sobre cómo enfocar la salud mental desde el punto de vista de la atención primaria en salud. En particular, muestran la importancia de los determinantes sociales en salud: las condiciones de vida, de empleo, de acceso a los recursos, la equidad social, la vivienda, el bienestar, entre otros; asuntos que serán prioritarios para la OMS al finalizar el siglo xx.

La *Declaración de Alma-Ata* del 12 de septiembre de 1978, de la *Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria en Salud*, centra su atención en las diferencias entre los países en desarrollo y los desarrollados en lo que a salud se refiere, diferencias debidas a las condiciones económicas, socioculturales y políticas en esos países [37]. La *Carta de Ottawa* de 1986 es más explícita en cuanto a los determinantes socioeconómicos como prerrequisitos de la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema saludable, la justicia social y la equidad [38].

Las demás conferencias son, en lo esencial, una profundización de estos lineamientos enfocados en los derechos de los seres humanos de mejores condiciones de vida: la *Declaración de Sundsvall* de la *Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, destaca la relación entre la salud y un medio ambiente físico, social, económico y político favorable y equitativo, resaltando la alarmante desigualdad entre países y al interior de estos [39]. La *Declaración de Yakarta* de la *Cuarta Conferencia Internacional* en 1997, se propone demarcar los derroteros y estrategias para resolver las dificultades de la salud para el siglo XXI [40]. En esta declaración se considera que la pobreza es la mayor amenaza para la salud; entre los prerrequisitos para la salud, se plantea que el empoderamiento de la mujer ocupa un lugar esencial. En la *Quinta Conferencia Internacional*, realizada en México, se analizan dos retos en lo que a promoción de la salud se refiere: “demostrar y comunicar de mejor forma que las políticas y las prácticas de promoción de la salud pueden marcar una diferencia en la salud y la calidad de vida; y alcanzar una mayor equidad en la salud” [41]. Se reconoce que, pese a los esfuerzos realizados, “las desigualdades en las circunstancias socioeconómicas siguen aumentando y erosionando las condiciones necesarias para la salud” [41]. También se

señala la falta de indicadores de salud en contraste con los indicadores de enfermedad. Sin obviar los determinantes sociales en tanto condiciones macroestructurales, en la *Carta de Bangkok* de la *Sexta Conferencia Internacional*, se hace un llamado a centrar también la atención en la capacitación de las personas para que tengan mayor control sobre tales determinantes, lo que significa un reconocimiento a la autogestión de las comunidades en el logro y mantenimiento de su propia salud [42].

Se puede deducir una concepción de salud y de salud mental en estas conferencias; sin embargo, no son explícitas las definiciones, dando lugar a ambigüedades en particular a lo que se refiere a la salud mental. No se aclara, por ejemplo, si se siguen adoptando los conceptos de salud y de salud mental propuestos en 1946 y 1950 respectivamente y que han sido criticados por múltiples autores.

Declaración de Caracas

La *Declaración de Caracas* sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina celebrada en 1990 [35], es uno de los hitos fundamentales en salud mental, sin embargo, tampoco se la define. Aporta elementos esenciales para pensar las políticas públicas sobre salud mental, a tono con los determinantes sociales destacados en las conferencias internacionales de promoción de la salud: en primer lugar, cuestiona la atención psiquiátrica tradicional centrada en los grandes hospitales psiquiátricos y se alienta su sustitución por una atención comunitaria descentralizada. Propone privilegiar la atención primaria en salud mental, con lo que la prevención de la enfermedad mental se hace prioritaria. Se invita, en consecuencia, a que los países de la Región ajusten sus legislaciones de tal manera que aseguran el respeto por los derechos humanos y se promuevan servicios comunitarios en salud, a la par que se cierren los grandes hospitales psiquiátricos. La falta de un concepto de salud mental en esta declaración limita sensiblemente los alcances en torno a las posibles políticas públicas que deriven de ella.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2001

En correspondencia con la *Declaración de Caracas*, el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* de la OMS, referido específicamente a la salud mental, resalta de nuevo la atención primaria en salud [7]. De las diez recomendaciones que hace este informe, pueden destacarse: la promoción de la atención comunitaria centrada en la atención primaria, la importancia de educar al público en lo concerniente a la salud mental y la necesidad de involucrar a las comunidades y formar el recurso humano en salud mental. En este informe también se cuestiona la atención en los grandes hospitales psiquiátricos, se promueve el cierre de los mismos y su relevo por atención comunitaria y se resalta la predominancia de los derechos humanos

[7]. La salud mental es descrita como una realidad que abarca aspectos como:

[...] el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales [7].

Pese a estas consideraciones, el concepto de salud mental se diluye en los trastornos mentales:

Debido al gran número de personas que padecen trastornos mentales y del comportamiento, muchas de las cuales no reciben nunca tratamiento, y a la carga que se deriva de estas enfermedades no tratadas, el presente informe se centra en los trastornos mentales y del comportamiento, no en el concepto más amplio de salud mental [7].

El informe es optimista con los logros que podrán obtenerse en el control de los trastornos mentales, puesto que los avances en las investigaciones en neurociencias están develando muchas de las particularidades del cerebro. De esta manera, los trastornos mentales se consideran producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental

En el año 2003 la OMS comenzó la publicación de un conjunto de guías sobre servicios y políticas en salud mental. La primera guía, llamada *El contexto de la salud mental*, presenta las guías posteriores y declara que se enmarcan en las políticas públicas de la OMS, en particular, en el énfasis en la atención primaria y en el trabajo comunitario [43]. De nuevo, se destacan los trastornos mentales y no la salud mental, afianzando la idea de que esta última consiste en la ausencia de los primeros. Se resalta el mayor conocimiento sobre los factores que influyen en los trastornos, la importancia de la temprana infancia, del desarrollo mental y del respeto a los derechos humanos. Entre las causas de las enfermedades mentales, se citan: la rápida urbanización, los cambios macroeconómicos, los desastres, la falta de hogar, la pobreza, la contaminación, la ruptura de las estructuras familiares, la pérdida de apoyo social, entre otros factores [43]. Incluso el módulo llamado *Fomento de la salud mental*, a pesar de su nombre, se centra en los trastornos; y señala que el concepto 'fomento de la salud mental' se desarrolló para promover los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y reducir el estigma de la discriminación [44].

Promoción de la salud mental, 2004

El Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la OMS presentó en el año 2004 el informe

Promoción de la salud mental, en el que reconoce que se ha descuidado la atención a aquellas personas saludables por centrar los recursos e intervenciones en las enfermedades mentales [8]. Ante la pregunta *¿qué es la salud mental?* se toman dos referencias: primero, la definición *general* de salud de la OMS, ya que desde esta definición derivan tres ideas medulares: "la salud mental es parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta" [8]. Posteriormente, se cita la definición abreviada de salud mental de la OMS, que ya se expuso en este artículo. Partiendo de esta definición, se considera que la salud mental es la base para el bienestar y para el funcionamiento efectivo entre un individuo y su comunidad. En relación con la idea de que la salud mental es más que la ausencia de enfermedad, se sostiene que "la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente", concepción novedosa por cuanto muestra que una no es la antítesis de la otra y que la ausencia de una no representa la presencia de la otra. Sin embargo, no se profundiza más en este aspecto. Se resalta de nuevo el papel tan influyente de los determinantes sociales en la salud, en particular, los efectos negativos que la pobreza tiene en la salud mental. También se destacan la baja educación, la inseguridad, la desesperanza, el rápido cambio social, los riesgos de violencia y las enfermedades físicas.

Este informe contiene un apartado llamado *salud mental positiva*, en el que se propone una definición que muestre los aspectos que han de estar presentes cuando se goza de salud mental, a diferencia de una definición negativa, que hablaría de la ausencia de trastornos mentales. En primer lugar, se mencionan dos aspectos generales, que usualmente se destacan cuando se habla de salud mental: 1) una emoción positiva (afecto), como por ejemplo un sentimiento de felicidad o de bienestar; 2) recursos psicológicos (derivados de rasgos de personalidad) como autoestima, control, resiliencia, capacidad para hacer frente a las adversidades [8]. En segundo lugar, se cita la concepción clásica de salud mental positiva de Marie Jahoda, propuesta en 1958 [9], en la que se divide la salud mental en tres áreas: primero, la autorrealización del individuo, que incluye la posibilidad de explotar plenamente los propios potenciales; segundo, un sentimiento de control sobre el entorno; y tercero, la capacidad de autonomía que permita al individuo resolver los problemas que se le presenten. Sin embargo, en el informe se señala que otros autores han criticado esta definición, porque se refiere a un contexto cultural específico. Por ejemplo, Murphy en el año 1978 indicó que esta explicación resalta valores culturales estadounidenses, por lo que no es adecuada como definición general. Quizá por esta razón en el

informe se mencionan las diversas conceptualizaciones para entender la salud mental y sus énfasis respectivos.

En cuanto a los determinantes sociales de la salud mental, se dice lo siguiente:

Los determinantes socioeconómicos de la salud han sido bien estudiados. En resumen, las personas que están más aisladas socialmente y las personas que están en desventaja tienen mayores problemas de salud que las otras. Las sociedades con mayor cohesión social son más saludables y su índice de mortalidad es más bajo [8].

En este informe también se alude a la relación entre la salud física y la mental. Se plantea que actitudes como optimismo, pensamiento positivo, control personal y sentido de propósito, protegen la salud física y la mental. También se menciona la relación que existe entre depresión y ansiedad con enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Son importantes los buenos hábitos alimenticios, el ejercicio periódico, las buenas relaciones con otras personas, entre otros. De particular importancia, es el planteamiento sobre la relación entre la salud mental y posibles síntomas psicopatológicos, no necesariamente excluyentes. Además, se enfatiza en potencializar las fortalezas que permitan vivir bien, no obstante se tenga determinada enfermedad [8].

Discusión y conclusiones

La acuñación del concepto de salud mental de la OMS en 1950 (que continúa vigente, aunque descrito de manera abreviada) respondió a intereses políticos y sociales de la ONU, en particular, al interés de preservar a la humanidad de nuevas guerras, por lo que se hacía deseable la armonía entre los hombres (la paz y la solidaridad), la armonía consigo mismo (bienestar y felicidad) y una relación constructiva con el entorno. Todos estos elementos son los que hacen parte del concepto de salud mental. Su definición no deriva, por tanto, de un desarrollo intracientífico, sino de unas condiciones particulares: la finalización de la Segunda Guerra Mundial y sus consecuencias.

Ahora bien, los principales instrumentos de políticas públicas de la OMS en salud son ambiguos en cuanto a qué concepto de salud mental adoptan: una gran mayoría no explicita ninguna definición (como si se supiera qué es salud mental); otros pocos, asumen la de la OMS pero derivan en la consideración de los trastornos mentales, dejando la salud como mero reflejo de la ausencia de trastornos mentales. Tampoco hay una reflexión sobre el origen de este concepto, de su carácter ideológico y de su correspondencia con unos intereses que, aunque loables, no necesariamente apuntan a lo que es la salud en sentido positivo, esto es, a las capacidades y potencialidades del ser humano.

En parte es comprensible esta ausencia de definición y de reflexión sobre el término, puesto que desde las políticas públicas se busca, explícitamente, desarrollar un marco de actuación (legal, científico, epidemiológico, emancipatorio) para que se pueda atender la salud mental de los colectivos, y no una disertación sobre lo que ella es. Sin embargo, cualquier recomendación en materia de salud mental (por ejemplo, indicar quiénes son los encargados de la misma, cómo pensar la salud mental comunitaria, entre otras), presupone una concepción de salud mental, se la declare o no. Sin una definición de salud mental, así sea provisional, las políticas, programas, estrategias y acciones implementadas para el logro de la salud mental, marchan erráticas, o centradas exclusivamente, quierase o no, en los trastornos mentales.

De otro lado, las formulaciones, recomendaciones y políticas de la OMS en el campo de la salud mental están centradas en los determinantes sociales en salud y en el enfoque de derechos humanos. La gran mayoría de los documentos analizados, incluyendo las conferencias de promoción de la salud, toman la salud como ausencia de enfermedad, así expresen lo contrario. Es frecuente que se proponga hablar de salud mental y, a continuación, se expongan la distribución de los trastornos mentales, su prevalencia, modos de intervención, entre otros aspectos. Hay excepciones, como el informe de promoción de la salud analizado en el apartado anterior. Este informe posibilita pensar de manera diferente una promoción de la salud mental centrada en los indicadores de salud propiamente dichos, y no en los de enfermedad. Permite, además, concebir la salud como una experiencia que no necesariamente implica la ausencia de alguna dolencia psíquica, puesto que se puede estar saludable aún en el caso de padecer un problema mental.

El énfasis en los trastornos mentales, en el enfoque de derechos y en los determinantes sociales en salud, si bien es importante, da poca cabida a la participación activa de las comunidades en la construcción de su propia salud mental. Se observa que en los diferentes documentos oficiales de la OMS no se destaca suficientemente el papel de los actores sociales y se asume un carácter *prescriptor*, centrado en recomendaciones, programas, políticas y planes de acción. Se puede hacer una relación con el modelo tradicional de riesgo en el que, desde el conocimiento científico sobre los agentes nocivos para la salud, se recomienda a las comunidades el ejercicio de ciertos hábitos para garantizar su salud (no fumar, hacer ejercicio, evitar el sedentarismo, buena alimentación, adoptar un estilo de vida saludable, etc.). Si bien la perspectiva de los determinantes sociales se propone a menudo como diferente (y opuesta) al modelo tradicional de riesgo, podría terminar coincidiendo con ese modelo, en cuanto el sujeto (individual, grupal o

colectivo) está en la posición pasiva de recibir un saber especializado, que debe asumir. El individuo, una vez más, queda sujeto (quizá mejor *sujetado*) al saber de los expertos. No se pretende restar importancia a la promoción de políticas que propendan a la justicia social, sino más bien señalar la ausencia llamativa de la voz y de la subjetividad de las personas objeto de esas medidas, con el consecuente problema de que se deja de lado la capacidad de autodeterminación de los sujetos, sus posibilidades de instaurar sus propios modos de vida, así como las normas de salud que, finalmente, son los colectivos y los individuos los que las instituyen. No se da debida importancia a los procesos discursivos y dialógicos con la comunidad, la relevancia de *escuchar* y analizar las alternativas con las personas directamente afectadas o interesadas; en su lugar, se ofrecen unas soluciones estudiadas y analizadas por expertos en salud mental. En su propuesta de una salud pública alternativa Edmundo Granda hace una crítica similar:

La Salud Pública Alternativa manifiesta su compromiso de impulsar la estructuración de prácticas saludables con la participación de los distintos actores sin dejar de lado el estudio del sistema en cuanto normas y recursos que apoyan o perturban el desarrollo de acciones saludables. Es por esto que habíamos dicho que la labor del salubrista se centra alrededor de la interpretación de las acciones vitales que generan salud y al mismo tiempo la mediación promotora de normas y recursos que factibilizan dicha labor, pero en ningún momento creemos que es conveniente solamente centrarse alrededor de las funciones estatales [6].

Aunque no en directa relación con la salud mental, la OMS ha comenzado a considerar recientemente la importancia de centrar su atención en las personas, tal como lo expresa en el *Informe Sobre Salud en el Mundo 2008*: “Dar prioridad a las personas, que es el objetivo primordial de las reformas de la prestación de servicios, no es un principio trivial pues puede requerir desviaciones importantes —aunque a menudo sencillas— de la forma habitual de trabajar” [45]. Estas desviaciones en la forma habitual de trabajar se refieren a la importancia concedida a la empatía y al saber escuchar a los pacientes, es decir, a tener en cuenta su punto de vista en torno a lo que les aqueja:

Para empezar, simplemente preguntando a los pacientes cómo sobrellevan la enfermedad, cómo afecta a sus vidas, sin limitarse sólo a la dolencia, se produce un aumento cuantificable de la confianza y la observancia que permite que paciente y proveedor hallen un terreno común para el tratamiento clínico y facilita la integración de la prevención y la promoción de la salud en la respuesta terapéutica. De este modo, la centralidad de la persona se convierte en el «método clínico de democracia participativa», mejorando de manera cuantificable la calidad de la atención, la

eficacia del tratamiento y la calidad de vida de quienes se benefician de este tipo de atención [45].

La posibilidad de que el sujeto sea consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar las tensiones normales de su vida y trabajar de forma productiva y fructífera, esto es, que goce de salud mental, está en directa relación con el hecho de que sea agente activo de su propia salud, que pueda expresarse y ser reconocido como un actor que, desde ese “método clínico de democracia participativa”, procede en compañía del personal de salud (psiquiatra, psicólogo u otros), en concordancia con las políticas públicas y, en lo posible, como un actor que influye en la elaboración de estas últimas.

Si bien se indicó previamente que la reflexión y conceptualización de lo que es salud mental no compete directamente a quienes se encargan de la discusión y elaboración de instrumentos de políticas públicas en salud, es necesario que estas estén vinculadas a un concepto *explícito* de salud mental lo que podría contribuir a una mejor planeación de las acciones más favorables en este campo. La definición oficial de salud mental por parte de la OMS contrasta con la vaguedad que hallamos en muchos de sus documentos, y es extraño que ésta definición se mantenga en un sentido general, aunque los diferentes documentos de la misma OMS, parecieran no aceptar del todo esa concepción oficial: unos presentan acepciones vagas o imprecisas, otros simplemente no la definen, con lo que se tiene la impresión de que, por temor a caer en un “totalitarismo conceptual”, en una verdad universal y ahistórica, se va al extremo opuesto, al del relativismo culturalista, en el que cada cultura, época, comunidad, grupo e individuo tiene *su* concepción sobre la salud mental. Se renuncia fácilmente a decantar los aspectos generales, afines, en las diferentes definiciones de salud mental, y se habla de esta como si se supiera qué es, de modo intuitivo, llevando con esto a que las actividades de promoción de la salud, de nuevo, sean casi exclusivamente de prevención de la enfermedad.

Por estas razones, pese a las críticas que algunos autores hacen a esta concepción oficial de salud mental, tiene la ventaja de ser, al menos, una definición, que precisamente por plantearse de manera abierta, puede analizarse, someterse a crítica, mejorarse o cambiarse. En cambio, evadir, soslayar, u omitir una definición, o proponer de manera eufemística una determinada acepción, tiene la desventaja de que escapa a la crítica, se mantiene de manera inadvertida y, quizá, mucho más prejuiciosa o ideológica.

Reconocimientos

El presente artículo deriva de la investigación de mi tesis doctoral *Sabiduría práctica y salud psíquica*, del

doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Antioquia, inscrita en el grupo de investigación *Historia de la salud* de la Facultad Nacional de Salud pública de la Universidad de Antioquia. Esta tesis doctoral contó también con el apoyo del grupo de investigación *El método analítico y sus aplicaciones a las ciencias sociales y humanas*, de la Universidad de Antioquia y de la Universidad EAFIT; en este grupo capítulos completos de la tesis fueron sometidos a una productiva discusión.

Referencias

- 1 Foucault, M. La hermenéutica del sujeto. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.
- 2 Canguilhem, G. La formación del concepto de reflejo en los siglos XVII y XVIII. Barcelona: Avance; 1975.
- 3 Fleck, L. La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza; 1986.
- 4 Organización Mundial de la Salud. Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11-16 de septiembre de 1950. Serie de Informes Técnicos, No. 31. Organización Mundial de la Salud; 1950.
- 5 Bertolote, J.M. Raíces del concepto de salud mental. World Psychiatry. Revista oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) 2010; 6(2): 113-116.
- 6 Granda, E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? Revista Cubana de Salud Pública 2004; 30(2).
- 7 Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
- 9 Jahoda, M. Current Concepts of Positive Mental Health. New York: Basic Books, Inc; 1958.
- 10 Sandoval, C. Investigación cualitativa. Bogotá: Icfes (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior); 1996.
- 11 Lopera, J.D, Ramírez, C.A, Zuluaga, M, Ortiz, J. El método analítico. Medellín: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH) de la Universidad de Antioquia; 2010.
- 12 Habermas, J. Conocimiento e interés. Madrid: Taurus; 1992.
- 13 Habermas, J. Conocimiento e interés (conferencia). Ideas y valores 1973-1975 (42-45).
- 14 Apel, K.O. La transformación de la filosofía. Madrid: Taurus; 1985.
- 15 Foucault, M. ¿Qué es la crítica? (Crítica y Aufklärung). Daimon, Revista de Filosofía. Universidad de Murcia, Departamento de Filosofía y Lógica 1995; (11).
- 16 Ramírez, C.A. La vida como un juego existencial. Ensayitos. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT; 2012.
- 17 Beers, C.W. A Mind That Found Itself. 1908 [acceso 15 de enero de 2009]. Disponible en: <http://www.gutenberg.org/ebooks/11962>
- 18 Mandell, W. [s.f.]. The realization of an idea [acceso 16 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.jhsph.edu/dept/mh/about/origins.html>. Página oficial de John Hopknis Bloomberg. School of public Health.
- 19 Simpson, B, Thomas, M. Meeting on the same errand: Origins of Mental Hygiene The Magazine of the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, prologue. Fall; 2003.
- 20 Mental Health America. Our history by decade. Looking back: the history of Mental Health America; 2008 [acceso 09 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.mentalhealthamerica.net/centennial/history.html>
- 21 Lemkau, p. Higiene mental. México: Fondo de Cultura Económica; 1953.
- 22 Hothersall, D. Historia de la psicología. México: McGraw-Hill; 1997.
- 23 Rodríguez Arias, B. Orígenes del movimiento pro-higiene mental en España. Nota histórica. Anales de Medicina y Cirugía, LIII(232); 1973.
- 24 Campos, R. De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). Frenia 1(1); 2001: 37-64.
- 25 Huertas, R. El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus. 15; 1995: 193-209.
- 26 Sacristán, J.M. Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España (1921). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 20(75); 2000: 519-529.
- 27 Sarfocada, M, Mira, E, Rodríguez Arias, B. (2000). Proyecto de creación de una liga de higiene mental (1926). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 20(75); 2000: 535-546.
- 28 Trillat, E. (2000). Una historia de la psiquiatría en el siglo XX. En: Postel, J, Quétel, J (coordinadores). Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. Págs 319-346.
- 29 Huertas, R. Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en la psiquiatría. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 11(37); 1991: 73-79.
- 30 Koselleck, R. Futuro pasado. Para una semántica de los tiempos históricos. Barcelona: Paidós; 1993.
- 31 Carta de las Naciones Unidas (1945) [acceso el 09 de septiembre de 2010] Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/charter/preamble.shtml>
- 32 Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization, N° 2. Proceedings and final acts of the Internatioanal Health Conference. Held in New York from 19 June to 22 July, 1946.
- 33 Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Higiene Mental Informe de la Primera Reunión. Ginebra, 29 de agosto al 2 de septiembre de 1949. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos No. 9.
- 34 Organización Mundial de la Salud; 2009 [acceso el 21 de julio de 2009]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html.
- 35 Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, caracas, Venezuela, 11 al 14 de noviembre de 1990. Caracas: OPS y OMS; 1990 [acceso el 02 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- 36 Szasz, T. Ideología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
- 37 Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [acceso el 02 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- 38 Organización Panamericana de la Salud Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud [acceso el

- 02 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- 39 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre los ambientes favorables en salud. Tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Sundsvall, Suecia, 15 de junio de 1991 [acceso el 03 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_HED_92.1_spa.pdf
- 40 Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. 4ª. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, julio 21-25 de 1997, Yakarta, República de Indonesia [acceso el 22 de diciembre]. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
- 41 Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000 [acceso el 22 de diciembre]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf.
- 42 Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, de la Sexta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, agosto de 2005, Bangkok, Tailandia [acceso el 22 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
- 43 Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental. (2003). Asturias: Editores médicos S.A. EDIMSA; 2005.
- 44 Organización Mundial de la Salud. Fomento de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental, versión en español (2003). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- 45 Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- 46 Koselleck, R. Histórica y hermenéutica. En: Reinhart, K. Gadamer, H-G. Historia y hermenéutica. Barcelona: Paidós; 1997. Págs 67-94.

La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud

Mental health and the fragmentation of health in Colombia: among the positioning on the public agenda and the restructuring of the health concept

Edwin Herazo¹

¹ MD, MSc, PhD (c) en Salud Pública, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: eh@comportamientohumano.org

Recibido: 23 de junio de 2014. Aprobado: 03 de diciembre de 2014. Publicado: 15 de marzo de 2015

Herazo E. La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2014; 32(supl 1):S21-S27.

Resumen

Ante la fragmentación múltiple de la salud en Colombia, como concepto y como sistema, persiste la exclusión de la salud mental del sistema de salud e incluso de la conceptualización y representación de la salud, por lo que se plantean como posibles soluciones a esta situación el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública o la recomposición del concepto de salud, en la que se integre, realmente, la salud mental a la salud como concepto global. En el escenario actual la incorporación de la salud mental como derecho exigible y disfrutable ha sido un proceso plagado de problemas y dificultades, entre los que se destaca el estigma hacia la salud mental como campo y hacia las personas que utilizan

o podrían ser usuarias de los servicios de salud mental o que padecen algún trastorno mental. En el presente artículo se revisan los conceptos de proceso salud-enfermedad, salud, salud pública, salud mental, estigma y fragmentación múltiple. A la luz del contexto sociopolítico colombiano y de los desarrollos normativos y jurisprudenciales, se considera que el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública es un primer paso para lograr la meta de reintegrar la salud mental al concepto de salud, acompañado de un amplio proceso de participación y movilización social.

-----*Palabras clave:* Salud mental, Colombia, sistemas de salud

Abstract

Given the multiple fragmentation of health in Colombia, as a concept and as a system, the exclusion of the mental health from the health system and even from the definition and representation of health persists. Two possible solutions to this situation are proposed: the positioning of mental health on the public agenda or restructuring the concept of health, which is really integrated mental health to health as a holistic concept. In the present scenario incorporating mental health as due and enjoyable law has been plagued with problems and difficulties process, including the stigma towards mental health field and to the people who use or may be users of the mental health

care system or suffering from a mental disorder. In this paper concepts of health and disease process, health, public health, mental health, stigma and multiple fragmentation process are reviewed. In light of the Colombian socio-political context and the regulatory and legal developments, it is considered that the positioning of mental health on the public agenda is a first step to achieve the goal of reintegrating mental health to health concept, involving extensive process of participation and social mobilization.

-----*Keywords:* Mental health; Colombia; health systems

Introducción

El presente artículo analiza las alternativas para afrontar las consecuencias negativas que la fragmentación de la salud, como sistema y como concepto, produjo en el campo de la salud mental de Colombia. En ese sentido, se interroga si resulta más conveniente reforzar el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública o buscar una recomposición del concepto de salud.

La fragmentación de la salud hace referencia a los múltiples conceptos de salud y la división establecida entre salud física y mental [1, 2], así como a la atomización que se da en la provisión de atención en salud por parte del Estado, en los componentes de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación, y en los dispositivos de protección social, en un sistema de salud segmentado e inequitativo, que privilegia la enfermedad, centrado en el lucro, alrededor de planes de beneficio, pese a los pronunciamientos de la Corte Constitucional [3, 4]. Esta fragmentación persiste incluso en la Ley Estatutaria de Salud, desarrollada en la lógica del aseguramiento, la rentabilidad económica y la enfermedad [5, 6].

Condicionar la salud mental a la ausencia de trastornos mentales es una visión en negativo que contradice los postulados fundacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) [7], en un campo del conocimiento en que las clasificaciones nosológicas están permeadas por diversos intereses y en las que el nuevo complejo médico-industrial es protagonista [8].

A pesar de que varios documentos oficiales reconocen la salud mental como tema prioritario y de interés nacional [9, 10], resultan inocuos al mantenerse distantes de la realidad que vive la población colombiana en medio de dificultades que amenazan la convivencia social y que pasa de soslayo por los determinantes sociales de la salud, la determinación social de la salud y las consecuencias del conflicto armado interno, dado que están anidados en un sistema de salud regido por las leyes del mercado, la acumulación de capital y el lucro.

Ante esta situación se ha planteado el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública como estrategia para resolver las dificultades y barreras de acceso a los servicios de atención en salud mental [11], que si bien resulta conveniente, no abarca completamente los elementos que constituyen el bienestar integral de las personas, por lo que es necesario trabajar en la recomposición del concepto de salud.

En un concepto amplio de salud, el bienestar general hace parte de la salud de las personas y las comunidades y es imposible hablar de salud sin incluir el componente mental o, en otras palabras, “no hay salud sin salud mental” [12].

La salud mental suele relacionarse con los trastornos mentales. Desde la perspectiva epidemiológica, la frecuencia mundial de trastornos mentales alguna vez en la vida oscila entre 12,2% y 48,6% y entre 8,4% y 29,1% durante los últimos doce meses [11]. En Colombia el 40,1% de la población reunió en algún momento de la vida criterios para trastorno mental y 16,0% durante los doce meses más recientes [13]. Desde la perspectiva de percepción de felicidad, se encuentra que en Colombia, sólo el 31% de las personas se describen como “felices” [14]. La felicidad es un constructo complejo, una condición o experiencia humana cotidiana que va más allá de los ingresos monetarios [15]. No obstante, la relación entre trastornos mentales y felicidad no es clara.

Dado el fortalecimiento de la dinámica de acumulación de capital, los trastornos mentales en la actualidad cobran relevancia para los Estados y sistemas de salud, por su impacto en el gasto en salud y en la producción de bienes y servicios, puesto que dan cuenta de altos porcentajes de la carga de enfermedad en países desarrollados y en vía de desarrollo [16]. A pesar de ello, en Colombia y otros países, únicamente entre 2% y 18% de las personas consultan por síntomas relacionados con estas condiciones nosológicas [17]. Esto puede relacionarse con factores sociales y culturales, la representación social de la salud y la

enfermedad mental, con el estigma y la discriminación hacia las personas con trastornos mentales [18]. Es posible que las dificultades del campo de la salud mental se expliquen por la separación en componente físico y mental, además, de la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud. Esto genera limitaciones importantes para la atención integral, integrada y continua de las necesidades de salud de las personas.

En consecuencia, se precisa pensar si el posicionamiento de la salud mental en la agenda pública o, en su lugar, la recomposición del concepto de salud, ayuden a entender y ejercer la salud desde una perspectiva holística y como un hecho social total [19].

A continuación se revisan los conceptos de salud, proceso salud-enfermedad, salud pública y salud mental; además de abordar asuntos problemáticos como el estigma y la discriminación en salud mental y la fragmentación múltiple (dualismo mente-cuerpo y fragmentación de la salud).

Salud y proceso salud-enfermedad

La noción de salud es posterior y contrapuesta a la noción de enfermedad y está cargada de atribuciones sociales y culturales históricamente determinadas, que tienen lugar en el imaginario popular; en términos de George Canguilhem, se trata de un “concepto vulgar”, en contraste con la percepción equivocada de que siempre se trató de un concepto científico [1].

Históricamente, la salud ha sido entendida a través de múltiples atribuciones y significados, hasta el momento en el que los Estados intervienen de manera decidida para asumir el control del cuerpo, las emociones, la vida, la muerte, la salud y la enfermedad mediante el empleo de diversas estrategias políticas y de gobierno [20].

Contemporáneamente, el concepto de salud de la OMS, según el cual la salud no sólo es la ausencia de enfermedades sino un “estado de completo bienestar físico, mental y social” [7], aunque vigente, suscita cada vez más críticas. Sin embargo, aún hoy día, la definición de “salud” y “enfermedad” resulta conflictiva y controversial en el contexto de la filosofía de la medicina. Las aproximaciones para la comprensión del proceso salud-enfermedad pueden esbozarse desde tres perspectivas, sin que alguna de ellas aborde directamente el lugar que ocupan la “salud” y la “enfermedad” en el sistema económico-político, estas son las perspectivas naturalista, normativista y la híbrida [21].

El modelo médico tradicional tiene dificultades para diferenciar lo disfuncional de lo patológico y la afección de la enfermedad. La enfermedad puede entenderse como una construcción social y no sólo como aquellas condiciones que incrementan el riesgo de morir o enfermar, sino también aquellas que incrementan la presentación de cualquier tipo de sufrimiento o padecimiento, con aproximaciones distintas al modelo médico hegemónico [22].

De otro lado, salud y enfermedad no son sólo categorías científicas, sino también políticas, que implican relaciones de poder [23]. Un ejemplo de este ejercicio de poder es la epidemiología, con sus paradigmas teóricos [24]. Sin embargo, persiste el planteamiento de salud y enfermedad como fenómenos aislados, con frontera impuesta por la bioestadística.

Desde la sociología médica se plantea una diferenciación entre ‘enfermedad’ (*disease*) y la dolencia o el mal (*illness*). La enfermedad es el conjunto de fenómenos biológicos, físicos y emocionales objetivamente cuantificables; mientras que la dolencia es el estado o vivencia subjetiva que experimenta la persona, dada la situación de persona enferma [25].

A partir de una visión antropológica hay que destacar el concepto de padecimiento (*sickness*) como el cúmulo de respuestas emocionales y comportamentales de la persona que se reconoce como enferma dentro de un contexto social y cultural específico [25].

Nombrar a una condición como enfermedad es convertir o traducir una serie de síntomas difusos en una entidad particular. La enfermedad es una construcción social e histórica, que implica la constitución de instituciones sociales particulares y la experiencia de estar enfermo [21].

Salud pública

Si bien, el modelo biomédico individualista ha sido el abordaje tradicional de la salud, se ha intentado brindar un enfoque poblacional y colectivo a través de lo que se ha denominado salud pública, en busca de la “mejora” en los niveles de salud de la población, íntimamente ligada a la percepción de bienestar, calidad de vida y las posibilidades de disfrute de la experiencia de la vida [21].

La salud pública tiene múltiples definiciones que han predominado en distintos momentos de la historia, con una pretendida neutralidad científica. La salud pública es un concepto polisémico que puede mirarse como un saber, como una práctica o como una realidad social en un contexto histórico dado, con contenidos ideológicos, científicos y tecnológicos desarrollados en medio de procesos socio-políticos [26].

La salud y la salud pública están inmersas en dinámicas y arreglos económicos que se dan para conquistar o mantener el poder, en las que se obstruye la participación y distribución real del poder hacia las comunidades, por lo que al plasmar la solución de los problemas vinculados con la salud en políticas públicas, prevalece la atención a la enfermedad, con un enfoque individual, bajo la influencia de la “financiarización” y la omnipresencia de grandes grupos económicos, con asignación a los ciudadanos de responsabilidades, matizadas con denominaciones como “autocuidado” y “corresponsabilidad” [9].

Salud mental

Resulta difícil definir y entender el campo de la salud mental [27-29]. Se considera un bien individual y colectivo asociado al desarrollo humano y social y al disfrute de la vida misma, generador de capital social, cultural, simbólico y económico (capital global). La variedad de abordajes teóricos utilizados refleja la dificultad existente para definir el concepto de salud mental. Aún hoy, persiste esta dificultad a pesar de la unificación del lenguaje, conceptos y criterios diagnósticos.

Aunque, la intersección de la mayoría de los abordajes se sitúa en concebir la salud mental con criterios de normalidad, pueden hacerse abordajes desde las perspectivas biomédica, comportamental, cognoscitiva o socioeconómica [28].

Desde la perspectiva biomédica, disfrutan de salud mental quienes no presentan ‘trastorno mental’ según los criterios concertados en CIE-10 y DSM-5; desde la concepción comportamental las personas que se adaptan a los contextos sociales, culturales, laborales, familiares, etc.; desde la perspectiva cognoscitiva quienes el adecuado desempeño intelectual les brinda la posibilidad de un funcionamiento global aceptable; y desde la concepción socioeconómica, aquellas personas que se incorporan en forma adecuada al aparato productivo y se adaptan a las contradicciones sociales [28].

La salud mental, contraria a las promulgaciones oficiales, se concibe en negativo, es decir, como la ausencia de trastornos mentales [10]. Esta visión contrapuesta no es otra cosa que la proyección del conflicto salud-enfermedad, desde la perspectiva biomédica hegemónica [1].

Desde una perspectiva naturalista, al considerar los problemas denominados “enfermedades físicas”, la “enfermedad” se asume desde la existencia de una alteración corporal, caracterizada por síntomas y signos que siguen un curso predecible, que producen un daño estructural o alteran la función de un órgano; sin embargo, aún en ese caso, la enfermedad física no es algo necesariamente tangible, sino más bien conceptual e inferencial, relacionada con el concepto de “normalidad”, desde la visión normativista [28].

Esto es un problema en relación con los “trastornos mentales” en los que generalmente no se evidencia un daño o alteración funcional cerebral; no obstante, se asume que las manifestaciones son indicadores indirectos de daño o disfunción. Aún más, los síntomas de los trastornos mentales son comunes a varias categorías diagnósticas [30]. En consecuencia, en la evaluación de los síntomas explicados por trastornos mentales existe un mayor grado de interpretación, susceptible de errores y sesgos.

La OMS define la salud mental 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” [31].

Por su parte, la nueva ley de salud mental colombiana define la salud mental como: “... un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” [10].

De otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) al definir al trastorno mental lo concibe como un desperfecto, un alejamiento de los patrones de la normalidad:

“...un estado de salud caracterizado por disfunción significativa en la cognición, las emociones o el comportamiento que reflejan una alteración en los procesos psicológicos, biológicos o desarrollo subyacente al funcionamiento mental... Un trastorno mental no es simplemente una respuesta esperada o culturalmente aceptada para un evento vital específico, como la muerte de un ser querido, ni un comportamiento culturalmente desviado (político, religioso o sexual), tampoco un conflicto entre el individuo y la sociedad, a menos que la desviación o el conflicto generen una disfunción en el individuo” [32].

Como puede verse, al contrastar la definición de salud mental de la OMS con la definición de trastorno mental de la APA, no es difícil concluir que la segunda (el trastorno) resulta de la ausencia de la primera (la salud).

Las políticas públicas, por su parte, han aportado alguna visibilidad a la salud mental; pero, lejos de abrir una interacción realmente dialogante con los ciudadanos y las organizaciones sociales, desde abajo hacia arriba, lo que se plasma en los documentos estatales abunda en buenas intenciones y carece de fuerza suficiente para arrebatarle a las élites y a los dueños del capital, la salud mental y convertirla en patrimonio colectivo de la ciudadanía. Al analizar estas políticas se observan dificultades marcadas por la ambigüedad en los conceptos, la persistencia del estigma, la complejidad de los servicios, la burocracia estructural y la presencia intermitente y escasa de la salud mental en la agenda pública [11].

Estigma y discriminación en salud mental

Al plantear la salud mental como un tema directamente relacionado con los derechos de las personas y con los derechos humanos, surge la necesidad de abordar el tema del estigma y la discriminación en salud mental; además, se conoce que las personas que reúnen criterios para trastornos mentales o acuden a los servicios de atención en salud mental son víctimas de estigma y discriminación [11].

Gran parte de las sociedades y de los Estados consideran que las personas con trastornos mentales son ciudadanos de segunda categoría. No obstante, en la medida en que se reconoce un mayor número de personas con trastornos mentales formales y se incrementa la medicalización de experiencias y comportamientos, surge el interés colectivo en el tema. Igualmente, la presunción de peligrosidad de las personas con trastornos mentales ocasiona su exclusión sistemática.

El estigma se convierte en causa y consecuencia de la exclusión social, en la medida de que la enfermedad mental se convierte en razón para el marginamiento de las personas con trastorno mental del aparato productivo [11].

La precaria financiación de los servicios en salud mental es parte de la discriminación institucionalizada y representa una importante barrera de acceso a los servicios de salud [11].

En el contexto de salud mental, el estigma puede representar un dispositivo de explotación-dominación o una forma de control social, con la finalidad de crear personas y grupos de personas que se constituyen como cuerpos homogéneos [33].

En suma, estigma y discriminación implican un evento negativo adicional, un estresor más que lesiona la salud de las personas que presentan un trastorno mental o que acuden a los servicios de salud mental.

La ley de salud mental colombiana menciona vagamente el estigma y hace ver que al proporcionarse mayor cantidad de servicios de atención en salud mental el estigma disminuirá. Asume como hechos sincrónicos la mayor disponibilidad de servicios de atención en salud mental, la reducción de estigma y la inclusión social, y olvida la percepción negativa sobre los trastornos mentales en la comunidad general, en los políticos, y en los profesionales de la salud y lo difícil que es cambiar esos prejuicios, que terminan por ser representaciones del modelo biomédico hegemónico [10].

La fragmentación múltiple: el dualismo mente-cuerpo y la fragmentación de la salud

La multiplicidad de conceptos es fundamental en la retórica relacionada con la salud mental [28, 29, 34]. Esta dificultad está relacionada con el dualismo cartesiano mente-cuerpo como uno de los pilares de la denominada civilización occidental, que definió la permanencia de una división que ayudó a consolidar la fragmentación del concepto de salud [2]. Esta división ha sido funcional a la persistencia del dominio de un sistema económico fundamentado en la explotación y en la dominación en el que se intersectan y confunden la salud, la salud mental, el bienestar, la felicidad y el disfrute de la vida [9, 14, 22].

La persistencia de la dicotomía mente-cuerpo es útil al planteamiento de la salud mental como un estado, en el que intervienen factores de riesgo y factores protectores, en el que juega un papel importante el autocuidado y la corresponsabilidad de los ciudadanos [9].

Este dualismo no es el fin de la fragmentación. Las divisiones se multiplican y se extienden. Por ejemplo, se introdujo el término “salud mental pública” para indicar un área de la salud pública (¿o de la salud mental?) que se centra en la prevención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental a través del curso de la vida [20, 22]. Ante eso, académicas como Alicia Stolkiner, plantean que el éxito de la salud mental sería su desaparición, como resultado de una integración completa al concepto de salud [34], de tal manera que no sea necesario distinguir entre cuerpo y mente, entre lo físico y lo mental, y pueda verse a las personas integralmente, como sujetos de derechos. Sería a través de esa totalización conceptual de la salud como se alcanzaría la recomposición del concepto de salud.

Pero, se evidencia otra fractura, que como la denominaría Mario Hernández, podría considerarse la “fractura originaria”, es decir, aquella relacionada con la fragmentación del sistema de salud [35]. Como resultado de esta gran solución de continuidad se establece un sistema de salud que distingue de manera desigual e inequitativa entre pobres y ricos, entre asegurados y no asegurados, y entre clientes con capacidad de pago y aquellos que no la tienen, o sea, ciudadanos con derechos y ciudadanos sin derechos [6].

Como puede verse, hay una suma de divisiones en torno a la salud. Así pues, a la división establecida entre salud física y mental, hay que sumarle aquella dada por un sistema de salud inequitativo, que privilegia la enfermedad y en el que la salud mental y la atención de los trastornos mentales son abordadas parcialmente, con omisión absoluta de la determinación social de la salud.

Esta serie de fragmentaciones resultan funcionales a múltiples intereses: los intereses de Estados que no asumen las responsabilidades que les obligan para con sus ciudadanos; los intereses del sistema económico capitalista, que encuentra en esta fragmentación una formidable oportunidad de negocio y multiplicación de la rentabilidad a través del aseguramiento, la financiarización y la consolidación del complejo médico-industrial; los intereses de las élites, que vulneran y entorpecen la participación social en las políticas públicas de salud y la construcción de ciudadanía; y de manera sorprendente, es útil a un sector de profesionales de salud que se lucran con la fractura de la salud y se convierten en empresarios de la salud, que se concentran en asumir las actividades más rentables de aquellas que el Estado decidió abandonar y de las cuales no hace parte la promoción y la prevención [6, 8, 12, 22].

Conclusiones

Hasta el momento los esfuerzos para posicionar al campo de la salud mental en la agenda pública han rendido sus mayores frutos en la medicalización del comportamiento y vida de las personas y de las sociedades. El hecho de que los estudios nacionales de salud mental de origen gubernamental se refieran casi que exclusivamente a los trastornos mentales, da cuenta de ello (36). Además, el entramado de la lógica biomédica obstaculiza las salidas que se han intentado, sin mostrar suficiente interés por las emociones y sentimientos que se encuentren por fuera de la nosología psiquiátrica.

Sin duda, la mayor dificultad en torno a la salud mental está representada en las múltiples fragmentaciones del campo de la salud. Una de las fragmentaciones es considerar a las personas que sufren de alguna enfermedad, como seres con órganos aislados, imperfectos o con una falla que puede arreglarse en ocasiones y otras no, desprovistos de emociones, sentimientos, de redes sociales, sin más historia que la historia clínica.

Si la queja o el padecimiento hacen parte del espectro de la salud mental, la fragmentación es aún peor, pues el dualismo mente-cuerpo y la preponderancia de lo biomédico están insertos en la fundamentación de las explicaciones, de las políticas públicas y en los sistemas de salud.

Al no conseguir explicaciones desde la perspectiva biomédica a lo relacionado con el campo de la salud mental, el camino seguido fue mantener lo que tuviera que ver con ese campo por fuera de las atenciones prodigadas a las enfermedades físicas. Finalmente, aún no existe claridad absoluta sobre cuál es el órgano afectado ante el sufrimiento y la insatisfacción humana y se ignoran decididamente los determinantes sociales y la determinación social que acompañan a las personas y a las comunidades que sufren, abandonadas a la merced de las desigualdades e inequidades.

El modelo económico, político y de sociedad impuesto favorece la fragmentación de la salud, tanto en la esencia conceptual como por el trato inequitativo y violatorio de los derechos fundamentales dado a las personas, quienes más que ciudadanos, son vistos como consumidores de servicios, de acuerdo con la capacidad de pago. El sistema de salud vigente en Colombia contribuye a la exclusión de las personas con trastorno mental del ámbito social, escolar y productivo-laboral. Esta exclusión no se resuelve sólo con la reducción o eliminación del estigma. Ante esto hay que estar alerta, pues la figura del estigma puede ser tomada como un elemento de distracción vestido con ropaje de símbolo de lucha, que puede resultar útil para desviar la atención de los problemas estructurales que trascienden el sector salud.

En Colombia, la mayoría de la población contribuye impositivamente para sostener un Estado que languidece

para esas mismas mayorías, pero que se robustece para fortalecer a las minorías dueñas del capital vía exención de impuestos, adjudicaciones de terrenos baldíos, concesiones y alianzas público-privadas que benefician más lo privado que lo público.

Ante las múltiples fragmentaciones del concepto de salud y de los sistemas de salud, lo más funcional para los intereses de los detentores del poder en las distintas instancias del Estado y de los dueños del capital globalizado, es pregonar que la mejor forma de brindar salud mental a la población es posicionar el tema de la salud mental en la agenda pública; y es que ante el dominio de la globalización, se ha superpuesto el concepto de salud global y la presencia global del capital transnacional en el campo de la salud (37). La recomendación de posicionar en la agenda pública es característica de las agencias multilaterales, las cuales imponen sus enfoques en nuestros países y mantienen así la fragmentación de las personas, las sociedades, la salud y los sistemas de salud, dado que son acciones parciales que hacen parte de un marco general de acción que distraen la atención de los ciudadanos, a quienes confunden en medio de planes de beneficio que contribuyen a consolidar los procesos de medicalización, y que, adicionalmente, parecen más dádivas que derechos, y que centran la inclusión social y la eliminación del estigma en la aceptación de diagnósticos médicos y no en el abordaje integral e integrado, con un diálogo social que conlleve a la estructuración de una sociedad incluyente, justa y equitativa, en la que los ciudadanos disfruten en colectividad del bienestar, de la felicidad y de la salud como un hecho total.

Sin duda, entonces, la recomposición del concepto de salud se impone como un imperativo ético y político.

Agradecimiento

Al profesor Mario Hernández Álvarez por la lectura del texto. Centro de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Referencias

- 1 Gómez-Arias RD. La noción de salud, un concepto en expansión. *Rev ITAES* 2010; 23: 20-27.
- 2 Ratcliffe M. Binary Oppositions in Psychiatry: For or Against? *Philos Psychiatr Psychol* 2010; 17: 233-239.
- 3 Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 (Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud). Bogotá: CRES; 2011.
- 4 Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia T-760 (Derecho a la salud). Bogotá: Corte Constitucional de la República de Colombia [acceso 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.