

*Social Justice as Construct for a Mental Healthcare Policy from the Social Determiners of Society**

William Alejandro Jiménez Jiménez**

* Este artículo es derivado de la investigación de tesis Doctoral para el programa de Doctorado en Bioética de la Universidad Militar Nueva Granada, titulado: "Salud mental y dignidad humana en el contexto de las cárceles colombianas, estudio de caso en la población femenina".

** Psicólogo de la Universidad Católica de Colombia. Magíster en Seguridad y -Defensa Nacionales Escuela Superior de Guerra-. Magíster en Ciencia Política – Università degli Studi di Salerno, Italia, en convenio con La Universidad Católica de Colombia-. Doctorando en Bioética -Universidad Militar Nueva Granada-. Docente e investigador. Correspondencia: alejandrojimezej@yahoo.es - ORCID <http://orcid.org/0000-0002-0309-1281>.

La justicia social como constructo para una política sanitaria mental desde los determinantes sociales de la salud

Cómo citar este artículo: Jiménez, W.A. (2019). La justicia social como constructo para una política sanitaria mental desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Tesis Psicológica*, 14(1), 66-79. <https://doi.org/10.37511/tesis.v14n1a4>

Recibido: enero 28 de 2019
Revisado: febrero 5 de 2019
Aprobado: junio 26 de 2019

ABSTRACT

This article arouses a debate with a critical view of social justice as a structural determinant –from the model of social determinants– of mental health. To do this, it is important to remember what dictate the World Health Organization (WHO) and the law 1751 of 2015 issued by the Ministry of Health and Social Protection of Colombia, especially in its ninth article, which focuses on operationalizing the social determinants under an orientation to reduce the inequalities and promote good health and its improvement, raising life quality. However, being in a reality so complex and full of factors that alter the status quo of what justice should be in a democratic framework, affecting the integrity, welfare, quality, and harmony of the people, the discussion on the role of social justice in mental scenarios is brought. Phenomena like violence, for instance, will be one of those elements that undoubtedly affect this inalienable right. Thus, talking about a mental healthcare policy from the social determinants and covered under some integrating perspectives –as for instance from a collective approach– allows analyzing the condition of an analytical stance beyond the pathological, and considering the being as a social, historical, psychological, cultural, and political subject, and thus, also their mental health.

Keywords: mental health, civil rights, socioeconomic factors, healthcare, collective rights, biopolitics.

RESUMEN

Este artículo suscita el debate con una mirada crítica de la justicia social como un determinante estructural (desde el modelo de los determinantes sociales) para la salud mental. Para ello, es importante recordar lo que dicta la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en especial la Ley 1751 de 2015 del Ministerio de Salud y de la Protección Social de la República de Colombia, en especial en el artículo 9, el cual se enfoca a operacionalizar a los determinantes sociales bajo una orientación de reducir las desigualdades y a promover el goce y mejoramiento de la salud, elevando la calidad de vida. Sin embargo, al estar en una realidad compleja y tan visible de factores que alteran el *statu quo* del deber ser de la justicia dentro de un marco democrático, causando afectación en la integridad, el bienestar, la calidad y la armonía en las personas, entra en la mesa de discusión el papel de la justicia social en el escenario mental. Fenómenos como la violencia, por ejemplo, será uno de esos elementos que, de manera indiscutible, afecte este derecho inalienable. Por ello, hablar de una política sanitaria mental desde los determinantes sociales, amparado bajo algunas miradas integradoras, como por ejemplo desde un enfoque colectivo, permite analizar la condición de una postura analítica más allá de lo patológico y contemplando al ser como un sujeto social, histórico, psicológico, cultural, político, y por ende, su salud mental también.

Palabras clave: salud mental, derechos civiles, factores socioeconómicos, prestación de atención de salud, derechos colectivos, biopolítica.

Introducción

Las ciencias “clásicas” han sido descritas por muchos años (por ejemplo, en el siglo XIX) como una fuente de ilustración válida y confiable para la sociedad, catalogándola como un escenario de construcción de conocimiento de alta calidad y perteneciente a las grandes élites. Producto de este posicionamiento social, las demás formas de comprensión del mundo fueron reducidas a meras afirmaciones especulativas sin sentido (por ejemplo, lo concerniente con la cosmovisión indígena). Dicho lo anterior, Echeverría (1997) explicó cómo el empirismo lógico de las ciencias permeó la filosofía dogmática creando una forma especial de ver un mundo indestructible.

Sin embargo, el mismo desarrollo y el cambio vertiginoso que han tenido las sociedades, dio pauta para que este punto de vista de leer la realidad se transformara en otras formas de pensamientos socialmente válidos y reconocidos por la comunidad científica. De esta manera, el progreso del conocimiento durante el siglo XX y lo corrido en el siglo XXI, ha avanzado permitiendo ampliar el grado de complejidad en la comprensión de un fenómeno y la inclusión de otros campos de conocimiento, que en otro momento no eran concebidos como fuentes de juicio confiable. Sirva de ejemplo el estudio de la salud y enfermedad, el cual ha tomado direcciones completamente interesantes para los retos que demanda la sociedad actual, orientando la discusión en la construcción de un bienestar integral del ser humano, más allá del choque de intereses dogmáticos o reduccionistas que algunos campos disciplinares han tenido a lo largo de la historia de la humanidad. Como lo afirmó Torres Goitía (1987):

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, como ya lo expresó la Organización Mundial de la Salud, pero tampoco puede definirse como un bienestar físico, mental y social completo en un sentido absoluto

y ahistórico. Ni siquiera corresponde a una situación particular; es más bien un proceso de continua interacción con la enfermedad. Este proceso salud-enfermedad depende más que de las formas o instituciones que la sociedad sea capaz de organizar para reparar la salud o protegerla desde fuera, de la determinación interna que se da concretamente en el individuo y en la colectividad, de acuerdo con el condicionamiento, también concreto, del modo de vida. Este, a su vez, depende del nivel económico-social y de relaciones sociales específicas de producción (p. 19-20).

Partiendo de la visión de Torres Goitía sobre el proceso de salud-enfermedad, y los avances teóricos y pragmáticos que ha tenido la concepción de la humanidad en el desarrollo de la salud; la posición tradicional biomédica ha superado también los linderos del conocimiento permitiendo el diálogo con otros saberes en aras del bienestar del ser humano. Como lo afirmó Vergara Quintero (2007), el modelo tradicional biomédico, ha entrado en crisis “a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental” (p. 46). En este orden de ideas, el modelo de los determinantes sociales de la salud surge como una alternativa en el proceso de intervenir en las inequidades que tiene la salud (Carmona & Parra, 2015). Por ello, llevar la discusión al escenario de la salud mental resulta ser también un proceso de cambio estructural en la continua necesidad de explicar las causas que afectan al ser humano. Sin embargo, dentro de este andamiaje crítico al proceso multifactorial que incide en la salud mental, ¿Dónde queda la justicia social? ¿Es acaso la justicia social un determinante social de la salud que afecta lo “mental”? Como afirmó Torres Goitía (1987)

Para ubicar en su debida dimensión el problema de la salud en la sociedad no basta con analizar los servicios de salud pública o los resultados de las actividades médicas. Es necesario considerar la sociedad misma, su estructura, y el Estado que la representa” (p. 19).

Partiendo de estos enunciados, para el desarrollo del presente artículo, se abordará el tema de la justicia social como insumo para la política sanitaria mental, visto desde los determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales de la salud: una apuesta integradora

Atendiendo al desarrollo histórico de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), se podría decir que su epicentro estuvo marcado desde las directrices dadas por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde sus aportes estuvieron direccionados a fomentar la “equidad sanitaria” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 2009). Es así como existen muchas aproximaciones en la comprensión de los DSS, por ejemplo, una de ellas, y quizás la más recordada por la comunidad fue la propuesta por Mark Lalonde en 1974, quien planteó cuatro determinantes de la salud, estableciendo una mirada multifactorial del proceso salud-enfermedad y las causas de las inequidades sociales proximales y distales que influían en la salud. Partiendo de esta realidad, y sin importar las críticas constructivas que se han generado en el escenario de los determinantes sociales de la salud, vale la pena resaltar que este ha sido uno de los modelos que ha utilizado la política pública colombiana, para entrar en el proceso de reconfiguración de los elementos que inciden en la salud.

las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en sa-

lud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida de las personas (OMS, 2011, p. 44).

Esos contextos, donde las personas nacen, se desarrollan, se integran con la comunidad y la comunidad al sujeto, en el que factores sociopolíticos como el dinero, el poder, la distribución de los recursos, entre otros, influyen en la salud de la persona y determinan las circunstancias de vida, llevan a formular que las acciones de los gobiernos locales deberían estar orientadas a disminuir esas inequidades y propender por garantizar la calidad integral del ser humano. En este orden de ideas, la Ley Estatutaria de Salud de Colombia (1751 de 2015) del Ministerio de Salud y de la Protección Social, plantea en el artículo 9 los determinantes sociales de la salud de la siguiente forma:

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. (...) Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (p. 5).

Partiendo de estas dos realidades contextuales, por un lado, la que plantea la OMS, y por otro, la que dispone la Ley 1751, los determinantes sociales de la salud resultan ser ese modelo sobre el cual se sustenta y se trabaja las inequidades en salud. Para la realidad colombiana, esas

inequidades no han sido en vano. Por ejemplo, Vega (2009) afirmó que las “inequidades sociales en salud en Colombia han tenido en procesos económicos, sociales y políticos que históricamente han dejado una marca profunda de injusticia social y discriminación por razones étnicas y de género” (p. 11). De manera similar, Krieger (2011) afirmó sobre las inequidades en salud, que se dan en tres tendencias: la primera es una aproximación sociopolítica que se centra principalmente en el poder, la política, la economía y los derechos como determinantes sociales claves de la salud; la segunda aproximación es la psicosocial y se enfatiza en los determinantes sociales psicológicamente mediados en la salud de la población; y la tercera es la ecosocial, que construye y amplía las dos primeras aproximaciones al analizar tanto las distribuciones poblacionales de la enfermedad y la salud como las teorías epidemiológicas de distribución de la enfermedad, cada uno en relación con su contexto social, ecológico e histórico.

En este orden de ideas, Arias (2017) afirmó que, a partir de la postura de Krieger, se pueden reconocer 3 grandes tendencias sobre la salud. La primera tiene que ver con la distribución de salud-enfermedad en relación con el contexto social; el segundo orientado hacia los procesos sociales que establece los desenlaces en el campo de la salud y enfermedad, y tercero, los cambios en relación a la salud y enfermedad están sujetos a las transformaciones que tenga la sociedad. A partir de esta trilogía de tendencias propuestas por Krieger y por Arias, vale la pena resaltar que una política sanitaria mental ubicada desde la justicia social podría estar encaminada a fortalecer estos escenarios dentro de una postura integral, que esté a la vanguardia de las tendencias mundiales y a las consecuencias que emergen de las sociedades globalizadas.

Justamente, ante esa medida retórica y turbulenta de la injusticia social, causada por un abanico

de factores que se han venido cultivando históricamente al interior del tejido social colombiano, la salud mental se ha visto afectada por su presencia y permanencia en el contexto. Por ejemplo, entender la violencia política como un problema de salud pública (Asamblea Mundial de la Salud, 1996; Rivas, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2002; Larizgoitia, 2006; Espín, Valladares, Abad, Presno & Gener, 2008), y a su vez la violencia como un hecho que altera la salud mental (Ramos, Saltijeral & Caballero, 1996; Médicos Sin Fronteras, 2013; Castaño, Sierra, Sánchez, Semenova, Salas, Buitrago & Agudelo, 2018) es comprender la incidencia que tiene este flagelo social sobre las condiciones de vida y sobre el bienestar de las personas. Desafortunadamente, la injusticia social será una de las facetas más marcadas de la violencia, sobre la cual reposa un sinnúmero de problemas sociales, más aún, siendo generadora de inequidades en la salud. Por ejemplo, Saavedra (2004) confirma que las conductas relacionadas con la violencia presentan un nexo muy importante con problemas de salud mental, manifestado en trastornos de personalidad, alteraciones en el componente cognitivo, presencia de cuadros psicóticos, entre otros.

De esta forma, y a partir de una lectura crítica que se pueda hacer para el contexto colombiano, ¿Qué pasa con la justicia social colombiana? Sin lugar a duda, una de las caras que afecta el desarrollo de la justicia social como determinante de la salud es el desarrollo de la misma justicia como proceso administrativo. Por ejemplo, dentro del contexto social, Charry (2017) afirmó que hay una crisis de la justicia, exponiendo un índice de impunidad del 92% de los casos denunciados, al igual que lo expuesto por Durán (2017), al afirmar que esta crisis se debe en gran parte al deterioro de recursos económicos y el incremento de solicitudes de servicios ocasionando congestión,

atraso y demora judicial. De igual forma, en relación con la seguridad, como otra de las realidades que afecta la administración de justicia, de acuerdo con el DANE (2017), el 62.7% fue el índice de percepción de inseguridad en la ciudad durante el periodo de observación del 2016, manifestándose en una gran proporción en las mujeres. Dentro de esta investigación, también se evidenció que las ciudades con mayor número de percepción de inseguridad fueron Bogotá, Quibdó, Soacha, Cartagena, entre otras. Adicionalmente, estos datos coinciden con los ofrecidos por la Encuesta de Percepción y Victimización de la Cámara de Comercio de Bogotá (citado por Redacción Bogotá, 2017), al afirmar que el índice de inseguridad en el transporte en Bogotá ha aumentado en un 50%, destacándose Transmilenio como el epicentro más inseguro. Asimismo, para la ciudad de Bogotá, otros delitos de mayor significancia en el índice de percepción está el hurto a personas (77%), lesiones personales (7%), robo a residencias (6%) y el hurto de vehículos (4%). A partir de este desolador panorama de la administración de justicia, Villa & Insuasty (2014) ratificaron que:

El Estado, la institucionalidad, de manera estructural, ha ido obligado a la población no solo a vivir sin garantías sociales y sin protección de su vida en dignidad, sino a vivir a pesar de sus instituciones. El modelo de ciudad neoliberal, se ha encargado de agudizar la crisis humanitaria que padece el contexto, fenómeno conocido como la deshumanización Urbana. Es así como las dirigencias y sus leyes, persisten en que la sociedad entera camine hacia el sálvese quien y como pueda, reproduciendo en lo cotidiano, las problemáticas sociales, la violencia, la corrupción y la guerra (p. 90).

Ese ¡sálvese quien y como pueda!, ejemplifica la cotidianidad de la misma deshumanización camuflada en ese valor moral que aparenta ser real cuando las mismas vivencias demuestran

lo contrario. De igual forma, algunos autores consideran que la mezcla entre capitalismo y democracia no resulta ser el efecto combinatorio más esperado para el progreso de las sociedades (Harvey, 2008). La obligación del principio de mercado bajo un modelo neoliberalista, donde el tejido social se devasta, ha hecho que realmente los países del cono sur (por ejemplo), presenten cada vez más escenarios de inequidad en la administración de los recursos, situando a la paz y la gobernabilidad en una condición de riesgo. Como lo afirmó Torres Goitía (1987):

Las políticas de salud, de las que derivan los objetivos de las instituciones médicas, son, naturalmente, fijadas por el Estado. Pero la esencia y el contenido del Estado, que condicionan sus diferentes funciones, determinan otras políticas que repercuten sobre la salud de los habitantes a través de los precios y salarios, producción y distribución de la renta, etc. Estados oligárquicos, dependientes del capitalismo internacional, bajo la expresión de democracias mientras pueden controlar el voto popular, o de dictaduras militares cuando este control se les escapa y tienen que recurrir a la fuerza de las armas para sostenerse, no pueden adoptar políticas contrarias a sí mismos. Todo Estado fija sus políticas de acuerdo con los intereses que representa; cuando éstos no son los de las mayorías nacionales, no se puede esperar de él políticas favorables a estas mayorías. Es en este sentido que tenemos que reconocer que la política general del Estado condiciona la salud de la población más que las instituciones médicas, lo cual no niega el valor relativo que tienen éstas como centros destinados a la atención de la enfermedad en cualquier tipo de Estado (p. 22).

Por ello, pensar en una política sanitaria mental desde la justicia social y enfocada en el modelo de los determinantes sociales de la salud, resultaría ser una salida biopolítica al desarrollo de las nuevas tendencias sociales que irradian desde el contexto social.

Política sanitaria mental. Una alternativa al mejoramiento de la calidad de vida desde la equidad

En el ámbito de la salubridad, hablar de inequidad en salud -como se mencionó-, es hablar de una de las problemáticas con mayor incidencia en el contexto social colombiano. Lastimosamente la crisis de la salud producto de la Ley 100 y de otros hechos legislativos, han hecho de este bien jurídicamente tutelado un servicio que esté en cuidados intensivos. Adicionalmente, el deterioro del sistema de salud y el aumento de las desigualdades e inequidades en el sector salud están muy relacionadas con el manejo fiscal que cada Estado imparte al sistema. Para el año 2019 se cumplieron 26 años de la Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993), en la que se instauró el Sistema General de Seguridad Social y Salud (SGSSS), y 4 años de la Ley 1751 de 2015 - la Ley Estatutaria de Salud (Congreso de Colombia, 2015).

En estos años de experiencias acumuladas, expectativas generadas y lecciones aprendidas, se configura un nicho ideal para realizar un análisis ético y político del SGSSS, especialmente de la atención de servicios de salud mental, desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Por ello, vale la pena resaltar que el estado de la equidad en la salud mental resulta ser un factor de vital importancia para el bienestar integral del ser humano, una equidad que debe emerger de las óptimas condiciones del Estado para promover un servicio equitativo y oportuno al beneficiado. A partir de la situación de la equidad en los servicios de salud y de la consolidación de una política sanitaria integral bajo un enfoque de justicia social, Whitehead (1992) argumentó que es necesario crear escenarios donde se visualice esa equidad en su función social, bajo cuatro tipos: a) igualdad en el

acceso disponible para igual necesidad, b) igualdad de utilización para igual necesidad, c) igualdad en la calidad de la atención y d) igualdad en el resultado.

Sin embargo, cuando el sistema está permeado por determinantes (como por ejemplo lo económico), desafortunadamente no permite que la equidad sea visible y transparente en su implementación. Como afirman Linares-Pérez y López-Arellano (2008) trabajar la equidad desde una mirada colectiva podría ser un camino conocedor para solventar las falencias del mismo sistema. Aunque la teoría es clara en su intención, ¿resultaría ser claro para Colombia? Lastimosamente, la aplicación de la equidad al país, sigue teniendo muchos factores de crisis donde no es posible su adecuada intervención. Los intereses particulares siguen generando prevalencia sobre los intereses colectivos, y a partir de esta condición (lo colectivo), la salud (en especial la mental) seguirá estando dentro una órbita encapsulada en un sofisma donde la realidad no representa la verdadera intención del bienestar social.

Por ejemplo, según la Revista Semana (2017), Bogotá ocupa la primera posición en presentar trastornos mentales en la población, con un promedio de edad entre los 18 y 48 años, con riesgo de presentar sintomatología relacionada con ansiedad, esquizofrenia, o episodios depresivos. ¿Qué se puede pensar en torno a esta situación? Fernández (2009) muy bien lo afirmaba al decir que “La legitimación social en un discurso construido siempre sobre el trasfondo de la preservación de lo vivo. La biopolítica necesitaría poner en marcha procedimientos de acción difíciles de encajar en los moldes de la política tradicional” (p. 95). Es así que partiendo de una política sanitaria que permita dar cubrimiento a las facultades físicas y psicológicas de los habitantes, es importante tener en cuenta unos escenarios que Nussbaum (2007) determina como

problemas no resueltos para la justicia. Primero, hace referencia a la deficiencia y discapacidad (las personas con alguna discapacidad y/o deficiencia han sido reconocidos como personas no productivas y como una carga para la sociedad, generando unos mecanismos sociales de exclusión y de rechazo en el ámbito social); luego lo desarrolla con el concepto de nacionalidad; y por último con el tema de pertenencia de especie (la autora rescata la posición de las otras especies perteneciente al reino animal en el marco explicativo de los principios de justicia).

A partir de estos tres escenarios en los que Nussbaum hace hincapié a las debilidades de la justicia, se podría plantear una posible alternativa para abordar estas falencias: el compromiso comunitario. Linares-Pérez y López-Arellano (2008) desarrollaron el tema de la equidad desde la salud colectiva, entendiéndose como la reconstrucción y comprensión del factor social del fenómeno de la desigualdad – inequidad, resaltando el papel protagónico de los determinantes que influyen en el estado de la salud – enfermedad. O como lo afirma González-Rey (2008), al desarrollar el concepto de “*subjetividad social*”, rescatando la importancia de las emociones como categoría psicosocial en la configuración de la subjetividad colectiva: “Los sentidos subjetivos no son exclusivos de las experiencias individuales, sino que caracterizan las relaciones diferenciadas que ocurren en los diferentes espacios de vida social del sujeto” (p. 234).

En este orden de ideas, ¿se podría pensar en una sociedad más humana? Es uno de los interrogantes que surgen al entender la postura de Díaz (2006) frente a la dimensionalidad de una sociedad fundada en el comunitarismo. De acuerdo con Etzioni y citado por Díaz (2006):

una buena sociedad es aquella en la que las personas se tratan mutuamente como fines en sí mismas y no como meros instrumentos; como totalidades persona-

les y no como fragmentos; como miembros de una comunidad, unidos por lazos de afecto y compromiso mutuo, y no sólo como empleados, comerciantes, consumidores o, incluso, conciudadanos (p. 1).

Esta cita conduce al planteamiento de la política sanitaria mental desde lo colectivo, desde el concepto de comunidad y desde el enfoque de integridad social, amparado desde la óptica de la teoría de los determinantes sociales de la salud.

Es por ello que, este compromiso comunitario resulta ser atrayente en el hecho de entender la dinámica de los sistemas de salud (en especial para el campo mental) como una forma de desarrollo social y político de la justicia social. Por ello, Linares-Pérez y López-Arellano (2008) rescataron tres modelos teóricos para el abordaje del fenómeno de la equidad: 1. Modelos socio-epidemiológicos funcionalistas (resaltando el papel de la desigualdad social y del factor económico como factores de riesgo); 2. Modelos socio-epidemiológicos marxistas (basadas en las teorías del conflicto y de la contradicción) llevando a una vertiente novedosa para el contexto latinoamericano, conocida como la vertiente de la “*epidemiología social latinoamericana*”; 3. Modelos etno-epidemiológicos (con fundamento en los elementos culturales y sociales de la enfermedad, y en las condiciones y modos de vida).

Partiendo de esta necesidad del compromiso comunitario en los procesos de configuración y reconfiguración de la justicia social como escenario para superar las brechas en la desigualdad, resulta importante hablar desde la óptica de una política sanitaria mental de la Atención Primaria en Salud (APS) teniendo como punto de anclaje los determinantes de la salud, la cual denota una importancia para la construcción, consolidación y funcionamiento de diversas estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos. De acuerdo con lo expuesto en la Conferencia Internacional sobre Atención

Primaria de Salud –Alma-Ata– (Organización Mundial de la Salud, 1978) y corroborado por Rodríguez y Rubiano (2016), la Atención Primaria en Salud (APS) se entiende como “el cuidado esencial de la salud basada en métodos y tecnologías, prácticas científicamente apropiadas y socialmente aceptables, accesible a los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo sufragable” (p. 3). Es así que hablar de una práctica social de atención primaria en salud mental, quiere decir que la justicia como fenómeno social tiene un efecto propio sobre esta condición humana y que su revisión depende de las políticas públicas establecidas para su adecuada aplicación y del impacto que se desarrolle en la sociedad. En este orden de ideas, Chul Han (2014) afirmó:

Vivimos una fase histórica especial en la que la libertad misma da lugar a coacciones. La libertad del poder hacer genera incluso más coacciones que el disciplinario deber. El deber tiene un límite. El poder hacer, por el contrario, no tiene ninguno. Es por ello por lo que la coacción que proviene del poder hacer es ilimitada. Nos encontramos, por tanto, en una situación paradójica. La libertad es la contrafigura de la coacción. La libertad, que ha de ser lo contrario de la coacción, genera coacciones. Enfermedades como la depresión y el síndrome de Burnout son la expresión de una crisis profunda de la libertad. Son un signo patológico de que hoy la libertad se convierte, por diferentes vías, en coacción (p. 7).

Con esta reflexión hecha por el filósofo surcoreano, la intencionalidad humana en términos de la libertad va en función de los mismos escenarios donde se desenvuelve su que-hacer (como un determinante estructural de la salud mental). El hecho de vulnerar una norma y llevarla a su uso indebido son algunas manifestaciones de una libertad no anclada a una realidad que sufre del daño que causan esas determinaciones personales. El problema del binomio salud-enfermedad (desde lo mental) anclada a

una política sanitaria ya no solamente responde a una visión médica, sino que va más allá de las mismas explicaciones reduccionistas atomistas de verlo como un daño orgánico. Por ende, la salud mental se concibe desde los determinantes sociales como un proceso integral de un listado largo de factores que inciden en su adecuada o no manifestación facilitando la calidad de vida del ser. A todo esto, factores como la justicia (por ejemplo) resulta ser categoría de análisis que afecta esa calidad de vida del sujeto inmerso en un contexto social.

A manera de conclusión

No se puede pensar en una salud mental fuera del contexto social. Hablar de una salud mental ubicada en un tiempo, espacio y circunstancias específicas es hablar de una condición humana tan natural que no se puede reducir a una postura biológica o médica, sino abordarla desde una mirada integral y a la vez compleja. La realidad de Colombia en torno a la construcción paulatina que se le ha dado a la salud mental, mediada por diversos factores que la determinan, como por ejemplo la violencia sociopolítica, hacen de ésta -la salud mental-, un escenario de intervención disciplinar donde entran en diálogo diferentes saberes, los cuales buscan crear escenarios de comprensión y de acción conjunta para el mejoramiento de la calidad de vida humana.

Sin embargo, el pensamiento hegemónico de la sociedad occidental en torno al fenómeno del consumismo y de la acumulación (quizás por el producto de las tendencias capitalistas), ha generado una atmósfera de malestares en la sociedad, permitiendo crear una postura crítica sobre los límites de la razón humana en torno al poder. La degradación de lo humano, como lo afirman Cabrales y Márquez (2017) en torno a la explotación laboral por un salario paupérrimo, la generación de clases sociales configuradas hacia

los consumidores satisfechos e insatisfechos, el concepto de moda, la adquisición de bienes, la temporalización de los recursos, la necesidad de vivir de apariencias, son sencillamente fenómenos sociales por los cuales se visualizan en una realidad tan natural pero tan des-in-humana como se está viendo actualmente. A raíz de esta inequidad, producto del mismo sistema neoliberal, se evidencia que los poderes del Estado (por ejemplo, el judicial) lastimosamente también se ha visto permeado por la vulnerabilidad humana y por la crisis que la representa.

Siendo así las cosas, queda visiblemente evidenciado la importancia del modelo teórico de los determinantes sociales de la salud, en especial en la salud mental como condición de bienestar integral del ser humano, y que en medio de una amalgama de factores que inciden de manera directa en su explicación (por ejemplo la inseguridad y la misma forma de administrar justicia), resulta competente hablar de los retos y desafíos que se deben plantear para ese desarrollo óptimo de la condición humana respaldada desde la política. Es por ello que, el establecimiento de una política sanitaria mental, partiendo de los factores contextuales que la dinamizan, sería una propuesta que, desde una justicia social adecuada, redundaría en una importancia para el mejoramiento de la calidad de vida y para el fortalecimiento de las redes sociales, que controlen la vulnerabilidad del ser en medio de una sociedad afectada por el neoliberalismo y consumismo acelerado que día a día afecta la psique humana. En otras palabras, una política sanitaria mental fundada desde el ser como sujeto social y no desde el ser como sujeto patológico.

La justicia social, como valor moral de una sociedad, deberá romper con las ataduras que

restringen el concepto de “gobernanza” para pasar a ser un concepto de “colectivo” y de “convivencia”. En función de estas ideas, vale la pena recordar lo que Moll (2013) afirmaba que “la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y una sociedad” (p. 115). Una política sanitaria mental basada desde lo colectivo, sería el cónclave para el fortalecimiento del bienestar y funcionamiento del ser en el contexto social. Por ello, y de acuerdo con Krieger (2011), fortalecer ese contexto ecosocial permitirá tener un acercamiento más profundo y directo con la realidad de la persona, desde un contexto político, cultural, social, psicológico, histórico, entender su dinámica y comprender ese *modus vivendi* sobre el cual se edifica su subjetividad. Una justicia social no es si-solo-si un escenario jurídico, es una necesidad elemental. Sin embargo, comprender la estrecha relación entre salud - enfermedad en el escenario mental es orientar la discusión a un diálogo más intenso y etéreo en medio de la sociedad sobre la cual se funda la noción de humanidad.

De esta forma, la justicia social como construcción para una política sanitaria mental desde los determinantes sociales de la salud permite ser una propuesta para pensar y re-pensar la orientación de las actuales directrices en salud mental que existen en el contexto colombiano, una apuesta a fortalecer que, como lo entiende la OMS y las sentencias T-949/13 y la T-422/17 de la Corte Constitucional de Colombia, la salud mental debe ser concebida como un derecho fundamental, para trabajarlo desde lo individual, desde lo social y lo colectivo, y aun más, para analizar y profundizar en la justicia social como un determinante estructural que incide de manera directa sobre ese bien inalienable del ser humano: la salud mental.

Referencias

- Arias, S. A. (2017). Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2), 186-196. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a03>
- Asamblea Mundial de la Salud. (1996). *Prevención de la violencia: Una prioridad de Salud pública*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203955/WHA49_R25_spa.pdf;jsessionid=614C670A4B9C185C76DF1CC544A95836?sequence=1
- Cabrales, O., & Marquez, F. (2017). El buen vivir y el no consumo como modelos de desarrollo desde la perspectiva de la bioética global. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 168-183. <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1726>
- Carmona, Z., & Parra, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 31(3), 608-620. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
- Castaño-Pérez, G. A., Sierra, G. M., Sánchez, D., Semenova, N., Salas Zapata, C., Buitrago, C., & Agudelo, M. A. (2018). *Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura*. Medellín: Editorial CES. Recuperado de bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4722/1/Salud%20Mental%20marzo%201%20FINAL.pdf
- Charry, J. (22 de marzo de 2017). La profunda crisis de la Justicia. *Revista Semana*. Recuperado de <https://www.semana.com/opinion/articulo/la-tesis-de-la-justicia-colombiana/519271>
- Chul, B. (2014). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las Desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Corte Constitucional de Colombia. (2013). *Sentencia T-949/13*. Recuperado de <http://www.corte-constitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-949-13.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2017). *Sentencia T-422/17*. Recuperado de <http://www.corte-constitucional.gov.co/relatoria/2017/t-422-17.htm>
- DANE. (2017). *Encuesta de convivencia y seguridad ciudadana 2017*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

- Díaz, C. (2006). Comunitarismo y personalismo comunitario. Primer Encuentro Iberoamericano de Comunitarismo. Departamento Administrativo Nacional de la Economía Solidaria [Dansocial]. Paipa: Colombia.
- Durán, J. A. (2017). La crisis de la justicia. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/opinion/la-crisis-de-la-justicia-columna-716651>
- Echeverría, J. (1997). La filosofía de la Ciencia en el siglo XX. Principales tendencias. *Ágora: Papeles de Filosofía*, 16, 5-39. Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/1095>
- Espín, J. C., Valladares, A. M., Abad, J. C., Presno, C., & Gener, N. (2008). La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(4), 1-6. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es&tlng=es
- Fernández, D. (2009). ¿Qué es la Biopolítica?. *Cuadernos del Ateneo*, 26, 93-98. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106572>
- González Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones. *Revista Diversitas* 4(2), 225-243. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v4n2/v4n2a02.pdf>
- Harvey, D. (2008). *El neoliberalismo como destrucción creativa*. Recuperado de <https://rebellion.org/el-neoliberalismo-como-destruccion-creativa/>
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health. Theory and context*. New York: Oxford University Press.
- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 63-70. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715680>
- Congreso de la República Colombia. (1993). *Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Congreso de la República Colombia. (2015). *Ley 1761. Por la cual se crea el tipo penal de feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones (Rosa Elvira Cely)*. Recuperado de <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/LEY%201761%20DEL%2006%20DE%20JULIO%20DE%202015.pdf>
- Congreso de la República Colombia. (2015). *Ley 1751. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.427*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

- Congreso de la República Colombia. (2016). *Ley 1773. Por medio de la cual se crea el artículo 116a, se modifican los artículos 68a, 104, 113,359, y 374 de la ley 599 de 2000 y se modifica el artículo 351 de la ley 906 de 2004*. Recuperado de <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201773%20DEL%206%20DE%20ENERO%20DE%202016.pdf>
- El Espectador. (29 de Septiembre de 2017). Crece la percepción de inseguridad en Bogotá: pasó del 41% al 50%. *El Espectador*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/crece-la-percepcion-de-inseguridad-en-bogota-paso-del-41-al-50-articulo-715677>
- Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social* 3, 247-259. Recuperado de <https://rebellion.org/el-neoliberalismo-como-destruccion-creativa/>
- Médicos Sin Fronteras. (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Recuperado de https://www.msf.es/sites/default/files/legacy/adjuntos/Informe-Colombia_Junio-2013.pdf
- Moll, S. (2013). Representaciones de la salud mental en trabajadores de dos instituciones especializadas de Lima Metropolitana. *Revista de Psicología*, 31(1), 99-128. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472013000100004
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Alma-Ata 1978. Atención primaria de Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud* (documento de trabajo). Recuperado de http://origin.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Ramos, L., Saltijeral, M. T., & Caballero, M. A. (1996). Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, supl(1), 19-32. Recuperado de http://www.revistasalud-mental.mx/index.php/salud_mental/article/view/613/613
- Revista Semana. (18 de febrero de 2017). *Bogotá, la primera en trastornos mentales*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/cifras-criticas-por-salud-mental-en-bogota/515858>
- Rivas, F. (2000). La violencia como problema de salud pública en Colombia: otro campo para la Bioética. *Acta Bioethica* 6(2), 337- 346. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art11.pdf>

- Rodríguez de Bernal, M. C., & Rubiano, N. (2016). *Salud Mental y atención primaria en salud: Una necesidad apremiante para el caso colombiano*. Bogotá: Médicos sin fronteras – Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Saavedra, A. (2004). Violencia y salud mental. *Acta Médica Peruana*, 21(1), 39-50. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/acta_medica/2004_n1/Pdf/a06.pdf
- Torres, J. (1987). *Salud y democracia. La Experiencia de Bolivia (1982 - 1985)*. Chile: Editorial Univesitaria.
- Vega, R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7-11. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a01.pdf>
- Villa, E., & Insuasty, A. (2014). Capital, sujeto y ciudad. Lecturas de la ciudad y la crisis humanista. El caso Medellín, *El Ágora USB*, 14(1), 1-325. <https://doi.org/10.21500/16578031.122>
- Whitehead, M. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22, 429-445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>