

Revista Facultad Nacional de Salud

Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Herazo, Edwin

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

Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, núm. 1, 2014, pp. S21-S27

Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058124003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

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 de 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 hegémónico [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 trasnacional 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>.

- 5 Congreso de la República de Colombia. Texto conciliado al Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado –267 de 2013 Cámara (“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”). Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013.
- 6 Hernández M. La Ley estatutaria en salud no es como la pintan. Bogotá: Razón Pública [acceso 15 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.azonpublica.com/index.php/politica-y-gobierno-temas-27/7662-la-ley-estatutaria-en-salud-no-es-como-la-pintan.html>
- 7 Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS [acceso 5 de agosto de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/governance/ebs/who_constitution_sp.pdf.
- 8 Relman A. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303: 963-970.
- 9 Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 1841 de 2013 (por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia; 2013.
- 10 Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 del 21 de enero de 2013 (por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones). Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2013.
- 11 Organización Mundial de la Salud. mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
- 12 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 850-877.
- 13 Posada-Villa JA, Aguilar-Gaxiola S, Magaña CG, Gómez L C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr* 2004; 33: 241-62.
- 14 González-Quiñones JC, Restrepo-Chavarriaga G. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Rev Salud Pública* 2010; 12: 228-238.
- 15 Frey BS, Stutzer A. Happiness and economics: How the economy and institutions affect human well-being. Princeton: Princeton University Press; 2010.
- 16 Eaton WW, Alexandre P, Bienvenu OP, Clarke D, Martins SS, Nestadt G, et al. The burden of mental disorders. En: Eaton WW, editor. Public mental health. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 3-30.
- 17 Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet E, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370: 841-850.
- 18 Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010; 71: 2150-2161.
- 19 Parales-Quenza CJ. Anomía social y salud mental pública. *Rev Salud Pública* 2008; 10: 658-666.
- 20 Restrepo-Espinosa MH. Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Rev Gerenc Polit Salud* 2012; 11: 39-55.
- 21 Ereshefsky M. Defining ‘health’ and ‘disease’. *Stud Hist Philos Biol Biomed Sci* 2009; 40: 221-227.
- 22 Galende E. La crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuad Med Soc*, Rosario 1983; 23: 1-7.
- 23 Navarro V. Concepto actual de salud pública. En: Martínez F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V, editores. Salud pública. Madrid: McGraw Hill-Interamericana; 1998. p. 49-54.
- 24 Breilh J. Epidemiología: economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Séptima edición. Quito: Biblioteca Ecuatoriana de Ciencias; 2010. p. 35-37.
- 25 Almeida-Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. Universidad Nacional de Lanús; 2000. p. 84-90.
- 26 Gómez RD. La noción de “salud pública”: consecuencias de la polisemia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2002; 20: 101-116.
- 27 Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social [acceso 10 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.onsm.gov.co/images/abook_file/Salud%20mental.%20Fuerza%20impulsora%20del%20desarrollo%20del%20pais%20y%20la%20garantia%20de%20derechos.pdf.
- 28 Restrepo DA, Jaramillo JC. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2012; 30: 202-211.
- 29 Novoa-Gómez M. De la salud mental y la salud pública. *Rev Gerenc Polit Salud* 2012; 11: 5-9.
- 30 McHugh PR. The perspectives of psychiatry: The public health approach. En: Eaton WW, editor. Public mental health. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 31-40.
- 31 Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es la salud mental?. Ginebra: OMS; 2007 [acceso 31 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>.
- 32 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- 33 Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two. *Soc Sci Med* 2008; 67: 358-367.
- 34 Stolkinger A, Ardila S. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex* 2012; 28: 57-67.
- 35 Hernández M. La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Bogotá, Editorial Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: 2008.
- 36 Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev Colomb Psiquiatr* 2007; 36 (2): 307-319.
- 37 De Vogli R. Neoliberal globalisation and health in a time of economic crisis. *Soc Theory Health* 2011; 9: 311-325.