

---

## EDITORIAL

---

### De la salud mental y la salud pública

---

### On mental health and public health

---

### Sobre saúde mental e saúde pública

Por: Mónica María Novoa-Gómez\*

El escaso compromiso con la salud mental ha sido evidenciado de múltiples maneras en las diversas políticas de salud en Colombia, y la delicada realidad del sistema sanitario revela su fragilidad en una serie de gobiernos que no priorizan inversión económica, ni equidad ni sostenibilidad sobre el tema en sus planes de acción. En términos generales, se puede decir que aunados a los problemas del sistema de salud, el aseguramiento de la calidad y el servicio son confusos e ineficientes. Y de forma más específica, se puede asegurar que las relaciones entre la salud mental y la salud pública han sido un asunto marginal, ajeno a quienes formulan y aprueban las políticas de salud, y escurridizo a quienes ejercen su labor profesional en estos ámbitos (1).

Se suman además críticas a lo que autores como Pérez Álvarez han llamado la “hipermedicalización de la vida cotidiana” (2), a la inadecuación de la nosología psiquiátrica para explicar los problemas de la

persona en su contexto, o a las insuficiencias metodológicas de las pruebas de tamizaje aplicables al conjunto de la llamada patología psiquiátrica, y no solo a los trastornos comunes.

Ha sido ampliamente debatido en épocas recientes el asunto de identificación y los problemas en la estimación de “casos” que requieren o han requerido atención especializada por parte de psicólogos y psiquiatras (3). A esto se suma que tras la detección, en el caso colombiano por parte de médicos o enfermeras generales de atención primaria y sin entrenamiento técnico en el área, el proceso de derivación a servicios y atención especializada es complejo. Los factores intervinientes no son únicamente los que se refieren a las características del problema de la persona, sino también aspectos tales como la accesibilidad y la coordinación intersectorial e interservicios, la relación médico-paciente-cuidador informal y las diferentes políticas

---

\* Grupo de Investigación en Psicología y Salud, Pontificia Universidad Javeriana.



de cada institución prestadora de servicios de salud, por mencionar algunos.

Parte de esta situación se debe a la forma en que se ha abordado conceptualmente la salud mental. La mayor parte de las tradiciones conceptuales de la psicología y de la psiquiatría han entendido la salud mental como circunscrita a un ámbito más individual, accesible solo a través de metodologías de evaluación y de acción clínica y psicoterapéutica centrada en cada persona, preferiblemente realizada en contextos hospitalarios o de consulta particular y bajo estrictos criterios de confidencialidad de los procesos y asociada a un modelo de reduccionismo biologicista y cerebrocentrista. Es cierto que en Colombia la atención en salud mental ha estado muy cercana al ámbito de lo privado y exclusivo, más que al dominio de lo público e incluyente. Es lo que en el común de la gente se relaciona con los “trastornos de salud mental”, así como su prevención, tratamiento y rehabilitación (4). Es el estigma de la salud mental (5).

La disparidad en la definición de salud mental y el modelo de atención primaria por el que se aboga en la salud pública es evidente. Produce un desajuste entre los requerimientos de la población que demanda atención a problemas en diversos grados de complejidad y el tratamiento, especialmente farmacológico, que proporcionan médicos generales. El estilo de trabajo que se le exige al médico, y en general a los especialistas del sistema de salud, está firmemente ligado a la tendencia a la prescripción psicofarmacológica, lo que se suma a las fuerzas económicas que condicionan los paquetes de atención e incentivan la comercialización y alta prescripción de medicamentos con la baja remisión a servicios especializados.

Este es un proceso paradójico que trae como resultado la percepción del ciudadano del común y usuario de los servicios, de

ineficiencia e insensibilidad del sistema de salud pública, y un equipo profesional desgastado y sin muchas opciones de acción profesional en temas específicos de la salud mental. Esto conlleva además, una disparidad que tiene consecuencias económicas importantes, pues la poca inversión en el área muestra cifras de gasto creciente, tanto en recursos de personal y psicofarmacológicos, con poca eficiencia y efectividad en cobertura e impacto sobre los problemas de “salud mental” de la población. Es fácil entonces predecir que las exhortaciones a fortalecer la atención primaria no tendrán ningún efecto, si persisten las condiciones actuales que regulan la prestación del servicio, y así también la concepción de la salud que la soporta.

La aproximación que propone la política de salud mental del Distrito supone una nueva filosofía, una manera distinta de pensar y hacer acerca de los asuntos psicológicos. Tanto los usuarios como los profesionales, e igualmente las instituciones prestadoras de los servicios y los legisladores, piensan en términos de enfermedades, como si los problemas psicológicos fueran enfermedades como las que se tratan y abordan en los sistemas orgánicos (6). Se tratan como se abordan los problemas en el modelo médico, que supone que alguna condición biológica estaría en la base del problema y, por ende, la vía es la medicalización. Parece una mera cuestión de sentido común que tanto los usuarios como los profesionales mantienen en sus prácticas de consulta y atención regular.

En principio, habría que analizar si realmente los temas psicológicos o de salud mental y los problemas, por tanto, pueden ser entendidos en términos de enfermedades como otras cualesquiera. Argumentos de tipo ontológico relacionados con la reificación de los términos han sido esgrimidos por diversos epistemólogos, científicos y especialista en el tema (7); pero existen también argumentos



de orden práctico, ¿tratar los problemas psicológicos bajo la perspectiva del modelo médico es lo mejor para los pacientes?

Sobre la primera cuestión, de tipo ontológico y conceptual, solo cabe decir que lo psicológico dista mucho de ser orgánico, y que en cualquier caso hace referencia a procesos interactivos o tipos de formas de proceder de una manera convencional: prácticas sociales (8). Esto implica que lo psicológico se refiere a modos de acción o condiciones influidas por las concepciones que se tengan de ellas en un contexto social determinado. La depresión tiene que ver con lo que en determinado contexto cultural se define y valora en términos de la sensibilidad emocional, el ajuste a criterios sociales particulares de funcionamiento, la respuesta a condiciones vitales y, en fin, con maneras de vivir los problemas de la vida. En este sentido, la depresión no es una cosa que está o tiene una persona, sino que se define en función de la forma en que una persona actúa o interactúa en un contexto psicosocial e histórico determinado. Los trastornos o problemas psicológicos, lejos de ser entidades naturales, son modos prácticos de ser (9, 10), lo cual no niega su realidad, sino que los define en términos convencionales.

Otra forma de pensar los problemas psicológicos es la que está implicada en la perspectiva de la salud pública (11). Esta alude al campo de lo colectivo, que reconoce y explicita además que los procesos de salud y enfermedad están relacionados con diferentes factores culturales, sociales, económicos, políticos y ambientales. Implica reconocer que son procesos asociados a los contextos en los que se define lo individual y lo colectivo, lo cual conlleva entonces la necesidad de evidenciar los elementos relacionados con el género, la posición social, el nivel de ingresos, la educación, el acceso generacional y cultural a ciertas prácticas definidas por etnias y marcos de acción política.

Este modelo contextual está interesado en la experiencia y en la forma en que las personas actúan según su biografía y sus circunstancias (12), en su forma de estar en el mundo, que está determinada en la medida en que la salud depende de condiciones materiales y prácticas culturales. En este sentido, la perspectiva contextual se aleja de la idea prevalente en la definición de salud implicada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que concibe a cada cual como responsable de su propia salud (o enfermedad) y resta importancia a los determinantes asociados a las inequidades de género, étnicas, sociales, económicas y culturales.

El mantener un enfoque de riesgo de la salud mental que prioriza la vulnerabilidad por acciones violentas o pobreza, centrado en el individuo que “presenta” una enfermedad, sin intervención estructural sobre las condiciones del país que afectan la salud de los colombianos, se aleja del cambio de dirección que un sistema de atención en salud pública requiere. En contraste, un modelo orientado a establecer los determinantes contextuales de los procesos de salud y enfermedad, enfatiza en la importancia de trabajar en los contextos sociales en los que las personas y los grupos interactúan, en los modos de vida de las comunidades y las posibilidades reales de acceder a los derechos que el Estado debe cumplir.

Esta perspectiva contextual implica también que las personas y los colectivos actúan, participan y ejercen sus derechos, de forma corresponsable con el territorio que habitan y la integralidad de las acciones que demandan, es decir, promueve la acción participativa y continuada entre diversos actores del sistema, usuarios-prestadores de servicios-instituciones-Estado. En resumen, la perspectiva contextual que implica la salud pública, privilegia la idea de prácticas sociales o prácticas culturales cotidianas que se modifican en función de condiciones económico-sociales (1, 13).



Pensar la relación entre salud mental y salud pública implica un cambio de paradigma que permita una comprensión de diversas condiciones sociales que tienen implicaciones en las formas en las cuales personas y colectivos viven los procesos de salud y enfermedad a lo largo de la vida, que equilibre el dominio general y estructural con el dominio de lo particular y que promueva la acción responsable y eficiente del Estado, en conjunto con la participación comunitaria en la construcción y aplicación de las políticas públicas en salud.

Este es el reto que en el año 2005, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) intentó asumir, al publicar los lineamientos para una Política Distrital de Salud Mental que afirmaba los nexos entre la autonomía, la salud mental y los derechos humanos, y que fuera analizada de forma rigurosa por Urrego en el 2010 (14). Si bien los avances han sido importantes, queda mucho camino por recorrer y lejos estamos de contar con el concurso de sectores de la economía, del trabajo, de la educación, del transporte, del ambiente y de la justicia que dé estabilidad y garantías a las propuestas.

No obstante, no es exagerado afirmar que las políticas de salud mental y el cumplimiento del propósito de garantizar la incorporación y la asistencia en los planes de atención colectiva y atención primaria, por la vía de la integración o de la coordinación de servicios, parecen constituir un elemento obstaculizador de la participación comunitaria en salud. Es más, la reforma de las políticas de atención en salud mental, que van apoyando la descentralización del Estado, a pesar de derivarse de actividades de consenso entre diversos sectores sociales, no ha logrado el objetivo de rediseñar el gasto para descongestionar el nivel central de atención y hacer más eficaces los programas implementados.

8 Quizás la prestación del servicio en salud mental ha sido más evidente en lo que se

conoce como la atención psicosocial, que es sin lugar a dudas un problema de gran envergadura en Colombia, debido a las condiciones de guerra y violencia sociopolítica en las que se encuentra el país. Reconocer el concepto de atención psicosocial implica que más allá de las consecuencias por muertes, discapacidad física y pérdida de propiedades y desplazamientos de territorio, están las consecuencias psicológicas y relacionales, consecuencias que no pueden entenderse desde una perspectiva psicopatológica y cerebrocentrista, sino más bien en términos del daño social<sup>1</sup>. Y si bien los resultados de estos programas y planes de atención psicosocial y a víctimas han sido los de mayor remembranza en el periodo reciente, sus resultados son aún imprecisos en términos de planes y programas con integración intersectorial y estabilidad en el acompañamiento (16).

Muy preocupantes son los reportes epidemiológicos y los diagnósticos situacionales en salud mental para el país. Tras los resultados del estudio del 2005 (17), se derivó en el reconocimiento de los costos de los eventos prioritarios en salud mental (trastornos del estado de ánimo, depresión unipolar y trastornos de ansiedad) y en el desarrollo del capital social; además, se revelaron las precarias condiciones en las que el Estado, las instituciones y la sociedad en general han asumido esta problemática.

En resumen, la situación es preocupante y el marco político y jurídico para abordarla se muestra paquidérmico e inefectivo. Para un análisis detallado de estos asuntos, los artículos que se incluyen en este dossier van a tratar sobre estos temas. Se encuentra así una descripción de los cincuenta años que cumplen los intentos por situar a la

1 La atención psicosocial tiene diversas acepciones, pero en suma, se refiere al proceso de apoyo personal, familiar, comunitario y jurídico cuyo fin es restablecer la integridad de las personas y las redes sociales, según fuera señalado en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (15).



salud mental en la agenda pública del país. A pesar del interés creciente que este tema parece suscitar en todos los medios, donde cada vez con más frecuencia se hace alusión a este al referirse a nuestros problemas graves: violencia, corrupción, inequidad, la manera de nombrarlo es la misma que ha venido privilegiándose desde los inicios de su postulación, es decir, haciendo referencia a precisamente aquello que lo desvirtúa: la enfermedad (18). Esto se complementa de forma adecuada con el artículo sobre la normatividad colombiana en materia de salud mental, su evolución y la transformación global del modelo de salud y del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental (19).

### Referencias bibliográficas

1. Arrivillaga M, Collazos J. Salud mental y salud pública: reflexiones para introducir un debate olvidado. En Arrivillaga M, et ál. Salud mental: problema y reto de la salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Cuadernos del Doctorado, No. 9; 2009, pp. 11-19.
2. Pérez-Álvarez M. Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psicothema*. 2008; 20: 181-187.
3. Gatchel RJ, Oordt MS. Clinical health psychology and primary care. Practical advice and clinical guidance for successful collaboration. Washington, D.C: American Psychological Association; 2003.
4. Pérez M, Fernández J. Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*. 2008; 29 (3): 251-252.
5. Lam DCK, Salkovskis PM, Warwick HMC. An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". *Journal of Mental Health*. 2005; 14: 453-464.
6. Douglas M. Cómo piensan las instituciones. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
7. Zachar P. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 2000; 7: 167-182.
8. Ribes-Iñesta E. Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca; 1990.
9. González Pardo H, Pérez Álvarez M. La invención de trastornos psicológicos. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? Madrid: Alianza Editorial; 2007.
10. Pérez Álvarez M, García Montes JM. The Charcot effect: the invention of mental disorders. *Journal of Constructivist Psychology*. 2007; 20: 309-336.
11. Callaghan GM, Gregg JA. The role of a behavioral health-care specialist in the treatment of depression in primary care settings. En O'Donohue WT, Byrd MR, Cummings NA, Henderson DA, editores. Behavioral integrative care. Treatments that work in the primary setting Nueva York: Brunner-Routledge; 2005, pp. 73-86.
12. Strosahl KD. Training behavioral health and primary care providers for integrated care: a core competencies approach. En O'Donohue WT, Byrd MR, Cummings NA, Henderson DA, editores. Behavioral integrative care: treatments that work in the primary care setting. New York: Brunner-Routledge; 2005.
13. De Almeida Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
14. Propuestas de ajuste al lineamiento de política de salud mental para Bogotá, lineamientos de plan de acción, de salud mental del plan de acciones colectivas, y para el mejoramiento de la respuesta asistencial en salud mental del Distrito Capital. Documento final del contrato de prestación de servicios No. 0854 de 2009, febrero del 2010.
15. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
16. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Grupo Funcional de Salud Mental. Proyecto de Desarrollo de Autonomía en Salud Mental para el Distrito Capital. Presentación en Power Point, 2009.
17. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, 2005.
18. De Santacruz C. Ver en este número.
19. Ardon N, Cubillo A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012; 11 (23).

