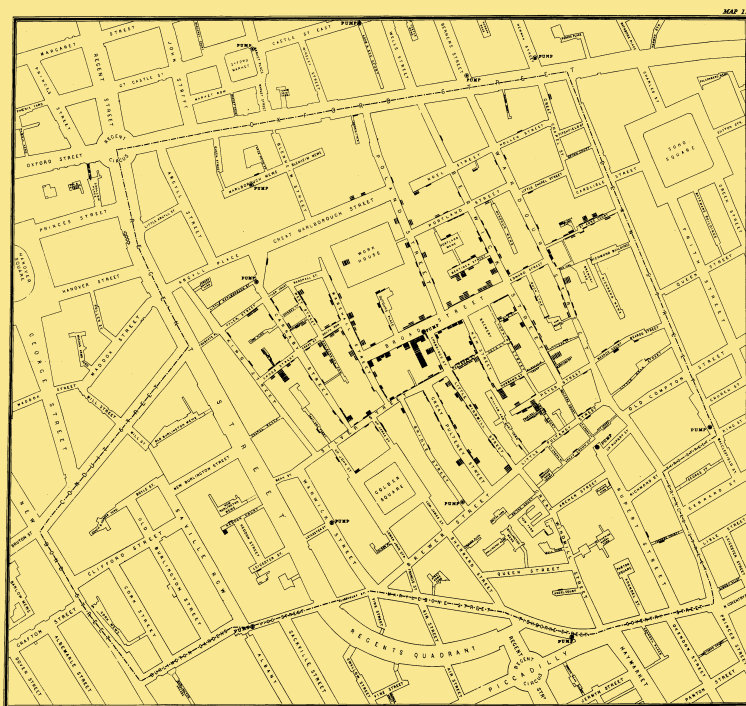


Raquel González Rubio, Pedro Gullón Tosio, Antonio González Herrera,
Marta Carmona Osorio (Coords.)

TRANSFORMAR LOS BARRIOS PARA EVITAR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

UNA MIRADA SALUBRISTA A LA SALUD MENTAL



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS



© Imagen cedida por Freepik

TRANSFORMAR LOS BARRIOS
PARA EVITAR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO
Una mirada salubrista a la salud mental



© Imagen cedida por Freepik

Raquel González Rubio, Pedro Gullón Tosio, Antonio González Herrera,
Marta Carmona Osorio (Coords.)

TRANSFORMAR LOS BARRIOS PARA EVITAR EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

UNA MIRADA SALUBRISTA A LA SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2022

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
C/ Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.

Tel. 636725599. Fax 918473182.

Ilustración de la cubierta: El mapa del cólera de John Snow

Diseño: Gráficas Gutiérrez Martín

ISBN: 978-84-95287-51-9

Distribución: Latorre Literaria

Camino de la Boca Alta 8-9. Polígono El Malvar. 28500 Arganda del Rey (Madrid)

Director de la edición: Álvaro Muzquiz

ÍNDICE

<i>Acceso a la grabación de la ponencia presentada el 5 de mayo de 2022 en el XXVIII Congreso de la AEN</i>	9
Agradecimientos	11
Coordinadoras/es psicolubristas	12
Autoras/es psicolubristas	13
CAPÍTULO 1	
¿Qué? ¿Cómo? ¿Para qué? Una introducción a la salud pública. <i>Raquel González Rubio, Ana Leonor Zamora Sarabia</i>	15
CAPÍTULO 2	
Salud y desigualdades en perspectiva histórica. <i>Rafael Huertas García Alejo</i>	31
CAPÍTULO 3	
Individuos locos, poblaciones locas. <i>Pedro Gullón Tosio</i>	57
CAPÍTULO 4	
Desigualdades sociales y Salud mental. <i>Clara Benedicto Subirá</i>	67
CAPÍTULO 5	
Salud comunitaria. Cuidados, identidades y participación. <i>Adrián Carrasco Munera</i>	95
CAPÍTULO 6	
Ciudades, barrios y Salud mental. <i>Usama Bilal, Pedro Gullón Tosio</i>	109
CAPÍTULO 7	
Soberanías en el territorio: el poder en los barrios. <i>María Victoria López Ruiz</i>	123

CAPÍTULO 8

Posibilidades narrativas para una Salud mental comunitaria.

Belén González Callado, Iván de la Mata Ruiz 139

CAPÍTULO 9

Grabación de la conversación sobre el capítulo de posibilidades narrativas para una salud mental comunitaria.

Raquel González Rubio, Marta Pérez Pérez,

Irene Rodríguez Newey 165

CAPÍTULO 10

Un análisis del dilema

Ud. necesita un sindicato vs Ud. necesita un psicoterapeuta.

Marta Carmona Osorio, Javier Padilla Bernáldez 167

CAPÍTULO 11

Instituciones para la acción en Salud mental.

Mario Fontán Vela 179

CAPÍTULO 12

¿Qué le pasa a mi población? Sistemas de información y vigilancia de la salud mental en salud pública.

Alejandro Martínez Portillo, Nicolás Rosillo Ramírez,

Antonio González Herrera, Raquel González Rubio 193

CAPÍTULO 13

¿Y ahora qué? Acción e incidencia política de profesionales en salud (mental).

Cooperativa APLICA 229

CAPÍTULO 14

Para tu tranquilidad, nos toca.

Tomás López Corominas 259

ACCESO A LA GRABACIÓN DE LA PONENCIA PRESENTADA
EL 5 DE MAYO DE 2022 EN EL XXVIII CONGRESO DE LA AEN

Puedes acceder a la grabación (solo audio) de la ponencia Transformar los barrios para evitar el sufrimiento psíquico en este enlace:

<https://youtu.be/XwM47K7FNKY>

Dicha ponencia fue presentada por Raquel González Rubio, Pedro Gullón Tosio, Belén González Callado e Irene Rodríguez Newey el 5 de mayo de 2022 durante el XXVIII Congreso de la AEN.

Si en el futuro ese enlace dejara de funcionar podrás encontrarla en el repositorio virtual de la AEN, actualmente ubicado en nuestro canal de youtube:

<https://www.youtube.com/c/AENProfesionalesdeSaludMental/about>

Si en el futuro el repositorio virtual de la AEN cambiara de alojamiento podrás encontrar la grabación en el nuevo utilizando como términos clave el título de la ponencia y la fecha del congreso.



Depresión. © Foto de Denis Trush

AGRADECIMIENTOS

Conjuntos:

A quienes aceptaron colaborar con esta publicación y se mantuvieron firmes incluso pese a que cierta pandemia nos revolcó según arrancaban a escribir. A la asamblea de la AEN por apostar en 2018 por mezclar salud mental y salubrisimo. A Virchow, son obvios los motivos.

De Raquel González Rubio:

Gracias a todas las personas que desde las consultas, despachos, calles o casas estáis (y estuvieron) replanteando las maneras de comprender la salud mental y trabajando por la justicia social. Gracias a todas las personas que habéis compartido vuestro conocimiento, propuestas y reflexiones en esta publicación, y sobre todo gracias por ponerlas en práctica en vuestro día a día, sois fuente de inspiración. Sigamos multiplicando los espacios de encuentro entre salud pública, comunitaria y mental, hasta ser una red de la que sea imposible escapar. Gracias a Marta, Antonio y Pedro, por hacer que todo este proceso haya sido divertido.

De Pedro Gullón Tosio:

Al grupo de superhéroes de Alan Moore que llenan esta publicación. A Dafne y Jara por darme vida. A Carmona que da muchas vidas a la vida. A Garicano por sus recomendaciones de tebeos.

De Antonio González Herrera:

A Valladolid y Murcia por todo lo que me dieron y todo lo que me quitaron. Al cine y a los podcast truculentos por todo lo que me dieron sin quitarme nada. A Marta por ayudarme a escribir estos agradecimientos. A Raquel por todo el apoyo y por inspirarme en el ruralismo. A Celia por verlo posible.

De Marta Carmona Osorio:

A Watchmen from the 30's, por demostrar cada día que el psicologismo existe. A Pol y a #ladedfuera y #ladedentro por sostener presente y futuro. A Mikel Munarritz por ser lo mejor que le ha pasado a la AEN en sus primeros 98 años.

COORDINADORAS/ES PSICOLUBRISTAS

Raquel González Rubio. Médica de salud pública. Actualmente dada a la fuga entre montes del norte y hogares del sur, cultivando hermandad y aprendiendo de comunidades.

Pedro Gullón Tosio. Colectivo Silesia. Profesor ayudante doctor en salud pública en la Universidad de Alcalá. Lee muchos tebeos. Co-escribió Epidemiocracia.

Antonio González Herrera. Médico residente de Medicina Preventiva y Salud Pública. Psiquiatra. Cada pocos años se reconvierte, como un astillero.

Marta Carmona Osorio. Psiquiatra. Máster en Estudios feministas. Presidenta de la AMSM. Colectivo Silesia. Entusiasta de las publicaciones eclécticas.

AUTORAS/ES PSICOLUBRISTAS

Cooperativa APLICA. Cooperativa de investigación social especializada en salud pública. Del equipo multidisciplinar de personas que la conforman, en este trabajo han participado: Sebastià March, José Miguel Carrasco, Gustavo Zaragoza, Ana María García-Navas, Eva Aparicio Vidal y María Lopez Toribio.

Usama Bilal Álvarez. Asturiano de nacimiento, y baltimoreño de adopción. Miembro del Colectivo Silesia, doctor en Epidemiología por la Universidad Johns Hopkins (EE. UU.), máster en salud pública por la Universidad de Alcalá, y licenciado en Medicina por la Universidad de Oviedo. Sus investigaciones se centran en la descripción de la magnitud y factores que llevan a desigualdades en salud. Le gusta graficar cosas, aunque de vez en cuando le vendría bien preguntarse «¿debo?» en vez de «¿puedo?».

Clara Benedicto Subirá. Médica de familias y comunidades, actualmente en el Programa de Salud de las Mujeres de Promoción de la Salud de la Comunidad de Madrid. Máster en Estudios Interdisciplinares de Género. En la Junta de la AMSM, Colectivo Silesia, Yo Sí Sanidad Universal, lo de la medicina superheroica y quién sabe qué más. Multimitancias, fregaos e ideas por encima de sus posibilidades.

Adrián Carrasco Munera. De Vallekas y trabajando en Usera en Medicina Familiar y Comunitaria. Le van mucho los saraos: PACAP, La Cabecera, Movimiento Marika de Madrid... Artista. Cinturón negro de karate, baila twerking hasta el suelo y en los ratos libres estudia antropología.

Mario Fontán Vela. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y doctorando en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad de Alcalá. Sus investigaciones se centran en analizar la relación entre el entorno urbano y la salud cardiovascular, centrándose en la relación entre espacios verdes y actividad física, y estudiando cómo la desigualdad afecta a estas relaciones. Conocía el *Bella Ciao* antes de La Casa de Papel.

Belén González Callado. Psiquiatra. De un pueblo muy pueblo en la Sierra de Segura. Máster en Estudios feministas. Junta directiva de la AMSM. Tuvo un programa de radio de culto en los 00.

Rafael Huertas García Alejo. Profesor de investigación en el Departamento de Historia de la Ciencia del Instituto de Historia (IH) del CSIC. Médico reconvertido a historiador (del presente y por el cambio social).

Tomás López Corominas. Loco desde 1984. Licenciado en CC de la Información (Comunicación Audiovisual). Productor de informativos de la TV autonómica asturiana (TPA). Presidente de la Asociación Hierbabuena de Asturias. Ex miembro de la junta directiva de ENUSP (Red Europea de (ex-)usuarios y supervivientes de la psiquiatría). Libertario de la psiquiatría desde 2015.

Maria Victoria López Ruiz. Médica de familia y, sobre todo, de barrio. Vivo, milito y trabajo en el Sector Sur de Córdoba. Master en Salud Pública. Empeñada en democratizar la vida y la salud desde diversos frentes. Construyendo en Colectivo Silesia. Maestra del BLW.

Alejandro Martínez Portillo. Médico residente de Medicina Preventiva y Salud Pública encantado de trabajar en cualquier tema no-COVID.

Iván de la Mata Ruiz. Psiquiatra. Trabaja en el CSM de Leganés. Ha sido presidente de la AMSM. Firme defensor de que a más líneas tiene una presentación, menos pacientes ve el que se presenta.

Javier Padilla Bernáldez. Médico de Familia. Diputado en la Asamblea de Madrid. Colectivo Silesia. Ha escrito abundantemente sobre teorías de la justicia. Autor de *¿A quién vamos a dejar morir?* (2019) y coautor de *Epidemiocracia* (2020). Lee a su hija cuentos escritos por Antonio Gramsci.

Marta Pérez Pérez. Profesora en el Departamento de Antropología y Psicología Social de la Universidad Complutense de Madrid. Junto con Irene Rodríguez Newey, Pantxo Ramas y Marta Malo, del colectivo de investigación militante *Entrar Afuera*, que explora formas de cuidado social pensando y actuando el vínculo entre instituciones públicas y territorios.

Irene Rodríguez Newey. Enfermera y coordinadora en el Centro Municipal de Salud Comunitaria de Puente de Vallecas, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid. Parte de *Entrar afuera*.

Nicolás Rosillo Ramírez. Médico residente de Medicina Preventiva y Salud Pública con interés en sistemas de información y su uso para el estudio de los determinantes sociales de la salud.

Ana Leonor Zamora Sarabia. Mi nombre es Ana. Oficialmente, Ana Leonor Zamora Sarabia, médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Represento el papel de epidemióloga de cabecera de la historia de B, en este teatro a veces doloroso, muchas veces espectacular que es el mundo.

CAPÍTULO 1
¿QUÉ? ¿CÓMO? ¿PARA QUÉ?
UNA INTRODUCCIÓN A LA SALUD PÚBLICA

Raquel González Rubio, Ana Leonor Zamora Sarabia

HISTORIA DE B

Había llegado a España unos 8 meses antes. Mi primer contacto con ella es secundario: a través de una notificación de una enfermedad de declaración obligatoria, una tuberculosis. Debe valorarse en la hospitalización que se trata de una persona con mínimos recursos, y se activa una unidad para asegurar el tratamiento. Dos enfermeras de la unidad de TDO (tratamiento directamente observado) se acercan cada pocos días a llevarle medicación a la vivienda donde tiene una habitación alquilada. Un día, recibo una llamada de una de las dos enfermeras: B ha recibido un diagnóstico alternativo. Ya no se trata de una tuberculosis, que ha sido descartada, sino de un cáncer diseminado. Ellas dejarán de ir a su vivienda, porque ya no hay pastillas de tuberculosis que darle, y se quedan preocupadas porque la ven muy vulnerable, sola y sin recursos. La llamada de la enfermera de la unidad de TDO no es formal. Me llama porque sabe que participo de forma voluntaria en proyectos sociales y me pregunta si sé de algún recurso para ayudarla. Le pido a la enfermera que le pregunte si le parece bien que le llame al margen de mi intervención profesional de salud pública. Ahí aparece mi primer contacto directo con ella. Al teléfono suena cansada, y está sobre todo muy preocupada. No le quedan recursos económicos y su enfermedad la ha dejado devastada, por lo que ya no puede seguir realizando los trabajos que le habían permitido pagar su alquiler y su comida hasta ahora. Llevaba meses cansada, pero había retrasado la atención sanitaria por la necesidad de seguir sobreviviendo. Quedan escasos días para final de mes y le han pedido que se marche de la casa, al no poder pagar más su habitación. Además, cuenta, están molestos con ella: tiene dificultades para andar, a veces necesita ayuda en el baño, depende de un respirador que va moviendo con gran dificultad por la casa, tose y hace ruido... No la quieren enferma en esa casa. Todo es angustia, soledad y violencia. Más allá de la intervención clínico-asistencial, y recetas médicas, no hay por el momento otra intervención de coordinación sociosanitaria por parte de las instituciones públicas.

Me cuenta que hay otra mujer que está pendiente de ella. La ha conocido a través de un grupo de ciudadanos de su país de origen. C, también paciente oncológica, está muy sensibilizada con la situación de B. Juntas,

intentamos movilizar a los servicios sociales, en especial a través del hospital, y a la Asociación Española Contra el Cáncer, en busca de un recurso alternativo para evitar que se quede sin hogar. La reacción institucional es lenta. De emergencia, se le ofrece espacio en un recurso de la campaña contra el frío de la ciudad de Madrid (estábamos en invierno), que resulta del todo insuficiente para su estado de salud. En el medio, buscamos por nuestra cuenta una alternativa habitacional para llevarla el último día del mes. Una casa de unas mujeres solidarias es el nuevo hogar temporal. De todas sus pertenencias, cargamos solo una maleta y algunas bolsas. El resto, ropa, mantas, toallas o detalles de decoración para el que pensaba sería su futuro hogar, se quedan atrás. Tras días de acogida, se consigue una plaza en un recurso financiado públicamente para personas sin hogar en situación de enfermedad o convalecencia. En oncología, B percibe un trato cuidadoso de su doctora. En las consultas, tratamientos y hospitalizaciones, pedimos apoyo a otras dos vecinas amigas que viven cerca del hospital para que vayan a visitarla y encargarse de aspectos pequeños de su bienestar: que no se sienta tan sola, o incluso asegurar que tenga alguna muda. Por desgracia, la muerte se acerca. Tras unos días nuevamente hospitalizada, B es trasladada a un hospital de cuidados paliativos. En el medio, la pandemia llega y no podemos acudir a visitarla. Tampoco logramos acudir a despedirnos de ella en sus últimos días a mediados de abril. Lo que sí logramos es recaudar dinero para que su marido pueda llegar a España a tiempo. Lo hace justo tres días antes de su fallecimiento. Nos envía fotos de los dos juntos. El día antes de morir, nos envía a todas un mensaje de cariño.

¿Qué de todo lo que hicimos de manera voluntaria, debería haber sido parte de una intervención sociosanitaria integral? ¿Qué aspectos del cuidado de las personas deben proveerse de manera colectiva? ¿De qué manera se organizan o se favorece la organización de sistemas de cuidados a nivel poblacional? La Salud Pública es un área de intervención, pero sobre todo de mirada. Las personas tienen historias, contextos, comunidades de referencia o ausencia de ellas. Esto es algo explorado habitualmente en el ámbito de la salud mental. Es algo que, desde una perspectiva de salud comunitaria, se activaría y se vincularía a cualquier proceso de atención y de prevención. Sin embargo, en la práctica cotidiana, resulta difícil activarlo, no hay espacio planificado para ello, no hay una solidez en las políticas públicas que establezcan intervenciones integrales, o se quedan a medias, existe poca fluidez en la coordinación sociosanitaria, y el recurso último para alguien que sufre suele ser una receta médica y, desde lo individual, un: «no puedo hacerme cargo de esto». ¿Cómo desde lo profesional podemos incluir esta mirada y toda esta miríada de posibilidades de acción y acompañamiento?

Este capítulo es una introducción a la salud pública, a qué puede o qué debería aportar en todo esto, a cuáles son sus conceptos y funciones principales, que sirva de presentación al resto de capítulos. La historia de B nos servirá de guía.

Empezaremos reconociendo que los conceptos y funciones de la salud pública, así como su propia delimitación, no son estáticas, sino que han ido variando desde su nacimiento entre modelos más higienistas biomédicos (la enfermedad como disfunción biológica y bacteriológica, actuación sobre patrones individuales de conducta a través de la moralización y normativización, actuación sobre saneamiento ambiental, neutralidad científico-médica,) y modelos más sociales (la enfermedad como expresión de las condiciones sociales de vida, actuación sobre la injusticia social de la estructura de poder, medicina política) (Padilla, 2020), como se describe en el capítulo 2, Salud y desigualdades en perspectiva histórica. En esta introducción compartiremos los conceptos y funciones que, como profesionales de la salud pública de nuestro tiempo y lugar hemos aprendido, con dos puntualizaciones: en nuestro entorno también coexisten enfoques distintos, escribimos situándonos en las corrientes más cercanas a «lo social», «lo comunitario» (lo cual no quiere decir dejar a un lado lo más biomédico), entendiéndolo como algo implícito a la salud pública; e intentaremos presentar conjuntamente los conceptos teóricos junto a algunas apreciaciones y dudas desde la práctica.

Para introducir qué es la salud pública nos resulta útil la siguiente explicación breve de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sencilla pero amplia, que la define como *la acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud (y bienestar) de las personas y garantizar el derecho a la salud de la población* (2020, p. 31) o, como hace referencia la Ley General de Salud Pública (LGSP) (2011), *«los esfuerzos que el conjunto de la sociedad debe hacer para asegurar un buen estado de salud mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud»*.

Nos parece fundamental empezar por la importancia de comprender el salto de lo individual a lo poblacional y lo comunitario. Hemos iniciado estas líneas hablando de B. Pero esta es una historia no solo de B. También de su familia, de su barrio, de su localidad. Del grupo de mujeres de su país de origen. De otras personas con su mismo proceso vital y/o de enfermedad. Del conjunto de habitantes del continente europeo, y de todo el planeta. Es una historia de poblaciones, de sociedades, de comunidades, de ecosistemas. De salud entendida como propiedad grupal, más allá de la salud individual que incide en el conjunto, y que es incida por este conjunto. El capítulo 3, Individuos locos, poblaciones locas, profundiza en la comprensión de esta perspectiva, que recomendamos mantener en mente a lo largo de todo el libro.

Un segundo presupuesto es comprender la salud y la enfermedad como procesos determinados por la estructura y relaciones sociales, en conjunción con determinantes biológicos y ambientales, que producen desigualdades sociales en salud; este marco se explica en el capítulo 4, Desigualdades sociales y Salud Mental. Trabajar por sociedades más saludables implica trabajar por sociedades más igualitarias.

Desde la salud pública se trata de cuidar la salud de la población a través de la *prevención* de la enfermedad y *protección y promoción de la salud* de la población y sus *determinantes*, además de participar en la recuperación y el cuidado de las personas con problemas de salud. Conceptualmente se pueden definir de la siguiente manera, si bien las delimitaciones a veces pueden no ser claras y sus efectos se solapan:

La **protección** de la salud, según la LGSP, es «*el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos, puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población*». Se relaciona comúnmente con la sanidad ambiental (se puede consultar una revisión sobre salud ambiental y salud mental (Ordóñez-Iriarte, 2020) incluida en el último informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)), con la salud laboral, la seguridad alimentaria o la sanidad exterior. En los últimos años está creciendo en importancia el concepto «One health» para operar en un marco de *seguridad sanitaria*, que parte del reconocimiento de que la salud humana, la animal y la del medio ambiente son interdependientes y están vinculadas a los ecosistemas en los cuales coexisten (One Health EJP, 2018). En otros contextos, otros enfoques ecosistémicos están resurgiendo en una perspectiva más integral de la protección de la salud (Betancourt *et al.*, 2016).

La **prevención** consiste en la reducción, eliminación o minimización del impacto de la enfermedad y su discapacidad en la población. Se definen diferentes niveles de prevención. La prevención **primaria** trata de evitar la aparición de enfermedades y disminuir la incidencia de los problemas de salud. Esto se realiza a través de estrategias preventivas que pueden ser de alto riesgo o poblacionales, como veremos en el capítulo 3. Ejemplos clásicos serían los programas de vacunación o la ley antitabaco para la prevención de cáncer de pulmón; también podría serlo una vacuna contra el «virus de la opulencia» para la reducción de la incidencia de problemas de salud mental (Miranda-Ruche, 2018). La prevención **secundaria** trata de evitar o retrasar la evolución del problema de salud mediante su detección temprana. Por ejemplo, los cribados poblacionales de cáncer de mama, colorrectal o cérvix, o, en la consulta, estar alerta ante señales de maltrato infantil, para su identificación precoz (Buitrago Ramírez *et al.*, 2018). La prevención **terciaria** se refiere a la recuperación o minimización

del impacto una vez establecida la enfermedad, y desde lo sanitario se desarrolla en gran parte por la actividad asistencial, abordándose de manera colectiva su planificación y gestión, y gran parte de los cuidados. Por último, se denomina prevención **cuaternaria** a la que trata de prevenir los daños producidos por la intervención sanitaria; por ejemplo, se puede citar el proyecto «Compromiso por la calidad de las sociedades científicas en España» (Ministerio de Sanidad, 2018), que identifica recomendaciones para dejar de hacer prácticas no efectivas, o el Proyecto «Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud» (2019), que busca conocer los beneficios o riesgos de la exposición a los servicios sanitarios según tu lugar de residencia.

La **promoción de la salud** se ha definido como el proceso que permite a las personas tener más control sobre su salud para mejorarla, mediante el aumento de las habilidades y capacidades de las personas, y la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en la salud y bienestar (OPS/OMS, 2019). Es en este plano en el que se incorpora la perspectiva de la salud positiva, en el que se propone trabajar desde la salutogénesis y con modelos de activos para la salud pública, e integrando conceptos como participación, equidad, orientación a los determinantes sociales y salud en todas las políticas (Cofiño *et al.*, 2016). La promoción de la salud mental se puede desarrollar a través de diferentes estrategias, por ejemplo desde políticas que fomenten la cohesión social y la equidad (Miranda-Ruche, 2018), hasta programas de educación para la salud (que es una herramienta de alfabetización sanitaria, no solo de la promoción, sino de la prevención (Casañas *et al.*, 2020) y cuidado en la enfermedad) (Pérez-Jarauta *et al.*, 2006).

Las actividades de la salud pública se pueden ejercer en diferentes **ámbitos** (comunitario, asistencial, administración sanitaria, académico, político, intersectorial) y **niveles** (locales, intermedios, internacionales, globales). En este libro en algunas ocasiones se tratará la salud pública como la disciplina que ejercen las y los profesionales específicos en las instituciones de salud pública, y en otras se referirá al enfoque de comprensión de la salud en su dimensión colectiva y social y a la acción conjunta de mejora y cuidado del bienestar de la población o de la comunidad, desarrollada desde los servicios sanitarios, desde las comunidades, o desde sectores no sanitarios que tienen efecto sobre la salud.

Dicho esto, dedicamos ahora los siguientes párrafos a desglosar la historia de B para repasar algunas de las funciones de la salud pública. Fijémonos en cómo la profesional de la historia (salubrista ¿de cabecera? a partir de ahora) conoce a B: a través de una notificación de enfermedad de declaración obligatoria. Esta es una de las maneras que tenemos de «diagnosticar» en salud pública. Para que nos entendamos, la salud pública «estudia», «diagnostica» y «trata» (y «previene»), como otra rama sanitaria,

pero en el ámbito poblacional. Al igual que a B se le haría una anamnesis y exploración física para llegar al diagnóstico de tuberculosis primero, y cáncer finalmente, en salud pública disponemos de varias herramientas para producir conocimiento sobre los problemas de salud de las poblaciones: vigilancia epidemiológica, registros poblacionales de enfermedades, registros de condiciones de vida, encuestas de salud, grupos focales, etc. Tres son las funciones esenciales de la salud pública derivadas de esto: la monitorización y evaluación del estado de salud, la vigilancia epidemiológica en salud pública, y la producción de conocimiento científico y su integración al proceso de formulación de acciones en salud (OPS, 2020). En el capítulo 12 ¿Qué le pasa a mi población? Sistemas de información y vigilancia en la salud pública, nos detendremos en los sistemas de información y vigilancia en salud mental.

La epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los fenómenos relacionados con la salud y su aplicación al control de problemas de salud y promoción de la salud (Coggon *et al.*, 2011; Royo, 2009). Nos permite conocer cómo se distribuye una enfermedad en las poblaciones, a quiénes afecta más, de qué maneras, qué estrategias desenvuelven las personas y la efectividad y equidad de la respuesta de las instituciones responsables. Nos permite conocer, por ejemplo, que la incidencia de tuberculosis en nuestro estado tiene una tendencia descendente pero aún enferman más de 4000 personas cada año, y que se relaciona con el hacinamiento o la migración de países con mayor prevalencia (Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis, 2019); o que la prevalencia registrada de problemas de salud mental en atención primaria es del 30% en mujeres y del 24% en hombres (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Y no solo nos interesa describir las enfermedades. A través de esta y otras herramientas, nos interesa explorar el bienestar de la población, comprender la manera de enfermar de una sociedad según su contexto histórico-político, cómo son los procesos de salud y enfermedad desde lo social y ecosistémico. La salud pública nos ayuda a plantear preguntas del tipo: ¿Habría llegado a morir B de un cáncer tan avanzado si tuviéramos otras políticas migratorias y de empleo? ¿La soledad que sentía B tiene que ver con el peso que da el sistema a los cuidados? ¿Qué tipo de problemas de salud mental produce la sociedad en la que nos encontramos? ¿Cuáles fueron los activos que contribuyeron a mejorar la calidad de vida de B?

En relación a que la salud pública pueda realmente plantearse y responder de manera satisfactoria estas preguntas, hay tres comentarios sobre la producción actual de conocimiento en salud pública que nos gustaría señalar, especialmente relevantes para la salud mental. Uno, la epidemiología en la que nos movemos se inserta en un paradigma positivista con un claro predominio del uso de herramientas cuantitativas, del método epidemiológico-estadístico. En este sentido, nos parece importante seguir

fomentando la integración de abordajes cualitativos y otras epistemologías que puedan explorar más adecuadamente la complejidad y subjetividad de los fenómenos de salud (Colectivo Silesia, 2017a; Popay, 2003), y no solo en el campo de la promoción (si bien esto ya se lleva haciendo mucho tiempo en algunos ámbitos y contribuyendo desde ahí a esa salud pública en el sentido más general, más aún en el campo de la salud mental (Martínez-Hernández & Correa-Urquiza, 2017; Primera Vocal, 2011; Vinyals Rojas & Eiroa-Orosa, 2017)). Dos, la necesidad de un matrimonio más duradero entre lo académico y la intervención, que se refiere no solo a mejorar la traslación del conocimiento, sino desde dónde se produce ese conocimiento y cómo de ligado se encuentra a la acción, y que tiene que ver con las orientaciones de la carrera investigadora y con las limitaciones para la investigación desde el campo y con la población (Hernández-Aguado *et al.*, 2019). Y tres, la producción de conocimiento en salud pública tiene consecuencias políticas; tenemos que dejar de pensar de una vez que los sistemas de información y de investigación son objetivos y neutrales, ser conscientes de dónde nos posicionamos, y asumir que quizás lo militante es un asunto de responsabilidad profesional (Colectivo Silesia, 2017b; Hernández-Aguado *et al.*, 2019).

Bien, toda la información en salud pública debe guiar las intervenciones y la evaluación sistemática de sus resultados. En nuestra historia, ¿qué hacemos entonces con todo este conocimiento?

La salubrista de la historia es una epidemióloga de campo (Martínez Navarro, 2020): su función es conocer y mejorar la salud de la población de varios distritos de la ciudad de Madrid. Además de recoger la información de B relacionada con la infección y enfermedad de tuberculosis y con el contexto, realizar la investigación epidemiológica, ordenó las medidas necesarias para frenar la transmisión alrededor de B y prevenir un brote en el área. En esta cadena también participan profesionales de los servicios asistenciales, especialmente de atención primaria. Una de las funciones más establecidas de la salud pública es la *prevención y control de las enfermedades*, en este caso *transmisibles*, de los brotes y epidemias, y la *gestión de alertas sanitarias*, como todo el mundo sabe a estas alturas de la pandemia por coronavirus, y tiene unas características específicas. No era pertinente incluir un capítulo sobre esto, pero no podíamos dejar de mencionar esta tarea aquí, ya que es una de las partes de la salud pública más desarrolladas, a la que se destina una gran parte de los recursos, sobre todo si tenemos en cuenta la vacunación (Casino Fernández *et al.*, 2017; DG Presupuestos, 2021). También se incluirían aquí todas las acciones de control de la infección en el ámbito sanitario (sobre todo desarrolladas por la medicina preventiva hospitalaria).

El tratamiento que han recibido las enfermedades transmisibles en la historia de la salud pública ha sido diferente según el enfoque más biomédico o más social, y las acciones derivadas han sido diferentes, como

se verá en el capítulo 2. Las enfermedades transmisibles, como cualquier otra, también tienen determinantes sociales, también deben ser comprendidas y abordadas desde un marco social y ecosistémico. Como recuerdan otros autores, la epidemiología de campo debe «avanzar corriente arriba» en la investigación y control de los brotes, debe ser una epidemiología social (Segura del Pozo, 2006). Sin embargo en nuestra historia, más allá del tratamiento directamente observado, la salubrista, a pesar de reconocer las condiciones de vida de B y de la población de su distrito, se encontrará muy limitada para iniciar acciones de sostén o de transformación en coordinación con otros recursos de la zona, acciones propositivas que permitan reducir la incidencia de tuberculosis en la zona a través de favorecer ecosistemas favorables al bienestar de la población. Como dice un reciente informe de SESPAS, *«la labor técnica de la vigilancia en salud pública se circunscribe hoy por hoy a labores descriptivas y de desarrollo metodológico, pero se necesita ir un paso más allá e integrar las reflexiones conceptuales de «por qué, para qué y para quiénes» se quieren los datos, avanzando en el reto de cambiar la «mirada biomédica» a una mirada centrada en los determinantes sociales de la salud»* (2021, p. 39).

Pero B finalmente fue diagnosticada de una enfermedad no transmisible. En la región europea, el 86% de las defunciones y el 77% de la carga de enfermedad se corresponde con cinco condiciones de salud no transmisibles, los tumores malignos, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades crónicas respiratorias, la diabetes mellitus y los trastornos mentales (WHO Europe, 2020); todas ellas tienen unos determinantes comunes. La salud pública se ocupa igualmente de su prevención y control en la población, a través de políticas de salud y programas de prevención y promoción como los citados al inicio. Sin embargo, muchos de los aspectos de los servicios de salud pública actuales siguen aún en transición de un modelo basado en el control de las enfermedades transmisibles al abordaje del conjunto de los problemas de salud y del bienestar, como el actual sistema de vigilancia epidemiológica y los servicios de epidemiología de las comunidades autónomas. Es común escuchar referirse a algunas enfermedades transmisibles como «enfermedades de salud pública», incluso desde las propias instituciones de salud pública; es una muestra más de que en el imaginario colectivo a los profesionales de la salud pública sobre todo se les espera para controlar las enfermedades infecciosas (sin sus determinantes).

Las intervenciones salubristas a nivel más local se complementan con la participación en la formulación e implementación de *políticas de salud* a nivel meso y macro. Por otro lado, una gran parte de las actividades de salud pública institucionales se organizan en *programas y planes estratégicos*, que definen los enfoques, marcan las prioridades, articulan los actores, en definitiva establecen una hoja de ruta que guíe las acciones en cada territorio y en cada nivel. La Administración Pública es la encargada de su

elaboración, implementación y evaluación, junto a los actores implicados; profundizaremos en la revisión de las instituciones que ejercen la Salud Pública en el capítulo 11, Instituciones para la acción en Salud mental. En la historia de B, por ejemplo, las acciones llevadas a cabo por las profesionales están recogidas a nivel estatal en el «Plan de control y prevención de la tuberculosis en España», que recoge las medidas específicas para el control desde el ámbito sanitario y las medidas de coordinación con otros sectores como el laboral, el social o el de migraciones. También a nivel estatal, en el ámbito de la salud mental es conocida la reciente aprobación de la nueva Estrategia de Salud Mental. El proceso de elaboración de los programas y planes de salud son útiles para crear consensos sociales, reflexionar y organizarse, y constituyen un ejercicio de compromiso de la institución con sus profesionales y con la población; sin embargo en estos planes también se ponen en juego los diferentes enfoques en torno a la salud y a veces pueden dificultar el desarrollo de una visión de salud pública y comunitaria integral (Minué-Lorenzo & Fernández-Aguilar, 2018; Segura del Pozo, 2017).

Lo que más llama la atención de la historia de B son las condiciones de vida en las que se encuentra y la dificultad para abordarlas desde lo profesional y lo comunitario. Repetidamente se explicará a lo largo del libro el marco de los determinantes sociales de la salud (mental) y las desigualdades sociales en salud, de manera específica en el capítulo 4. Una función fundamental de la salud pública es *coordinar con otros niveles y sectores una atención integral* a la salud y sus determinantes, y *fomentar las intervenciones y políticas de otros sectores* que tengan un impacto positivo sobre la salud, sus determinantes y la *reducción de las desigualdades en salud* (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2015). Esto debe realizarse en todos los niveles, desde el más local, en el que puede pasar por ejemplo por trabajar conjuntamente con la concejalía de vivienda, servicios sociales y movimientos sociales para garantizar un hogar adecuado para todas las personas en tu área de salud (¿cuánto puede mejorar esto la salud mental de la población de tu distrito?!) (Ruiz Peralta, 2014; Ubrich, 2018). Pero no puede ser algo que dependa del voluntarismo de las profesionales de turno; es necesario desarrollar estructuras formales, como por ejemplo el Pla dels Barris de Barcelona (Ajuntament de Barcelona, 2022), que está mostrando mejorar la salud de los barrios más desfavorecidos, pudiendo reducir inequidades en salud en la ciudad a través de acciones intersectoriales a nivel comunitario (Daban *et al.*, 2021). El capítulo 6, Ciudades, barrios y salud mental, revisa la evidencia epidemiológica disponible sobre los barrios, ciudades y las desigualdades en salud mental. En un nivel más macro, el marco de «Salud en todas las políticas» hace referencia a un enfoque de formulación de las políticas de todos los sectores teniendo en cuenta de manera sistemática las implicaciones en salud y en equidad en salud. En España este

enfoque se impulsó en 2008 con la creación de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que elaboró un informe muy completo con recomendaciones sobre las políticas intersectoriales (2015). Aún queda por avanzar en la materialización de estructuras o sistemáticas de acción en los órganos de decisión (Artazcoz, 2010), pero hay desarrollos muy interesantes en algunas comunidades autónomas (Borrell *et al.*, 2020; Departamento de Salud, Gobierno Vasco, 2017; DG de Salud Pública, 2019). Una de las herramientas más utilizadas es la Evaluación de impacto en salud y en equidad en salud de las políticas públicas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011). Por último, el enfoque de salud pública también puede ayudar a *promover cambios sociales hacia macroestructuras que produzcan sociedades más igualitarias*; actuando directamente sobre las estructuras que oprimen y crean los ejes de inequidad, y contribuyendo a crear otras formas de organización más sostenibles social y ambientalmente.

Somos conscientes de la frustración que puede generar adoptar el marco de determinantes sociales y desigualdades sociales en salud en la práctica profesional. El capítulo 13, ¿Y ahora qué? Acción e incidencia política de profesionales en salud (mental), tratará la *abogacía en salud y equidad*, profundizando en las posibilidades que tenemos como profesionales sanitarios para abordar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sociales.

Las aportaciones de la salud pública en el sistema sanitario también tienen que ver con la macrogestión, con la planificación sanitaria, y con garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales y a las intervenciones que promueven la salud (Segura Benedicto, 2004). El diagnóstico final de B fue un cáncer diseminado que acabó con su vida en poco tiempo, y se señala el hecho de que retrasó la demanda de atención sanitaria por la necesidad de seguir sobreviviendo. Existe amplia evidencia sobre las desigualdades en las necesidades de atención y su cobertura, en los cuidados informales de los problemas de salud, en el acceso y calidad de la atención sanitaria, y las debidas a costes de la atención para el usuario, como recoge el informe de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2015, pp. 81-88) y otras revisiones más recientes (Urbanos-Garrido, 2016). La salud pública debe velar por que el sistema sanitario no cause más desigualdad, promoviendo el diseño, instauración y evaluación de los objetivos de equidad en el desempeño y utilización de los servicios de salud y en las políticas públicas. Un ejemplo clásico pero muy de actualidad es la legislación sobre el derecho a la atención sanitaria pública: desde un enfoque de salud pública es básico garantizar una cobertura universal de los servicios de salud a toda la población, y esto debería materializarse en la redacción de la futura Ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del SNS, tal y como se ha exigido desde organizaciones profesionales y civiles (REDER, 2022).

Como vemos en la historia de B, no solo son las profesionales sanitarias o de otros sectores las personas que realizan las funciones de la salud pública. La sociedad organizada protege, previene y promueve la salud, y en ella recae la mayor parte de los cuidados tras la enfermedad. Es obligación de los circuitos profesionales aceptar y fomentar la participación real de la sociedad en las acciones de salud pública, en todos los niveles, así como apoyar y promover la movilización social en el cuidado de la salud colectiva (Fernández & Serra, 2020). En el campo de la salud mental, la movilización de los colectivos en primera persona para el cuidado grupal y la participación en la construcción de otro modelo de atención es un buen ejemplo de ello, y de las idas y venidas de la interacción con lo profesional, como veremos en el capítulo 14. Para tu tranquilidad, nos toca. Por otro lado, el capítulo 7, Soberanías en el territorio: el poder en los barrios, desarrolla un análisis crítico sobre la participación y poder desde los barrios, para introducir el municipalismo como movimiento emancipador y compartir varias propuestas para la soberanía de los territorios.

Este aspecto suele ser más evidente y desarrollado en el ámbito más cercano al terreno. Desde los servicios de salud pública, atención primaria y salud mental se muestra un interés creciente por la *salud comunitaria* o, como se ha referido de manera más precisa, por la *acción comunitaria* (Sobrino Armas *et al.*, 2018). La salud pública y la comunitaria pueden considerarse parte de la misma orientación colectiva y social de la salud, pero la acción comunitaria tiene un amplio desarrollo histórico específico, con marcos, herramientas y conceptos y herramientas propios (como activos en salud y salutogénesis, el trabajo situado en lo cotidiano y el territorio, dinamización y procesos relacionales, participación comunitaria...) y delimitada por una comunidad concreta. El capítulo 5, Salud comunitaria, cuidados, identidades y participación, se centrará en abordar qué es esto de la comunitaria, y a lo largo de todo el libro se dará un enfoque comunitario a varios de los temas tratados. Porque, como se ha sugerido, la nueva salud pública será comunitaria o no será (Cofiño *et al.*, 2016).

Como comentábamos al inicio y se describirá en el capítulo 2, la salud pública se ha definido de diferentes maneras según el contexto histórico y geográfico. En nuestro mismo entorno existen diferentes maneras de entenderla, como se puede comprobar al trabajar en el ámbito de la promoción de la salud, de la epidemiología de campo o la académica, de la gestión o de los servicios asistenciales. Pensamos que en la salud pública estatal, reducida a su mínima expresión (de todo el gasto público en salud, solo un 1,5% se dirige a la salud pública, incluyendo el gasto en vacunación (Trapero-Bertran & Lobo, 2021)), si bien se ha integrado el marco de los determinantes sociales de la salud (no así otros más ecosistémicos), sigue vigente un enfoque demasiado tecno-biomédico, que encaja bien con una priorización de las actividades relacionadas con la prevención (a través de los riesgos más proximales) y control de las enfermedades infecciosas

en un marco de seguridad sanitaria, y se siente más incómoda al salir de la ciencia epidemiológica y mezclarse con las características de lo social. Para entender todo esto tenemos que mirar más allá y pensar, por ejemplo, cómo ha permeado el modelo capitalista y actualmente las lógicas de mercado del neoliberalismo del siglo XXI en el cuidado de la salud colectiva. El capítulo 8, Posibilidades narrativas para una salud mental comunitaria y el video complementario, y el capítulo 10, Un análisis del dilema Ud. necesita un sindicato vs Ud. necesita un psicoterapeuta, analizan de manera crítica el sistema de salud mental desde la mirada que condiciona, ofreciendo elementos que posibilitan una transformación radical de las prácticas institucionales. Así se entenderá mejor por qué los servicios primarios (como los de salud mental) trabajan desde lo asistencial individual y de una manera tan compartimentalizada, por qué la promoción de la salud se ha centrado en las intervenciones sobre los estilos de vida individuales, por qué se ha dejado un espacio tan reducido a actuar sobre las desigualdades sociales, o por qué es aún tan limitada una verdadera coordinación entre los servicios más cercanos a la población y con la comunidad, ni hay acción intersectorial sistemática en los diferentes niveles. Se reflexionará sobre cómo las salubristas de las historias de B y otras tantas podrían haber colaborado en «hacerse cargo» de las necesidades de B sin la sensación de que «no era su tarea» (voluntarismo) o de «no llegar». Aunque solo fuera porque estuvieran engranadas dentro de un sistema que se coordina y da respuesta a la necesidad (desde los múltiples lugares en los que se debe proporcionar esta respuesta).

En este sentido, pensando en la función social de la salud pública, señalamos que, según desde dónde y cómo se haga, puede posibilitar o limitar distintas funciones: puede constituir un instrumento de gobierno que regula, normativiza y sujeta las poblaciones; o puede ser un instrumento de emancipación de las comunidades que visibiliza y actúa sobre las condiciones de vida y las desigualdades sociales en salud (Segura del Pozo, 2016). No es lo mismo intentar controlar un brote de tuberculosis en el distrito de B mediante la recogida de información para engrosar las estadísticas estatales, el establecimiento de cuarentenas y consejos individuales para frenar la transmisión, que intentar controlarlo visibilizando y modificando las condiciones sociales y ambientales y estructuras de desigualdad que provocan y mantienen los brotes de tuberculosis en el distrito, y trabajando conjunto con la comunidad en el sostén de los cuidados, con un objetivo final de transformación social hacia el bienestar y la equidad.

Muchas son las voces que han realizado críticas a diferentes aspectos del sistema de salud pública que tenemos, proponiendo algunos elementos para un desarrollo verdadero que permita cumplir sus funciones: dotación de una estructura organizativa anclada a la realidad de los barrios y municipios, gobernanza participativa, coordinación con los servicios sanitarios primarios, intersectorial e interdisciplinar, reforzar las estructuras

organizativas que favorezcan la aplicación práctica del principio de salud en todas las políticas, orientación comunitaria, interacción efectiva entre la investigación académica y la acción de campo y política (AMaSaP, 2019; Cofiño *et al.*, 2016; Hernández & Segura, 2020; Hernández-Aguado *et al.*, 2021; SESPAS, 2021). Veremos si el impacto de la pandemia por coronavirus y el desarrollo inminente de un Centro Estatal de Salud Pública (Secretaría de Estado de Sanidad, 2021) y de una Red de vigilancia integral en salud pública ayudan a avanzar y en qué sentido (Hernández-Aguado *et al.*, 2021; SESPAS, 2021), y en concreto cómo aprovecharemos este impulso de la salud pública y la salud mental. En cuanto a la salud pública en general, estimula reconocer a todo un cuerpo de profesionales sanitarios y de otros sectores, así como movimientos sociales, colectivos y la sociedad civil en su conjunto, que llevan trabajando desde hace mucho tiempo por el cuidado de la salud con un enfoque más comunitario y colectivo, y luchando contra las estructuras de opresión de las personas y la naturaleza. Esperamos en este libro acercar algunas de estas voces para seguir construyendo juntas una salud pública emancipadora.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuntament de Barcelona. (2022). *Pla de Barris de l'Ajuntament de Barcelona: Pla de xoc vers les desigualtat dins la ciutat*. <https://www.pladebarris.barcelona/ca/inici>
- AMaSaP. (2019). Diez propuestas de salud pública para la Comunidad de Madrid AMaSaP 2019-2023. *Asociación Madrileña de Salud Pública*. <https://www.amasap.es/diez-propuestas-de-salud-publica-para-la-comunidad-de-madrid-amasap-2019-2023/>
- Artazcoz, L.; Oliva, J.; Escribà-Agüir, V. & Zurriaga, O. (2010). La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24 (S1), 1-6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-la-salud-todas-politicas-un-articulo-S0213911110002633>
- Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. (2019). *Variaciones en la Práctica Médica*. <https://www.atlasvpm.org/>
- Betancourt, O.; Mertens, F. & Parra, M. (2016). *Enfoques ecosistémicos en salud y ambiente*. Ediciones Abya-Yala, COPEH-LAC.
- Borrell, C.; Pasarín, M. I.; Díez, E.; Pérez, K.; Malmusi, D.; Pérez, G. & Artazcoz, L. (2020). Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 34 (1), 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.004>
- Buitrago Ramírez, F.; Ciurana Misol, R.; Chocrón Bentata, L.; Fernández Alonso, M. del Carmen; García Campayo, J.; Montón Franco, C. & Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención Primaria*, 50 (S1), 83-108. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
- Casañas, R., Mas-Expósito, L., Teixidó, M. & Lalucat-Jo, L. (2020). Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (S1), 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>

- Casino Fernández, G.; Horstmann Sendagorta, L. & Juste Lanza, P. (2017). *Las vacunas en España. Situación actual y perspectivas de futuro*. Deloitte. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/es/Documents/sanidad/Deloitte-ES-sanidad-estudio- vacunas-2017.pdf>
- Cofiño, R.; Aviño, D.; Benedé, C. B.; Botello, B.; Cubillo, J.; Morgan, A.; Paredes-Carbonell, J. J. & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Coggon, D.; Rose, G. & Barker, D. (2011). *Epidemiology for the uninitiated*. The BMJ. <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/epidemiology-uninitiated>
- Colectivo Silesia. (2017a). *Curso de investigación cualitativa*. <https://colectivosilesia.net/curso-investigacion-cualitativa/>
- (2017b). Investigación militante y otros modos de estudiar la realidad. *Colectivo Silesia*. <https://colectivosilesia.net/curso-investigacion-cualitativa/investigacion-militante-otros-modos-estudiar-la-realidad/>
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Daban, F.; Pasarín, M. I.; Borrell, C.; Artazcoz, L.; Pérez, A.; Fernández, A.; Porthé, V. & Díez, E. (2021). Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gaceta Sanitaria*, 35 (3), 282-288. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.007>
- Departamento de Salud, Gobierno Vasco. (2017). *Salud en todas las políticas*. <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/salud-todas-las-politicas/inicio/>
- DG de Salud Pública. (2019). *Servicio de Salud en Todas las Políticas*. Gobierno de Aragón. <https://www.aragon.es/organismos/departamento-de-sanidad/direccion-general-de-salud-publica/servicio-de-salud-en-todas-las-politicas>
- DG Presupuestos. (2021). *Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid 2022. Consejería de Sanidad. Memoria Sección 17*. Consejería de Economía, Hacienda y Empleo. <http://www.madrid.org/presupuestos/attachments/category/62/2022-presupuesto-libro-15-sanidad.pdf>
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2011). *La Evaluación de Impacto en salud*. crEIS. <http://www.creis.es/sobre-la-eis/la-evaluacion-del-impacto-en-salud.html>
- Fernández, A. & Serra, L. (2020). Vida comunitaria para todas: Salud mental, participación y autonomía. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (S1), 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.08.001>
- Grupo de trabajo Plan Prevención y Control de la Tuberculosis. (2019). *Plan para la prevención y control de la tuberculosis en España*. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Hernández, I. & Segura, A. (2020, junio 19). La salud pública en España, radiografía de situación tras la COVID-19. *Blog Economía y Salud*. <https://www.aes.es/blog/2020/06/19/la-salud-publica-en-espana-radiografia-de-situacion-tras-la-covid-19/>

- Hernández-Aguado, I.; Chilet-Rosell, E.; Hernández-Aguado, I. & Chilet-Rosell, E. (2019). Investigación en salud pública: Independencia y libertad académica. *Revista de Bioética y Derecho*, 45, 59-71. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872019000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hernández-Aguado, I.; García, A. M.; Hernández-Aguado, I. & García, A. M. (2021). ¿Será mejor la salud pública tras la COVID-19? *Gaceta Sanitaria*, 35(1), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.004>
- Ley 33 de 2011. General de Salud Pública. 6 de octubre de 2011. BOE N.º 240.
- Martínez Navarro, F. (2020, mayo 4). Epidemiología de campo. Una práctica fundamental de la salud pública. *elDiario.es*. https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/epidemiologia-campo-practica-fundamental-publica_132_5956377.html
- Martínez-Hernández, A. & Correa-Urquiza, M. (2017). Un saber menos dado: Nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud colectiva*, 13 (2), 267-278. <https://www.redalyc.org/journal/731/73152115009/html/>
- Ministerio de Sanidad. (2018). *Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssec.htm
- Minué-Lorenzo, S. & Fernández-Aguilar, C. (2018). Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Atención Primaria*, 50 (2), 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
- Miranda-Ruche, X. (2018). Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: Pobreza, desigualdad y cohesión social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8 (14), 108-124. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6377>
- One Health EJP. (2018). The One Health European Joint Programme. <https://onehealthj.eu/about/>
- OPS/OMS. (2019). *Promoción de la Salud*. <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Ordóñez-Iriarte, J. M. (2020). Salud mental y salud ambiental. Una visión prospectiva. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34 (S1), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.007>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*.
- Padilla, J. (2020). Ideología y salud pública: La influencia determinante de las miradas. En Padilla, J. & López, V. (Coords.), *Salubrismo o barbarie* (pp. 59-68). Atrapasueños.
- Pérez-Jarauta, M.; Echauri, M. & Ancizu, E. (2006). *Manual de educación para la salud*. Instituto de Salud Pública, Gobierno de Navarra.
- Popay, J. (2003). Qualitative research and the epidemiological imagination: A vital relationship. *Gaceta Sanitaria*, 17 (Suppl 3), 58-63. <https://doi.org/10.1157/13057793>
- Primera Vocal. (2011). *Archivo de materiales sobre salud mental y crítica del capitalismo*. <https://primeravocal.org/>
- REDER (2022, abril 7). *Más de 300 organizaciones y colectivos hemos firmado un manifiesto para reclamar que haya cobertura sanitaria universal en la nueva ley que prepara el Gobierno*. Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012. <https://www.reder162012.org/manifiesto-sanidad-universal/>
- Royo, M. (2009). *Método epidemiológico*. ENS-Instituto de Salud Carlos III.

- Ruiz Peralta, E. (2014, enero 16). *Desahuciar, Desalojar, Ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en Medicina*. https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2014/02/desahuciar-desalojar-ejecutar_resumen.pdf
- Secretaría de Estado de Sanidad. (2021). *Consulta pública previa. Anteproyecto de Ley de creación del Centro Estatal de Salud Pública*. Ministerio de Sanidad. https://www.mschs.gob.es/normativa/docs/Ficha_consulta_publica_CESP.pdf
- Segura Benedicto, A. (2004). Concepto, competencias y tareas de la salud pública hoy. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 2(2), 169-181. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-concepto-competencias-tareas-salud-publica-13063425>
- Segura del Pozo, J. (2006). Epidemiología de campo y epidemiología social. *Gaceta Sanitaria*, 20 (2), 153-158. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112006000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- (2016, diciembre 3). La Medicina Social y su función Biopolítica. *Salud Pública y otras dudas*. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2016/12/03/la-medicina-social-y-su-funcion-biopolitica/>
- (2017, marzo 6). Crítica a la estratificación de los pacientes crónicos. *Salud Pública y otras dudas*. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2017/03/06/critica-a-la-es-tratificacion-de-los-pacientes-chronicos/>
- SESPAS. (2021). *Informe sobre la Agencia Estatal de Salud Pública. Propuestas de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para su diseño y funcionamiento*. https://sespas.es/wp-content/uploads/2021/10/Informe-SESPAS-sobre-la-futura-Agencia-Estatal-de-Salud-Publica-07_10_2021.pdf
- Sobrino Armas, C.; Hernán García, M. & Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32 (S1), 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Trapero-Bertran, M. & Lobo, F. (2021). El gasto público en servicios de prevención y salud pública en España antes de la COVID-19. Los datos nacionales. *Cuadernos de Información Económica*, 280. <https://www.funcas.es/articulos/el-gasto-publico-en-servicios-de-prevencion-y-salud-publica-en-espana-antes-de-la-covid-19-los-datos-nacionales/>
- Ubrich, T. (2018). *Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud pública*. Provienda. <https://www.euskadi.eus/noticia/2021/el-derecho-a-la-vivienda-como-asunto-de-salud-publica/web01-sedeep/es/>
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>
- Vinyals Rojas, E. & Eiroa-Orosa, F. (2017). Formación en salud mental en primera persona: De las experiencias personales al empoderamiento colectivo y la transformación del sistema. *Atopos*, 18, 61-73.
- WHO Europe. (2020). *Noncommunicable diseases*. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases>

CAPÍTULO 2

SALUD Y DESIGUALDADES EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Raquel Huertas García Alejo

INTRODUCCIÓN

En el epílogo del libro colectivo *Salubrismo o barbarie*, Alberto Fernández Ajuria (2017, p. 344) señala, como una sugerencia de futuro, el interés de abordar la historia del salubrismo ya que «podría ser útil para saber de dónde venimos, entender mejor dónde estamos, y quizás aportar elementos que nos guíen hacia el futuro». El mismo argumento, hasta con las mismas palabras, era formulado por Henry E. Sigerist (1951), hace nada menos que setenta años, cuando afirmaba que «La historia de la medicina nos enseña de dónde venimos, en donde nos encontramos en medicina en este momento y hacia dónde nos dirigimos. Es la brújula que nos guía hacia el futuro» (p. 31).

Vemos, pues, cómo pensar la salud en perspectiva histórica sigue siendo sugerido y reclamado como una necesidad epistemológica que contribuya a entender los contextos en los que los saberes y las prácticas sanitarias se desarrollan.

Como es sabido, existe una amplia tradición historiográfica que viene interesándose desde hace años por la historia social y cultural de la salud. En la primera mitad del siglo XX, autores como Henry E. Sigerist (1937) o George Rosen (1943; 1958; 1968) renovaron la manera de acercarse a la historia de la medicina superando las orientaciones filológicas y estáticas hasta entonces vigentes y relacionando la salud, la enfermedad y el ejercicio de las profesiones sanitarias con la realidad social de cada momento histórico. Con posterioridad, y siguiendo en parte la estela de estas primeras aportaciones, han sido muchos los trabajos de epidemiología histórica o de historia de los modelos de atención y administración sanitaria que han ido conformando un *corpus* de conocimiento historiográfico. Con marcos teóricos cambiantes y con novedades metodológicas de mayor o menor calado, se ha demostrado que el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado tiene una dimensión sociocultural e histórica innegable, aunque con frecuencia se obvie o se ignore. Por eso la demanda de abordar la historia del salubrismo no ha perdido actualidad y por eso es tan importante que la historia de la salud deje de ser una actividad académica más o menos

elitista para impregnar el pensamiento salubrista e integrarse en el ámbito de la epidemiología (social) y de la salud colectiva.

Precisamente en un reciente editorial de la revista argentina *Salud Colectiva* se planteaba si la incorporación de la mirada histórica al campo de la salud debía limitarse a una reconstrucción del pasado o a discutir con el presente (Zabala *et al.*, 2020). La respuesta me parece obvia. Cuando Karl Marx se dispuso a analizar, en términos de lucha de clases, la formación de la sociedad capitalista, percibió la necesidad, a la vez teórica y política, de desentrañar los mecanismos que hicieron posible su proceso de constitución. Desde entonces una historia en y para el presente inspirada en el materialismo histórico ha ido enriqueciéndose y dotándose de categorías de análisis diversas. Una historia en el presente que adopte un método genealógico en su enfoque, analizando la relación entre los elementos de innovación y los heredados; anti-normativo y desmitificador en su intención, sacando a la luz sus contradicciones y las estructuras semiocultas bajo aparentes discursos de modernidad; y práctico por sus efectos, es decir, que contribuya con capacidad crítica a procesos de investigación-acción. Siguiendo este marco teórico me propongo, en las páginas que siguen, revisar y profundizar en algunas de las líneas maestras que marcaron el comienzo y posterior desarrollo de los discursos y prácticas que han relacionado el proceso salud-enfermedad con la organización socio-económica y el muy distinto papel que la medicina –y sus saberes afines– pueden desempeñar como elementos de regulación social.

ENFERMEDAD E INDUSTRIALIZACIÓN

El concepto de «enfermedad social» no está presente en el inicio de la reflexión racional sobre la naturaleza del enfermar, sino que se ha desarrollado en los tres últimos siglos al formar parte de una cultura industrial y urbana, rápidamente relacionada con la aparición de nuevas patologías que, con un condicionamiento socio-económico evidente, surgieron como consecuencia de los cambios que en el proceso productivo había introducido la Revolución Industrial. En este sentido, entendemos como enfermedad social «aquella cuya causa tiene su origen en la propia organización de la comunidad y, más concretamente, puesto que así se desprende de su gestación histórica, de la desigualdad social» (Rodríguez Ocaña, 1987, p. 341).

Dos son, a mi juicio, los puntos de partida fundamentales que permiten identificar relaciones directas entre condiciones sociales y enfermedad. Por un lado, la aparición de toda una nueva patología laboral derivada de condiciones de trabajo antihigiénicas o inseguras; por otro, la constatación estadística de una diferente morbi-mortalidad por clase social.

Existen, sin duda, notables antecedentes que merece la pena señalar. Por ejemplo, las aportaciones de Johann Peter Frank (1790), autor de *La*

miseria del pueblo: madre de las enfermedades y considerado por muchos el «padre de la salud pública» (Lesky, 1984), aun cuando su propuesta de policía médica surge en el marco político y social del estado prusiano absolutista y mercantilista de los siglos XVII y XVIII (Rosen, 1953). Asimismo, Bernardino Ramazzini, en su *Tratado de las enfermedades de los artesanos* (1700), describe los efectos nocivos de determinados oficios, pero además podemos encontrar en su obra una conciencia del significado económico de la salud, una mentalidad preventiva y una diferenciación etiológica entre enfermedades debidas al material utilizado y las causadas por el proceso de trabajo, así como la necesidad de leyes que garanticen la salud de los trabajadores (Ballester, 2014).

Con todo, en el ámbito laboral no será hasta 1831 cuando aparezca la primera reflexión crítica sobre la situación creada por la Revolución Industrial: el extenso informe de Charles Turner Thackeray titulado *The Effects of Arts, Trades and Professions and of Civic States and Habits of Living on Health and Longevity...* tiene una gran importancia histórica no solo por su carácter de obra pionera (Mathie, 2017), sino también, y sobre todo, porque introduce una intención moralizante y de intervención inmediata, ausente en planteamientos anteriores, que llegará a impregnar el discurso médico y la literatura sanitaria del siglo XIX y comienzos del XX. No podía ser de otro modo, la clásica afirmación de que el sistema capitalista tiende a hacer rendir al trabajador al máximo de sus posibilidades sin tener en cuenta sus condiciones de salud es propia del capitalismo salvaje de la primera época de la Revolución Industrial, mientras que un capitalismo más ilustrado y algo posterior en el tiempo entendió perfectamente la relación entre mano de obra «sana» y rendimiento-plusvalía. De este modo, la medicina entra de lleno en el mundo laboral contribuyendo a conseguir una fuerza de trabajo lo más sana y dócil posible, tratando las enfermedades de obreros y obreras para que puedan retornar al mercado de trabajo. El médico se convierte, de este modo, en un agente de normalización social (Huertas, 2008), el encargado de establecer lo que es salud y lo que es enfermedad. Del mismo modo que el proletariado debe renunciar a la libre disposición de su fuerza de trabajo en favor del patrón o del empresario, debe también renunciar a su soberanía corporal y confiar su cuerpo (y su mente) a la autoridad médica.

Desde entonces, la labor médica y sanitaria practicada dentro del sistema económico capitalista se convierte en un acto de regulación de la capacidad de trabajo: «La norma de trabajo impregna el juicio de los médicos como punto de referencia mucho más preciso que cualquier valor biológico o fisiológico mensurable» (Catalá, 1978, p. 85). El sector sanitario, como toda institución superestructural, sirve en última instancia, para crear o mantener las condiciones que permitan la reproducción del sistema. El concepto de rentabilidad que preside la acción sanitaria en el capitalismo se convierte así en la razón de las dificultades de acceso a la

atención que históricamente han tenido aquellos sectores de la población no productivos o con problemas para su reinserción en el mercado de trabajo, como ancianos, inválidos o «enfermos» mentales. Por eso, como ya advertía Rosen (1947) en los años centrales del siglo XX, si la historia social de la salud se ocupó en un primer momento de la nueva clase de obreros industriales y sus problemas de salud, su interés debe desplazarse, de una forma más amplia, hacia los diversos grupos sociales.

Además de las condiciones de trabajo antihigiénicas e inseguras, las clases populares se vieron amenazadas por una serie compleja de situaciones morbosas derivadas de sus condiciones de vida. Un cada vez más numeroso proletariado urbano, hacinado en los barrios periféricos de las grandes ciudades industrializadas, se encontró indefenso, en un primer momento, ante las agresiones generadas por el capitalismo del *laissez faire*. El optimismo librecambista de los dueños del capital, que creían en el desarrollo indefinido del sistema y en la posibilidad de aceptar cuanta fuerza de trabajo le fuera ofrecida, no llegó a prever las consecuencias de las crisis económicas. Crisis que afectaron de manera brutal a los suburbios de las principales ciudades. El llamado movimiento sanitarista llamó la atención sobre el aumento de la morbilidad y la mortalidad en los barrios obreros y propuso acciones concretas para intentar paliar tal situación. La importancia de dicho movimiento en la historia del salubrismo es fundamental, pero con frecuencia se tiende a considerarlo como un fenómeno más o menos uniforme cuando, en realidad, tiene muchos matices y no pocas contradicciones. En general se tiende a identificar a Villermé, Chadwick o Virchow como tres figuras muy representativas del movimiento sanitarista que pusieron de manifiesto las relaciones entre las condiciones de vida y la salud de la población. Sin embargo, conviene señalar que en sus respectivas aportaciones existen diferencias notables tanto ideológicas como de método.

EL MOVIMIENTO SANITARISTA A DEBATE

Si bien la obra más conocida e importante de Louis-René Villermé es su *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers* (1840), en la que aborda la situación en las manufacturas textiles, merece la pena indicar que diez años antes, publicó un informe sobre la mortalidad en los barrios de París (Villermé, 1830) en el que estudió las variaciones de la tasa de mortalidad en doce de sus distritos, encontrando una asociación clara entre pobreza y mortalidad. Un trabajo reciente ha tomado los datos de Villermé y los ha analizado con técnicas estadísticas modernas (estudios de correlación) que confirman los resultados del higienista francés al encontrar una correlación significativa entre mortalidad y renta media (Julia & Valleron, 2011). Sin embargo, el autor francés atribuía la pobreza a la «inmoralidad»

de la clase obrera, dejando en un segundo plano las causas económicas y sociales. Algunos autores han llamado la atención sobre el hecho de que en los estudios de Villermé se hacía hincapié en que las espantosas condiciones de la habitación obrera, con el hacinamiento familiar, darian lugar a la promiscuidad sexual y al incesto, de manera que el problema central «no era que los obreros recibieran una remuneración adecuada, sino que tenían una constitución moral inadecuada» (Sewil, 1992, p. 312). Un universo moral de corte profundamente conservador que fue compartido por la mayoría de los publicistas y analistas de la miseria obrera (Campos, 2021).

El planteamiento de Edwin Chadwick, el abogado y economista que lideró el *sanitary movement* británico, fue diferente. Fuertemente influido por el liberalismo económico y el utilitarismo de John Stuart Mill, David Ricardo o Jeremy Bentham, presentó en 1834 una Ley de Pobres (*Poor Law Amendment Act*). Esta Ley cambió radicalmente las escasas medidas de auxilio a la pobreza en Inglaterra con la supresión de la Beneficencia y de toda ayuda exterior a los necesitados con el fin de, en ausencia de dichas ayudas, obligarles a buscar trabajo. Se potenció también las ya existentes casas de trabajo (*workhouses*) donde las personas sin ningún recurso podían ir a vivir y trabajar, pero en condiciones más duras que en cualquier otro empleo.

Con el antecedente de la Ley de Pobres, Chadwick (1942) presentó su famoso informe sobre las condiciones sanitarias de la clase trabajadora en Gran Bretaña. La epidemia de cólera de 1832 y, sobre todo, la de tifus en 1837-38 que afectó al East End de Londres permitió relacionar, en el marco de la teoría miasmática, las condiciones de insalubridad ambiental (aguas estancadas, drenajes insuficientes, enterramientos sobresaturados, acumulación de basuras, etc.) con los brotes epidémicos. Un determinismo ambiental que afirmaba que las malas condiciones físicas llevaban a la degradación moral de los individuos y afectaban negativamente la estabilidad social. Llama la atención que, a diferencia de Villermé, Chadwick no consideraba la pobreza, ni el trabajo en las fábricas, causa de enfermedad, lo que le valió críticas y controversias como la mantenida con William Farr (Hamlin, 1995). Para Farr, impulsor de las estadísticas sanitarias e introductor de un sistema de registro de las causas de muerte, el hambre y la desigualdad social tenían una relación directa con la mortalidad (Whitehead, 2000).

El saneamiento y sus infraestructuras (alcantarillado, agua corriente, alejamiento de los cementerios del centro de las ciudades, gestión de los residuos urbanos, etc.), debía ser el remedio contra las enfermedades y contra la conflictividad social. Es evidente que el saneamiento ambiental desempeña un papel fundamental en la prevención de determinadas enfermedades infecciosas, pero aceptar la pobreza como causa directa de enfermedad suponía cuestionar el principio económico de la libertad de mercado y, de manera particular, reconocer el fracaso de la Ley de Pobres

que, como hemos visto, el propio Chadwick había elaborado. Se produce entonces un hábil pero engañoso giro conceptual al considerar la enfermedad como causa de pobreza y no al revés. Evitando la enfermedad mediante reformas de saneamiento urbano, habría menos personas de la clase obrera enfermas que podrían trabajar y, por tanto, evitarían la pobreza.

El movimiento sanitarista británico ha sido objeto de polémicas diversas e interpretaciones encontradas (Canales, 1994; Escudero, 2002). Chadwick ha sido presentado con frecuencia como un honesto servidor público que lideró un vigoroso movimiento de reforma que culminó en una Ley de Salud Pública (*Public Health Act*) aprobada en Gran Bretaña en 1848 (Finer, 1952). Desde una visión convencional y escasamente dialéctica, la propuesta de saneamiento de Chadwick se puede entender como la respuesta a un problema urbano que, en efecto, llegó a ser imprescindible para la supervivencia de los barrios obreros. Pero también podemos entender el Informe Sanitario de Chadwick como un documento político al servicio de la ideología del mercado (Ringén, 1979) y con continuas referencias a la «moralización» de la clase trabajadora (Hamlin, 2008). La relación entre higiene y moral permitía achacar a la responsabilidad individual no pocos problemas de salud, pues las malas condiciones higiénicas se asociaban también a imprevisión, imprudencia, excesos, malos hábitos, etc., de quienes los sufrían. Inculcar moderación, sobriedad y conformismo debía ser el complemento imprescindible de las reformas urbanas. Reformas que no solo tenían por objeto prevenir las enfermedades infecciosas y su alta mortalidad sino también, y de manera muy consciente, mitigar las duras condiciones de vida en los barrios pobres en un momento de creciente conflicto social y de organización del movimiento obrero. En definitiva, la reforma sanitaria de Chadwick fue un intento de hacer más soportable la vida de la clase trabajadora, evitando conatos revolucionarios, sin alterar para nada la estructura de poder, privilegio y riqueza (Ringén, 1979; Gorostiza, 2014).

Pero hay otras razones que explican el interés de los reformadores burgueses por la lucha contra las enfermedades infecciosas. El peligro del contagio epidémico podía traspasar barreras sociales y afectar a los barrios altos. En 1872, Friedrich Engels (2006) publicó una serie de artículos sobre el problema de la vivienda donde advertía que: «Estas epidemias se extienden entonces a los barrios más aireados y más sanos en que habitan los señores capitalistas. La clase capitalista dominante no puede permitirse impunemente el placer de favorecer las enfermedades epidémicas en el seno de la clase obrera, pues sufriría ella misma las consecuencias (...) Desde el momento en que quedó científicamente establecido, los burgueses humanitarios se encendieron en noble emulación para ver quien se preocupaba más por la salud de sus obreros. Para acabar con los focos de origen de las constantes epidemias, fundaron sociedades, publicaron libros, proyectaron planes, discutieron y promulgaron leyes. Se investigaron las

condiciones de habitación de los obreros y se hicieron intentos para remediar los males más escandalosos» (Engels, 1872/2006, pp. 42-43).

Merece la pena recordar que Engels escribió entre 1842 y 1844, *La situación de la clase obrera en Inglaterra* (publicada en alemán en 1845 y traducida al inglés en 1885). En este clásico del marxismo, pero también de la historia de la Revolución Industrial y, ¿por qué no?, de la historia de la salud, se pone de manifiesto que la mortalidad en los barrios obreros de importantes ciudades industrializadas como Manchester o Liverpool era muy superior a la de los barrios burgueses o las zonas rurales. Sus datos estadísticos y epidemiológicos no son originales, pero están tomados de documentos oficiales, informes parlamentarios y gubernamentales y prensa de la época. En un tono periodístico, expone las condiciones laborales en la industria textil y en la minería, así como las condiciones de vida de la clase trabajadora, sus viviendas, alimentación, educación, etc. Al contrario que Chadwick, considera que los salarios de los trabajadores industriales son muy bajos y motivo de pobreza y precariedad. Asimismo, el temor de los reformistas británicos por la revolución, se torna aquí en la alternativa, al señalar la esperanza en el movimiento obrero y en la transformación social (Engels 1845/2020).

Chadwick y Engels representan, pues, posiciones diametralmente opuestas en cuanto a la lectura política que podemos hacer de las condiciones de vida obrera. Ambos son contemporáneos –como hemos visto, el informe del primero es de 1842 y el estudio del segundo de 1845– y ambos se refieren a la clase trabajadora británica. En todo caso, el objetivo de Engels, aun apoyándose en datos de morbi-mortalidad, no pasa por una reflexión sanitaria específica. Se podría decir que para Engels existe una relación entre el desarrollo del capitalismo y las condiciones de posibilidad para la organización política del proletariado.

Como es lógico, el movimiento sanitarista se extendió por el resto de estados europeos alcanzando una dimensión transnacional. En España, por ejemplo, la influencia del Informe Chadwick fue importante en autores como Mateo Seoane o Pedro Felipe Monlau, Méndez Alvaro, etc. (Ramos Gorostiza, 2014), si bien los datos empíricos obtenidos por los higienistas españoles son mucho más pobres y, en muchos casos, además de la insalubridad del ambiente como causa de las enfermedades, se insistía también en la miseria y en las carencias de salarios, alimentación, vestido o vivienda (Huertas, 2001). El higienismo liberal español jamás llegó a criticar el orden establecido, ni a proponer la intervención del Estado para evitar el pauperismo (Campos, 2003). Su discurso se limitó a combinar medidas higiénico-sanitarias con la mencionada moralización de la población obrera, inculcando la interiorización de las normas higiénicas y de «convivencia» acordes con los valores burgueses (Campos, 1995).

Sin embargo, frente a esta actitud oscilante entre el paternalismo de la «moralización-redención» de la clase trabajadora y la calculada defensa

del poder y los privilegios de las clases dominantes, a finales de la década de 1840, y en el contexto alemán, surgió una importante corriente de pensamiento salubrista, un modo de entender la salud y la enfermedad desde presupuestos revolucionarios.

SALUD Y REVOLUCIÓN

Como es sabido, en 1848 Marx y Engels publicaron *El manifiesto comunista*. Durante los años cuarenta del siglo XIX, las malas cosechas y la falta de alimentos básicos habían desencadenado una crisis agraria que influyó en los sectores industrial y financiero provocando desempleo entre los trabajadores industriales y miseria tanto del proletariado obrero como campesino. Como consecuencia de esta situación, en ese mismo año de 1848 se produjo en Europa una oleada revolucionaria que llegó a denominarse «la primavera de los Pueblos» (Hobsbawm, 2003) y que dio lugar a las primeras movilizaciones obreras organizadas, definiendo con claridad las clases en lucha. Es en este contexto en el que aparece, también en 1848, el informe de Rudolf Virchow sobre la epidemia de tifus del año anterior en la Alta Silesia.

Virchow llegó a ser catedrático de Anatomía Patológica primero en Wurzburg y después en Berlín. Realizó importantes contribuciones en este campo y se le considera el fundador de la patología celular. Fue también un médico progresista cuyo compromiso político le llevó a desempeñar varios cargos de representación en el parlamento prusiano y, tras la unificación de Alemania, en el Reichstag, siendo enemigo político de Otto von Bismarck con quien tuvo duros enfrentamientos (Walter & Scott, 2017). Pero lo que más nos interesa en este momento es su fundamental aportación a la medicina social y a la salud pública. En el mencionado «Informe sobre la epidemia de tifus en la Alta Silesia» (Virchow 1848/2008), elaborado por encargo del ministerio de Educación prusiano, su autor estudió en profundidad las características de la epidemia concluyendo que su aparición fue el resultado de un conjunto de factores sociales, económicos y culturales que hacían poco o nada efectivo el tratamiento médico, y abogando por una reforma social radical que, de forma muy general, pretendía «democracia plena e ilimitada», educación, libertad y prosperidad y, de manera más concreta, medidas como autogobierno democrático, separación entre Iglesia y Estado, creación de cooperativas agrícolas de base o la aceptación del polaco como lengua oficial de la región (recuérdese que la Alta Silesia era una zona rural con habitantes polacos bajo el control prusiano) (Brown & Fee, 2006).

Surge así una forma de entender la salud individual y colectiva que responde a dos principios fundamentales: 1) la salud de las personas es un asunto de interés social directo; y 2) las condiciones sociales y económicas

ejercen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad, debiendo ser objeto de investigaciones científicas. Como ya hemos visto, los estudios e informes sobre el pauperismo y sobre las condiciones de vida y trabajo de las clases más desfavorecidas son frecuentes en la época, pero Virchow, lector de Hegel, introduce en su análisis un componente dialéctico que, junto a la utilización de los datos y argumentos de Engels para demostrar las relaciones entre pobreza y enfermedad (Waitzkin, 2006), termina por acercarle, al menos en parte, a la izquierda revolucionaria.

Virchow mantuvo una perspectiva muy similar en sus análisis sobre la epidemia de cólera o sobre el brote de tuberculosis en Berlín, ambos en 1849, insistiendo en que para la prevención y la erradicación de las enfermedades el cambio social era tan importante como la intervención médica. Esta idea aparece de manera repetida en los textos de Virchow, así, por ejemplo, en el informe de la epidemia en Silesia afirma que «La respuesta lógica a la pregunta de cómo se pueden prevenir en el futuro condiciones similares a las que han surgido ante nuestros propios ojos en la Alta Silesia es, por lo tanto, muy fácil y sencilla, por medio de educación y sus dos hijas: la libertad y la prosperidad», aunque reconoce que en la práctica la cuestión no es tan sencilla y reivindica el papel político que la medicina debe desempeñar en identificar problemas y en reclamar reformas sociales: «La medicina nos ha guiado de manera imperceptible al campo social y nos coloca en posición para confrontar directamente a los grandes problemas de nuestro tiempo. Entiéndase bien, no se trata más de tratar a este o a aquel paciente de tifus por medio de medicamentos o por la regulación de alimentos, vivienda y ropa. Nuestra tarea consiste ahora en promover la cultura de un millón y medio de nuestros compatriotas (...) Tratándose de un millón y medio de personas no es posible el tratamiento por medio de paliativos. Si deseamos llevar a cabo acciones correctivas, debemos ser radicales» (Virchow, 1848/2008, p. 14).

El estudio de la epidemia de tifus en Silesia permitió a su autor una generalización posterior de sus puntos de vista en una serie de artículos sobre Higiene Pública que se publicaron en *La Reforma Médica* (*Die Medizinische Reform*), un semanario que el propio Virchow ayudó a fundar en 1848, en los que analizó la relación entre los problemas de salud y el desarrollo social y político. De este medio provienen algunas de las frases más famosas y repetidas de Virchow: «la palabra higiene pública demuestra a los que hayan creído y sigan creyendo que la medicina no tiene nada que ver con la política que se encuentran en un grave error» o, «La medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala». Es también en esta revista —un producto de la revolución de 1848— donde escribe: «El Estado democrático desea el bienestar de todos los ciudadanos, pues reconoce los mismos derechos a todos. Dado que los mismos derechos generales conducen al autogobierno, el Estado tiene también el derecho de esperar que todo el mundo, dentro del margen de

las leyes establecidas por el pueblo mismo, sepa concebir y asegurar una situación de bienestar por su propio trabajo. Como las condiciones básicas de bienestar son salud y educación, el Estado tiene la tarea de facilitar los medios para mantener y fomentar la salud y la educación mediante la higiene pública y la enseñanza oficial (...) Por consiguiente, no es suficiente que el Estado conceda a cada ciudadano los medios para su subsistencia, ayudando a todos aquellos cuya fuerza de trabajo no fuese suficiente para conseguirlos, sino que, además, tiene que ayudar a todos para que tengan una existencia de acuerdo con la salud» (Virchow, 1848).

En el convulso ambiente centroeuropeo de preguerra, y siguiendo la estela de Virchow, diversos autores comprometidos en mayor o menor grado con el socialismo estudiaron las relaciones entre salud y enfermedad en el mundo laboral y social producido por la industrialización, erigiéndose en mediadores de propuestas de organización sanitaria. En 1909, Ludwig Teleky incorporó, en su definición de medicina social, el concepto de clase social como elemento fundamental del estudio en el estudio y comprensión de las desigualdades en salud: «La medicina social —escribe Teleky— tiene por objeto investigar las relaciones entre las condiciones de vida de un estrato de la población, producidas por su situación social y su estado de salud, así como estudiar las existentes entre las alteraciones que se presentan en un estrato social de una forma o con una intensidad especiales y las condiciones de salud de dicho estrato social o clase» (1909, como se citó en Rodríguez Ocaña, 1982). Cabe destacar igualmente la obra de Alfred Grotjahn *Soziale Pathologie* (1915), de gran influencia en autores posteriores, y la obra colectiva, convertida hoy en un clásico, *Krankheit und soziale (Enfermedad y posición social)* (Mosse & Tugendreich, 1913).

Medicina y política irán, a partir de entonces, estrechamente unidas, de modo que cualquier innovación en la legislación sanitaria o en los sistemas de salud será el resultado de una serie diversa de factores. La aparición y desarrollo de los sistemas de salud colectivizados tienen, en efecto, una historia que conviene complejizar pues, más allá de sus características técnicas, son consecuencia de decisiones políticas con gran carga ideológica.

SISTEMAS DE SALUD Y CAPITALISMO

Conviene recordar que el nacimiento de los seguros sociales en la Alemania recién unificada de Bismarck —el gran oponente político de Virchow— fue una respuesta, por un lado, a una situación de crisis económica del sistema capitalista y, por otro, al avance del movimiento obrero y la amenaza revolucionaria. Durante la década de 1880 se legisló sobre seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, etc., coincidiendo con leyes antisocialistas que prohibieron las organizaciones que intentarían subvertir el orden social (Cole, 1980, p. 224).

Ante la amenaza de la crisis económica, y de la socialdemocracia, el Estado bismarckiano modificó su propio aparato propiciando un aumento de las funciones tutelares en relación a la clase trabajadora. La intervención en materia de salud no cuestiona para nada la axiomática capitalista, sino que la refuerza en la medida en que responde a una estrategia para garantizar la paz social y frenar a la izquierda, pero también porque supone una estrategia para superar la crisis. La gran crisis económica y el ciclo de depresión prolongada, que los historiadores sitúan entre 1873 y 1896 (Capie & Wood, 1997), motivó falta de puestos de trabajo y estancamiento o disminución de los salarios, lo que supuso un desnivel suficiente como para que el proletariado dejase de representar una fácil y socorrida mano de obra. Unos obreros mal alimentados y enfermos difícilmente podían responder a las exigencias del capital para superar las crisis (Peset, 1978). Ahora bien, el modelo llamado bismarckiano, de cajas de seguro (*krankenkassen*), estaba basado en cuatro premisas: 1) la neutralidad del gasto presupuestario; 2) la independencia con respecto a la Hacienda pública; 3) la utilización de técnicas de seguro privado; y 4) la presencia en el mundo de un patrón oro capaz de conjurar cualquier peligro de inflación (Velarde, 1990, pp. 65 y ss). Tras la gran crisis de 1929 se hizo imposible mantener el postulado de la neutralidad del gasto, haciéndose ineludible un respaldo de la Hacienda pública para hacer frente a las necesidades sociales. Programas como el *New Deal* en Estados Unidos son un buen ejemplo de este tipo de reacciones ante la crisis económica.

Tras la Segunda Guerra Mundial se establece un nuevo escenario político y económico. El optimismo generado por la derrota del nazifascismo y la euforia desarrollista favoreció la instauración de un Estado social keynesiano que ofrecía la posibilidad de llevar a cabo, desde el interior del sistema capitalista, una actividad reguladora capaz de propiciar un crecimiento económico sostenido y favorecer la expansión del sector público con ciertas transformaciones «socializantes» tendentes a la creación de «espacios desmercantilizados» en una sociedad de mercado. Es en este escenario de posguerra en el que aparecen dos informes elaborados por William Beveridge que, en buena medida, sientan las bases institucionales del llamado Estado de Bienestar en Gran Bretaña, llegando a ejercer una enorme influencia en otros lugares. El «primer informe Beveridge», titulado *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services* (1942), identificaba cinco amenazas que era preciso combatir: indigencia, enfermedad, ignorancia, miseria y desempleo, y proponía un seguro global y el desarrollo de servicios públicos que abordaran específicamente políticas sociales de protección, políticas de empleo, sanidad y educación pública. Dos años más tarde apareció el «segundo informe Beveridge»: *Full Employment in a Free Society* (1944), en el que se argumenta que la puesta en marcha de un sistema eficaz de seguridad social exige una situación de pleno empleo de acuerdo con los planteamientos económicos

de John M. Keynes. En todo caso, la génesis de los modelos de protección social europeos no puede entenderse, como ya hemos visto, sin el objetivo de prevenir el conflicto social, pero tampoco, en un contexto más global, sin tener en cuenta las posibilidades de obtención de plusvalía de los países «imperializados».

El Estado de Bienestar se fue consolidando con la creación de instituciones que llegaron a ser influyentes y prestigiosas. El año 1948 es un año crucial –como 100 años antes lo había sido 1848– porque es el momento de la fundación de la Organización Mundial de la Salud (7 de abril de 1948) y del National Health Service británico (5 de julio de 1948). Ese mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba una nueva Declaración Universal de los Derechos Humanos. La influencia del National Health Service, y del modelo denominado Servicio Nacional de Salud (SNS), es de sobra conocida. En muchos lugares ha sido bandera de progreso, solidaridad y justicia redistributiva. Aun así, no estaría de más reflexionar brevemente sobre las características de los Servicios Nacionales de Salud en los países capitalistas occidentales industrializados.

El SNS ha constituido, históricamente, el sistema de organización sanitaria propio del modelo socioeconómico socialista. Tanto la obra de Nikolay A. Semashko, publicada en Londres en 1934, como la de Henry Sigerist (1937), sirvieron de inspiración para los primeros proyectos de National Health Service elaborados por la Asociación Médica Socialista, estrechamente vinculada al Partido Laborista británico. Sin embargo, cuando se puso en marcha, sus contenidos y su propio talante, en comparación con el modelo soviético, estaban ya muy devaluados. Milton Terris (1978; 1980) ha denominado «formas intermedias» a los sistemas sanitarios que, en países capitalistas como Gran Bretaña o Suecia –aunque podría hacerse extensivo a otros como España o Italia–, se quedan a medio camino entre el modelo de Seguridad Social y el de SNS. En estas «formas intermedias» se constatan características del modelo SNS, como la universalización de la cobertura, la gratuidad en el momento de uso, la sectorización, la financiación con cargo, en una buena parte, a los Presupuestos Generales del Estado, etc. Aun así, resulta evidente la ausencia del elemento esencial de dicho modelo: la prevención a escala social como eje vertebrador de todo el sistema.

Aun siendo, a mi juicio, de gran utilidad metodológica la caracterización de esta «formas intermedias» de SNS, en realidad, podrían considerarse, simplemente, como variedades de una Seguridad Social universalizada mediante la que se supera la vieja fórmula bismarckiana de las Cajas de Seguro, al modificarse la financiación y la cobertura de prestaciones, pero en la que se mantuvo una atención sanitaria centrada en: atención médica curativa y a la demanda individualizada; hospitalocentrismo; escasa coordinación entre los diferentes modelos de atención; escaso desarrollo de prevención y promoción de la salud; mínima presencia de actividades

sanitaria de escaso interés para la reproducción de la fuerza de trabajo. Tampoco estos sistemas intermedios fueron capaces de integrar la industria farmacéutica en el sistema de salud.

En todo caso, lo que me interesa destacar es que, al no considerarse la sociedad en su conjunto como un sistema de protección de la salud, el SNS queda, al igual que el resto de las políticas sociales del Estado de Bienestar, como un reducto de buenas intenciones que, a pesar de sus indudables logros, no ha sido capaz de superar las contradicciones del sistema. La escasa o nula participación del resto de los subsistemas sociales y su falta de integración en el subsistema Salud –base fundamental de la profilaxis a escala social que se propugnaba en las primeras formulaciones de SNS–, pone de manifiesto la imposibilidad de analizar por separado las políticas económicas y las sociales o, dicho de otro modo, la inexactitud metodológica que supone establecer las características y posibilidades de un servicio de salud al margen del modelo socioeconómico global.

De hecho, aun siendo el National Health Service y, en general, los sistemas sanitarios públicos ejemplos de justicia redistributiva, es preciso recordar que no han influido en la superación de las desigualdades sociales en salud. En 1980, el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Reino Unido publicó un informe sobre desigualdades en salud que se conoció como el Informe Black (por el nombre del presidente del comité que lo elaboró: Douglas Black). En dicho informe se advertía que, aunque la salud de la población había mejorado en el marco del Estado de Bienestar, la tasa bruta de mortalidad en las personas de clase social más desfavorecida era el doble que la de las clases más altas. El *Black Report* (Townsend & Davidson, 1982) recomendaba favorecer la equidad, distribuir recursos e intervenir sobre las condiciones de vida y de trabajo. Al final de la década, Margaret Whitehead (1988), retomaba dicho informe asegurando que las desigualdades en salud en Gran Bretaña habían aumentado desde 1980, que los factores socioeconómicos tenían un gran impacto sobre la salud de la población y que las recomendaciones propuestas por el *Black Report* jamás se pusieron en marcha.

No solo no se pusieron en marcha, sino que, durante los gobiernos de Margaret Thatcher, entre 1979 y 1990, junto a la flexibilización del mercado laboral, la privatización de las empresas públicas, etc., se propuso la reforma del National Health Service. En un documento de título equívoco: *Working for patients* (1989) se pretendió situar al paciente en el centro de las reformas, aunque se reconoce desde el principio que el problema es económico y que la alta calidad de los servicios del sistema público estaban empañados por su alto costo. Las estrategias de ahorro del gasto público en salud pasarían, según el documento, por la competitividad entre hospitales (públicos y privados), la gestión empresarial individualizada de los centros sanitarios y la búsqueda de rentabilidad y de ingresos adicionales.

Es de notar que ya en las primeras propuestas neoliberales de los años ochenta del siglo XX, el pensamiento anti keynesiano de autores como Hayeck o como los esposos Friedman (1980) consideraban que la Seguridad Social, como la Beneficencia en el siglo anterior –los argumentos son muy similares–, se había convertido en un fuerte obstáculo para el mercado de trabajo y recomendaban privatizar cualquier sistema de protección social.

La ortodoxia (neo)liberal llega a su máxima expresión con los informes que el Banco Mundial hizo públicos en 1987 y en 1993. El primero, *Financiación de los Servicios Sanitarios en los países desarrollados: un programa de reformas*, propugnaba trasladar a los usuarios los gastos en el uso de prestaciones, ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo y utilizar los recursos privados. El segundo, *Invertir en Salud*, desarrollaba una similar filosofía insistiendo en ubicar la salud en el ámbito de lo privado y adecuar esta política a las prioridades de ajuste fiscal, disminuyendo y reestructurando el gasto social público en general y el de salud en particular. No se trata aquí de analizar los contenidos ni las premisas que subyacen en los informes del Banco Mundial, pero sí de destacar la influencia de los mismos en una ideología de la salud que ha sido asumida en un contexto global y que ha marcado tendencias importantes en las políticas de salud a nivel internacional (Huertas, 1998). Además del Banco Mundial, otras instancias supranacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) intervinieron la política social de los gobiernos proponiendo frenar el gasto público y desarrollar sistemas de protección sobre condiciones de crecimiento económico y flexibilidad organizativa (Klein & O'Higgins, 1985).

En definitiva, como vemos, las últimas crisis económicas han demostrado que el proteccionismo social que caracterizó al Estado de Bienestar no resultó nunca incompatible con el esfuerzo del propio sistema por garantizar el proceso de acumulación capitalista. De hecho, en cuanto este se vio mínimamente comprometido, las políticas sociales fueron frenadas con recortes de gasto público, privatizaciones y demás políticas neoliberales. El mito del Bienestar desaparecía y la ofensiva neoliberal impuso nuevas reglas.

EL MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, LA OMS Y LAS DESIGUALDADES SOCIALES

Como es lógico, en el marco de las reformas neoliberales implementadas a partir de la década de los ochenta, los espacios para la prevención y el salubrismo pasaron a un segundo plano. En el discurso neoliberal hay

una intencionada confusión al definir los conceptos de «bienes públicos» y «bienes privados». En la medida en que los bienes públicos se definen según un criterio de no exclusividad –todos se benefician– y no rivalidad –su uso por alguien no excluye su utilización por otros–, la salud pública quedaría restringida a una serie muy limitada de acciones (inmunizaciones, programas de educación para la salud, etc.), mientras que los servicios de atención médica son considerados como bienes privados con el argumento de que son consumidos por individuos (personas privadas) y en cantidades variables (Laurell, 1994).

Un buen ejemplo de estrategia destinada a limitar las acciones preventivas y separarlas de las curativas es la que se destinó a vaciar de contenidos el modelo de Atención Primaria de Salud (APS) propuesto en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Como es bien sabido la propia definición de la APS marcaba el acento en la participación comunitaria, consideraba la salud como parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. También consideraba la salud desde una perspectiva intersectorial de modo que vivienda e infraestructuras, trabajo y salarios, abastecimiento y alimentación, educación, transportes, políticas medioambientales, etc., debían desempeñar un papel fundamental en la salud de la población y no solo los servicios sanitarios propiamente dichos. La sociedad en su conjunto es entendida, según el espíritu de Alma-Ata, como un sistema de protección de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Tan solo un año más tarde, la Fundación Rockefeller patrocinó una conferencia titulada «Salud y población en desarrollo» en su sede de Bellagio, en el norte de Italia. Sin criticar abiertamente la Declaración de Alma-Ata, se presentó una estrategia «provisional» a través de la cual se podrían desarrollar unos servicios básicos de salud con objetivos alcanzables a corto plazo y planificación rentable. El resultado fue un paquete de intervenciones técnicas de bajo costo y limitadas a abordar algunos problemas de salud en los países más pobres (Walsh & Warren, 1979). Se utilizó el término Atención Primaria de Salud «selectiva» que se limitaría, con el visto bueno de UNICEF, a cuatro intervenciones específicas, conocidas con el acrónimo GOBI (Growth monitoring; Oral rehydration; Breastfeeding; Immunization), añadiéndose más tarde la planificación familiar (Cueto, 2004).

La propuesta de APS selectiva se centraba, pues, en cuestiones particulares o en programas de lucha contra una única enfermedad (la diarrea del lactante, por ejemplo), todo lo contrario del consenso de Alma-Ata cuya filosofía era mucho más global e integradora. En una entrevista concedida en 2008, Halfman Mahler, director general de la OMS entre 1973 y 1988, se lamentaba de esta deriva de la APS en los siguientes términos: «El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se

produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas pasaron a un enfoque «selectivo» de la atención primaria de salud».

Es interesante constatar cómo las medidas neoliberales que iban poniéndose en marcha en la década de los ochenta, coinciden con los esfuerzos de la OMS para compensar los discursos y las prácticas centradas en la salud individual y para insistir en sus determinantes sociales. Se trata de una secuencia de actividades que enlazaba con el compromiso de la OMS hacia las metas de «salud para todos» (1977), seguida por la Declaración de Alma-Ata sobre APS (1978), tras la que fueron sucediéndose la «Reunión sobre estilos de vida y condiciones de vida y su impacto sobre la salud» celebrada en Höhr-Grenzhausen (Alemania) en 1982, la Conferencia Internacional sobre promoción de la salud de 1986 que dio lugar a la Carta de Ottawa, y las posteriores de Adelaida (Australia) en 1988, o de Sundsvall (Suecia) en 1991 (sus contenidos pueden consultarse en <https://www.who.int/es>). En todas ellas se insistía en que los factores socioeconómicos, políticos y ambientales estaban en el origen de los problemas de salud y de la conducta humana, además de recomendar la creación de entornos adecuados, la potenciación de la acción comunitaria, la reorientación de los servicios sanitarios equitativos y la construcción de políticas saludables. Cabe señalar que en esa misma época, Hannu Vuori (1986), responsable de la Oficina Regional de la OMS para Europa, profundizaba en su intervención en la Conferencia de la WONCA (Organización Mundial de Médicos de familia) sobre el cambio de modelo que, siguiendo las directrices de Alma-Ata, debería propiciar la APS, tanto en el plano de la atención sanitaria (prevención de la enfermedad y promoción de la salud integral e integrada), como en el organizativo (en el marco de SNS y con un papel central en las políticas de salud) y el filosófico (distribución equitativa de recursos, la salud como derecho, como bien y como responsabilidad).

Parece evidente que, a pesar de sus esfuerzos, la influencia de la OMS no ha dejado de ser testimonial y que el poder de las instancias económicas supranacionales (Banco Mundial, FMI) han marcado el camino de las políticas sociales y de salud. Aun así, la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, insistía en 2008 que «La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las

condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008, p. 1).

La noción de Determinantes Sociales de la Salud se ha desarrollado con intensidad en las últimas décadas. Thomas McKeown (1975) demostró con fuentes históricas, que el descenso de la tasa de mortalidad infecciosa en los últimos dos siglos empezó a producirse antes de que se descubrieran y desarrollaran antibióticos, quimioterápicos o vacunas y que fue debido a la mejora de las condiciones de las viviendas, a la mejora de la alimentación y al aumento de los salarios. El informe Lalonde (1974) y el modelo propuesto por Dever (1976), las ya citadas conferencias sobre la promoción de la salud de la OMS o el modelo multinivel de los determinantes de salud (Dahlgren y Whitehead, 1991), han tenido una innegable influencia en una visión epidemiológica más integral y más social. Sin embargo, a pesar de su importancia, tampoco puede decirse que las recomendaciones de la OMS hayan supuesto un revulsivo para buscar alternativas reales pues, en general, son bastante amplias (mejorar las condiciones de vida, repartir recursos o hacer más estudios). Constatar la existencia de desigualdades en salud es, como ya hemos visto, una obviedad histórica, pero la identificación y análisis de sus mecanismos explicativos, como los modos de dominación neocoloniales, los modos de explotación, discriminación, etc., suelen estar ausentes en los documentos de la OMS.

Llama la atención la deriva sufrida desde la Conferencia de Alma-Ata (1978) a la de Astana (2018). Mientras en la primera se argumentaba que «los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas»; en la segunda tan solo se indicaba que «la atención primaria de la salud se aplicará con arreglo a la legislación, contexto y prioridades nacionales». Es muy interesante las dos posturas publicadas en el *Lancet* a propósito de esta última conferencia: los sistemas de aseguramiento y los paquetes selectivos de actuación, propugnados por unos (Watkins *et al.*, 2018), frente a la intervención sobre los determinantes sociales en salud y los enfoques integrales (Hone *et al.*, 2018). Dos posturas históricas que siguen repitiéndose y que nos informan, una vez más, de la existencia permanente de una manera de entender la salud desde una perspectiva social y colectiva.

La orientación preventiva es, sin duda, uno de los principios fundamentales de la Salud Pública. Ahora bien, cuando hablamos de prevención desde una perspectiva emancipadora no podemos referirnos exclusivamente a medidas de profilaxis individual (asepsia y antisepsia, hábitos higiénicos, estilos de vida, etc.), ni tampoco a medidas colectivas de prevención de enfermedades generalmente infecciosas (vacunación, desinfección, desratización, saneamiento). Aun siendo importantes todas estas acciones, la orientación profiláctica como estrategia global implica, como ya se ha apuntado, la interrelación entre el sector Salud con el resto de los subsistemas sociales. En la medida en que elementos extrasanitarios (desempleo, competitividad, violencia, explotación, desigual acceso a la riqueza, deterioro ambiental, etc.) constituyan una constelación de riesgos para la salud y el ejecutor de la respuesta sea el sistema sanitario de forma aislada, el marco referencial de éste seguirá siendo la enfermedad y, por tanto, la orientación del sistema de cuidados esencialmente curativa.

Este es, a mi entender, uno de los problemas con los que se ha enfrentado el modelo de salud comunitaria y de salud mental comunitaria. La comunidad aparece como algo demasiado ambiguo y la capacidad de integración en las redes de participación ciudadana resulta muy limitada. Las intervenciones sanitarias acaban siendo individuales, biomédicas y escasamente comunitarias. La saturación de una infradotada APS, por la que no se apuesta en la actual organización del sistema de salud, dificulta enormemente el desarrollo de actividades preventivas y de promoción de la salud. Las políticas neoliberales en salud han conseguido vaciar de contenido un modelo de atención al que han atacado, menospreciado y, finalmente, desmantelado por razones ideológicas y políticas.

El combate, pues, debe ser ideológico y político, como lo ha sido siempre, desde Virchow. Pero es preciso encontrar nuevos, y no tan nuevos, registros que permitan centrar un pensamiento salubrista actualizado. Así, por ejemplo, la diferenciación conceptual entre «estilos de vida» y «modos de vida» puede resultar importante para pensar la salud de los individuos en términos colectivos. Como es sabido, los «estilos de vida» se entienden como hábitos de comportamiento individual que suelen influir en seis problemas concretos: tabaco, ejercicio físico, integración social, alcohol, drogas y alimentación. La propia OMS (1983) advierte que «Los programas de promoción de la salud que se centran en cambio de los estilos de vida individuales pueden terminar echando la culpa a la víctima si se ignora el contexto estructural de conducta sanitaria, sobre todo los factores socio-económicos, políticos y ambientales en el origen o refuerzo de la conducta». Es evidente que una lectura reduccionista de la noción «estilos de vida» ha contribuido a fomentar una ideología de la salud individualizada e individualista que, en su extremo, conlleva la censura de la

víctima (*victim blaming*) como mecanismo de control social que excluye la diversidad de lo saludable y estigmatiza y discrimina determinadas patologías, haciendo a las personas responsables de su propio estado de salud (Del Cura & Huertas, 1997).

Sin embargo, el «modo de vida» sería aquella categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales de las formas características, repetidas y estables de la vida cotidiana de las personas y las colectividades» (Filipec, 1985). Entendido así, no es difícil comprender que a cada clase social le corresponde un determinado «modo de vida». Las diferencias son bien conocidas y expresan tanto los hábitos higiénicos, composición de la alimentación, calidad de las viviendas, condiciones de trabajo, etc., como en la forma en que las personas hacen o no suyas las influencias ejercidas por los valores, ideales y objetivos de las clases en conflicto. Todos estos aspectos hacen referencia, como es obvio, al concepto gramsciano de hegemonía social y su concreción, en cada momento histórico, expresa el nivel alcanzado por la lucha de clases.

Otro viejo concepto que parece oportuno rescatar, o al menos recordar, es el de «salud social» (Venediktov, 1981), entendida como la resultante de la aludida interrelación entre los distintos subsistemas sociales, que sería el resultado de la también mencionada estrategia global de prevención (Huertas & Maestro, 1993), y que debería integrar tres elementos fundamentales: 1) la transformación de las relaciones sociales que generan enfermedad, y su sustitución una forma de organización social basada en relaciones de cooperación; 2) la reorientación de los sistemas tradicionales de asistencia y salud pública, basados en la práctica curativa, hacia una sanidad pública esencialmente profiláctica; y 3) la vinculación entre el SNS y la participación activa del colectivo y del individuo en la protección de la salud, que facilite una atención sanitaria integrada capaz de conjugar actuaciones protocolizadas (que consideren las tendencias y los problemas fundamentales del estado de salud de la población) con enfoques individualizados de los problemas concretos.

Es cierto que son malos tiempos para la lírica y que las condiciones políticas actuales no son las más apropiadas para que este tipo de planteamientos sean muy viables a corto plazo, pero merece la pena destacar la tradición histórica de un pensamiento alternativo y contrahegemónico en el ámbito de la salud. No es nada fácil porque, en la actualidad, las fronteras, las soberanías nacionales, las identidades particulares y hasta las superpotencias, se desdibujan para crear un orden globalizado y universal de poder difuso e interconectado. En este sentido, la posmodernidad significaría el paso de un orden definido en términos de blanco o negro a uno definido y construido en una escala de grises (Hardt & Negri, 2001).

A la hora de actualizar discursos, se impone reflexionar sobre lo que supone la transición conceptual y metodológica de «lo público» a «lo

común» y, en el ámbito que nos interesa, de «lo comunitario» a «lo colectivo». La salud colectiva ha sido definida como un «conjunto articulado de prácticas científicas, culturales, ideológicas, políticas y económicas que se desarrollan en el ámbito de la academia, de las instituciones de salud, de las organizaciones de la sociedad civil en relación con la salud» (Carvalho, 2005). Esta alusión a la sociedad civil me parece importante para ubicar el discurso de «lo común». Como en su momento explicaba Jürgen Habermas (2008), dicha sociedad civil tiene un *componente estructural*, formado por instituciones que definen y defienden derechos individuales, políticos y sociales de los ciudadanos, y que pueden ir desde fundaciones, asociaciones, ONGs y sindicatos hasta organizaciones religiosas; y un *componente dinámico* (transformador), que remitiría a un conjunto de movimientos sociales que plantean nuevos valores y principios, nuevas demandas sociales y reclaman la ampliación de derechos no consolidados o en peligro de perderse. Los movimientos feminista, ecologista, pacifista, LGTBQ+, etc. podrían agruparse en este concepto, pero también determinadas plataformas reivindicativas como las que se oponen a los desahucios, las que reclaman vivienda digna, o las que defienden la sanidad o la educación pública. En todos los casos la importancia de la participación de la población desde esa sociedad civil parece de imprescindible para crear unas mínimas condiciones de cambio social (Morales, 2015).

El concepto de salud colectiva surgió a partir de los debates que se abrieron en América Latina, y particularmente en Brasil, en los años setenta. En la actualidad está siendo fuente de inspiración para analizar las repercusiones que sobre la salud de la población ejercen las condiciones económicas, sociales y políticas, abogando por una mirada multidisciplinaria y transversal siempre abierta a la incorporación de propuestas innovadoras que contribuyan a la reflexión y avance de una Salud Pública alternativa. Tal concepción se sitúa en una tradición histórica que reconoce como antecedentes, entre otros, «las ideas de Johann Peter Frank (1745-1821), Rudolf Virchow (1812-1902) y Henry Sigerist (1891-1957); las propuestas de Salvador Allende (1908-1973) y el Sistema Nacional de Salud Chileno a partir de 1952; al movimiento sanitario italiano iniciado en la década de 1960 con Franco Basaglia (1924-1980), Giulio Maccacaro (1924-1977), Giovanni Berlinguer (1924-2015), y los hitos de la Reforma Sanitaria y la Reforma Psiquiátrica italiana; a Juan César García (1932-1984) y el Movimiento de Medicina Social Latinoamericano, iniciado en la década de 1970 y la Reforma Sanitaria Brasileña (1988)» (Salud Colectiva, 2022).

Otros trabajos e iniciativas han contribuido a afianzar y actualizar esta línea de pensamiento. Solo a modo de ejemplo, citaré las aportaciones del epidemiólogo Mario Testa (1993) o del antropólogo Eduardo Menéndez (1971) –ambas han sido reeditados muy recientemente, en 2020 y 2018 respectivamente– y, en el ámbito de la salud mental colectiva, a Paulo Amarante (2015) o Manuel Desviat (2020).

En definitiva, cabe concluir con la constatación de un histórico enfrentamiento dialéctico entre un pensamiento (y una política) liberal y neoliberal tendiente a asegurar el proceso de acumulación capitalista y un movimiento crítico con ese modelo de organización socioeconómica que ha intentado desde lo social y lo colectivo, denunciar, proponer alternativas y construir, con mayor o menor fortuna, otro tipo de relaciones sociales. Como hemos visto, el campo de la Salud es especialmente fructífero para identificar estas cuestiones, no para buscar soluciones exclusivamente sectoriales y/o técnicas, que estarían abocadas al fracaso, sino para contribuir a pensar soluciones globales que, forzosamente, deberían ser producto de decisiones políticas.

La relación entre desigualdades sociales y salud sigue siendo una realidad (Segura, 2017). De la misma manera que pueden establecerse paralelismos entre el liberalismo del siglo XIX y el neoliberalismo de las últimas décadas del siglo XX y primeras del XXI, también podemos encontrar similitudes entre los barrios proletarios de la época de la revolución industrial y los barrios con menor renta en la actualidad. Los estudios de epidemiología social siguen poniendo de manifiesto la existencia de desigualdades en salud (y en salud mental). Siguen siendo necesarias investigaciones como la desarrollada por el Proyecto europeo HHH (Heart-Healthy-Hoods) cuyo objetivo es estudiar de qué modo las características urbanas y sociales de los barrios de Madrid influyen en la salud cardiovascular de sus residentes. Las desigualdades observadas pueden facilitar el diseño de estrategias poblacionales de prevención y políticas públicas que permitan mejorar el entorno urbano y la salud de los ciudadanos (<https://hhhproject.eu/>). Y también, salvando las distancias y los cambios de escenario, podemos encontrar semejanzas –o inspiración– en las propuestas revolucionarias de Virchow. La existencia de un activismo en salud, como el que representa el Colectivo Silesia (<https://colectivosilesia.net/>), en clara alusión a la participación de Virchow en la epidemia de tifus en Alta Silesia, o la consigna «con V de Virchow» (Bilal, 2017), es una buena muestra de la existencia de discursos contrahegemónicos que se preocupan, investigan y denuncian las desigualdades sociales, defienden la sanidad pública y propician llamadas a la acción. Nuevos activismos que, frente al individualismo (neo)liberal y la desmovilización social, pueden contribuir a una cierta recomposición del tejido social. Participación, «democracia plena e ilimitada» –como quería Virchow– se mantiene como un reto hoy por hoy inalcanzable. *Mientras tanto*, y en esta tradición histórica, se impone el firme compromiso con la producción de conocimiento para la acción, la lucha contra las desigualdades sociales y la inclusión social, y la construcción de ciudadanía social.

BIBLIOGRAFÍA

- Amarante, P. (2015). *Salud mental y atención psicosocial*. Grupo 5.
- Ballester, R. (2014). Las biografías médicas y su significado histórico. La figura y la obra de Bernardino Ramazzini (1633-1714). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60 (supl. 2), 26-33.
- Beveridge, W. (1942). *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*. Majesty's Stationery Office.
- (1944). *Report on Full Employment in a Free Society*. Allen and Unwin.
- Bilal, U. (2017). Urbanismo y salud. Levantad los adoquines, debajo está la plaza. En V. López Ruiz. & J. Padilla (Eds.), *Salubrisimo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales* (pp. 203-219). Atrapasueños.
- Brown Theodore, M. & Fee, E. (2006). Rudolf Carl Virchow: medical scientist, social reformer, role model. *American Journal of Public Health*, 96 (12), 2104-2105.
- Campos, R. (1995). La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX. *Hispania*, 55, 1093-1112.
- (2003). *Curar y Gobernar: Monlau, Rubio y Giné. Medicina y Liberalismo en la España del Siglo XIX*. Nivola.
- (2021). *La sombra de la sospecha. Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX)*. Los libros de la Catarata.
- Canales, E. (1994). Industrialización y condiciones de vida en Inglaterra. Notas sobre una larga polémica. *Investigaciones históricas: época moderna y contemporánea*, 14, 171-196.
- Capie, F. & Wood, G. (1997). Great Depression of 1873-1896. En D. Glasner, T. F. Cooley (Eds.), *Business cycles and depressions: an encyclopedia* (pp. 148-49). Garland Publishing.
- Carvalho, S. R. (2005). *Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança*. Hucitec.
- Catalá, F. (1978). Ideología burguesa y sanidad. En *I Jornadas sanitarias del PCE* (pp. 85-92).
- Chadwick, E. (1842). *Report on an inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*. W. Clowes and Sons.
- Cole, G. & Douglas, H. (1980). *Historia del pensamiento socialista, t. II. Marxismo y anarquismo, 1850-1890*. Fondo de Cultura Económica.
- Cueto, M. (2004). The origins of Primary Health care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, 94, 1864-1874.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Del Cura, I. & Huertas, R. (1997). Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria. En L. Montiel & M. I. Porras (Coords.), *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad* (pp. 241-252). Doce Calles.
- Desviat, M. (2020). *Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común*. Síntesis.

- Dever, G. E. (1976). An epidemiological model for health analysis. *Social Indicators Research*, 2, 453-466.
- Engels, F. (2020). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Akal. (Publicado originalmente 1845).
- (2006). *Contribución al problema de la vivienda*. Fundación Federico Engels. (Publicado originariamente 1872).
- Escudero, A. (2002). Volviendo a un viejo debate: el nivel de vida de la clase obrera británica durante la Revolución Industrial. *Revista de Historia Industrial*, 21, 13-60.
- Fernández Ajuria, A. (2017). Epílogo: ¿Dónde vamos?. En V. López Ruiz & J. Padilla (Eds.), *Salubrismo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales* (pp. 335-347). Atrapasueños.
- Filipec, J. (1985). *El modo de vida en la lucha ideológica contemporánea*. Ciencias Sociales.
- Finer, S. E. (1952). *The Life and Times of Sir Edwin Chadwick*. Methuen.
- Frank, J. P. (1941). The People's Misery: Mother of Diseases. [Traducción del Latín e introducción de Henry Sigerist]. *Bulletin of the History and Medicine*, 9, 81-100. (Publicado originariamente 1790).
- Friedman, M. & Rose (1980). *Free to Choose: a personal statement*. Harcourt.
- Grotjahn, A. (1915). *Soziale Pathologie*. Verlag August Hirschwald.
- Habermas, J. (2008). *Facticidad y validez. Sobre el derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Trotta.
- Hamlin, C. (1995). Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr Controversy and the loss of the «social» in public health. *American Journal of Public Health*, 85 (6), 856-866.
- (2008). *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Britain, 1800-1854*. Cambridge University Press.
- Hardt, M. & Negri, A. (2001). *Empire*. Harvard University Press.
- Hobsbawm, E. (2003). *La era del Capital, 1848-1875*. Crítica.
- Hone, T., Macinko, J. & Millett, C. (2018). Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? *Lancet*, 392, 1461-1472.
- Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. El Viejo Topo.
- (2002). Vivir y morir en Madrid: la vivienda como factor determinante del estado de salud de la población madrileña (1874-1923). *Asclepio*, 54 (2), 253-275.
- (2008). *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el Estado liberal*. Octaedro.
- Huertas, R. & Maestro, A. (1993). Modelo socio-económico y calidad de vida: una aproximación al concepto de salud social. En L. Montiel (Coord.), *La Salud en el Estado de Bienestar. Un análisis histórico* (pp. 199-221). Ed. Complutense.
- Julia, C. & Valleron, A. J. (2011). Louis-René Villermé (1782-1863), a pioneer in social epidemiology: re-analysis of his data on comparative mortality in Paris in the early 19th century. *Journal Epidemiology and Community Health*, 65 (11), 666-670.
- Klein, R. & O'Higgins, M. (1985). *The future of welfare*. Blackwell.

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Department of National Health and Welfare.
- Laurell, A. C. (1994). La salud: de derecho social a mercancía. En A.S. Laurell (Coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud* (pp. 9-31). Friedrich, Ebert & Stiftung.
- Lesky, E. (1984). Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades (Pavía, 1790). En E. Lesky (Comp.), *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos* (pp. 133-152). Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mathie, B. (2017). Charles Turner Thackrah, 1795-1833, The Father of Occupational Medicine. *Occupational Medicine*, 67 (4), 251-253.
- McKeown, T. (1976). An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the Twentieth Century. *Population Studies*, 29 (3), 391-422.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación social y salud*. CIESAS (reeditado por la Universidad Rovira i Virgili en 2018).
- Morales Aguilera, P. (2015). Posibilidades para la participación ciudadana: una lectura desde el concepto de sociedad civil en Jürgen Habermas. *Pensamiento actual*, 15 (24), 13-25.
- Mosse, M., Tugendreich, Gustav. (1994). *Krankheit und soziale Lage*. Verlag Jürgen Croom. (Publicado originariamente 1913).
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de salud. Informe de la Conferencia sobre Atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Organización Mundial de la Salud.
- (1983). Estilos de vida y condiciones de vida y su impacto sobre la salud, Höhr-Grenzhausen, 1982. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 57, 1059-1063.
- (2008). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Peset, J. L. (1978). Capitalismo y medicina: ensayo sobre el nacimiento de la seguridad social. *Estudios de Historia Social*, 7, 185-216.
- Ramos Gorostiza, J. L. (2014). Edwin Chadwick, el movimiento británico de salud pública y el higienismo español. *Revista de Historia Industrial*, 55, 11-38.
- Ringin, K. (1979). Edwin Chadwick, the Market ideology, and sanitary reform: on the nature of the 19th-Century Public Health Movement. *International Journal of Health Services*, 9 (1), 107-120.
- Rodríguez Ocaña, E. (1982). Aproximación al concepto y práctica de la Medicina Social en Ludwing Teleky. *Dynamis*, 2, 299-234.
- (1987). El concepto social de enfermedad. En A. Albarracín (Coord.), *Historia de la enfermedad* (pp. 341-349). Saned.
- Rosen, G. (1943). *The History of Miners' Diseases: A Medical and Social Interpretation*. Schuman's.
- (1947). What is Social Medicina? A Genetic Analysis of the Concept. *Bulletin of the History of Medicine*, 21, 674-733.
- (1953). Cameralism and the Concept of Medical Police. *Bulletin of the History and Medicine*, 27, 21-42.
- (1958). *A History of Public Health*. MD Publ.
- (1968). *Madness in Society: Chapters in the Historical Sociology of Mental Illness*. Routledge & Paul.

- Segura, J. (2017). Clases sociales en salud: el motor de la desigualdad. En V. López Ruiz & J. Padilla (Eds.), *Salubrisimo o barbarie. Un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*. Sevilla (pp. 129-148). Atrapasueños.
- Semashko, N. A. (1934). *Health protection in the USSR*. Gollancz.
- Sewell, W.H. (1992). *Trabajo y revolución en Francia. El lenguaje del movimiento obrero desde el Antiguo Régimen hasta 1848*. Taurus.
- Sigerist H.E. (1937). *Socialized Medicine in the Soviet Union*. W. W. Norton.
- (1951). *A History of Medicine* (vol 1). Oxford University Press.
- Salud Colectiva (2 de febrero de 2022). *Historia de la revista*. Recuperado el 25 de marzo de 2022. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/Historia>.
- Terris, M. (1978). Three world systems of medical care: trends and prospect. *American Journal of Public Health*, 68, 1125-1131.
- (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Siglo XXI.
- Testa, M. (2020). *Pensar en salud*. EDUNLA cooperativa (Universidad de Lanús). (Publicado originariamente 1993).
- Townsend, P. & Davidson, N. (1982). *Inequalities in Health: the Black Report*. Penguin.
- Velarde, J. (1990). *El tercer viraje de la Seguridad Social en España*. Instituto de Estudios Económicos.
- Venediktov, D. D. (1981). *Derecho de todos a la salud y su realización en los diferentes países del mundo*. Progreso.
- Villermé, L. R. (2017). *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris*. Hachette-BNF. (Publicado originariamente 1830).
- (1840). *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*. J. Renouard.
- Virchow R. (2008). Reporte sobre la epidemia de tifo en Alta Silesia. *Medicina Social*, 3 (1), 5-20. (Publicado originariamente 1848 en el *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin* 2, 143-332).
- (1848). Die öffentliche gesundheitspflege. *Die Medizinische Reform*, 5, 21-22.
- Vuori, H. (1986). Health for all, primary health care and general practitioners. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 36, 398-402.
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1 (1), 5-10.
- Walsh, J. A. & Warren, K. S. (1979). Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*, 301, 967-974.
- Walter, E. & Scott, M. (2017). The life and work of Rudolf Virchow, 1821-1902: Cell theory, thrombosis and the sausage duel. *Journal of the Intensive Care Society*, 18 (3), 234-235.
- Watkins, D. A., Yamey, G., Schäferhoff, M. et al. (2018). Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on investing in health. *Lancet*, 392, 1434-1460.
- Whitehead, M. (1988). *The Health divide*. Pelican.
- (2000). William Farr's legacy to the study of inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 86-87.
- Zabala, J. P., Di Liscia, M. & Duarte, E. (2020). La incorporación de la mirada histórica al campo de la salud: ¿reconstrucción del pasado o discusión del presente? *Salud Colectiva*, 16, e2716. Doi: 10.18294/sc.2020.2716.



Dormir en la calle. © Foto de Alexander Fox

CAPÍTULO 3

INDIVIDUOS LOCOS, POBLACIONES LOCAS

Pedro Gullón Tosio

«La necesidad de la mayoría pesa más que la necesidad de unos pocos».

MR. SPOCK (1982)

El elemento que define a los profesionales de la salud es un interés en mejorar la salud de las personas. Este hecho, como significativo común y mantra o lema nos puede servir, pero tiene muchas dificultades en asentarse en lo concreto, sobre todo el de la práctica profesional.

En el campo de la prevención de las enfermedades esta concreción ha sido el objeto mismo de la definición de la salud pública. ¿Cómo debemos prevenir enfermedades? ¿Cómo tenemos que actuar sobre individuos y sobre poblaciones para mejorar la salud? En este breve capítulo intentaremos responder a cómo, desde la salud pública, se pueden conceptualizar las diferentes estrategias de prevención de las enfermedades, y haremos una breve aproximación a las posibles aplicaciones en salud mental. Para intentar contestar estas preguntas, seguiremos principalmente la clasificación y teoría que el epidemiólogo Geoffrey Rose realizó en su artículo «Sick individuals and sick populations» (Rose, 1985).

LOS DETERMINANTES DE LOS CASOS Y LOS DETERMINANTES DE LA INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN

Si queremos estudiar cómo prevenir las enfermedades la primera pregunta que nos tenemos que hacer es, ¿por qué se producen? Cualquier profesional clínico que trabaje en consulta se hace esta pregunta con frecuencia; además de preguntarse cuál será el diagnóstico o el pronóstico sobre una determinada persona se pregunta, ¿por qué esta persona tiene esta condición en este momento?

De hecho, esta es la base de la gran mayoría de estudios epidemiológicos. Por ejemplo, en los estudios de casos y control, como paradigma de estudios clásicos en la epidemiología, obtenemos información dentro de una población sobre personas con una enfermedad concreta (casos) y otras que no lo son (controles), y estudiamos qué características son diferentes en ambos grupos para establecer factores de riesgo de la enfermedad. Esto es lo que podemos conocer como el estudio de los *determinantes de los casos* individuales en una

población. Sin embargo, este enfoque para el estudio etiológico de las enfermedades parte de dos supuestos que pueden ser problemáticos:

- *La definición de los límites de la normalidad:* muchos de los elementos que estudiamos como factores de riesgo actúan de manera continua y no dicotómica. Por ejemplo, una tensión arterial alta es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular, pero la definición de hipertensión como factor de riesgo es relativamente arbitraria; es extremadamente complicado encontrar un valor concreto a partir del cual definir a una persona como hipertensa. Esto ha llevado a cambios en las definiciones de esos valores a lo largo del tiempo, con consecuencias clínicas y de salud pública. Por ejemplo, un cambio de definición de hipertensión de 140/90 mmHg a 130/80 mmHg se estima que conlleva, en EE. UU., un aumento de 31 millones de casos de hipertensión (Messerli *et al.*, 2018).
- *La asunción de la variabilidad en la exposición:* cuando medimos los factores de riesgo en una población tenemos que obligatoriamente asumir que hay personas expuestas y personas no expuestas al potencial factor de riesgo; es decir, tiene que haber variabilidad en la exposición. Por ejemplo, si todas las personas de una población fumaran un paquete de tabaco al día, nunca podríamos encontrar que el tabaco es un factor de riesgo de cáncer de pulmón, pensaríamos que se debe a cualquier otra característica en la que haya heterogeneidad entre las personas que desarrollan la enfermedad y las que no.

Frente a esta aproximación etiológica para el estudio de las causas de la enfermedad podemos hacer una pregunta alternativa. En lugar de preguntar, ¿por qué algunos individuos tienen hipertensión?, nos podríamos preguntar, ¿por qué unas poblaciones tienen más frecuencia de hipertensión que otras?

Vamos a seguir el mismo ejemplo que utilizó Rose y ver las causas de la hipertensión en 2 poblaciones diferentes: nómadas de Kenia y funcionarios públicos de Londres. La figura 1 muestra la distribución de tensión arterial sistólica en ambas poblaciones usando datos generados para esta ocasión imitando los usados por Rose. Si estudiamos las causas de por qué unos individuos tienen más tensión arterial que otros en una población podríamos llegar a conclusiones similares: diferencias genéticas, alimentación, actividad física... Sin embargo, ese estudio no nos llevará a responder una pregunta fundamental, ¿por qué la hipertensión es mucho más frecuente en los funcionarios de Londres que en los nómadas de Kenia? La primera pregunta responde a los determinantes de los casos individuales, mientras que la segunda responde a los *determinantes de la incidencia (o de la prevalencia) de la enfermedad*. Entonces,

para responder a esta segunda pregunta tenemos que estudiar cuáles son los determinantes de la media poblacional. La diferencia entre ambas poblaciones no se puede explicar por diferencias entre los individuos de ambas poblaciones, si no por diferencias en lo que Rose llamó *fuerzas masivas*. Estas son características que son comunes a una población, y que diferencian a una población de otra (o a la misma población en un momento diferente del tiempo). Por ejemplo, los niveles de contaminación atmosférica de una población concreta tienen poca variabilidad entre los individuos de una población (en una ciudad o barrio la exposición es parecida para todas las personas que viven en ella), pero pueden tener gran importancia para explicar las diferencias en la incidencia de la enfermedad entre diferentes poblaciones. Los determinantes de la incidencia de la enfermedad no tienen porqué ser los mismos que los determinantes de los casos individuales.

Lejos de pensar que estas fuerzas masivas o poblacionales son elementos fuera de nuestro control, podemos identificar estrategias poblacionales concretas que han conseguido cambiar la distribución de las enfermedades en una población (más adelante comentaremos algún ejemplo). Tal y como comenta el propio Rose (Rose, 1985):

«Casi no existe enfermedad cuya tasa de incidencia no varíe ampliamente, ya sea a lo largo del tiempo o entre diversas poblaciones en la misma época. Lo anterior significa que estas causas de la tasa de incidencia, aunque desconocidas, no son inevitables. Es posible vivir sin ellas y, si supiéramos cuáles son, es posible que pudiésemos controlarlas» [...]

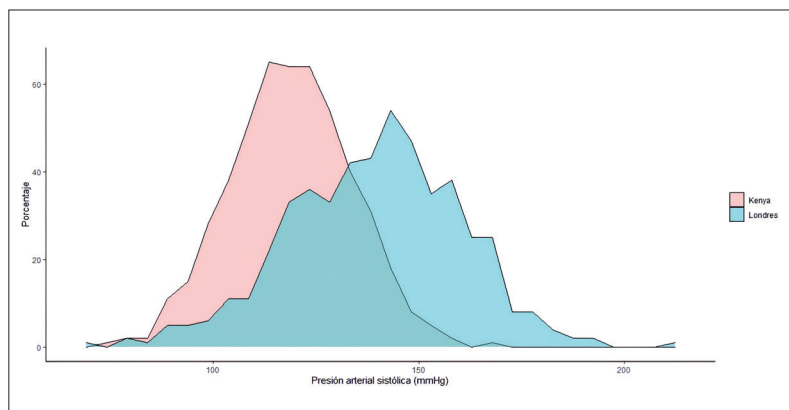


Fig. 1. Distribución de tensión arterial sistólica en 2 poblaciones distintas. Datos generados de forma aleatoria siguiendo las distribuciones de Geoffrey Rose (Rose, 1985)

Esta doble vertiente individual y poblacional en el estudio de las causas de enfermedad tiene su espejo en las estrategias de prevención que se pueden promover desde la salud pública. En este caso, las estrategias se conocen como *estrategias de prevención de alto riesgo* y *estrategias de prevención poblacionales*.

La *estrategia de prevención de alto riesgo* es el enfoque más clásico de la medicina asistencial en las tareas preventivas. Consiste en encontrar a las personas que tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad, y realizar acciones individuales para disminuir ese riesgo de desarrollar la enfermedad. Ejemplos de esta estrategia son el consejo sanitario para cambiar hábitos de vida o los tratamientos farmacológicos preventivos.

Según Rose, esta estrategia presenta algunas ventajas. Lo primero, esta estrategia se considera adecuada al nivel individual; estas acciones se realizan a personas que ya tienen riesgo. Una medida destinada a una persona que ya tiene algún factor de riesgo será percibida adecuada a nivel individual para esa persona. Esto enlaza muy bien con la segunda y la tercera ventaja de la estrategia de alto riesgo, y es que producen motivación en los individuos y en los profesionales sanitarios, ya que son capaces de ver cambios a nivel individual en un determinado plazo. Otra ventaja de las estrategias de alto riesgo es que pueden tener un buen balance de costes y efectos al centrarse en las personas que tienen más riesgo de enfermar. Por último, el equilibrio entre riesgos y beneficios de la intervención también puede ser favorable; en caso de intervenciones con potenciales efectos secundarios, estas deben centrarse en aquellos que más se pueden beneficiar, que son las personas con alto riesgo.

A pesar de estas ventajas, las estrategias de alto riesgo también tienen limitaciones (Tabla 1). La primera de ellas es la dificultad y los costes asociados a realizar cribados y pruebas para detectar a las personas de alto riesgo. Además, existe la posibilidad de que las personas con menos probabilidad de estar a riesgo sean las que más acuden a estos programas, en lo que sería una ley de cuidados inversos en la prevención (Tudor Hart, 1971). La segunda desventaja es que es paliativa, no ataja la raíz del problema; si una persona tiene malestares o ansiedad por su situación laboral, las estrategias de alto riesgo no pueden modificar las condiciones subyacentes a ese malestar. El objetivo de la estrategia de alto riesgo es proteger a las personas más vulnerables, y estas siempre existirán si no cambian las causas subyacentes. Esto también nos lleva a que la estrategia de alto riesgo pueda ser inadecuada desde el punto de vista comportamental, ya que no modifica cómo se generan los comportamientos, los individuos van «a contracorriente» del entorno. Otra desventaja es que su impacto puede ser limitado tanto desde el punto de vista individual como poblacional; en definitiva, no todos los casos de la enfermedad se dan en las personas de

alto riesgo, y no todas las personas de alto riesgo desarrollan la enfermedad. De hecho, debido a que hay menos personas con riesgo alto, puede ocurrir que se den más casos de enfermedad en los que tienen bajo riesgo, porque son una parte mucho más grande de la población. Citando al propio Geoffrey Rose: «un gran número de personas de bajo riesgo puede originar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado» (Rose, 1985).

Tabla 1

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE ALTO RIESGO

VENTAJAS	LIMITACIONES
Apropiadas para el individuo	Dificultades y costes de la detección
Motivación para el sujeto	Es paliativa y provisional, no radical
Motivación para el individuo	Potencial limitado para la población y los individuos
Balance de recursos costo-efectivo	Es inadecuada en cuanto al cambio de comportamientos
Razón favorable riesgo/beneficio	

En el otro lado nos encontramos las *estrategias de prevención poblacionales*. El objetivo de las estrategias a nivel poblacional es reducir el promedio de los factores de riesgo, y desplazar la curva completa de la distribución de los factores de riesgo. Son las «fuerzas masivas» que pueden cambiar el entorno. En la salud pública más clásica se puede encontrar en forma de los controles ambientales u otras medidas de protección de la salud. Pero su mirada va más allá, e incluye cambios que ocurren a nivel poblacional y que muchas veces se encuentran fuera del sector sanitario, como cambios económicos, sociales y políticos.

Tiene varias ventajas (tabla 2), y que se entienden mejor contraponiendo a la estrategia de alto riesgo. La primera de ellas es que es radical, su objetivo es modificar las condiciones subyacentes de la distribución. El potencial a nivel poblacional es muy grande; al mover toda la curva de la distribución se consigue una potencial reducción de riesgo en toda la población (tanto los que tienen alto riesgo como los que tienen bajo). Por último, debido a que modifica los contextos en los que se realizan los comportamientos, es más adecuada a nivel comportamental que las estrategias de alto riesgo.

Por otro lado, las estrategias de prevención poblacionales también tienen inconvenientes. La primera es la llamada «paradoja de la prevención», un cambio a nivel poblacional proporciona muy pocos beneficios a nivel individual. Quizá para la mayoría, a nivel individual, el uso del cinturón

de seguridad no le aporte nada en términos de prevención, pero a nivel poblacional reduce el impacto de los accidentes de tráfico. Por esta aparente falta de beneficio individual, las estrategias poblacionales también generan poca motivación en el individuo y en los profesionales sanitarios. Por último, el balance riesgo-beneficio puede ser inadecuado, sobre todo en estrategias poblacionales que tratan de implantar programas que tienen efectos secundarios infrecuentes que, aunque pequeños, a nivel poblacional pueden tener un gran impacto (como pueden ser efectos secundarios de programas de inmunización). Otras actividades de prevención poblacional destinadas a cambiar causas subyacentes de enfermedad (más que a aplicar una medida a toda la población) son menos sensibles a una ruptura del balance riesgo-beneficio. No obstante, hay que hacer una buena distinción de a qué corresponde una estrategia poblacional. Algunos autores han planteado que una intervención poblacional no es una intervención individual pero que llega a un sector amplio de población; para que una intervención sea poblacional tiene que incidir en el contexto social en el que se producen los factores de riesgo (Frohlich, 2014).

Tabla 2
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN POBLACIONALES

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Radical	Escaso beneficio individual («paradoja de la prevención»)
Gran potencial para toda la población	Poca motivación del sujeto
Apropiada a nivel de comportamiento	Poca motivación del profesional sanitario
	Posible razón riesgo/beneficio poco favorable

CAMBIOS POBLACIONALES Y CAMBIOS EN SALUD

A veces se acusa a las estrategias poblacionales de ser utópicas o de ser imposibles de realizar. Pero nada más lejos de la realidad, los cambios poblacionales ocurren, aunque esas «influencias masivas» se encuentren con mayor probabilidad fuera del sistema sanitario.

Una forma útil para estudiar las influencias poblacionales es comparar la misma población en diferentes momentos del tiempo para estudiar cómo cambios poblacionales pueden influir en cambios en salud. Por ejemplo, el crecimiento económico de Cuba a partir de 1995 (tras la crisis del llamado «periodo especial») llevó a un aumento de peso medio de 2,6 puntos de IMC a nivel individual, que, a nivel individual no supone un cambio

significativo, pero que, a nivel poblacional, significó un aumento de un 140% de la incidencia de diabetes y un 49% de aumento de la mortalidad cardiovascular (Franco *et al.*, 2013).

A pesar de que Rose realizó la mayoría de su campo en la enfermedad cardiovascular, sus conceptos son aplicables también a la salud mental. De hecho, tal y como dicen Laura Sampson y Sandro Galea, la visión de salud poblacional dentro de la salud mental, aunque difícil de identificar, es fundamental (Sampson & Galea, 2018):

«La salud poblacional es un campo floreciente que puede resultar útil para los investigadores y profesionales de la salud mental. La salud poblacional se ocupa de las condiciones que dan forma a la distribución de la salud dentro y entre las poblaciones, y de los mecanismos a través de los cuales estas condiciones se manifiestan como salud individual. La salud poblacional fomenta un enfoque en las exposiciones que son iguales para toda una población y, por lo tanto, difíciles de estudiar. Estas exposiciones pueden denominarse factores macrosociales; por ejemplo, normas sociales o culturales, urbanización, discriminación, estructuras políticas, contaminación del aire, pobreza, cambio climático o patrones de migración; todas estas son fuerzas que nos rodean y son principalmente «invisibles», aun cuando tienen profundas implicaciones para la determinación de la salud de la población».

Sí existe evidencia respecto a cómo factores poblacionales influyen en la salud mental, y en cómo estrategias poblacionales pueden mejorar la salud mental. Una revisión del año 2020 encontró que existen intervenciones poblacionales que pueden mejorar la salud mental a nivel de (1) intervenciones sociales, políticas o ambientales, (2) intervenciones de los servicios de salud pública, y (3) intervenciones dentro del propio sistema sanitario (Purtle *et al.*, 2020). Por ejemplo, a nivel de intervenciones sociales, la *Llei de Barris* de Cataluña, un proyecto de renovación urbana en barrios desaventajados que se realizó a comienzos de siglo, mejoró la salud mental de las mujeres en los barrios que fueron intervenidos en comparación con barrios no intervenidos de similar nivel socioeconómico (Mehdipanah *et al.*, 2014), lo que demuestra que intervenciones poblacionales (a nivel de barrio en este caso) pueden servir para mejorar la salud mental. Otro ejemplo, en Estados Unidos, es una investigación realizada entre 2009 y 2016, que cada incremento de 1 \$ en el salario mínimo por hora se asoció con una reducción de un 1.9% de la tasa de suicidios, estimando que el aumento del salario mínimo pudo prevenir 8000 suicidios durante ese periodo (Gertner *et al.*, 2019). Y sin duda, actualmente estamos viviendo cambios poblacionales que tienen (y tendrán) efectos en salud mental, como la crisis del COVID-19 o el cambio climático.

Uno de los elementos que pueden generar más debate respecto a las intervenciones poblacionales es cómo puede afectar a las desigualdades

sociales en salud. Las intervenciones que actúan sobre toda la población podrían aumentar las desigualdades sociales al actuar en la población sin distinción de sus condiciones basales, lo que puede actuar de forma negativa en las poblaciones más vulnerables (Frohlich & Potvin, 2008). Sin embargo, tal y como advierten McLaren, McIntyre y Kirkpatrick esto depende mucho del tipo de estrategia poblacional que se adopte. Las estrategias poblacionales radicales que están destinadas a corregir condiciones contextuales, que son las que producen desigualdades, tienen menos posibilidades de reproducir desigualdades sociales en salud (McLaren, *et al.*, 2010)

En conclusión, debemos abogar por estrategias poblacionales de prevención de la salud (y salud mental). Estas estrategias no son nuevas, este enfoque remonta a la revolución industrial, durante la cual hubo profesionales de la salud pública que lucharon por soluciones a gran escala para toda la población para el hacinamiento o las condiciones de trabajo (Krieger, 2001). Sin embargo, en la época de la medicina personalizada y de precisión, es necesario reivindicar el enfoque poblacional de la salud, y confrontar los factores sociales, políticos y económicos que determinan la salud y la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Franco, M.; Bilal, U.; Orduñez, P.; Benet, M.; Morejón, A.; Caballero, B.; Kennelly, J. F. & Cooper, R. S. (2013). Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 346 (apr09 2), f1515. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1515>
- Frohlich, K. L. (2014). Commentary: What is a population-based intervention? Returning to geoffrey rose. *International Journal of Epidemiology*, 43 (4), 1292-1293. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu111>
- Frohlich, K. L. & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98 (2), 216-221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Gertner, A. K.; Rotter, J. S. & Shafer, P. R. (2019). Association Between State Minimum Wages and Suicide Rates in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 56 (5), 648-654. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.12.008>
- Krieger, N. (2001). Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. *International Journal of Epidemiology*, 30 (4), 899-900. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181967b88>
- McLaren, L.; McIntyre, L. & Kirkpatrick, S. (2010). Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *International Journal of Epidemiology*, 39 (2), 372-377. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp315>

- Mehdipanah, R.; Rodríguez-Sanz, M.; Malmusi, D.; Muntaner, C.; Díez, E., Bartoll, X. & Borrell, C. (2014). The effects of an urban renewal project on health and health inequalities: a quasi-experimental study in Barcelona. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68 (9), 811-817. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203434>
- Messerli, F. H.; Rimoldi, S. F. & Bangalore, S. (2018). Changing definition of hypertension in guidelines: how innocent a number game? *European Heart Journal*, 39 (24), 2241-2242. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx806>
- Purtle, J.; Nelson, K. L.; Counts, N. Z. & Yudell, M. (2020). Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annual Review of Public Health*, 41 (1), 201-221. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094247>
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14 (1), 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Sampson, L. & Galea, S. (2018). An Argument for the Foundations of Population Mental Health. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00600>
- Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297 (7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)



Sufrimiento. © Foto de Elīna Arāja

CAPÍTULO 4

DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD MENTAL

Clara Benedicto Subirá

La manera en que miramos y nombramos la realidad determina cómo la entendemos, y esto nos lleva a actuar de una u otra forma. Esta subjetividad está ampliamente asumida, pero todavía mucha gente piensa que la ciencia es ajena a ella, y que determinadas herramientas como el método científico y determinadas personas como «*lxs expertxs*» pueden alcanzar la objetividad absoluta y proporcionarnos certezas con las que ordenar el mundo.

La medicina, como ciencia sobrevenida, ha bebido en el último siglo de esta tradición jerárquica y ha generado un corpus de conocimiento basado en investigaciones a las que se ha conferido el status de *verdad*. Sin embargo, la epistemología crítica cuestiona este esencialismo: puesto que la ciencia la hacemos las personas, y los puntos de vista se generan en unas condiciones concretas y nunca son neutros, tampoco lo serán las conclusiones resultantes. Esto lo expresa Donna Haraway con el concepto de *conocimiento situado*: independientemente del método empleado, ningún conocimiento se puede desligar de su contexto ni de la subjetividad de quien lo emite (1988). Propone por tanto explicitar el punto desde el cual se parte y por qué, para generar un conocimiento parcial pero válido, que articulándose con otras perspectivas nos acerque a un conocimiento más profundo de la realidad.

La salud y la enfermedad no son conceptos puramente biológicos, sino que tienen una naturaleza social y cultural. Quien tiene en nuestra sociedad el poder de nombrar y de trazar una línea entre la salud y la enfermedad es la institución médica, y esta línea se desplaza no solo de acuerdo con conocimientos científicos, sino también con múltiples intereses que se entremezclan. Esto es lo que se llama *performatividad*: los conceptos se sostienen en un conjunto de actos y discursos contruidos, que son naturalizados a través de la repetición. Por ejemplo, la frase «os declaro marido y mujer», no solo anuncia el hecho sino que lo lleva a cabo, y cambia la realidad. O el «a usted no le pasa nada» enunciado por un *médicx* traslada sin su consentimiento ni participación a la persona de un lado (persona consultante con preocupaciones sobre un malestar) al otro (persona sana con malestares no justificados). Este poder unilateral para nombrar tiene que ver con una jerarquía narrativa (quién puede conocer y quién es conocido) y con un discurso dominante que ordena la realidad.

En la primera parte de este capítulo se desarrollará cuál es este discurso sobre la enfermedad mental, sus causas y la forma de nombrar que genera, así como el contexto que determina este discurso concreto. En la segunda parte se cuestionará este discurso desde una perspectiva de los determinantes sociales de la salud y de las relaciones de poder, proponiendo una forma distinta y más compleja de entender el malestar y sus raíces. En la tercera parte se reflexionará sobre el tipo de relaciones terapéuticas y conocimiento que deberíamos generar y cómo se podrían hacer las cosas de forma distinta.

1. EL DISCURSO DOMINANTE EN SALUD MENTAL

«Había un muro. No parecía importante. Era un muro de piedras sin pulir, unidas por una tosca argamasa. Un adulto podía mirar por encima de él, y hasta un niño podía escalarlo. Allí donde atravesaba la carretera, en lugar de tener un portón degeneraba en mera geometría, una línea, una idea de frontera. Pero la idea era real. Era importante. A lo largo de siete generaciones no había habido en el mundo nada más importante que aquel muro.

Al igual que todos los muros era ambiguo, bifacético. Lo que había dentro, o fuera de él, dependía del lado en que uno se encontraba».

URSULA K. LE GUIN. *Los desposeídos*

El modelo causal hegemónico en salud mental: cerebrocentrismo y neuronarrativas

En el mundo profesional y académico se entiende, generalmente de forma dicotómica, que el sufrimiento de las personas puede corresponder bien a trastornos mentales diagnosticables de diversa gravedad, o bien a síntomas subumbrales o reacciones emocionales normales que no tienen entidad diagnóstica. El origen de estos trastornos mentales está insatisfactoriamente explicado, y el modelo teórico se compone de una base biológica neuroquímica y genética sobre la que una miríada de factores pueden influir, bien ejerciendo como desencadenantes o bien vulnerabilizando a la persona. Se trata por tanto de un modelo multicausal basado en factores de riesgo que actúan de formas desconocidas sobre una caja negra de alteraciones biológicas individuales, que se consideran el sustrato necesario de la enfermedad, y de las cuales no tenemos datos científicos sólidos. Producto de estas alteraciones individuales ocurren los síntomas psiquiátricos, que cuando son valorados por profesionales competentes, forman sistemas que desvelan un diagnóstico concreto.

Para explicar qué ocurre dentro del individuo, el modelo hegemónico en los últimos 40 años ha sido la teoría del desequilibrio químico: alteraciones preexistentes de los neurotransmisores cerebrales que es necesario corregir con fármacos dirigidos a una diana química concreta. Esta teoría ayudó mucho a vender antidepresivos, pero a pesar de su predicamento comercial, ni sus promotores ni la industria farmacéutica han aportado a día de hoy pruebas sólidas que la respalden (Moncrieff, 2016). La supuesta especificidad de los psicofármacos se ha ido diluyendo con el tiempo, pero tampoco esto se ha traducido en una disminución de su uso sino en una ampliación de sus indicaciones, incluso fuera de ficha técnica (Therapeutics Initiative, 2015; Múzquiz Jiménez & de la Mata Ruiz, 2012; Yanguas, 2018).

Variando ligeramente el foco, pero siempre dentro del paradigma biomédico, actualmente son la neurociencia y la genética las que comienzan a ostentar la intención de explicar los trastornos mentales. Por un lado, es frecuente leer conclusiones sobre las áreas implicadas en procesos anormales mediante la actividad cerebral medida en una resonancia funcional, a pesar de que no se han caracterizado suficientemente lo que consideramos procesos mentales «normales». Por otro, la búsqueda de «el gen» como tecla que produce la enfermedad y prueba de su existencia no ha arrojado resultados ni concluyentes ni clínicamente relevantes (Moncrieff, 2014). Nos aproximamos una vez más a explicar el fenómeno desde lo patológico, y a menudo con una mentalidad fraccionadora.

Estas narrativas causales parecen, en el mejor de los casos, reduccionistas, insuficientes y sobredimensionadas como origen del sufrimiento diagnosticable. Paralelamente, la evidencia sobre el peso de los factores sociales se acumula como explicaremos más adelante. Sin embargo, aunque en esta maraña causal se acepta que estos pueden tener una influencia contextual, se sigue manteniendo la división entre lo «endógeno» y lo «reactivo», así como una defensa férrea del *core* biológico y conductual como elementos centrales.

Concebir la red causal centrándose en lo biológico tiene diversas consecuencias en cómo entendemos los trastornos mentales. El lenguaje usado para nombrar es dicotómico (sano o enfermo) e infiltrado por conceptos médicos (síntoma, trastorno, tratamiento, pronóstico, cura), y se gestiona verticalmente desde una posición profesional y experta que es quien debe detectar y poner nombre. La causa es una disfunción interna de la persona pero el locus de control del malestar es externo y se localiza en el sistema sanitario. Esto podría explicar por qué estudios recientes encuentran que pacientes con creencias o narrativas relacionadas con desequilibrios químicos cerebrales o causas genéticas tienen síntomas depresivos más intensos y duraderos, y menor control sobre sus emociones negativas (Schroder *et al.*, 2020). Por último, esta conceptualización causal conduce a buscar una solución sanitaria individual, basada bien en un tratamiento farmacológico, bien uno psicoterapéutico, o una combinación de ambos.

En resumen: los trastornos mentales son en última instancia trastornos del cerebro y su teorización, más o menos explícita, es acultural y ahistórica. Esta postura no es inocente ni casual, sino que constituye un ejemplo de cómo la perspectiva médica también es situada, y se fija y enfatiza los elementos de la red causal que son más proximales al individuo y no los más distales (que son más transversales a las poblaciones). Miramos al individuo porque es lo que está a nuestro alcance y lo podemos abordar como profesionales, como quien busca las llaves bajo la farola porque hay luz, y no donde las ha perdido. Además, la psiquiatría se reviste así de un cientifismo que busca biomarcadores para validarse, y compararse con la lógica causa-síntoma-cura que impera en el resto de la medicina, haciendo convenientemente suyas sus metáforas (una especie de Ley de Godwin, pero con la diabetes un lugar de los nazis¹).

Ninguno de estos modelos causales nos ha ayudado a mejorar la salud mental de la población, a dar sentido al sufrimiento, ni a saber cómo responder ante él. Y de hecho cada vez se describe una mayor prevalencia de trastornos mentales, se toman más psicofármacos, y se registran más discapacidad y cronicidad (González Pardo & Pérez Álvarez, 2007).

De la causa al nombre: los diagnósticos psiquiátricos

La clasificación diagnóstica más universalmente utilizada en psiquiatría es el DSM. Sin embargo, los diagnósticos que contiene son descriptivos, no explicativos: si quisiéramos saber qué es una depresión, lo que el DSM nos dice es qué síntomas componen este constructo, pero no por qué ocurre (Timimi, 2020). No se han encontrado en décadas de investigación mecanismos o estructuras biológicas que justifiquen esta clasificación, como decíamos antes. Esto afecta a la validez de los diagnósticos como entidades ciertas, ya que el grado de variabilidad entre psiquiatras, así como el grado de solapamiento entre ellos, ponen en duda su especificidad (Timimi, 2014). A lo largo del tiempo, según refleja un estudio longitudinal de cuatro décadas, la historia psiquiátrica de los participantes prácticamente nunca se limitaba a un solo diagnóstico, y cada uno que se adjudicaba se asociaba a un riesgo aumentado de tener otro más (Caspi

¹ La Ley de Godwin dice que «A medida que una discusión en internet se alarga, la probabilidad de que aparezca una comparación en la que se mencione a Hitler o a los nazis tiende a uno». https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_Godwin De esta forma, la probabilidad de que en la discusión con una persona que cree en el origen biológico de los trastornos mentales aparezca una comparación entre la depresión y la diabetes, también tiende a uno.

Por otra parte, habría mucho que decir respecto a la diabetes como ejemplo clásico de la enfermedad médica, puesto que a pesar de que hay un mecanismo biológico identificado y claro, su prevalencia y pronóstico están inmensamente influidos por las condiciones de vida.

et al., 2020). Hay además numerosos estudios que atestiguan que el tener un determinado diagnóstico no es un buen marcador de necesidad de tratamiento, o de un pronóstico común (Goldberg *et al.*, 1998; Sareen *et al.*, 2013; Timimi, 2014). Asimismo, estos diagnósticos son problemáticos porque son etnocéntricos y niegan la diversidad cultural y las experiencias no blancas y no occidentales.

Por otra parte, hay sospechas más que fundadas de que puedan existir conflictos de interés entre las personas expertas que definen estos diagnósticos y la industria farmacéutica que ha defendido y se ha beneficiado del modelo causal que se ha descrito. Entre el panel de expertxs que desarrollaron el DSM-V, el 69% reportaron tener conflictos de interés con la industria farmacéutica (un 12% más que en la edición anterior) (Cosgrove & Krinsky, 2012).

En salud mental, nada puede escapar a la interpretación y la subjetividad. Al no estar incorporadas en estos diagnósticos ni la biografía ni la perspectiva de la persona que sufre, no solo perdemos una parte valiosísima de la información, sino que les convertimos en objetos de conocimiento y no sujetos. Esto es lo que Miranda Fricker (2007) llamó la injusticia epistémica², y se refiere a que el conocimiento de algunas personas es ignorado o cuestionado por el hecho de pertenecer a un grupo social, y además su experiencia no es adecuadamente comprendida por la ausencia de recursos y conceptos que la identifiquen y la expliquen.

El contexto sociocultural

Todo este marco teórico ocurre —y no por casualidad— en un contexto sociocultural y económico neoliberal y patriarcal, donde la desigualdad, la desregulación y el consumismo han aumentado exponencialmente. La conjunción de este discurso psiquiátrico con el sistema capitalista genera un discurso hegemónico basado en el individualismo y la competitividad: por una parte, sentimientos de insuficiencia e insatisfacción, y por otra la necesidad de optimización de unx mismx a través del consumo. Se invisibilizan las condiciones de vida (paro, discriminación, pobreza) y se maximiza la influencia de los hábitos de vida «saludables», que en el caso de la salud mental se equipararían a las conductas individuales.

La concepción del bienestar como éxito personal genera un ideario de meritocracia psicológica, donde se entiende que quien está bien (o parece estar bien) lo ha conseguido con su esfuerzo individual, y quien no está

² Miranda Fricker acuña el término «injusticia epistémica», pero el concepto ya existía previamente en discusiones sobre opresión, poder y conocimiento y también muy relacionadas con luchas feministas y raciales.

bien «algo habrá hecho (o dejado de hacer)». Así, se invisibilizan los determinantes sociales, se valora la adaptación a la realidad en lugar de su cuestionamiento y se transmite que «si quieres, puedes». Sin embargo, la insatisfacción no desaparece, produciendo culpa y reforzando los sentimientos de insuficiencia. Y ahí entra la maquinaria psiquiatrizante.

Esta medicalización de la desigualdad y la insatisfacción con la propia vida es un método sutil de control social, que expropia al individuo la capacidad para resistir u oponerse a las condiciones económicas o laborales adversas y que individualiza el problema, desarticulando cualquier respuesta colectiva (Moncrieff, 2006).

Los diagnósticos que aceptamos no solo tienen repercusión clínica, sino también en qué y cómo se investiga, en medicina forense o en el ámbito legal. Además, el impacto que esta forma de narrar la realidad tiene en las políticas públicas es evidente: la salud mental es ausencia certificada de enfermedad mental, o riesgo de tenerla. La salud es función, la función es trabajo remunerado, y este trabajo se tiene que poder desarrollar independientemente de que las condiciones sean de sobrecarga crónica o de explotación. Se habla de «luchar» contra la «epidemia» de depresión (de nuevo el lenguaje médico, que suele traer al lenguaje bélico de la mano), y de dedicar fondos y esfuerzos a la prevención de los trastornos mentales; se aborda el problema desde una prevención orientada a la enfermedad, y no desde la promoción de la salud. Para ello, la prioridad política sería la sensibilización de la población y de los servicios sanitarios, en especial la Atención Primaria, sobre la importancia de diagnosticar precozmente y tratar a tiempo. Toda esta carga social de enfermedad se quiere combatir con campañas de disminución del estigma con discursos individualistas y medicalizadores que a la vez descargan y cargan al individuo (Carmona, 2014).

La iatrogenia narrativa

Por tanto, los diagnósticos psiquiátricos que usamos habitualmente no son elementos objetivos sino consensos de expertos con conflictos de interés y que comparten un marco teórico concreto, que tampoco tiene una evidencia sólida que lo respalde. Los diagnósticos son, pues, performativos, en el sentido de construcciones que luego se afianzan por la acción repetida y se reconocen por la convención psiquiátrica. Como este marco no tiene en cuenta ni el contexto, ni la biografía, ni la perspectiva no profesional, puede generar iatrogenia narrativa (Benedicto, 2018) eliminando información muy relevante, negando posibles vías de abordaje más inclusivas e imponiendo una narración única sobre el malestar. Además, este planteamiento comparte no solo contexto sino valores con el neoliberalismo, transmitiendo la individualización y reforzando el consumo de soluciones externas como única salida.

El muro del que habla Ursula K. Le Guin separa lo sano y cuerdo de lo enfermo, encerrando lo que considera patológico pero también bloqueando la posibilidad de cambio social a través de repensar colectivamente el malestar y su origen.

No se trata de abandonar ni negar mecanismos biológicos, sino de cuestionar su centralidad y poner el foco en las causas de las causas (Moncrieff, 2020). El conocimiento y corrección de estas beneficiaría no solo a un individuo o a un grupo de personas con el mismo diagnóstico, sino de forma transversal a toda la población mejorando su salud tanto física como mental.

2. UNA MIRADA AL DOLOR SOCIAL DESDE EL MARCO DE LOS DETERMINANTES

«Pienso en el significado de las palabras endógeno y exógeno, y encuentro sus concomitancias y sus siete diferencias: no es lo mismo no poder pagar un alquiler, darles a tus hijos leche rebajada con agua, que sentir la carencia en el cerebro de una sustancia que, por ejemplo, nos ayude a atenuar cotidianamente el sentimiento trágico de la vida».

MARTA SANZ. *Clavícula*

«Del alma al estómago, lo que se padece es una impotencia vinculada a la imposibilidad de ocuparse y de intervenir en las propias condiciones de vida».

MARINA GARCÉS. *Nueva Ilustración Radical*

Según lo desarrollado por Rose (Gullón P, capítulo XX), el planteamiento previo intenta responder a la pregunta ¿por qué algunos individuos enferman?, pero podríamos levantar un poco más la mirada y preguntarnos por qué algunas poblaciones tienen tanto sufrimiento. La primera pregunta nos llevaría a intervenciones individuales en las personas que tienen más alto riesgo; la segunda más a fijarnos en qué factores afectan selectivamente a esas poblaciones, y abordar la población como un todo. Atendiendo a los determinantes más distales (más estructurales) en lugar de a los más proximales (más individuales) se mejora más la salud de la población puesto que hay más casos en los sectores de bajo riesgo que en los de alto.

Los esquemas clásicos que ilustran los determinantes sociales de la salud (Dahlgren & Whitehead, 1991; *Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2015) presentan por un lado los determinantes estructurales (contexto socioeconómico y político y estructura social) y por otro los determinantes intermedios (recursos materiales), influyendo sobre los factores psicosociales, conductuales y biológicos que son más individuales. Sabemos a estas alturas ya bastante sobre la importancia de distintos determinantes intermedios en la salud pero menos de los macrosociales, y

sobre todo de cómo se vinculan entre sí. Por eso, una perspectiva que se centre en los mecanismos puede ayudarnos a reflexionar sobre estas conexiones, y cómo y por qué impactan los determinantes macro en la salud (Ng & Muntaner, 2014).

Una propuesta de esquema

La mayoría de las investigaciones actuales que se centran en determinantes intermedios y estructurales señalan el propio determinante pero no son críticas con la estructura que lo genera (por ejemplo, hablando de la situación socioeconómica como determinante, pero no de las relaciones de poder neoliberales que la originan y perpetúan), contribuyendo a naturalizar el sistema y soslayando cómo estas relaciones de desigualdad son construidas política, cultural y económicamente (Ng & Muntaner, 2014).

Son estas relaciones de poder que se reproducen y manifiestan a todos los niveles (desde el reparto de la riqueza o de los roles de género y el acceso a recursos hasta las conductas interpersonales o la relación con el sistema sanitario) las que determinan cómo el resto de determinantes interaccionan entre sí e impactan en la salud. Son las relaciones de poder las que generan, en última instancia, desigualdades evitables e injustas. Con esta premisa, en la Figura 1 se propone una representación gráfica que aúna los esquemas clásicos de los determinantes de la salud con los principios de la interseccionalidad; es decir, cómo las desigualdades de poder en distintos ejes (clasismo, machismo, racismo, etnocentrismo, capacitismo...) interseccionan sobre personas o poblaciones generando relaciones de privilegio y opresión (Diller *et al.*, 2018). En este esquema son las intersecciones de los ejes de poder lo que más transversalmente influiría en la salud, ayudándonos a visibilizar los hilos de las opresiones comunes y quién tira o se beneficia de ellos, y por tanto pudiendo guiar más hacia la acción y orientarse a la equidad a todos los niveles.

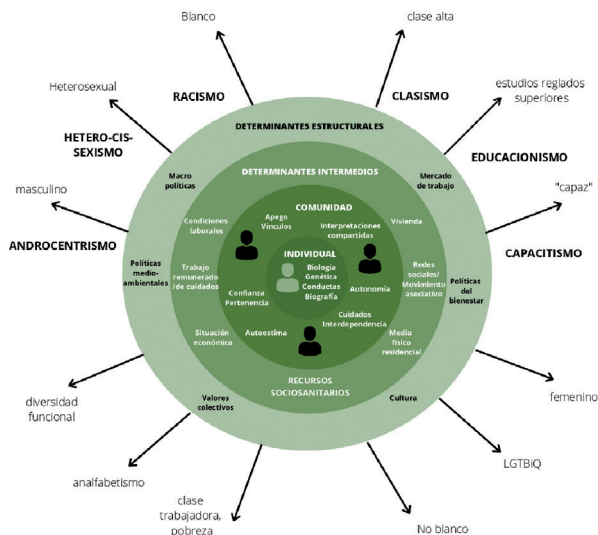


Figura 1. Representación de los determinantes sociales de la salud mental a través de forma transversal por los ejes de poder que generan intersecciones a todos los niveles.

a) Los ejes de poder.

El relator especial de derechos humanos de las Naciones Unidas en su informe de 2017 concluye que «las crisis en la salud mental no deberían gestionarse como una crisis de los trastornos individuales, sino como una crisis de los obstáculos sociales que impiden el ejercicio de los derechos individuales. Las políticas de salud mental deberían abordar los «desequilibrios de poder» en lugar de los «desequilibrios químicos» (Püras, 2017).

Podríamos definir el poder como la capacidad de influenciar el entorno para satisfacer las propias necesidades e intereses, y en un contexto más relacional como la capacidad social de controlar las acciones propias y de otras personas, independientemente de su voluntad y al margen de la justicia o legitimidad de este control. Las situaciones de desempoderamiento generan falta de control sobre las propias condiciones de vida, dificultad para evitar ambientes adversos, conflictos internos y externos, construcciones negativas sobre uno mismo generadas socialmente, pérdida de relatos propios y exposición a violencias simbólicas, físicas o psicológicas.

Kimberlé Crenshaw definió en 1989 el concepto interseccionalidad para conceptualizar cómo las distintas formas de ejercer dominación se

entrecruzan y se potencian unas a otras, aunque las teorías feministas negras ya habían abordado el concepto sin nombrarlo (Crenshaw, 1989). No era un concepto puramente teórico, sino con una aplicación muy práctica: visibilizar en el ámbito legal que las trabajadoras negras de la General Motors sufrían discriminación tanto racial como por género y estas se potenciaban entre sí³. A nivel individual, los ejes de poder se definen por una línea continua entre el privilegio y la opresión donde una persona se sitúa en función de la percepción social y de cómo performa la característica (por ejemplo la orientación sexual o la etnicidad), y que intersecciona a su vez con la posición en otros ejes de poder. De este modo, la situación de desventaja resultante no será igual en un hombre negro que en una mujer negra o en una mujer trans negra pobre.

A nivel poblacional es igualmente interesante su aplicación puesto que los sistemas de opresión son múltiples e interdependientes y generan dinámicas sociales de discriminación o privilegio. En la literatura científica hay múltiples ejemplos de cómo la discriminación en cualquiera de estos ejes afecta a la salud mental (Goto, 2013): en el género (Dambrun, 2007; Frankenhaeuser *et al.*, 1991), la orientación sexual (Dean, 2000), la racialización (Williams & Williams-Morris, 2000), el nivel educativo (Silva *et al.*, 2016) o la clase social (De Moortel *et al.*, 2014; Eisenberg-Guyot & Hajat, 2020; Muntaner Bonet *et al.*, 2003). Pero sin embargo hay pocos que combinen las distintas opresiones y se pregunten sobre su efecto conjunto (Borrell *et al.*, 2004; Díaz *et al.*, 2001).

b) *Los determinantes estructurales*

En el esquema clásico del «informe Borrell» (*Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, 2015) se describen unos valores y una cultura que definen, a través del gobierno y de los actores económicos y sociales, unas macropolíticas concretas. En este caso es clave entender que estas estructuras sociales no son entidades inamovibles, sino mecanismos de generación o de compensación de desigualdades a través de la distribución de poder y recursos. Por tanto, el sistema cultural y económico

³ Kimberlé Crenshaw explica que el juez desestimó el caso de una mujer afroamericana por intentar defender que la suya era una doble discriminación, y que no se explicaba solo por el concepto de racismo (porque sí se empleaba a hombres afroamericanos) ni por el de machismo (porque sí se empleaba a mujeres blancas). No había un imaginario social complejo que visibilizase y nombrase esta doble discriminación. La propia autora lo explica en esta charla TED https://www.ted.com/talks/kimberle_crenshaw_the_urgency_of_intersectionality?language=es#t-472868

hegemónicos y los valores predominantes definirán las decisiones en uno u otro sentido.

Si la orientación es hacia la justicia social, las macropolíticas deberían estar enfocadas a garantizar una vida digna para todas las personas, como defiende Martha Nussbaum en la teoría de las capacidades (2012) y ha explicado Javier Padilla en el libro *Salubrisimo o barbarie* (2017).

Hay pocos estudios de epidemiología macrosocial, pero alguno de los existentes nos habla de que las ideologías de los partidos políticos en el gobierno afectan a algunos de los indicadores de salud pública. De esta forma, defender valores de equidad se relaciona con políticas de redistribución como la promoción de un estado del bienestar o la regulación del mercado laboral, y estas impactan positivamente en indicadores de salud como la mortalidad infantil o la esperanza de vida (Navarro *et al.*, 2006). Por otra parte, el análisis de las políticas de austeridad durante las crisis económicas describe que tienen un efecto negativo en la salud (Stuckler *et al.*, 2009).

c) *Los determinantes intermedios*

Los determinantes intermedios se asimilan habitualmente a las condiciones materiales de vida: posición económica, ingresos, condiciones de trabajo remunerado o su ausencia, trabajo de cuidados, tipo de vivienda y entorno residencial, infraestructuras...

Hay mucha evidencia sobre el efecto en la salud mental de las condiciones de trabajo: la inseguridad laboral (Kim *et al.*, 2015; Rajani *et al.*, 2016), las largas jornadas (Virtanen *et al.*, 2018), la sobrecarga de trabajo (Madsen *et al.*, 2017), el desempleo (Nordt *et al.*, 2015) o el tipo de trabajo (De Moortel *et al.*, 2014). También se ha visto impacto del conflicto entre el trabajo remunerado y el doméstico, que es característico de la doble jornada de las mujeres (Guille *et al.*, 2017). Se relacionan también con mala salud mental las amenazas de desahucio (Vásquez-Vera *et al.*, 2017), la pobreza (Knipe *et al.*, 2015; Padilla & López, 2016) o la desigualdad de ingresos (Pickett & Wilkinson, 2010).

Habitualmente los **servicios sociosanitarios** se engloban en este nivel y su orientación y uso están fuertemente influenciados tanto por los determinantes estructurales (políticas sanitarias, inversión en los servicios de salud, universalidad de la atención) como por los propios determinantes intermedios. Esto último se relaciona con la *Ley de Cuidados inversos* enunciada por Julian Tudor Hart: la disponibilidad de una atención médica de calidad varía en proporción inversa a las necesidades de la población asistida. Esta ley se cumple más intensamente cuanto más expuesto está el sistema a las fuerzas del mercado (Tudor Hart, 1971). Esto quiere decir que las personas más vulnerables –en las que interseccionan más situaciones de opresión y acumulan más determinantes adversos–, no solo tienen una

mayor carga de enfermedad sino que además tienen menos posibilidades de recibir cuidados y tratamientos por parte del sistema. Como Tudor Hart enuncia, y ya hemos visto en la sección de determinantes estructurales, hay medidas macropolíticas de carácter distributivo que compensan este fenómeno como sistemas basados en la Atención Primaria o una atención sociosanitaria universal (Mestres *et al.*, 2021; Starfield, 2012).

d) *La comunidad*

Podríamos definir una comunidad como un grupo que presenta características, necesidades o intereses comunes, no siempre ligado a un territorio. Dentro de este grupo es donde se produce la socialización y por tanto tiene una importancia específica para la salud mental. A este nivel, la intersección de los distintos ejes de poder nos permite comprender las relaciones y dinámicas interpersonales que condicionan que se proteja o se ponga en riesgo la salud.

Se ha demostrado en un metaanálisis que tener unas relaciones sociales fuertes disminuye la mortalidad, aumentando entre un 50 y un 91% la probabilidad de sobrevivir y siendo consistente para distintas categorías de edad, sexo, estado de salud previo y causa de mortalidad (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). El tamaño de este efecto en la mortalidad era comparable al consumo de tabaco o alcohol y mayor que factores clásicos como la obesidad o el sedentarismo. Además, las formas de medir la fortaleza de las relaciones sociales que se correlacionaban con la supervivencia no eran las clásicas (estado civil) sino otras más complejas (combinando medidas funcionales como la percepción de soporte social o de soledad y otras estructurales como las redes sociales o la integración social).

e) *El nivel individual*

Este nivel ha sido el más ampliamente estudiado, aunque casi siempre sin contexto. La magnificación de los estilos de vida (conductas individuales que se asocian en estos estudios con niveles más bajos de enfermedad) ha sucedido como si la capacidad de tomar decisiones saludables fuera la misma para todo el mundo, independientemente de factores fundamentales como los entornos, los recursos económicos, la disponibilidad de tiempo, la autoestima o la sensación de control sobre la propia vida. Todo el peso de los factores no individuales, lo que llamamos las condiciones de vida, limitan enormemente el alcance de lo que una persona puede hacer. Es la falacia de la libertad de elección, que se relaciona con la falacia de la meritocracia y que culpabiliza y estigmatiza a las personas menos capaces de estar sanas por estar más enfermas.

Mirar y actuar solo a este nivel, por tanto, es una decisión ideológica y política que reproduce la opresión y perpetúa las desigualdades (Tabla 1).

Tabla 1
CONSEJOS RECOPIADOS DE UNA BÚSQUEDA EN GOOGLE SOBRE «CONSEJOS PARA TENER UNA BUENA SALUD MENTAL» Y APLICACIÓN DE UNA PERSPECTIVA DE DETERMINANTES.
ADAPTACIÓN DEL ESQUEMA ORIGINAL DE DAVE GORDON BASADA EN UNA ENTRADA DEL BLOG SALUD COMUNITARIA (COFIÑO, 2017)

CONSEJOS PARA TENER UNA BUENA SALUD MENTAL	
CONSEJOS HABITUALES	CONSEJOS ALTERNATIVOS
• Mantente activo. • Cuida tu alimentación y come lentamente. • Sé organizado con tu tiempo. • Haz vida social. • Mejor en pareja. • Diviértete, disfruta de la naturaleza y viaja. • Gestiona tus pensamientos. • Adopta una actitud positiva, centrada en el presente. • Ponte objetivos. • Relájate. • Apaga la televisión y lee a Kafka. • Pide ayuda.	• No seas pobre. • No seas mujer. • Vive en una casa cómoda y de calidad sin ruidos, cuya hipoteca o alquiler puedas pagar. • Vive en un entorno verde, seguro, tranquilo, y que te facilite los desplazamientos. • Ten un trabajo no precario, gratificante, donde se te respete y valore y en el que tengas control y buen sueldo. • Ten una familia rica y redes sociales influyentes. • Si vives en pareja, compartid las cargas domésticas y de cuidados y apoyaos mutuamente. • Ten tiempo y dinero para viajar y actividades de ocio. • Mantén el control sobre tu vida y la capacidad de decir «no». • Forma parte de grupos de iguales con intereses comunes y del tejido comunitario. • Vive en una sociedad igualitaria que distribuya los recursos y respete la diversidad.

La desigualdad es mala para todas las personas

A lo largo de los distintos niveles descritos, la variable causal se llama igual a nivel individual y poblacional, pero su significado es diferente: mirando a nivel individual, una persona en paro está expuesta a los efectos adversos del desempleo en la salud, pero la persona que trabaja no lo está; ampliando la mirada a nivel poblacional, en una población con una alta tasa de desempleo existe un riesgo para la salud de todas las personas,

independientemente de si trabajan o no. Es otra forma de decir que el riesgo de los de la población no es la suma del riesgo de los individuos.

En su libro *Igualdad. Sobre cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*, Wilkinson & Pickett (2010) reflexionan que no solo es importante comprender las causas estructurales del dolor social, sino también sus receptores, es decir, cómo actúan. En el libro se propone que la amenaza de evaluación social (la preocupación por cómo nos ven y nos juzgan los demás) en sociedades desiguales genera inseguridades relacionales que se acaban traduciendo tanto en un empeoramiento de la calidad de vida como en lo que llaman «ansiedad por el status». Analizando distintas evidencias sobre desigualdades de ingresos, describen por ejemplo cómo la satisfacción con ellos depende más de la comparación con los de los demás que con si nos proporcionan lo que necesitamos. Así, cuanto más jerárquica es la sociedad más se refuerza la idea de que la posición social está relacionada con la valía personal (meritocracia), y más inseguridades genera sobre la propia valía. Esto recuerda mucho a lo que decíamos en la primera parte sobre la meritocracia psicológica, en la que se transmite la idea de que el bienestar es algo alcanzable con voluntad y esfuerzo individuales, y por tanto que no conseguirlo es un signo de incapacidad y fracaso. Esta meritocracia, claro, es mentira; puesto que las posibilidades de movilidad social vienen muy condicionadas por la posición previa, y como decíamos antes las condiciones de vida limitan enormemente la capacidad de elegir y sostener estilos de vida. O dicho de otra forma, la ansiedad por el status se vive con tendencia al narcisismo desde una situación de privilegio en los distintos ejes de poder (*puedo porque soy mejor que los demás*), mientras que desde una posición de opresión se vive con baja autoestima y vergüenza (*no puedo porque los demás son mejores que yo*). En los países más desiguales también se describe que las personas tienen la sensación de ejercer un menor control sobre su vida, y este locus de control externo se relaciona con mayores puntuaciones en ansiedad y depresión y un aumento de la desconfianza y el materialismo.

Además, un descubrimiento nuevo y potencialmente transformador de estas investigaciones es que la ansiedad por el status, y a través de ella la peor salud mental, ocurren en sociedades desiguales *en todos los tramos de ingresos*. Es decir, que confirma a Rose en que en algunos colectivos más vulnerables (en este caso sociedades desiguales) incluso las personas mejor posicionadas dentro de ese colectivo tienen un mayor riesgo. Por eso, la idea clave es que todas las personas se beneficiarían de vivir en una sociedad más igualitaria.

Todas estas dinámicas relacionales inducidas por la desigualdad se asocian a un tejido comunitario más débil. El libro cita también varios estudios que sugieren que la menor incidencia de enfermedad mental en sociedades más igualitarias no tiene directamente que ver con un mayor gasto público en servicios de prevención y tratamiento de la enfermedad,

sino con menor ansiedad de status y mayor compromiso con una red comunitaria de reciprocidad, confianza y cooperación; es decir, son los valores y la minimización de las desigualdades de poder lo que genera salud (y secundariamente políticas coherentes con esta ideología, que también combaten la desigualdad) más que el gasto sanitario específico para poblaciones de riesgo.

En conclusión, podríamos decir, malcitando a Marmot, que si el dolor es principalmente social y relacional, también deben serlo los remedios.

3. DE LA MIRADA A LA ACCIÓN

«No nos conocemos, pero nos necesitamos».

PANCARTA DEL 8M DE 2020

Pasar de lo individual a visibilizar, investigar y trabajar sobre las causas de las causas (determinantes intermedios y estructurales) es hoy por hoy básico y fundamental, pero no se debería acabar aquí. Hablábamos antes de prestar atención no solo al «qué», sino sobre todo al «cómo» y «en qué contexto», o lo que es lo mismo: la diferencia entre hablar de pobreza o discriminación y hablar de relaciones de poder desiguales como el clasismo, el racismo o el machismo. Al no visibilizarse en el primer caso los hilos que unen las causas de las causas así como los contextos sociopolíticos, se induce a preferir medidas más conservadoras y centradas en grupos de riesgo y en lo micro-meso, más que en lo macro (trabajo protegido o programas de ayudas económicas a personas vulnerables versus cambios en legislación laboral o una renta básica universal) (Ng & Muntaner, 2014).

Esta desideologización de la investigación (como si pretender no tener ideología no fuera una ideología en sí misma) genera un conocimiento no emancipador y se une al cansancio y a la impotencia, que son el elemento transdiagnóstico común en la sociedad actual: el cansancio como inmunosupresión que abre la puerta a los males, el cansancio como persuasor de que debemos invertir las pocas energías que tenemos en mantenernos como estamos, a flote, en lugar de cambiar. Como escribe Marina Garcés, «lo sabemos todo, pero no podemos nada. (...) Nuestra ciencia y nuestra impotencia se dan la mano sin rubor.» (2017).

La atención sanitaria actual es mayoritariamente un gerundio: una fotografía aislada del presente sin pasado ni futuro. El valor fundamental es hacer. Los valores de la Atención Primaria o los recursos comunitarios, sin embargo, son contrahegemónicos: la longitudinalidad de una película co-construida que integre la biografía de las personas, la polivalencia respecto al síntoma –porque lo central es la persona y no la enfermedad–, las relaciones en la comunidad como hilos que tejer y destejer, los determinantes que unen las causas individuales a las causas comunes. Pero estos

valores están en lucha con un contexto sociopolítico y sanitario que como decíamos es neoliberal e individualista. Dentro de esta corriente, como profesionales nos comportamos muchas veces como un nivel asistencial que media entre la población y la máquina, pero demasiadas veces poniéndose de parte de la máquina y contribuyendo a mecanizar, a su vez, la salud de las personas.

Muchos textos se preguntan dónde está la línea entre malestar emocional y enfermedad mental. Como profesionales, podemos decidir trazarla y atender solo a lo que entendemos que es patológico, expulsando lo demás del sistema sanitario en un *explico no es mi problema*; podemos expandir la zona gris entre malestar y enfermedad y atender cualquier sufrimiento que tenga entidad con el conocimiento construido para la patología y con la omnipotente esperanza de ayudar; o podemos olvidar la pretensión de trazar esta línea o siquiera de que exista, y ofrecer acompañamiento y apoyo para poder narrar conjuntamente las raíces de lo que le está pasando a la persona, y en base a esto buscar estrategias.

Todas estas estrategias son problemáticas (aunque unas más que otras, y unas son más equitativas que otras). Esto ocurre porque no hay forma satisfactoria de resolver este dilema únicamente desde lo sanitario, porque las causas de las causas son externas a nosotros.

Como decíamos al principio, los cambios en la mirada y en la narrativa provocan cambios en la forma de hacer. Tradicionalmente, lo normal se opone a lo patológico. Pero si abandonamos lo *normal* por lo comprensible o lo explicable, no será tan importante normalizar como dar sentido. Y si aceptamos que las causas de las causas están fuera del individuo y desbordan lo sanitario, tendremos necesariamente que construir las soluciones fuera, o en cooperación con lo no sanitario.

Se proponen a continuación algunas acciones orientativas de cómo integrar sanitariamente la mirada de determinantes sociales y de la interseccionalidad a tres niveles:

En la consulta

En lo individual hay que intentar trascender lo individual. Es lo que Turabian llama «mirar a la comunidad desde la mirilla de la consulta» (Turabian & Pérez-Franco, 2003). La relación terapéutica longitudinal (el conocimiento mutuo y sostenido en el tiempo) nos va a dar una información muy valiosa y una posición que nos permita trabajar los problemas con los tiempos adecuados. La evidencia de eficacia del vínculo en psicoterapia (lo que se ha llamado «factores inespecíficos de la relación terapéutica») (Moix Queraltó & Carmona Terés, 2018) nos habla de hasta qué punto es importante poner lo relacional en el centro. Al formar parte de un sistema con una validación cientifista y capacidad de gestión de los recursos,

formamos parte de una institución de poder; y ese poder se ejerce o se modula en las cosas que hacemos en consulta. Por tanto, es fundamental ser conscientes de la capacidad que tenemos de retraumatizar o de generar experiencias emocionales correctoras.

Comenzando por las características de la propia atención, es recomendable ver los códigos y el contexto de los mensajes: dónde nos colocamos como profesionales (cuestionar las certezas, compartir las incertidumbres, abandonar la omnipotencia), cómo hacemos y decimos y cómo establecemos los objetivos.

Respecto a la forma de narrar qué está pasando, podemos establecer dos marcos diferentes: uno categorial (cuyo paradigma sería la clasificación DSM que antes comentábamos) y otro más dimensional, que sería más apropiado al menos para el ámbito comunitario y de la Atención Primaria (Tabla 2).

Tabla 2
MODELOS DIAGNÓSTICOS CATEGORIAL Y DIMENSIONAL EN SALUD MENTAL

ENFOQUE CATEGORIAL	ENFOQUE DIMENSIONAL
Diagnóstico dicotómico: sano o enfermo.	Lo importante es la descripción multidimensional y no la clasificación.
Sano y enfermo son entidades excluyentes.	La diferencia entre «normal» y «patológico» es de gradiente.
Alto grado de superposición («comorbilidad»)	Multidimensional.
¿Validez externa?	Validez interna.
Explicación	Comprensión
Saber experto externo.	Intersubjetividad, co-construcción narrativa.
Checklist de síntomas.	Valoración de biografía y contexto.
Los diagnósticos son verdades a descubrir.	Lo que ocurre se averigua y construye.

Lo categorial, al ser el modelo hegemónico, va a estar presente en las consultas. No se trata tanto de negarlo como de trabajar para deconstruirlo como única forma de interpretación de la realidad. Desde ahí —conociendo su poder y al mismo tiempo su cuestionable validez—, resulta compatible usar el lenguaje hegemónico como llave que poner a favor del paciente para abrir puertas en el sistema, a la vez que se construye una interpretación alternativa que pueda ser realmente útil.

Respecto a intervenir o no sanitariamente ante problemas con una clara influencia socioeconómica (especialmente en entornos asistenciales generalistas), resulta muy útil entender que cómo hacemos las cosas (o no) es una intervención en sí misma, por lo que el foco se desplaza no a si hacemos, sino a cómo respondemos. En este sentido un ejemplo muy útil es la *Indicación de no Tratamiento* propuesta por Alberto Ortiz Lobo: una intervención estructurada basada en la resignificación de la demanda y en la no intervención, reorientando a la persona a otros espacios donde se puede buscar apoyo o herramientas (Ortiz Lobo & García, 2009). En el caso específico de malestares atravesados por el género, se puede usar una intervención narrativa con perspectiva feminista (Benedicto, 2020). En ambos casos, parte del sentido de la intervención consiste en poner sobre la mesa la ambivalencia entre el acompañamiento y el reconocimiento del sufrimiento y la posibilidad de generar iatrogenia interviniendo, y que la ambivalencia no se convierta en un falso dilema. Esta integración de la incertidumbre y la construcción de un mapa más amplio son valores que también forman parte de la cotidianeidad de la Atención Primaria.

Buscando una transformación del paradigma desde el cual interpretamos, para abandonar lo categorial como explicación e integrar la narración y la intersección de determinantes que hemos explicado, también puede ser de utilidad el marco «Poder-Amenaza-Significado» (Johnstone & Boyle, 2020). Se trata de una forma de entender el sufrimiento que conecta el funcionamiento de los ejes de poder con las amenazas y sus respuestas para construir un marco explicativo y narrativo basado en los significados que atribuimos a lo que nos ocurre. Los creadores de este marco explican que cuanto menor es el acceso a formas convencionales de poder, más probable es que se adopten estrategias disruptivas ante la adversidad. Para investigarlo, se proponen una serie de preguntas alrededor de las cuales se estructura la comprensión:

- ¿Qué te ha pasado? (cómo opera el poder en tu vida)
- ¿Cómo te ha afectado? (qué clase de amenazas ha supuesto)
- ¿Qué sentido le has dado? (cuál es el significado de estas situaciones o experiencias para ti)
- ¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir? (qué tipo de respuesta a las amenazas estás utilizando)
- ¿Cuáles son tus fortalezas/ recursos? (qué acceso a distintas formas de poder tienes)
- ¿Cuál es tu historia? (cómo encajan juntas todas estas cosas)

En la comunidad

En la comunidad es donde nos construimos como personas y practicamos, como se sugiere en la figura 1, el apego, los vínculos, la confianza, la autonomía y la autoestima. Además, se construyen también unas interpretaciones compartidas sobre qué son la salud o la enfermedad y qué significan, o cómo se sanan los malestares. Puesto que todo esto se define culturalmente y se vive entre otras personas, es fundamental tanto conocer la comunidad de la persona que consulta como integrar el sufrimiento y las posibles soluciones dentro de esta red.

Esta mirada comunitaria debe empapar desde lo individual y extenderse fuera de los límites de la consulta, generando un trabajo paralelo de atención comunitaria. En la comunidad, igual que en el espacio más limitado de la consulta, también hay formas de hacer y de participar siendo representantes de una institución de poder como es el sistema sanitario. No es lo mismo generar procesos dentro de centros sanitarios que en espacios municipales; no es lo mismo participar en igualdad de condiciones con otros actores que querer liderar; no es lo mismo hacer promoción de la salud que actividades de prevención orientadas a la patología. Asimismo, conviene asegurarse de que lo que llamamos «comunitaria» lo es realmente en términos de proyección en el tiempo, de interés colectivo y de participación real (March *et al.*, 2014).

Uno de los pasos más importantes para plantearse colaborar en mejorar la salud a nivel local tiene que ver con conocer cuáles son las necesidades, recursos y fortalezas de la comunidad. Posteriormente, se trata de ponerse en contacto con lxs agentes comunitarixs para generar o potenciar espacios no sanitarios en los que se trabaje participativamente. El empoderamiento comunitario debería por tanto desbordar lo sanitario –aunque tenga beneficios para la salud–, y conseguir ganar capacidad para ejercer más control colectivo sobre los factores que afectan a esta comunidad. Pueden ser recursos útiles para este proceso las recomendaciones PACAP (2003) o la Guía Asturias Actúa (Observatorio de Salud en Asturias, 2012).

Jennie Popay analiza las formas de poder que pueden limitar el control colectivo de una comunidad sobre sus condiciones de vida:



Figura 2. *Formas de poder que limitan el control colectivo. Traducido y adaptado de Popay et al., 2021.*

Como profesionales sanitarixs tenemos por tanto la oportunidad de colaborar en la comunidad y formar parte de sus procesos. Pero desde este punto de vista, es necesaria una reflexión sobre cómo podemos hacerlo desde una perspectiva de redistribución del poder: por un lado, no ejercer poder productivo (reproducir discursos profesionales hegemónicos, estigmatización), institucional (control de las «reglas del juego», elección de temas y métodos) o estructural (por una posición más favorable en las intersecciones de poder respecto a clase, capacidad, nivel educativo...). Por otro lado, estableciendo relaciones horizontales (poder con), valorizando el conocimiento experiencial y las riquezas no consideradas expertas (poder interno).

Si tuviéramos que elegir un objetivo, sería quizás apelar al cuidado colectivo desde la certeza de que ni la salud ni el malestar son individuales y echan raíces hacia la comunidad, y de que somos interdependientes. También, que como profesionales del cuidado de esa comunidad tenemos no solo que ver e incorporar esta perspectiva, sino incorporarnos nosotras mismas, o como explica Rosa Jiménez, *avercindarnos* (Arteaga, 2020).

En el nivel macro

Como profesionales de la atención sanitaria, que es en su mayor parte individual, muchas veces nos cuesta conectarnos con las lógicas poblacionales. En lo macro nos vemos hormigas sin poder alguno y creemos que no es nuestro lugar. Y sin embargo, consumimos, votamos, nos movilizamos ante unas cosas y callamos ante otras, y con ello reforzamos o destejemos el entramado que compone nuestra sociedad. Como dice Sherry Ortner (1984), «la historia no es simplemente algo que le sucede a la gente sino algo que la gente hace –dentro, por supuesto, de los poderosos constreñimientos del sistema en el cual está operando–».

Dentro de nuestro rol profesional investido de poder, además, lo que hagamos públicamente tiene un impacto adicional. Algunas de las acciones con un impacto específico en este nivel son:

- La incidencia en la planificación de los recursos sanitarios. Una cosa es trabajar para que, poblacionalmente, se desarrollen redes y políticas que mejoren la salud mental de la gente y, mientras, organizar los recursos para que atiendan el sufrimiento resultante de las condiciones de vida intentando resignificarlo, redirigirlo o acompañarlo sin patologizar. Y otra es pretender, ante el aumento del sufrimiento poblacional por el empeoramiento de las condiciones de vida, que una ayuda especializada es necesaria para definir lo que es o no normal y defender medidas que puedan perpetuar la individualización del problema. Aunque nos encontremos en un escenario en que los discursos micro y macro parecen incurrir en contradicciones, conviene intentar que el mensaje que el sistema envía a la población sea coherente con las medidas que se toman, y que no se pierda de vista cuáles deben ser las prioridades en la gestión de recursos, para no ahondar en la ley de cuidados inversos.
- La abogacía por la salud, entendida como una prolongación de nuestro trabajo de promoción y prevención visibilizando y combatiendo las causas de las causas, y promoviendo cambios sociales (Ng & Muntaner, 2014). Si hay evidencia de que ciertas políticas tienen un impacto en la salud, lo ético profesionalmente es tomar partido públicamente por ellas. Del mismo modo, si sabemos que

las relaciones estructurales de poder como el machismo o el racismo son perjudiciales para la salud de la población, es parte de nuestro trabajo el posicionarnos en contra. Esta abogacía se puede llevar a cabo dentro de los grupos de interacción profesional (como formando residentes, o dando sesiones en el equipo), con la población a nivel individual y comunitario, y de una forma más global mediante la participación en movimientos sociales, sociedades científicas o en las instituciones.

- La investigación. Si queremos impactar positivamente en la salud de la población desde una perspectiva de determinantes, la investigación debería ser militante, comprometida con valores de equidad y de justicia social. La investigación en determinantes macrosociales es inherentemente política y cultural, en el sentido de que contribuye a un cambio social a mejor –explícita o implícitamente–, o no lo hace (Muntaner *et al.*, 2012).

4. CONCLUSIONES

Las relaciones de poder se materializan en distintos ejes de desigualdad u opresión: el género, la clase, la etnicidad... Y estas categorías de análisis vinculan directamente lo personal con lo social, lo material con lo simbólico, la importancia de lo estructural con las capacidades humanas. Por eso, visibilizar e incorporar las intersecciones de estas categorías a cómo narramos y atendemos la vivencia del sufrimiento es fundamental: el sufrimiento muestra sus particularidades individuales pero también sus raíces, y en la medida en que es un problema colectivo, un dolor social, se politiza.

Esta comprensión contextualizada nos permite abordarlo en consulta con una perspectiva narrativa, no patologizadora, con la que co-construir una intersubjetividad terapéutica. Y esta intersubjetividad no se limita a la acción individual, sino que revela una interdependencia, nos proyecta hacia afuera. Nos ayuda a comprender cómo nos construimos relacionamente y en comunidad, atravesadas por los mismos ejes de poder que las personas a las que atendemos. Y este *ser afectadas* va de la mano con *poder afectar*, poder generar cambios a nuestro alrededor. No a pesar del sufrimiento, sino precisamente *desde* él, utilizando el malestar común como palanca de transformación social. A esto Amador Fernández-Savater (2017) lo llama «la fuerza vulnerable», que nace del acompañamiento mutuo, la complicidad y la presencia compartida. La sanación no pasa entonces por la reparación, por volver a ser una pieza funcionante de un sistema desigual que nos enferma, sino por la (auto)transformación.

BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga, M. (2020). *Rosa Jiménez Pereda: El arte de ser vecina en «La Escalera»*. Radio 5. Con Voz Propia. <https://www.rtve.es/play/audios/con-voz-propia/voz-propia-rosa-jimenez-pereda-arte-ser-vecina-escalera-07-02-20/5505175/>
- Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (134).
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17063>
- (2020). Ver, oír y sentir para hacer. Una práctica clínica con perspectiva de género. *AMF*, 16 (5), 278-284. https://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=176
- Borrell, C.; Muntaner, C.; Benach, J. & Artazcoz, L. (2004). Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58 (10), 1869-1887. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00408-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00408-8)
- Carmona, M. (2014). Campañas antiestigma que estigmatizan. *Mujeres y Salud*, 36.
https://matriz.net/mys36/36_sumario.htm
- Caspi, A.; Houts, R. M.; Ambler, A.; Danese, A.; Elliott, M. L.; Hariri, A.; Harrington, H. L.; Hogan, S.; Poulton, R.; Ramrakha, S.; Rasmussen, L. J. H.; Reuben, A.; Richmond-Rakerd, L.; Sugden, K.; Wertz, J.; Williams, B. S. & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal Assessment of Mental Health Disorders and Comorbidities Across 4 Decades Among Participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3 (4), e203221. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3221>
- Cofiño, R. (2017). *¿Cuánto depende de mí que tenga un estilo de vida saludable?* Salud Comunitaria. <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2017/11/12/cuanto-depende-de-mi-que-tenga-un-estilo-de-vida-saludable/amp/>
- Cosgrove, L. & Krinsky, S. (2012). A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry: A Pernicious Problem Persists. *PLoS Medicine*, 9 (3), e1001190. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In *University of Chicago Legal Forum* (Issue 1). <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclfhhttp://chicagounbound.uchicago.edu/uclfh/vol1989/iss1/8>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. https://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
- Dambrun, M. (2007). Gender Differences in Mental Health: The Mediating Role of Perceived Personal Discrimination. *Journal of Applied Social Psychology*.
<https://pdfs.semanticscholar.org/d33c/1f95b933d751e3031a3ebef3954fdb2d52f3.pdf>
- De Moortel, D.; Vandenheede, H.; Muntaner, C. & Vanroelen, C. (2014). Structural and intermediary determinants of social inequalities in the mental well-being of European workers: A relational approach. *BMC Public Health*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-938>

- Dean, L. (2000). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health: Findings and Concerns. *Journal- Gay and Lesbian Medical Association*, 4. worldcat.org/title/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health-findings-and-concerns/oclc/202940915&referer=brief_results
- Díaz, R. M.; Ayala, G.; Bein, E.; Henne, J. & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: Findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, 91 (6), 927-932. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.6.927>
- Diller, A.; Houston, B.; Morgan, K. P.; Ayim, M. & Morgan, K. P. (2018). Describing the Emperor's New Clothes: Three Myths of Educational (In-)Equity. In *The Gender Question in Education* (pp. 105-122). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429496530-11>
- Eisenberg-Guyot, J. & Hajat, A. (2020). Under capital's thumb: Longitudinal associations between relational social class and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74 (5), 453-459. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213440>
- Fernández-Savater, A. (2017). *Una fuerza vulnerable: el malestar como energía de transformación social*. El Diario. http://www.eldiario.es/interferencias/malestar-energia-transformacion_social_6_606199392.html
- Frankenhaeuser, M.; Lundberg, U. & Chesney, M. (1991). *Women, Work, and Health. Stress and Opportunities* (M. Frankenhaeuser, I. Lundberg & M. Chesney (Eds.)). Plenum Press. <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-1-4615-3712-0>
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Birkbeck College, University of London.
- Garcés, M. (2017). *Nueva Ilustración Radical*. Nuevos Cuadernos Anagrama.
- Goldberg, D.; Privett, M.; Ustun, B.; Simon, G. & Linden, M. (1998). The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *British Journal of General Practice*, 48, 1840-1844. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1313290/pdf/10198504.pdf>
- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Alianza Editorial. http://www.asmi.es/arc/doc/La_invenccion_de_enfermedades_mentales.pdf
- Goto, J. (2013). Systematic review of epidemiological studies on interpersonal discrimination and mental health. *Cadernos de Saude Publica*, 29 (3). <https://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a04v29n3.pdf>
- Guille, C.; Frank, E.; Zhao, Z.; Kalmbach, D. A.; Nietert, P. J.; Mata, D. A. & Sen, S. (2017). Work-Family Conflict and the Sex Difference in Depression Among Training Physicians. *JAMA Internal Medicine*, 177(12), 1766. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.5138>
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Haraway_Situated_Knowledge.pdf
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7 (7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

- Johnstone, L. & Boyle, M. (2020). El Marco de Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (136). <http://revistaen.es/index.php/aen/article/view/17104>
- Kim, T. J.; von dem Knesebeck, O.; Giatti, L.; Barreto, S.; César, C.; Paul, K.; Moser, K.; Grzywacz, J.; Dooley, D.; Lundin, A.; Falkstedt, D.; Lundberg, I.; Hemmingsson, T.; Martikainen, P.; Mäki, N.; Jäntti, M.; Carlier, B.; Schuring, M.; Lötters, F.;... Janszky, I. (2015). Is an insecure job better for health than having no job at all? A systematic review of studies investigating the health-related risks of both job insecurity and unemployment. *BMC Public Health*, 15 (1), 985. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2313-1>
- Knipe, D. W.; Carroll, R.; Thomas, K. H.; Pease, A.; Gunnell, D. & Metcalfe, C. (2015). Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia – a systematic review. *BMC Public Health*, 15 (1), 1055. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2301-5>
- Madsen, I. E. H.; Nyberg, S. T.; Magnusson Hanson, L. L.; Ferrie, J. E.; Ahola, K.; Alfredsson, L.; Batty, G. D.; Bjorner, J. B.; Borritz, M.; Burr, H.; Chastang, J. F.; de Graaf, R.; Dragano, N.; Hamer, M.; Jokela, M.; Knutsson, A.; Koskenvuo, M.; Koskinen, A.; Leineweber, C.;... Mead, G. E. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 1-15. <https://doi.org/10.1017/S003329171600355X>
- March, S.; Jordán Martín, M.; Montaner Gomis, I.; Benedé Azagra, C. B.; Elizalde Soto, L. & Ramos, M. (2014). ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitarias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto fraC. *Gaceta Sanitaria*, 28 (4), 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.01.009>
- Mestres, A. J.; López, G.; Judit, C. & Castelló, V. (2021). The deadly effects of losing health insurance. *European Economic Review*, 131, 103608. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2020.103608>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*.
- Moix Queralto, J. & Carmona Terés, V. (2018). Los siete secretos mágicos de la efectividad terapéutica. *Papeles Del Psicólogo*. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2854>
- Moncrieff, J. (2006). Psychiatric drug promotion and the politics of neoliberalism. In *British Journal of Psychiatry* (Vol. 188, Issue APR., pp. 301-302). Royal College of Psychiatrists. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.4.301>
- (2014). *A Critique of Genetic Research on Schizophrenia-Expensive Castles in the Air*. Mad in America. <https://madinspain.org/una-critica-a-la-investigacion-genetica-en-esquizofrenia-despiffarrar-en-castillos-en-el-aire-joanna-moncrieff/>
- (2016). The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment. In *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-58944-5>
- (2020). Not in our Brains: On the Complex Relationship Between Biology and Behavior. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(3), 321–323. <https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3Ae33ae4c9-5260-491e-a27f-59a6cb0d83c3#pageNum=1>

- Muntaner Bonet, C.; Borrell, C.; Benach, J.; Pasarín, M. I. & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32 (6), 950-958. <https://doi.org/10.1093/ije/dyg170>
- Muntaner, C.; Chung, H.; Murphy, K. & Ng, E. (2012). Barriers to knowledge production, knowledge translation, and urban health policy change: ideological, economic, and political considerations. *Journal of Urban Health*, 89 (6), 915-924. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22547328/>
- Múzquiz Jiménez, A. & De la Mata Ruiz, I. (2012). Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica de Salud Mental. En M. Desviat & A. Moreno (Eds.), *Acciones de Salud Mental en la Comunidad* (pp. 255-270). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2012/07/modelos-explicativos-de-la-accion-de.html>
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, N. & Pasarín, M. I. (2006). Politics and health outcomes. *Lancet*, 368 (9540), 1033-1037. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69341-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69341-0)
- Ng, E. & Muntaner, C. (2014). A Critical Approach to Macrosocial Determinants of Population Health: Engaging Scientific Realism and Incorporating Social Conflict. *Current Epidemiology Reports*, 1, 27-37. <https://doi.org/10.1007/s40471-013-0002-0>
- Nordt, C.; Warnke, I.; Seifritz, E. & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *The Lancet Psychiatry*, 2 (3), 239-245. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00118-7)
- Nussbaum, M. (2012). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Paidós.
- Observatorio de Salud en Asturias. (2012). *Asturias actúa: Guías y hojas de ruta para convertir la información en acción*. <http://recs.es/wp-content/uploads/2017/06/Asturias-Actúa-Guías-y-hojas-de-ruta-para-convertir-la-información-en-acción.pdf>
- Ortiz Lobo, A. & García, L. M. (2009). La indicación de no tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. In *Trastornos mentales comunes: manual de orientación* (pp. 179-193). Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/trastornos-mentales-comunes-manual-de-orientacion/179-la-indicacion-de-no-tratamiento-aspectos-psicoterapeuticos.pdf>
- Ortner, S. B. (1984). Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History*, 26 (1), 126-166. [http://www.ram-wan.net/restrepo/hermeneuticas/2.ortner-La teoría antropológica desde los 60-libro.pdf](http://www.ram-wan.net/restrepo/hermeneuticas/2.ortner-La%20teor%C3%ADa%20antropol%C3%B3gica%20desde%20los%2060-libro.pdf)
- PACAP. (2003). *¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones*. <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>
- Padilla, J. & López, M. V. (2016). Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 23 (2), 50-60. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2015.04.010>
- Padilla, J. (2017). Justicia y salud pública: entre gestionar lo escaso y conquistar lo im(possible) en V. López Ruiz & J. Padilla Bernáldez (Coords.), *Salubrisimo o barbarie* (1.ª ed., pp. 113-127). Editorial Atrapasueños.

- Pickett, K. E. & Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *British Journal of Psychiatry*, 197 (6), 426-428. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072066>
- Popay, J.; Whitehead, M.; Ponsford, R.; Egan, M. & Mead, R. (2021). Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promotion International*, 36 (5), 1253-1263. <https://academic.oup.com/heapro/article/36/5/1253/6056661>
- Púras, D. (2017). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>
- Rajani, N. B.; Giannakopoulos, G. & Filippidis, F. T. (2016). Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe. *Occupational Medicine (Oxford, England)*. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqw111>
- Sareen, J.; Henriksen, C. A.; Stein, M. B.; Afifi, T. O.; Lix, L. M.; Enns, M. W.; Afifi, T. O.; Enns, M. W.; Cox, B. J.; de Graaf, R.; ten Have, M.; Sareen, J.; Aoun, S.; Pennebaker, D.; Wood, C.; Compton, W. M.; Grant, B. F.; Colliver, J. D.; Glantz, M. D.,... KELLER, S. D. (2013). Common mental disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from a population-based longitudinal survey. *Psychological Medicine*, 43 (09), 1941-1951. <https://doi.org/10.1017/S003329171200284X>
- Schroder, H. S.; Duda, J. M.; Christensen, K.; Beard, C. & Björgvinsson, T. (2020). Stressors and chemical imbalances: Beliefs about the causes of depression in an acute psychiatric treatment sample. *Journal of Affective Disorders*, 276, 537-545. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.061>
- Silva, M.; Loureiro, A. & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30 (4), 259-292. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-61632016000400004
- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26, 20-26. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>
- Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M.; Coutts, A. & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374 (9686), 315-323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
- Therapeutics Initiative. (2015). Los antipsicóticos no deberían usarse para la depresión no-psicótica. In *Therapeutics Letter*. <https://www.ti.ubc.ca/es/2015/11/22/los-antipsicoticos-no-deberian-usarse-para-la-depresion-no-psicotica/>
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (3), 208-215. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.03.004>
- (2020). The medical model in mental health: an explanation and evaluation. *Psychosis*, 1-2. <https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1798491>
- Tudor Hart, J. (1971). The inverse care law. *Lancet*, 405-412. <http://www.juliantudorhart.org/papers/Paper11.pdf>
- Turabíán, J. L. & Pérez-Franco, B. (2003). Atención médica individual con orientación comunitaria. Atención contextualizada: la figura es el fondo. *Revista Clínica Electrónica En Atención Primaria*. <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>

- Vásquez-Vera, H.; Palència, L.; Magna, I.; Mena, C.; Neira, J. & Borrell, C. (2017). The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 175, 199-208.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.010>
- Virtanen, M.; Jokela, M.; Madsen, I. E.; Magnusson Hanson, L. L.; Lallukka, T.; Nyberg, S. T.; Alfreðsson, L.; Batty, D.; Bjorner, J. B.; Borritz, M.; Burr, H.; Dragano, N.; Erbel, R.; Ferrie, J. E.; Heikkilä, K.; Knutsson, A.; Koskenvuo, M.; Lahelma, E.; Nielsen, M. L.;... Kivimäki, M. (2018). Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3712>
- Williams, D. R. & Williams-Morris, R. (2000). Racism and mental health: The African American experience. *Ethnicity and Health*, 5 (3-4), 243-268.
<https://doi.org/10.1080/713667453>
- Yanguas, E. P. (2018). Uso de los antipsicóticos en adultos mayores. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 263-282.
<http://revistaaen.es/index.php/aen/issue/view/1336>

CAPÍTULO 5

SALUD COMUNITARIA. CUIDADOS, IDENTIDADES Y PARTICIPACIÓN¹

Adrián Carrasco Munera

«Without community there is no liberation».

AUDRE LORDE (1979)

«I think it's a great way to live, to fight for yourself, to fight for your friends, to fight for your community of individuals who are sharing your experience and to fight for dignity and a better life, and there will be a tipping point. There will be victories and they will be joyous».

PETER STALEY (2014)

LA COMUNIDAD QUE CUIDA Y LAS IDENTIDADES COMPARTIDAS

No quería hacer mucha referencia a la crisis por el coronavirus, así que lo hago ahora al principio para dejarlo zanjado. Esta reciente crisis nos ha enseñado mucho sobre las comunidades que cuidan.

Cuando desde el mundo sanitario estábamos embebidos² en protocolos, artículos e incertidumbre, la comunidad tenía una certeza: había que unirse. Los carteles de ayuda para la compra o el cuidado de niños/mayores/mascotas florecieron en los portales. Las asociaciones vecinales se volvieron en organizar al barrio. Los colectivos de personas más vulnerables se pusieron en marcha para apoyarse entre sí.

Esta es la comunidad que no se ve / que no queremos ver desde lo sanitario. Hemos recibido una gran lección de la que tenemos mucho que aprender para salir del despotismo sanitario en torno a la salud. La comunitaria que no vemos es la verdadera red de apoyo/cuidados, el tejido vivo del barrio/pueblo, de la que podemos o no formar parte como profesionales de la salud. A

¹ Se ha respetado el criterio del autor del capítulo a la hora de escoger deliberadamente el uso de la e para asegurar la transinclusividad del texto pese a que dicho uso no esté aún recogido por la RAE.

² «Usar el género neutro es para nosotras una herramienta muy útil en determinadas situaciones. Es esencial, por un lado, para respetar la identidad no binaria de algunas personas. Y también, por otro, para vaciar de género aquellos lugares en donde más daño puede hacer» - Daniel G. Abiétar en *¿Solo dos? La medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género* (2019).

lo largo del capítulo quiero que analicemos cuál puede ser nuestra posición en este engranaje y que seamos un elemento más de generación de salud.

No solamente en situación de crisis estos tejidos sociales existen. Si ha sido posible su papel, ha sido porque se ha generado sobre el entramado preexistente.

El barrio es identidad. Es en el sitio en el que somos y del que somos. En el que nos movemos con la soltura de andar por casa y en el que nos relacionamos con iguales. No importa tu procedencia ni dónde vivas ahora, pues tu barrio lo será siempre (Mbomio, 2018).

El barrio conforma la estructura física urbana en la que frecuentemente coinciden poblaciones con características sociales, culturales y económicas similares. De esta forma, es una adecuada unidad de medición de las desigualdades e inequidades en salud, resultando el mantra de la importancia del código postal sobre el código genético en la determinación del estado de salud (Robert Wood Johnson Foundation, 2011). Si en los distintos barrios se reproducen los diferentes ejes de opresión y vulnerabilidad, es lógico pensar que estos van a influir en mayor o menor medida en la salud de los vecinos. Se ha comprobado cómo los distintos indicadores sociales y de salud siguen una estrecha relación y un reparto paralelo al comparar estos indicadores en los distintos barrios de una ciudad. Para conocer las causas de las patologías del barrio, hay que estudiar las características del barrio y de sus gentes (en comparación con otros barrios/gentes) (Rose, 2011).

El barrio como espacio físico que engloba comunidades está muchas veces relegado a las «afueras» de la ciudad (especialmente en los últimos años por la gentrificación/turistificación del centro de las ciudades). Está a las afueras, pero no es independiente de esta. Por ello, las determinaciones estructurales de la salud en el barrio, se ven influenciadas por aquellas que se encuentran en política urbana de la ciudad. La seguridad y la salud de un barrio puede estar enormemente influenciada por la red de transporte público y lo aisladas o comunicadas que queden las comunidades del resto de la ciudad. A lo mejor por no tener metro por la noche, a lo mejor por estar físicamente separadas del resto de la urbe por una carretera.

No solo en la distribución de la salud-enfermedad hay desigualdades en una ciudad. La periferia no solo lo es por estar físicamente alejada del centro, sino socialmente también lo está. Esto es un caldo de cultivo ideal para la generación de identidades propias de barrio, fuerzas del cambio y de la mejora de las condiciones de vida (Segura, 2018).

El barrio/pueblo es la ampliación del espacio del hogar, es la vivienda extensa. Por ello, la gestión de este espacio es de las personas que lo habitan. El barrio/pueblo necesita y, muchas veces, tiene espacios de participación vecinal. Pueden venir dados por las clásicas asociaciones vecinales (AAVV), por las mesas de participación (mesa de salud, mesa de la juventud/infancia) u otras formas de participación en las que la población gestiona el espacio y lo hace suyo (França, 2019).

Pero las AAVV no son los únicos formatos de cuidado colectivo que encontramos en la comunidad; porque la comunidad no solo está asentada en un territorio, sino que también puede asentar sobre la identidad rompiendo la barrera de lo físico.

Los cuidados en nuestra sociedad están feminizados y dentro de esta feminización, recaen especialmente sobre mujeres con mayor vulnerabilidad/discriminación: migrantes, racializadas, empobrecidas/precarizadas, con ausencia de estatus socioeducativo, etc. Esto ha hecho que esta crisis de cuidados continua en la que vivimos se haya incrementado y de nuevo las redes de cuidados han surgido desde la feminidad y los colectivos más vulnerables.

Las redes de apoyo están presentes en los sectores más vulnerables: mujeres, migrantes/racializadas, colectivos transmaribollo (Movimiento Marika de Madrid, 2019), colectivos profesionales (empleo doméstico, internas, kellys, etc) (López, 2019), que habitualmente cuentan con espacios de apoyo para juntarse de manera mixta o no mixta con ayudas experienciales de unas a otras para salir adelante. Son, propiamente dichas, comunidades en torno a una identidad común y muchas veces se reúnen bajo el formato de una asociación, organizaciones profesionales, espacios vecinales, grupos de cuidados, movimientos asamblearios en los que se busca el autocuidado interno, la formación y el empoderamiento (en el sentido original del mismo) (Villanueva, 2018) para de manera organizada hacer una actividad política/incidencia política y buscar una respuesta colectiva a las situaciones de vulnerabilidad de su comunidad.

Aunque haga esta distinción entre la comunidad «física» (el barrio/pueblo) y la comunidad «como identidad»; estas se entremezclan y debemos tener en cuenta que en un mismo territorio tenemos personas pertenecientes a distintos colectivos e identidades sociales; y que en una misma comunidad podemos encontrar gente que viva en diferentes territorios. Esto es algo fundamental a tener en cuenta al trabajar en participación comunitaria: buscar dinámicas que aseguren la equidad y la representación de todas las pequeñas comunidades que conforman la Comunidad de nuestro territorio.

LO COMÚN Y CÓMO PARTICIPAR DE ELLO

Si las causas y determinantes de la salud/enfermedad no son individuales, sus respuestas tampoco lo pueden ser. Ese carácter colectivo se plasma en la Comunidad, el grupo de personas que conviven y el entorno en el que lo hacen. Por ello, la salud comunitaria es la expresión colectiva de la salud de individuos y grupos en una comunidad; influida por la interacción de lo personal, lo familiar, por el entorno social, cultural y físico y las instituciones que de ellos surgen (Gofin & Gofin, 2012).

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana - Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud *et al.*, 1986, p. 1).

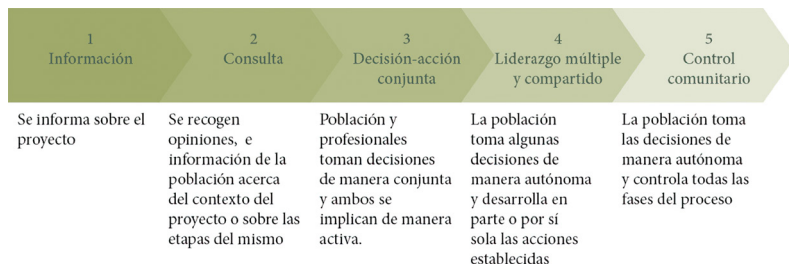
Intentar desarrollar la promoción de la salud como se recoge en la Carta de Ottawa amenaza la hegemonía de las agencias del poder en las que tradicionalmente recae dicha promoción, pero que siguen las lógicas del mercado capitalista (organismos administrativos regionales, estatales y supranacionales). Es, por lo tanto, poco probable que sean las instituciones las que impulsen este tipo de promoción de la salud. Para ello es necesaria una perspectiva emancipadora de la salud, que busque generar las condiciones que faciliten el fortalecimiento de la comunidad y sus individuos; logrando que la comunidad tome conciencia de los factores que influyen en el desarrollo de su salud (García Cárdenas, 2012).

De esta manera, la participación ciudadana radica en la responsabilidad colectiva y compartida. Cuando un bien, como la salud, se entiende como común (ni público ni privado); es percibido como un bien que cuidar entre todos. Cuando el cuidado de lo común afianza el sentimiento de pertenencia al hecho de que merece la pena su cuidado y mejora, hace que el proceso colectivo sea sostenible en el tiempo: si no lo cuidamos entre todos, ¿quién lo va a cuidar? (Lafuente, 2007).

Por ello, la participación en salud tiene que surgir como un movimiento sentido por la población, para que se sienta llamada al cuidado de su salud como un bien colectivo. Habitualmente cuando se habla de participación (en salud), se malentiende desde la perspectiva centrada en lo sanitario: desde el centro sanitario se realiza una actividad y se invita a los vecinos a participar en ella. Sin embargo, la participación comunitaria en salud pasa desde un co-liderazgo entre la población y sus instituciones participativas (asociaciones) y los organismos técnicos hasta llegar a un completo control del proceso colectivo por parte de la población, abandonando la «tutela» por parte de profesionales de la salud o la administración. Lo que se busca con la Participación Comunitaria en Salud es alcanzar el nivel de decisión autónoma sobre su salud por parte de la población, con un control completo sobre el proceso comunitario, huyendo del protagonismo sanitario de los procesos comunitarios.

Figura 1

NIVELES DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA



Fuente: extraído de Cassetti *et al.*, 2018

La salud comunitaria no versa exclusivamente de organizar actividades en el barrio/pueblo que tengan directamente que ver con la salud. Si, como veíamos, la determinación de la salud es social; acciones en torno a la vivienda, el empleo, los cuidados colectivizados o las luchas vecinales son también participación comunitaria en salud: revirtiendo las condiciones que nos hacen enfermar logramos mejorar la salud en la comunidad.

Sentir el barrio/pueblo como un común, como propio y colectivo activa a la población a proponer mejoras. Con este fin se deben buscar o construir espacios de convivencia: no solo parques/plazas, también la promoción de comercios locales y actividades de encuentro. Los espacios comunes permitían la pertenencia a la comunidad en el pasado: los patios, las puertas abiertas, la lejanía de la ciudad, todos se conocían. Actualmente hemos pasado de una vivencia de puertas para afuera a la vivencia en el individualismo del hogar.

El espacio público puede pasar a ser común: pertenece a quienes lo construyen y cuidan. Es por eso que las formas de participación en salud buscan en ocasiones que el barrio/pueblo sea un lugar seguro en el que convivir. La seguridad comunitaria abandona el carácter represivo, acerca vecines entre sí y ayuda a generar dinámicas de ayuda mutua y tomar medidas a través de los consensos. Un ejemplo de la seguridad comunitaria podrían ser los procesos desde una mirada feminista del urbanismo como las «marchas exploratorias» llevadas a cabo en Barcelona y que impulsaron una revisión del espacio público como marco de la vida cotidiana (recogido, entre otras experiencias, en *Retrats de la Barcelona comunitària*) (França, 2019).

Otra forma de hacer común el espacio público es la recuperación o el aprovechamiento de edificios o parcelas orientadas a la juventud. Los espacios pensados por jóvenes para jóvenes priorizan sus imaginarios y necesidades, crea identidad colectiva y lleva a la gestión compartida del

espacio; propiciando la equidad, la seguridad y la creación de lugares que potencian la salud física, emocional y afectiva. Son ejemplos de esta gestión común de lo público el uso de las canchas de la Pista Negra en Barcelona o la recuperación de la parcela de la calle Almendro 3 en Madrid. (França, 2019; Ayuntamiento de Madrid, 2017).

Una vez que tenemos un espacio seguro y abierto a la gestión de la ciudadanía, tenemos el sustrato perfecto para que los procesos comunitarios que se den en él sean sostenibles en el tiempo. Estos han sido, de todas formas, ejemplos de cómo la participación de la población en la mejora de su entorno produce beneficios en su salud y, por lo tanto, son también formas de generar salud comunitaria. Si nos podemos juntar para repensar el barrio/pueblo en el que vivimos, ¿por qué no nos vamos a juntar para mejorar nuestra salud?

Pero claro, si la salud comunitaria está fuera de los centros de salud, ¿qué se puede hacer trabajando desde la institución? Como profesionales de la salud debemos ver el barrio/pueblo no solo como el origen de la enfermedad, sino cambiar el punto de vista para valorar aquello que mejora la salud de quien vive en él.

Si cierras los ojos puedes hacerte un mapa mental del barrio/pueblo donde vives e intentar pensar en esas personas, negocios, organizaciones o recursos que mejoran tu salud y tu bienestar.

Puede ser tu peluquera con la que compartes preocupaciones, puede ser el parque al que salgas a pasear o la asociación donde vas a clases de yoga, de pintura o de muay thai. Son espacios de seguridad, de (auto)cuidados y de mejora de los estilos de vida. También tendrás en mente vecines o amigos que no cuentan con estos espacios y que quizás si participasen de ellos podrían encontrarse mejor física y emocionalmente.

Un pueblo/barrio organizado con negocios locales y un entramado asociativo sirve como red de cuidados y es nuestro deber como profesionales de la salud ser parte de esa red, conocerla y darla a conocer a las personas con las que trabajamos.

¿Cómo se puede entrelazar la población, la administración y los servicios sanitarios?

La Ley General de Sanidad (1986) habla de la necesidad de creación de Consejos de Salud, órganos de participación comunitaria con potestad para orientar y proponer medidas que mejoren la gestión de la salud.

La implementación de los Consejos de Salud es errática a lo largo y ancho del estado. Pero sus distintas variantes más o menos formales (mesas de salud, mesas de participación ciudadana, foros locales, etc.) conforman el amplio abanico de Sistemas de Gobernanza Local en Salud y son el enclave perfecto donde se articula la acción y participación ciudadana en salud. Son el punto de encuentro donde convergen las asociaciones vecinales, las instituciones educativas, sanitarias y el tercer sector entre otras organizaciones con el fin de mejorar las condiciones de salud del área

donde se asientan. De tal manera, en ellos se trabaja en torno a la equidad en salud, no solo como un fin, sino durante el proceso al ser participativos e interdisciplinarios en la toma de decisiones (Rodríguez *et al.*, 2010).

Una vez establecido el consejo de salud, es interesante trabajar con una visión salutogénica en el desarrollo de los procesos comunitarios (Botello *et al.*, 2013; Cofiño *et al.*, 2016; Hernán *et al.*, 2013). La medicina/lo sanitario habitualmente trabaja con una visión patogénica: intenta encontrar lo patógeno, el origen de la enfermedad, para poder darle una respuesta; un diagnóstico y un tratamiento. Apostar por lo salutogénico en la salud comunitaria es prestar atención a aquellos recursos individuales, grupales o institucionales que la población utiliza para mejorar su salud; es darle la vuelta a la tortilla y al paradigma de la salud y defender que hay una forma de poner en valor la salud desde lo compartido.

Participar en salud puede pasar por localizar estos recursos que son «activados» a nivel individual, grupal/familiar o comunitario para mejorar la salud; pasando a ser *activos en salud*.

Los activos no son universales, por lo que en la comunidad se tiene que realizar un proceso de identificación/localización para conocer con qué recursos cuenta el territorio en el que vivimos/trabajamos y cómo estos son utilizados, por quién son utilizados y cómo al activarlos mejoran la salud de les vecines. Esto nos interesa a 2 niveles:

- Como comunidad viviente, conocer los activos de nuestro propio barrio/pueblo y poder entender que en nuestro entorno podemos encontrar salud.
- Como profesionales de la salud, para poder «prescribirlos» o recomendarlos a pacientes para mejorar su salud.

Los activos se pueden identificar con distintas técnicas y dinámicas participativas, las cuales se ven resumidas en la siguiente tabla:

Tabla 1
TÉCNICAS PARA IDENTIFICAR DISTINTOS ACTIVOS PARA LA SALUD
EN UN TERRITORIO Y VALORACIÓN DE LAS MISMAS

	ACTIVOS							
	Intangibles	De las personas	De las instituciones	De las asociaciones formales	De las asociaciones informales	Físicos	Económicos	Culturales
Entrevista	++	+++	++	++	++	++	++	++
Grupo focal	+	+++	++	++	++	++	++	++
Análisis documental	+	+	+++	+++	+	++	++	++
Conversación informal	+++	+++	+	+	++	++	++/+	++
Mapping parties	++	++	+	+	++	++	+	++
Gymkhana mapeo	++	++	+	+	++	++	+	++
Photovoice	+++	++	+	+	++	+++	+	++
Mapa mudo	+++	+++	+	+	++	+++	++	+++
Storytelling	++	+++	+	+	++	++	+	++
Tertulia café	+++	+++	+	+	++	++	++	++
Asamblea, foro	+	++	++	++	+++	+++	++	++

Por lo tanto, traídos a esta propuesta metodológica, las «marchas exploratorias» de Barcelona serían una forma de mapeo de activos; y el aprovechamiento de espacios comunes y la co-gestión por parte de los vecinos como la Pista Negra (Barcelona) o el parque infantil de Almendro 3 (Madrid) serían activos para la salud del barrio.

Y aterrizando al campo de la salud mental, este proceso participativo y que desemboca en un activo que promueve la salud entre sus participantes; se puede encontrar su ejemplo en una conocida experiencia (también recogida en *Retrats de la Barcelona comunitària*) como es Radio Nikosia. En este proyecto se aborda (no solo) la Salud Mental en un espacio asambleario en el que poder compartir y resignificarse fuera de la institución. Este es un activo (desde la perspectiva de la salud basada en estos) que proporciona un apoyo mutuo entre sus participantes como forma de funcionamiento o metodología de trabajo (no solo como actividad puntual). Además, es un buen ejemplo de cómo jugar con la normativa para adaptar esta al proyecto y no el proyecto a la norma. A veces, un obstáculo para la participación en salud son las restricciones burocráticas. Radio Nikosia se ha constituido como un «club social», que es la institución contemplada por la Generalitat para la «integración e inserción comunitaria (...) para personas con enfermedad mental en situación de dependencia». Pese a constituirse como tal, el funcionamiento no se ve influido por ello; ya que todos los procesos participativos se encuadran como «actividades» del club, pudiéndose realizar con naturalidad y horizontalidad dentro de ese paraguas (França, 2019). Puede ser un ejemplo a seguir de cómo adaptar la norma a los procesos en los que participamos para conseguir su reconocimiento y apoyo por parte de la administración.

Entonces, para acabar este denso apartado, resumimos la participación comunitaria en salud en 3 pasos: poner en marcha una red asentada en el tejido comunitario, identificar qué ocurre en ella y elaborar una respuesta colectiva de la cual la población se beneficia en pro de su salud.

El Complejo Municipal SACUDE, un ejemplo de voluntad política en la gestión ciudadana de su Comunidad

En este punto me gustaría compartir una de las experiencias que nos puedan servir de ejemplo de participación comunitaria en la que se implica el vecindario, los profesionales y la administración: el Complejo Municipal SACUDE es un proyecto sociocomunitario que apuesta por mejorar la calidad de vida de los vecinos del Municipio D de Montevideo mediante la promoción de su acceso democrático a la SALud, la CULTura y el DEporte (SACUDE) (Ibercultura, 2019).

Empezaré con un poco de historia: en 1941 se construyó en el barrio de Casavalle el Club Municipal y en 1996 se construyó adosado al Club la

Policlínica los Ángeles. Ambos espacios fueron creados por los vecinos y de gestión comunitaria desde su inicio a través de la comisión barrial. En 2010, tras un acuerdo con la Intendencia de Montevideo y el Ministerio de Vivienda, el complejo se remodeló, mejorando las instalaciones y pasando a ser parte del Municipio D. Aún así, la participación comunitaria es parte de su esencia y se mantiene una co-gestión entre la intendencia y la población mediante comisiones mixtas, manteniendo el enfoque de participación y equidad social. Casavalle es una de las zonas de Montevideo con mayor vulnerabilidad, donde se concentran problemáticas de vivienda, desempleo, informalidad laboral y dificultades de acceso a los servicios básicos, entre otras situaciones sociales.

El Complejo Municipal SACUDE cuenta actualmente con un gimnasio polifuncional, policlínica, salón comunal y teatro para 500 personas, anfiteatro para 100 personas, cancha de fútbol y un parque abierto de 4.200 metros cuadrados. Cada semana unos 2.500 vecinos acuden al SACUDE para participar en las distintas propuestas culturales, deportivas o de promoción de la salud, haciendo suyo el proyecto y enriqueciéndolo día a día (Casavalle, 2019).

Este proyecto es visto por la administración como una apuesta en las políticas culturales y de salud por la co-gestión con la población. Logra interpelar la acción de agentes en la comunidad, reconociendo su liderazgo, para incorporar las dimensiones del hábitat, la salud, el empleo, la educación o los derechos humanos en el desarrollo del barrio. Además es un espacio que permite identificar a la población más vulnerable, acercándoles los servicios al barrio y permitiéndoles disfrutar de este espacio colectivo (Percovich, 2017).

El complejo desarrolla una serie de actividades culturales y deportivas que además se entremezclan con la salud. Se entiende que los distintos deportes y talleres en los que se puede participar (desde el crossfit o la zumba, pasando por el teatro, talleres de crianza, circo o fútbol mixto) son en sí espacios que benefician la salud física y emocional de sus participantes. Pero además, se cuenta con actividades específicas sobre la salud, en las que los profesionales de la policlínica participan: Activamente (para el envejecimiento activo), Eternas Primaveras (un espacio de encuentro de personas mayores) y ODH. Este último es un grupo para personas con Obesidad, Diabetes o Hipertensión en el que se aprende de manera colectiva y compartiendo vivencias en torno a estas condiciones de salud.

Además, en el SACUDE se establecen comisiones específicas de participación como la Comisión de Familias. En ella participan personas de los tres ámbitos del SACUDE (salud, cultura y deporte), además de las escuelas, la trabajadora social y agentes comunitarias. Es el punto de encuentro en el que se ponen en común las situaciones de distintas familias del barrio para poder ofrecerles respuestas colectivas.

En resumen, el Complejo SACUDE surge desde abajo, desde la propia población y su voluntad de ser agente en la mejora de la salud y las condiciones del barrio que habita. Y la forma de cómo este testigo lo recoge la administración, poniendo en valor la iniciativa vecinal y su liderazgo, es un ejemplo al que mirar cuando queremos repensar el apoyo institucional a la gestión participativa.

Trayéndolo a nuestro ámbito, puede ser fácil imaginar que a nivel municipal, en el que se tienen competencias en cultura, deporte y salud pública (especialmente en la promoción de la salud), se pueda reproducir este modelo basado en la participación comunitaria y en la co-gestión ciudadana de los recursos comunes. Desde el municipalismo político se puede trabajar para conseguir una implicación real de la población en los procesos municipales y permitir así que espacios como el SACUDE afloren para albergar, al igual que en Casavalle, el punto de encuentro de la ciudadanía activa dispuesta a tomar las riendas de su Comunidad.

LA SALUD COMUNITARIA: UNA FORMA DE TRABAJAR MÁS QUE UN TRABAJO QUE HACER

Vamos a intentar poner un poco de orden después de esta lluvia de ideas: y yo en mi consulta, ¿qué hago? (Sastre & Benedé, 2017).

Lo primero de todo, ser consciente de que la salud de tus pacientes es resultado de sus condiciones de vida. No culpabilices a tus pacientes: ni de sus patologías ni de sus hábitos ni de sus decisiones en el proceso que compartís. La determinación social y económica de su estado de salud es en gran parte ajena a su voluntad y sus acciones, por lo tanto evita caer en trasladar el peso de por qué se encuentra en esa situación física o emocional.

Si ya sabemos que las causas de la salud/enfermedad tienen esa fuerte determinación social, quizás debemos atenderlas y tratar de manejarlas desde una perspectiva social. En el ámbito sanitario solemos trabajar con la codificación de los estados de salud: bien con una finalidad organizativa del «diagnóstico» o bien con un fin estadístico. Si en la consulta nos refieren un estado de ansiedad en relación a, por ejemplo, una problemática laboral; tenemos 2 opciones: diagnosticarlo y codificarlo como ansiedad o hacerlo como un problema relacionado con el empleo. De la primera forma, reducimos el abordaje al síntoma o a la consecuencia, mientras que de la segunda respetamos la perspectiva social de la salud y somos más fieles con la realidad: lo que tiene es un problema laboral. Para esto nos sirven los códigos Z de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Parras Partido 2016) o su equivalente en Atención Primaria (CIAP). Conocer y utilizar esta codificación ayuda a visibilizar situaciones de vulnerabilidad social y ayudaría a despatologizar y desmedicalizar algunos de

los malestares y que merecen soluciones desde lo comunitario/colectivo y con un enfoque promotor de salud y de defensa de los derechos sociales (Jiménez Carillo, 2018).

Una vez superada la consulta individual, sal a la calle. Recorre el territorio en el que trabajas: conócelo y date a conocer. No con una intención de protagonismo, sino con una intención de conectar con el entramado comunitario. Formar parte del tejido activo del barrio/pueblo te va a permitir conocer los procesos que en él ocurren y ofrecer tu disposición a participar en ellos. Además, conocer de primera mano los activos del territorio o colaborar en su identificación te puede ayudar para usarlos en tus «prescripciones»/recomendaciones de recursos a tus pacientes. Una visita informal al local de la asociación vecinal, un paseo por la plaza o la participación en alguna actividad del pueblo/barrio pueden ser los inicios perfectos de una colaboración entre el centro sanitario en el que trabajas y el resto de agentes de la comunidad. Implica al resto de profesionales de tu centro a abrirse también a la comunidad y facilitarles formación en salud participativa en las sesiones y encuentros docentes que tengáis.

Ahora que empiezas a ser un engranaje más de la comunidad, es el momento de poner a su disposición tus recursos: no es necesario que desde tu centro se lancen iniciativas concretas, pero sí mantenerlo abierto a las propuestas por parte de la población activa. Además, el papel que nos confiere nuestra posición técnica es una situación estratégica de ayuda a la comunidad a través de la incidencia política/institucional por la salud. Permite que la comunidad te use como altavoz de sus necesidades y peticiones; sé co-partícipe de su compromiso con la salud del barrio/territorio.

Finalmente, comparte con el resto de profesionales de la salud las experiencias comunitarias de allá donde trabajas. Generar «evidencia» en torno a la participación en salud puede servir a otros pueblos/barrios para iniciar o reproducir experiencias similares que hayan sido positivas en otros territorios. Si en vuestro caso no hay evidencia previa, que no os frene; eso solo significa que vuestro proceso participativo es innovador y puede servir de ejemplo en el futuro.

Como véis, la «Comunitaria» es una metodología de trabajo. Por ello, no la releguéis al voluntarismo, al tiempo libre. No caigáis en el «voy a hacer Comunitaria»; incluídla en vuestro día a día, en vuestras consultas y en vuestra forma de abordar la salud con las comunidades en la que trabajéis.

La Participación Comunitaria es una apuesta por una perspectiva democrática y emancipadora de la Salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayuntamiento de Madrid. (2017). Almendro, 3: un espacio recuperado para los vecinos en el corazón de La Latina. *Diario de Madrid*. <https://diario.madrid.es/blog/notas-de-prensa/almendro-3-un-espacio-recuperado-para-los-vecinos-en-el-corazon-de-la-latina/>
- Botello, B.; Palacio, S.; García, M.; Margolles, M.; Fernández, F.; Hernán, M., *et al.* (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*, 27 (2), 180-3.
- Cassetti, V.; Paredes, J.; López Ruiz, V.; García, A. M. y Salamanca Bautista, P. (2018). Evidencia sobre participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. Informe SESPAS 2018. *GacSanit*, 32 (Suppl 1), 41-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008>
- Cofiño, R.; Aviñó, D.; Benedé, C. B.; Botello, B.; Cubillo, J.; Morgan, A., *et al.* (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*, 30 (1), 93-8.
- França, J. (2019). *Retrats de la Barcelona comunitària*. Ajuntament de Barcelona. https://ajuntament.barcelona.cat/barcelonallibres/sites/default/files/publicacions_fitxers/ret_rats_barcelona_comunitaria.pdf
- García Cárdenas, D. (2008). *Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud*. Academia de Promoción de la Salud de la UACM. <http://www.manantialdenubes.org/wp-content/uploads/2012/02/introducci%C3%B3n-al-enfoque-emancipador-de-la-promoci%C3%B3n-de-la-salud.pdf>
- Gofin, J. y Gofin, R. (2012). *Fundamentos de Salud Comunitaria. Una perspectiva Global*. Elsevier Masson.
- Hernán, M., Morgan, A. y Mena, A. (2013). *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ibercultura. (2019). *SACUDE: un espacio comunitario creado y gestionado por vecinos y el Estado*. <http://iberculturaviva.org/portfolio/sacude-um-espacio-comunitario-criado-e-administrado-por-vizinhos-e-o-estado/?lang=es>
- Jiménez Carrillo, M.; Fernandez Rodker, J.; Sastre Paz, M.; Santamaría Calvo, M. Y. y Alberquilla Mendez-Asenjo, A. (2018). Variabilidad del registro de problemas sociales en las consultas de Atención Primaria. *Comunidad*, 20 (2), 7. <https://comunidad.semfycc.es/variabilidad-del-registro-de-problemas-sociales-en-las-consultas-de-atencion-primaria/>
- Lafuente, A. (2007). Los cuatro entornos del procomún. *Archipiélago. Cuadernos de Crítica de la Cultura*, 77-78, 15-22. https://digital.csic.es/bitstream/10261/2746/1/cuatro_entornos_procomun.pdf
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. 29 de abril de 1986. Boletín Oficial del Estado, N.º 102.
- López, M. (2019). Las mujeres de Territorio Doméstico denuncian la «neoesclavitud laboral». *Público*. <https://www.publico.es/sociedad/empleadas-hogar-territorio-domestico.html>
- Mbomío, L. (2018). Volver al telefonillo. *El País*. https://elpais.com/ccaa/2018/09/09/madrid/1536527913_267225.html

- Movimiento Marika de Madrid (2019). Marifiesto. <https://www.facebook.com/movimiento-marikamadrid/posts/3065045266854098>
- Municipio D. (2019). *Casavalle*. <https://municipiod.montevideo.gub.uy/node/168>
- Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá y Asociación Canadiense de Salud Pública. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (p. 1). <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Parras Partido, M. P. (2016). Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. En: M.D. Pastor Sanmillán y R. Navalón Cebrian (Coord.), *Manual de codificación. CIE-10-ES diagnósticos*. Unidad Técnica de Codificación CIE-10-ES, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf
- Percovich, M. (2017). *Centro cívico de cogestión cultural SACUDE de Montevideo*. Good Practices. Agenda 21 de la cultura. <https://obs.agenda21culture.net/es/good-practices/centro-civico-de-gestion-cultural-sacude-de-montevideo>
- Robert Wood Johnson Foundation. (2011). *Health Care's Blind Side. The overlooked connection between social needs and good health*. <http://bit.ly/WlQWpb>
- Rodríguez, C.; Lamothe, L.; Barten, F. y Haggerty, J. (2010). Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev. salud pública*, 12 (1), 151-159. <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a11.pdf>
- Rose, G. (2001). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 30 (3), 427-432.
- Sastre Paz, M. y Benedé Azagra, C. (Coords.). (2017). *Orientación comunitaria: Hacer y no hacer en Atención Primaria*. semFyC. <https://e-documentossemfyc.es/orientacion-comunitaria-hacer-y-no-hacer-en-atencion-primaria/>
- Segura, J. (2018). *El barrio como lugar*. Salud Pública y otras dudas. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/05/26/el-barrio-como-lugar/>
- Villanueva, A. (2018). La perversion del término empoderamiento. *Píkara*. <https://www.pikaramagazine.com/2018/05/la-perversion-del-termino-empoderamiento/>

CAPÍTULO 6

CIUDADES, BARRIOS Y SALUD MENTAL

Usama Bilal, Pedro Gullón

«Levantad los adoquines, debajo hay receptores de serotonina.
Volved a poner los adoquines».

WATCHMEN (2022)

¿POR QUÉ ESTUDIAR LA SALUD EN LAS CIUDADES?

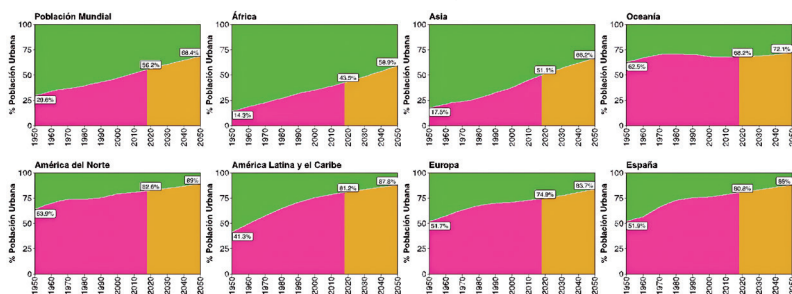
En los últimos años ha crecido el interés tanto académico como profesional en el ámbito del rol de las ciudades y, en general, el entorno urbano, y la salud. ¿Son las ciudades lugares con mayores malestares y enfermedades que otros entornos? ¿Cómo se distribuyen las enfermedades dentro de nuestras ciudades? ¿Hay elementos saludables en nuestra forma de relacionarnos en la ciudad? ¿Qué oportunidades tenemos en la ciudad para realizar intervenciones en salud? La respuesta a estas preguntas seguramente marque gran parte de la praxis de las intervenciones en salud en los próximos años, y como ya está ocurriendo. ¿Por qué ocurre esto? Podríamos atribuir 5 razones principales por las que ocurre:

Vivimos en ciudades

Actualmente, más de un 50% de la población mundial vive en ciudades, y, según estimaciones de la Organización de Naciones Unidas (ONU), para 2050 ese porcentaje llegará al 68% (ONU, 2018a). De hecho, se estima que este porcentaje constituye una enorme subestimación, ya que otros estudios han indicado que actualmente un 80% de la población mundial ya vive en ciudades. Este proceso de urbanización está enmarcado en cambios en los modos de producción y vida, muy vinculados a cambios que ocurrieron durante la revolución industrial y que han continuado, e incluso intensificado, durante el siglo XX. Entre el año 1950 y 2020 la población mundial que vive en ciudades pasó del 29,6% al 56,2%, mientras que, en España, en este mismo periodo, se pasó del 51.9% al 80.8% (ONU, 2018b) (ver **Figura 1**). Pero, aunque este proceso sea universal, no ocurre de manera igual en todos los territorios. Europa, países de América del Norte o Australia partían de una población en áreas urbanas más alta, aunque ha continuado creciendo en los últimos años. Por ejemplo, Europa y América Latina han pasado de un 52% y 41% de tasa de urbanización en 1950, a un 75% y 81% respectivamente. Por otro lado, África y Asia han pasado de una tasa del 14% y 17% en 1950 a 43% y 51% en 2020.

Figura 1

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN URBANA GLOBALMENTE,
POR REGIONES DE LA ONU, Y EN ESPAÑA



Nota: las tres proporciones indicadas en cada panel se refieren a la proporción de población urbana en 1950, 2020, y 2050. Las proporciones anteriores a 2018 son observadas, mientras que las proporciones de 2018 a 2050 son proyectadas.

Las ciudades son sistemas complejos

La pregunta sobre si las ciudades son saludables o no solo se puede responder con un depende. Ya que depende de múltiples factores. Hay algunos resultados en salud que son mejores en las ciudades y otros que son mejores en las áreas rurales (McCulley *et al.*, 2022). Esto es debido en parte a que las ciudades son sistemas complejos, compuestos de actores heterogéneos (personas, instituciones, etc.) que interactúan entre ellos a múltiples niveles, con ciclos de retroalimentación que generan comportamientos que son difíciles de predecir (Langellier, Yang, *et al.*, 2019). Esta heterogeneidad hace que sea difícil asignarles una cualidad saludable o insalubre a las ciudades como tales. Por otro lado, incluso el mismo elemento urbano puede tener diferentes efectos en salud; una mayor densidad de parques o espacios verdes puede significar un aumento de actividad física o una reducción de los efectos de la contaminación, pero también, en ciertos contextos, puede generar problemas de inseguridad o un aumento en los problemas relacionados con las alergias (Gullon & Lovasi, 2017).

Las ciudades presentan grandes desigualdades

Estas desigualdades tienen implicaciones importantes en salud, ya que son la base para desigualdades en salud. Estas desigualdades se manifiestan frecuentemente a nivel espacial, ya sea por una distribución desigual

de los grupos sociales en la ciudad (segregación espacial) como de la distribución de recursos que generan (mala o buena) salud. Por ejemplo, en Madrid la segregación urbana ha crecido en los últimos años (Leal & Sorando, 2016), y existe un patrón desigual de distribución de elementos que impactan en la salud (como la disponibilidad de comida basura, la caminabilidad de las calles o las instalaciones deportivas) (Cereijo *et al.*, 2019; Díez *et al.*, 2019; Gullón *et al.*, 2017). Esta desigual distribución de grupos sociales y recursos hace que ciudades como Madrid puedan tener una diferencia de esperanza de vida de hasta 10 años entre unas zonas y otras de la ciudad (Ayuntamiento de Madrid, 2021). Esta diferencia es todavía más notable en otros lugares del mundo. Por ejemplo, en Baltimore (EE. UU.) esta diferencia alcanza 20 años (Franco *et al.*, 2015), y en Santiago de Chile unos 15 años (Bilal *et al.*, 2019). Según autores como Marmot, estas desigualdades tienen una serie de consecuencias sobre la salud de toda la población, no solo de las poblaciones más desfavorecidas (Marmot, 2012).

Las ciudades tienen efectos multinivel

El impacto de las ciudades en la salud ocurre a diferentes niveles. El barrio en el que una persona vive tiene consecuencias para nuestra salud: la posibilidad de socializar, el acceso a recursos saludables, los riesgos a los que nos sometemos... Pero no todo está en el barrio. Analizar la ciudad en su conjunto es también importante para entender los efectos en salud: el tamaño de ciudad, el sistema de transportes, la conectividad, la distribución de los puestos de trabajo, etc. Además, la «ciudad administrativa» clásica (por ejemplo, el municipio de Madrid) no incluye a personas residentes en su área metropolitana (que alcanza el doble de la población del municipio central), y que trabajan, estudian, o se divierten en ella. Todo ello son características, que más allá del barrio, afectan a la salud.

Son lugares con oportunidad de acciones políticas

Por definición, las ciudades son densas, donde se producen interacciones sociales y conflicto (Harvey, 2013), y están caracterizadas por diversos elementos heterogéneos que son producto de la acción humana. Esta heterogeneidad nos marca que no hay una manera universal de vivir en la ciudad. Esta depende de las acciones que se realicen. Está en el poder de las comunidades diseñar, gestionar y gobernar las ciudades para promover la salud y la equidad en salud. Los municipios (o similares) que gobiernan sobre estas ciudades tienen una serie de herramientas a su disposición que, si son bien adoptadas e incorporan aspectos de salud comunitaria y salud en todas las políticas, pueden tener efectos muy favorecedores para

la salubridad urbana (López Ruiz *et al.*, 2018). En otros entornos como EE. UU., este poder local de tomar decisiones ha sido coartado por estos conservadores que han querido evitar que ciudades progresistas tomen medidas que beneficien la salud de las poblaciones más vulnerables (Montez, 2017).

ANTECEDENTES DE ESTUDIO DE BARRIOS Y SALUD

Existe una larga historia de investigación en barrios y salud. Por ejemplo, durante las reformas sanitaristas del siglo XIX en Europa se realizaron una serie de investigaciones que mostraron la importancia del contexto en la salud. Parte de estos estudios se iniciaron con el incremento en la población urbana derivada de los cambios en los modos de producción hacia una economía industrial capitalista en los países bajos e Inglaterra, que llevaron a enormes deficiencias en vivienda, saneamiento, condiciones laborales y nutrición (Szreter, 2003). La necesidad de tener una fuerza laboral productiva empujó una serie de investigaciones por investigadores que incluían a Snow, Chadwick y Virchow (Bernabeu Maestre, 2009). Parte de estos trabajos incluyeron análisis específicos de cómo la salud variaba por barrio. Por ejemplo, el médico y economista francés Villermé encontró que los barrios con mayores personas que pagaban impuestos (ricas) tenían mucha menor mortalidad (N Krieger, 2001). Engels, como parte de sus trabajos sobre las condiciones de vida de la clase obrera en Inglaterra encontró una mayor mortalidad en los barrios pobres de Manchester, incluso tras ajustar por la clase social de cada individuo (N Krieger, 2001). Más cerca, en España, Concepción Arenal describió el pauperismo y sus efectos en la salud (Bernabeu Maestre & Gascón Pérez, 1999).

Estos ejemplos europeos no son los únicos. De hecho, en una reciente investigación realizada por el historiador Jim Downs en su libro «Enfermedades del Imperio» (Downs, 2021) encuentra que el enorme crecimiento en conocimiento epidemiológico del siglo XIX se produjo en los barcos de esclavos y subsiguientes plantaciones de algodón en EE. UU., en la población musulmana de la India colonial británica, y en soldados de la guerra de Crimea y la guerra civil de EE. UU. Una clave de estas investigaciones fue la presencia de enormes masas de población cautiva sobre las que poder realizar inferencias estadísticas. La epidemiología se nutre pues de estas poblaciones esclavizadas o colonizadas, o siendo enviadas a colonizar.

En otros ejemplos en América, el sociólogo Du Bois en EE. UU. estudió a la población racializada negra de Filadelfia encontrando una relación muy fuerte entre las condiciones de vida del entorno y la mortalidad (Sharon D. Jones-Eversley & Lorraine T. Dean, 2018). Du Bois fue la primera persona racializada negra en recibir un doctorado de Harvard, y luchó toda

su vida por evitar la discriminación de esta misma población mediante, entre otras cosas, el uso de visualizaciones punteras (Mansky, 2018). Más al sur, Salvador Allende público en 1934 su estudio *La Realidad Médico-Social Chilena*, donde encontró grandes desigualdades en talla y peso en población infantil, indicadores de una nutrición adecuada, según la clase social de las familias y el nivel socioeconómico de los barrios donde residían (Allende, 2005; Waitzkin, 2005).

En una concepción lineal de la historia de la ciencia, este aumento en producción científica explorando las desigualdades sociales en salud en zonas urbanas debería haber sido seguida por un refinamiento teórico y metodológico que nos hubiera permitido ahondar más en las causas y soluciones a estos problemas. Pero, en un giro que no extrañara a muchas de las personas que están leyendo este texto, esta situación cambió en la segunda mitad del siglo XX. La siguiente revolución epidemiológica (Bhopal, 1999) fue «hacia dentro», hacia el individuo, separándolo de su población (Armstrong, 2009), y centrándose en su individualismo (Tesh, 1988). Este cambio ha estado especialmente presente en las concepciones hegemónicas más anglocéntricas de la epidemiología, pero ha sido resistido en otras concepciones como la tradición de medicina social latinoamericana (Hartmann, 2016).

Esta situación de individualismo metodológico y teórico ha mejorado en las últimas décadas, especialmente hacia el final del siglo XX. En 1985 Geoffrey Rose publicó su artículo titulado *individuos enfermos y poblaciones enfermas* (Rose, 1985), que ya ha sido comentado en el capítulo 3. En este artículo, Rose propone que es importante diferenciar entre las causas de los casos individuales y las causas de la incidencia a nivel poblacional. La razón por la que dos individuos específicos tienen un problema de salud mental puede ser diferente a la razón por la que la prevalencia o incidencia de estos problemas varía entre poblaciones, o en la misma población a través del tiempo. Estas diferencias entre poblaciones tienen poco que ver con los individuos y mucho más que ver con las influencias masivas que actúan sobre toda la población. En el resto de este texto presentamos una serie de marcos conceptuales para entender estas influencias masivas en el contexto de la urbanización y las desigualdades sociales.

¿CÓMO ENTENDEMOS LA RELACIÓN ENTRE LAS CIUDADES Y LA SALUD?

Las ciudades y los barrios están compuestas por personas, y por elementos que parten de ellas, tanto en términos físicos (edificios, carreteras, parques) como en términos sociales (relaciones sociales y de poder, políticas), y en su intersección (supermercados, casas de apuestas). La compleja relación que se produce entre todos estos elementos termina jugando un papel fundamental en cómo nos desarrollamos como personas y, lo que es

nuestro interés en este capítulo, cómo tenemos una salud (mental) diferente a las personas de otras.

Estas complejas relaciones hacen fundamental que nos paremos a reflexionar sobre qué marcos conceptuales usamos para establecer estas conexiones. Los marcos conceptuales terminan determinando qué términos usamos, qué investigación hacemos, qué datos disponemos, y de qué forma entendemos que se pueden hacer políticas más o menos transformadoras (Nancy Krieger, 2011). Estos marcos conceptuales no representan barreras fijas a nuestro entendimiento, sino que proveen de una estructura teórica sobre la que se puede continuar construyendo con base empírica (del tipo que sea). La importancia de estos marcos es que nos permiten entender mejor hacia dónde mirar para entender lo que nos rodea. La ausencia de estos marcos en algunas investigaciones supone un marco teórico en sí mismo, al igual que la falta de ideología no supone un vacío ideológico.

De manera resumida, existen fundamentalmente cuatro maneras de conceptualizar la relación entre los barrios o ciudades y la salud (Diez Roux, 2020): (1) barrios y ciudades como contextos de la salud; (2) barrios y ciudades como causas o determinantes de salud; (3) barrios y ciudades como reforzadores o moderadores de diferencias en salud entre individuos; (4) barrios y salud como partes de un sistema complejo integral donde se produce la salud. Estas cuatro maneras de conceptualizar la relación entre los barrios y ciudades y la salud no son excluyentes; de hecho, existen ejemplos donde se pueden mezclar diferentes visiones.

El marco de **barrios y ciudades como contextos de salud**, describe de manera general las diferencias en salud entre barrios, entre ciudades o entre otras unidades geográficas. Gran parte del trabajo de la epidemiología urbana se ha dedicado a describir desigualdades espaciales en la prevalencia o incidencia de determinados resultados en salud (Gruebner *et al.*, 2017). Las respuestas políticas bajo este marco suelen estar enfocadas en intervenciones basadas en los lugares donde existe una afectación más alta de la enfermedad (conocidas como *place-based interventions*).

La perspectiva de los **barrios y ciudades como causas o determinantes de salud** ha sido la dominante a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI dentro de la salud urbana. Bajo este marco conceptual se entiende que los barrios o las ciudades tienen elementos físicos y sociales que provocan que unas personas tengan mejor salud que otras. Por ejemplo, la accesibilidad a centros sanitarios (Gruebner *et al.*, 2017) o espacios verdes (Brown *et al.*, 2018) y públicos (Pérez del Pulgar *et al.*, 2021), o los procesos de gentrificación (Anguelovski *et al.*, 2021), pueden hacer que unas personas tengan mejor salud mental que otras. Por tanto, la mayoría de las intervenciones derivadas de este marco conceptual tienden a enfocarse en elementos concretos que se demuestran como causas de una mejor o peor salud. Con los años, estos modelos han ido evolucionando hasta añadir las interrelaciones que se producen entre los elementos físicos

y sociales (o entre el contexto y la composición del barrio), y cómo las intervenciones en uno de estos elementos pueden influir en el resto. Por ejemplo, una intervención en un barrio para construir más espacios verdes basado en que una falta de espacios verdes se asocia con peor salud mental puede ser un estímulo para iniciar un proceso de gentrificación, que, a su vez, tiene consecuencias para la salud mental (Cole *et al.*, 2017). Otro aspecto muy mencionado en la epidemiología social urbana es el concepto de cohesión y capital social (Carrasco & Bilal, 2016). Estos conceptos, originados desde la sociología, han sido frecuentemente estudiados en su asociación con la salud mental (Echeverría *et al.*, 2008; McKenzie *et al.*, 2002).

Una tercera manera de entender la relación entre barrios y ciudades con la salud es conceptualizarlos como **reforzadores o moderadores de diferencias individuales en salud**. Por ejemplo, vivir en un entorno no saludable puede reforzar diferencias en susceptibilidades previas individuales. Se puede producir una interacción entre los genes y las características del barrio, o entre las características de tu barrio y tus condiciones laborales. A su vez, bajo este marco se introducen también los bucles entre diferentes elementos. Por ejemplo, un barrio caminable estimula que la gente camine más, lo que a su vez puede crear demanda de mejores espacios para caminar y entornos más caminables. Estos bucles introducen en el campo de la salud urbana las metodologías de los sistemas complejos, alejándose de los modelos de causalidad en salud lineales, donde un elemento concreto produce un efecto en salud concreto (Diez Roux, 2015). Otro ejemplo de este fenómeno es la conocida como hipótesis eugénica de los espacios verdes, que postula que las desigualdades sociales en salud basadas en factores individuales (por ejemplo renta o nivel educativo) se reducen en áreas con más espacios verdes (Mitchell *et al.*, 2015). De hecho, uno de los primeros artículos que estudio esta hipótesis se centró en estudiar cómo las desigualdades socioeconómicas en salud mental autorreferida eran un 40% menores en aquellas personas que residían cerca de parques (Mitchell *et al.*, 2015).

Un paso más allá de estos bucles es la conceptualización de los barrios y ciudades como **partes de un sistema complejo integral donde se produce la salud**. Como mencionábamos en secciones anteriores, conceptualizar los barrios y ciudades como parte de un sistema complejo implica reconocer que: (a) existen factores en la salud que operan a diferentes niveles (de ciudad, de barrio, individual...); (b) las unidades espaciales y los agentes que son parte de este sistema son heterogéneas (los barrios están compuestos por gente diferente); (c) existe una interdependencia de los diferentes factores y entre los factores en sí mismo (lo que pasa en las ciudades afecta a los barrios, lo que pasa en un barrio afecta a otro, y el comportamiento de una persona influye en las de su alrededor y en el barrio y ciudad); (d) la presencia de bucles que equilibran o perpetúan el sistema. Bajo esta perspectiva se pueden generar diferentes modelos que ayudan a

entender cómo una intervención en un elemento del sistema puede desestabilizarlo, y cómo puede haber consecuencias en todos los elementos del sistema (Diez Roux *et al.*, 2019; Langellier, Kuhlberg, *et al.*, 2019).

Además de estos marcos conceptuales, existe también diversa literatura analizando los mecanismos por los cuáles el propio barrio afecta a tus comportamientos y tu salud. Por ejemplo, mecanismos como las interacciones sociales (el contagio social, la socialización colectiva), exposiciones ambientales (exposiciones a tóxicos, accesibilidad), la propia localización geográfica, o mecanismos institucionales (como la estigmatización de un barrio) pueden estar detrás de comprender cómo un barrio «transpira» en sus residentes (Galster, 2012).

BARRIOS, CIUDADES Y SALUD MENTAL

En una revisión sistemática publicada en 2006 se encontraron 29 estudios explorando la relación entre características de los barrios y salud mental en adultos (Truong & Ma, 2006). La mayoría de estos estudios encontraron asociaciones significativas entre al menos una característica de los barrios y la salud mental de sus residentes. Estos estudios caracterizaron los barrios, por un lado, mediante el uso de índices socioeconómicos (renta, distribución étnica, etc.), características del entorno social (seguridad, desorden, etc.), características del entorno físico (caminabilidad, tipo de negocios, organización espacial), o una mezcla de todas las anteriores. En cuanto a los aspectos de salud mental medidos, variaron desde el uso de escalas validadas de sintomatología depresiva hasta la presencia de diagnósticos específicos de algunas condiciones como esquizofrenia. Por supuesto, como en todo estudio epidemiológico, los aspectos de validez de las mediciones de los estados de salud y enfermedad han de ser siempre considerados. Esto es especialmente importante para un grupo de padecimientos como los relacionados con la salud mental, donde el acceso a buena atención en salud mental puede influenciar la probabilidad de diagnóstico (Truong & Ma, 2006).

Uno de los ejemplos más conocidos en el estudio de los barrios y salud mental han sido los análisis secundarios de un ensayo aleatorizado denominado «Mudándose hacia la oportunidad» (*moving to opportunity* o MTO por sus siglas en inglés) organizado por el departamento de vivienda de EE. UU. (Jackson *et al.*, 2009). En este ensayo, se aleatorizaron familias de pocos recursos económicos en tres grupos: (1) unas personas recibían una ayuda para mudarse a un barrio que no fuese de renta baja, (2) otras se asignaron al grupo a recibir una ayuda para mudarse a cualquier otro lugar, (3) un último grupo no recibió ninguna ayuda. La idea central de este artículo es que la comparación entre los dos primeros grupos (o entre el primero y el tercero) puede permitir evaluar el efecto causal de

vivir en un barrio de renta baja. Esta idea central ha sido criticada previamente por ignorar los efectos a largo plazo del entorno, tanto en aspectos sociales como en salud (Glass & Bilal, 2016). De una manera u otra, el ensayo MTO demostró unos efectos sobre la salud mental, especialmente en adolescentes. Concretamente, estudio tras estudio ha demostrado que varias condiciones relacionadas con la salud mental mejoraron en mujeres adolescentes y empeoraron en hombres adolescentes (Jackson *et al.*, 2009). Varios estudios han intentado encontrar mecanismos que expliquen estas diferencias, y aunque no hay una respuesta definitiva, parece que las diferencias de género tanto en las relaciones sociales (Jackson *et al.*, 2009) como en el impacto de la violencia (Osypuk *et al.*, 2012) pueden estar detrás de estas diferencias. De todas formas, volviendo a remarcar la idea anterior, es importante no ignorar que «mover» a la gente aleatoriamente ignorando el contexto del que provienen y hacia dónde se mudan quizás no sea la manera más eficaz, eficiente y ética de realizar políticas públicas que mejoren la salud mental (Glass & Bilal, 2016).

Existen otros ejemplos de estudios sobre barrios y salud mental, especialmente centrados en consumo de sustancias (Hembree *et al.*, 2005), establecimientos de venta de alcohol y su consumo (Ahern *et al.*, 2008; Cerdá *et al.*, 2010; Wechsler *et al.*, 2002), condiciones específicas como depresión (Ahern & Galea, 2011; Gilman *et al.*, 2013; Glymour *et al.*, 2010; Schootman *et al.*, 2007), y otras menos específicas como salud auto-referida o «felicidad» (Subramanian, 2005). En general, la mayoría de estos estudios apoyan la hipótesis de que las condiciones socioeconómicas, sociales, y físicas de un barrio tienen una asociación con la salud mental de sus residentes. Por ejemplo, en un estudio realizado en varias ciudades de EE. UU., se encontró que las correlaciones entre factores socioeconómicos individuales y de barrio con una medida de felicidad eran bastante más fuertes en el caso de los factores a nivel de barrio (Subramanian, 2005). En otro estudio utilizando datos de un ensayo clínico en atención primaria en tres ciudades de EE. UU., se encontró que los efectos de una intervención que aportaba apoyo a los profesionales de atención primaria para implementar intervenciones fármaco y psicoterapéuticas sobre depresión fue mayor en barrios más pobres (Gilman *et al.*, 2013).

CONCLUSIÓN

En resumen, una serie de determinantes sociales, políticos, y económicos han llevado a un mundo predominantemente urbano. Estas ciudades son sistemas complejos con grandes desigualdades, incluyendo desigualdades en salud que llevan décadas siendo estudiadas. Las razones de estas desigualdades incluyen la segregación espacial en entornos urbanos, los efectos que las características del contexto urbano tienen sobre la salud, y

las interacciones entre estos dos fenómenos. Las desigualdades en salud mental no son una excepción a este patrón, y han sido estudiadas con respecto al nivel socioeconómico de los barrios, sus características sociales y sus características físicas. Para atajar estas desigualdades, son necesarias miradas poblacionales como las expresadas en el capítulo 3.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahern, J. & Galea, S. (2011). Collective Efficacy and Major Depression in Urban Neighborhoods. *American Journal of Epidemiology*, 173 (12), 1453-1462. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr030>
- Ahern, J.; Galea, S.; Hubbard, A.; Midanik, L. & Syme, S. L. (2008). «Culture of Drinking» and Individual Problems with Alcohol Use. *American Journal of Epidemiology*, 167 (9), 1041-1049. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn022>
- Allende, S. (2005). Medical and Social Reality in Chile. *International Journal of Epidemiology*, 34 (4), 732-736. <https://doi.org/10.1093/ije/dyi083>
- Anguelovski, I.; Cole, H. V. S.; O'Neill, E.; Baró, F.; Kotsila, P.; Sekulova, F.; Pérez del Pulgar, C.; Shokry, G.; García-Lamarca, M.; Argüelles, L.; Connolly, J. J.; Honey-Rosés, J.; López-Gay, A.; Fontán-Vela, M.; Matheney, A.; Oscilowicz, E.; Binet, A. & Triguero-Mas, M. (2021). Gentrification pathways and their health impacts on historically marginalized residents in Europe and North America: Global qualitative evidence from 14 cities. *Health & Place*, 72, 102698. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102698>
- Armstrong, D. (2009). Origins of the Problem of Health-related Behaviours. *Social Studies of Science*, 39 (6), 909-926. <https://doi.org/10.1177/0306312709104258>
- Ayuntamiento de Madrid. (2021). *Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid. Estudio sociodemográfico*. <https://datos.madrid.es/portal/site/egob/menuitem.c05c1f754a33a-9fbc4b2e4b284f1a5a0/?vgnextoid=71359583a773a510VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnextchannel=374512b9ace9f310VgnVCM100000171f5a0aRCRD&vgnexttmt=default>
- Bernabeu Maestre, J. (2009). La higiene de la habitación. Arquitectura y salud pública en la España de la Restauración. *Lars: Cultura y Ciudad*, 15, 15-18.
- Bernabeu Maestre, J. & Gascón Pérez, E. (1999). *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones.
- Bhopal, R. (1999). Paradigms in epidemiology textbooks: in the footsteps of Thomas Kuhn. *American Journal of Public Health*, 89 (8), 1162-1165. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.8.1162>
- Bilal, U.; Alazraqui, M.; Caiaffa, W. T.; Lopez-Olmedo, N.; Martínez-Folgar, K.; Miranda, J. J.; Rodríguez, D. A.; Vives, A. & Diez-Roux, A. V. (2019). Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *The Lancet Planetary Health*, 3(12), e503-e510. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)

- Brown, S.; Perrino, T.; Lombard, J.; Wang, K.; Toro, M.; Rundek, T.; Gutiérrez, C.; Dong, C.; Plater-Zyberk, E.; Nardi, M.; Kardys, J. & Szapocznik, J. (2018). Health Disparities in the Relationship of Neighborhood Greenness to Mental Health Outcomes in 249, 405 U.S. Medicare Beneficiaries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (3), 430. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030430>
- Carrasco, M. A. & Bilal, U. (2016). A sign of the times: To have or to be? Social capital or social cohesion? *Social Science & Medicine*, 159, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.012>
- Cerdá, M.; Diez-Roux, A. V.; Tchetgen Tchetgen, E.; Gordon-Larsen, P. & Kiefe, C. (2010). The Relationship Between Neighborhood Poverty and Alcohol Use: Estimation by Marginal Structural Models. *Epidemiology*, 21 (4), 482-489. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181e13539>
- Cereijo, L.; Gullón, P.; Cebrecos, A.; Bilal, U.; Santacruz, J. A.; Badland, H. & Franco, M. (2019). Access to and availability of exercise facilities in Madrid: an equity perspective. *International Journal of Health Geographics*, 18 (1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12942-019-0179-7>
- Cole, H. V. S., García Lamarca, M.; Connolly, J. J. T. & Anguelovski, I. (2017). Are green cities healthy and equitable? Unpacking the relationship between health, green space and gentrification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2017-209201. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209201>
- Diez, J.; Cebrecos, A.; Rapela, A.; Borrell, L. N.; Bilal, U. & Franco, M. (2019). Socioeconomic Inequalities in the Retail Food Environment around Schools in a Southern European Context. *Nutrients*, 11 (7), 1511. <https://doi.org/10.3390/nu11071511>
- Diez Roux, A. V.; Slesinski, S. C.; Alazraqui, M.; Caiaffa, W. T.; Frenz, P.; Jordán Fuchs, R.; Miranda, J. J.; Rodríguez, D. A.; Dueñas, O. L. S.; Siri, J. & Vergara, A. V. (2019). A Novel International Partnership for Actionable Evidence on Urban Health in Latin America: LAC&Urban Health and SALURBAL. *Global Challenges*, 3 (4), 1800013. <https://doi.org/10.1002/gch2.201800013>
- Diez Roux, A. V. (2015). Health in cities: is a systems approach needed? *Cadernos de Saúde Pública*, 31 (suppl 1), 9-13. <https://doi.org/10.1590/0102-311XDE01S115>
- Conceptual Models and Frameworks for Understanding the Links Between Urban Environments and Health. In *Urban Public Health* (pp. 56-75). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190885304.003.0003>
- Downs, J. (2021). *Maladies of Empire*. Belknap Press.
- Echeverría, S.; Diez-Roux, A. V.; Shea, S.; Borrell, L. N. & Jackson, S. (2008). Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & Place*, 14 (4), 853-865. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2008.01.004>
- Franco, M.; Bilal, U. & Cooper, R. (2015). Baltimore, ejemplo de la desigualdad. *El País*. https://elpais.com/elpais/2015/05/04/ciencia/1430735350_821550.html
- Galster, G. C. (2012). The Mechanism(s) of Neighbourhood Effects: Theory, Evidence, and Policy Implications. In *Neighbourhood Effects Research: New Perspectives* (pp. 23-56). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-2309-2_2

- Gilman, S. E.; Fitzmaurice, G. M.; Bruce, M. L.; Ten Have, T.; Glymour, M. M.; Carliner, H.; Alexopoulos, G. S.; Mulsant, B. H.; Reynolds, C. F. & Cohen, A. (2013). Economic Inequalities in the Effectiveness of a Primary Care Intervention for Depression and Suicidal Ideation. *Epidemiology*, 24 (1), 14-22.
<https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3182762403>
- Glass, T. A. & Bilal, U. (2016). Are neighborhoods causal? Complications arising from the 'stickiness' of ZNA. *Social Science & Medicine*, 166, 244-253.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.001>
- Glymour, M. M.; Mujahid, M.; Wu, Q.; White, K. & Tchetgen Tchetgen, E. J. (2010). Neighborhood Disadvantage and Self-Assessed Health, Disability, and Depressive Symptoms: Longitudinal Results From the Health and Retirement Study. *Annals of Epidemiology*, 20 (11), 856-861. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2010.08.003>
- Gruebner, O.; Rapp, M. A.; Adli, M.; Kluge, U.; Galea, S. & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Gullón, P.; Bilal, U.; Cebrecos, A.; Badland, H. M.; Galán, I. & Franco, M. (2017). Intersection of neighborhood dynamics and socioeconomic status in small-area walkability: the Heart Healthy Hoods project. *International Journal of Health Geographics*, 16 (1), 21.
<https://doi.org/10.1186/s12942-017-0095-7>
- Gullon, P. & Lovasi, G. S. (2017). Designing healthier built environments. In D. T. Duncan & I. Kawachi (Eds.), *Neighborhoods and health*. Oxford University Press.
- Hartmann, C. (2016). Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America. *American Journal of Public Health*, 106 (12), 2145-2151. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303470>
- Harvey, D. (2013). *Ciudades rebeldes. Del derecho a la ciudad a la revolución urbana*. Ediciones Akal.
- Hembree, C.; Galea, S.; Ahern, J.; Tracy, M.; Markham Piper, T.; Miller, J.; Vlahov, D. & Tardiff, K. J. (2005). The urban built environment and overdose mortality in New York City neighborhoods. *Health & Place*, 11 (2), 147-156.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.02.005>
- Jackson, L.; Langille, L.; Lyons, R.; Hughes, J.; Martin, D. & Winstanley, V. (2009). Does moving from a high-poverty to lower-poverty neighborhood improve mental health? A realist review of 'Moving to Opportunity.' *Health & Place*, 15 (4), 961-970.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.03.003>
- Krieger, N. (2001). Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. *International Journal of Epidemiology*, 30 (4), 899-900.
<https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181967b88>
- (2011). *Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383874.001.0001>
- Langellier, B. A.; Kuhlberg, J. A.; Ballard, E. A.; Slesinski, S. C.; Stankov, I.; Gouveia, N.; Meisel, J. D.; Kroker-Lobos, M. F.; Sarmiento, O. L.; Caiaffa, W. T. & Diez Roux, A. V. (2019). Using community-based system dynamics modeling to understand the complex systems that influence health in cities: The SALURBAL study. *Health & Place*, 60, 102215. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102215>

- Langellier, B. A.; Yang, Y.; Purtle, J.; Nelson, K. L.; Stankov, I. & Diez Roux, A. V. (2019). Complex Systems Approaches to Understand Drivers of Mental Health and Inform Mental Health Policy: A Systematic Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46 (2), 128-144. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0887-5>
- Leal, J. & Sorando, D. (2016). Economic crisis, social change and segregation processes in Madrid. *Socio-Economic Segregation in European Capital Cities: East Meets West*, 214-237.
- López Ruiz, V.; Segura del Pozo, J.; Pires Gómez, M. P.; Malmusi, D.; Vergara Duarte, M. & Pérez Sanz, E. (2018). Municipalismo y salud comunitaria: transformar desde los ayuntamientos. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 26-31. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.007>
- Mansky, J. (2018). W.E.B. Du Bois' Visionary Infographics Come Together for the First Time in Full Color. *Smithsonian Magazine*. <https://www.smithsonianmag.com/history/first-time-together-and-color-book-displays-web-du-bois-visionary-infographics-180970826/>
- Marmot, M. (2012). Why should the rich care about the health of the poor? *Canadian Medical Association Journal*, 184 (11), 1231-1232. <https://doi.org/10.1503/cmaj.121088>
- McCulley, E.; Mullachery, P.; Ortigoza, A.; Rodríguez, D.; Diez Roux, A. & Bilal, U. (2022). Urban Scaling of Health Outcomes: a scoping review. *Journal of Urban Health*, In press.
- McKenzie, K.; Whitley, R. & Weich, S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181 (4), 280-283. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.280>
- Mitchell, R. J.; Richardson, E. A.; Shortt, N. K. & Pearce, J. R. (2015). Neighborhood Environments and Socioeconomic Inequalities in Mental Well-Being. *American Journal of Preventive Medicine*, 49 (1), 80-84. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.01.017>
- Montez, J. K. (2017). Deregulation, Devolution, and State Preemption Laws' Impact on US Mortality Trends. *American Journal of Public Health*, 107 (11), 1749-1750. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304080>
- ONU. (2018a). *The World's cities in 2018 : data booklet*. https://digitallibrary.un.org/record/3799524/files/the_worlds_cities_in_2018_data_booklet.pdf
- (2018b). *World Urbanization Prospects*. Population Dynamics. <https://population.un.org/wup/DataQuery/>
- Osypuk, T. L.; Schmidt, N. M.; Bates, L. M.; Tchetgen-Tchetgen, E. J.; Earls, F. J. & Glymour, M. M. (2012). Gender and Crime Victimization Modify Neighborhood Effects on Adolescent Mental Health. *Pediatrics*, 130 (3), 472-481. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2535>
- Pérez del Pulgar, C.; Anguelovski, I.; Cole, H. V. S.; de Bont, J.; Connolly, J.; Baró, F.; Díaz, Y.; Fontán-Vela, M.; Duarte-Salles, T. & Triguero-Mas, M. (2021). The relationship between residential proximity to outdoor play spaces and children's mental and behavioral health: The importance of neighborhood socio-economic characteristics. *Environmental Research*, 200, 111326. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111326>
- Rose, G. (1985). Sick Individuals and Sick Populations. *International Journal of Epidemiology*, 14 (1), 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32>
- Shoottman, M.; Andresen, E. M.; Wolinsky, F. D.; Malmstrom, T. K.; Miller, J. P. & Miller, D. K. (2007). Neighbourhood environment and the incidence of depressive symptoms among middle-aged African Americans. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61 (6), 527-532. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.050088>

- Sharon D. Jones-Eversley, & Lorraine T. Dean. (2018). After 121 Years, It's Time to Recognize W.E.B. Du Bois as a Founding Father of Social Epidemiology. *The Journal of Negro Education*, 87 (3), 230. <https://doi.org/10.7709/jnegroeducation.87.3.0230>
- Subramanian, S. V. (2005). Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59 (8), 664-669. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.025742>
- Szreter, S. (2003). The Population Health Approach in Historical Perspective. *American Journal of Public Health*, 93 (3), 421-431. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.3.421>
- Tesh, S. N. (1988). *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention*. Rutgers University Press.
- Truong, K. D. & Ma, S. (2006). A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9 (3), 137-154. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17031019>
- Waitzkin, H. (2005). Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *International Journal of Epidemiology*, 34 (4), 739-741. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh176>
- Wechsler, H., Lee, J. E., Hall, J., Wagenaar, A. C. & Lee, H. (2002). Secondhand effects of student alcohol use reported by neighbors of colleges: the role of alcohol outlets. *Social Science & Medicine*, 55 (3), 425-435. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00259-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00259-3)

CAPÍTULO 7

SOBERANÍA EN EL TERRITORIO: EL PODER EN LOS BARRIOS

María Victoria López Ruiz

«Y cuando estés en Nueva York hablando un perfecto inglés y venga a ti un olor que te quite la pena de la prisa y te recuerde que formas parte de algo más grande que tú mismo... piérdete en ese sentimiento y agradece a quienes están detrás de ese sentir que te recuerda a tu tierra, que te da unas raíces que impiden que te tambalees entre tanto postureo».

MAR GALLEG0, *Feminismo Andaluz*

POESÍA DE BARRIO: DEL BARRIO COMO IDENTIDAD
AL BARRIO COMO ESPACIO CONFLICTIVO

«Donde los pies pisan la cabeza piensa».

PAULO FREIRE

Cuando pienso en barrio, siempre pienso en Pepe. Pepe nació en el barrio, en la misma calle en la que vive. La casa en la que ha criado a su familia fue la casa de sus padres en un pasado. Su hija se mudó a un piso también en el barrio y abrió una carnicería cerca. Pepe pasa los días en su puerta, observando la calle... Desgranando todas las interacciones que en ella se dan, olfateando vidas, tomando el pulso al barrio. Pepe no es nadie fuera de estas calles pero aquí lo llamamos «el alcalde». Es capaz de conocer la cotidianidad de la vecindad como si habitásemos en una dependencia más de su casa. Como si la carretera que separa su casa y la mía no fuese más que un pasillo.

Pepe y el resto de vecinos que habitan las puertas me hacen sentir segura. Son aquellos que me riegan las plantas cuando yo no estoy o aquellos que llamaban a mi puerta para ver como estaba cuando estaba embarazada y mi pareja se ausentaba. Son redes, paraguas, colchones... en definitiva, elementos que me hacen sentir parte de una comunidad incluso en momentos efímeros.

Eso es el barrio. Ese es mi barrio. Como dice Luis de la Cruz «Una especie de hábitat incontrolado que nos permite pasar de la intimidad de nuestro hogar a la inmensidad inhóspita. De la individualidad de nuestra morada a un sistema de normas, valores y subjetividades compartidas que nos convierten en grupo» (Cruz Salanova, 2018).

Pero los barrios no son una foto. Son movimiento. Un movimiento inherente al momento social en el que vivimos. En la actualidad, los barrios operan como espacios de acumulación y especulación directa del capital. Esto se refleja en torno al sector inmobiliario y las infraestructuras pero también con la privatización de las redes de servicios urbanos y los procesos de producción, distribución y consumo. Son tiempos en los que la vida ha pasado a un segundo plano para priorizar la producción y el consumo. Mi barrio, situado en la zona Sur de la Ciudad de la ciudad de Córdoba, fue fruto de el realojo de gente que vivía en casas de autoconstrucción en los márgenes izquierdos del río. Siempre fue un barrio de clase obrera dotado de las infraestructuras mínimas y situado tras la barrera imaginaria que el río confiere a la ciudad. Hoy, sin embargo, se convierte en espacio de especulación para la alianza entre la construcción y un sector cada vez más fuerte como es el turístico.

Así, el barrio, además de poesía, es un espacio de conflicto. Este se configura como una eterna lucha entre el poder económico-político y el poder ciudadano. En zonas donde la ciudadanía pertenece a esas mismas élites no se da lugar al conflicto. Los intereses son los mismos. Con la externalización de todo aquello que ensucia el barrio y huele a pobreza, todo está en paz. Sin embargo, el «BARRIO» con mayúsculas es un espacio de conflicto entre la vida y el capital. Ya sea por el olvido de las administraciones o por el intento de convertir el barrio en espacios para el consumo, los barrios se configuran como espacios de batalla. Siguiendo a Débora Ávila, Sergio García y Daniel Parajuá (2019) , podemos clasificar 3 tipos de barrios:

- El barrio obrero o periferia fordista, como aquellos lugares fruto de los procesos de éxodos rurales con movimientos vecinales fuertes que lucharon por tener servicios e infraestructuras.
- El «barrio guetificado» como interacción de múltiples círculos de exclusión donde los lazos de vecindad se reinventan y se recomponen tras realojos y huidas de unos guetos a otros.
- Las «ultraperiferias o poblados de chabolas» como espacio invisible al resto de la ciudad y carente de derechos.

Aunque en muchas ocasiones se define como elemento central de «la barrionalidad» la existencia de una población perteneciente a la clase obrera, la realidad es que el denominador común de todos los barrios que se definen como tales (incluso en aquellos más desarticulados) es la existencia de unas redes de cuidados y de solidaridad que se articulan como resistencia a un capitalismo devastador que nos apisona. Zibechi habla de cómo en las periferias de las grandes ciudades latinas se vive una revolución silente. En su obra «Territorios en resistencia» (Zibechi, 2012) plasma que es en los márgenes del capitalismo, en esos barrios guetificados o en

las ultraperiferias en donde la autoorganización y las redes de solidaridad crean nuevas sociedades y nuevas formas de relación. No es mi intención idealizar estas redes que en muchos casos son la respuesta a un Estado ausente en un intento de sobrevivir. Pero la realidad es que los barrios nacieron en permanente lucha por el espacio y como ejemplo de resiliencia y a día de hoy se ven más amenazados que nunca.

TERRITORIOS Y DEMOCRACIA: LA UTOPIA DEL «DERECHO A LA CIUDAD»

En 1967 Lefevre (Lefebvre, 2017) define el derecho a la ciudad como el derecho de sus habitantes a construir, decidir y crear la ciudad, y hacer de esta un espacio privilegiado de lucha anticapitalista. Este derecho a la ciudad llama a aterrizar el concepto de democracia en los territorios y hacerla real. Sin embargo, esto se torna complicado en la llamada «cultura de la Transición». El establecimiento de los límites de lo posible en la llamada democracia-mercado como la única posibilidad de convivencia y organización de lo común, hace que una democracia tan renombrada no sea más que la falacia de la libertad de elección.

Pero, hablar de *democracia está de moda*. Con la irrupción del 15M en 2011 y la aparición de un nuevo imaginario político (con no tantas diferencias del anterior), la palabra «participación» ha inundado todos los documentos de estrategias de los organismos nacionales e internacionales y los programas electorales de cada uno de los partidos. Gobierno abierto, transparencia, presupuestos participativos, etc. palabras que evocan a la construcción colectiva pero que se quedan en una democracia de baja intensidad. Algo que poco tiene que ver con una participación real con vocación emancipadora sino una participación construida desde arriba, donde la opción ganadora viene dada y la capacidad de modificación es mínima. En 1985 Oakley y Marsden (Oakley & Marsden, 1985) sistematizaron una clásica división del concepto de participación: por un lado, la participación entendida como fin, es decir, como «el acceso al poder de quienes se encuentran marginados del mismo» o la participación como un medio, es decir, como un recurso que permite que los programas lleguen a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para su ejecución. O lo que es lo mismo, **participación-poder y participación instrumental**, respectivamente. Hoy día, cuando hablamos de participación generalmente nos referimos a una participación instrumental que no sirve para otra cosa que para legitimar las decisiones ya circunscritas desde arriba. Una participación que nos deja elegir entre una opción u otra pero sin darnos la capacidad de poder transformar realidades. Ejemplo de ello, son los famosos «presupuestos participativos» puestos en práctica en muchas ciudades de la geografía española y que jamás se realizaron con más del 5% del presupuesto total del municipio, dejando fuera las áreas con mayor poder como el urbanismo.

La participación real se encuentra con varios escollos en la sociedad actual. La primera es que requiere una redistribución del poder difícil de realizar en un sistema fundamentado en la inequidad. La segunda es que implica lazos, compromiso y autoorganización. En la sociedad moderna, organizada en torno a procesos competitivos que buscan el lucro material, la coexistencia de estas redes se hace cada vez más difícil. Dice Subirat en *Los bienes comunes* (Subirats & Rendueles, 2016) que «a veces llamamos participación a una especie de mercado político donde lo importante es que tengamos la oportunidad de manifestar nuestras preferencias, que puede ser todo lo volubles que queramos porque nada nos compromete con ellas».

Con la cesión en manos de unos pocos del poder por parte del neoliberalismo, el resto de personas quedan no solo desposeídas de recursos, sino también de la capacidad de incidir en su propias vidas. Tanto es así, que sociólogos como Marcos Roithman (2007) han llegado a cuestionar la coexistencia de la democracia y el capitalismo.

Así, el panorama que actualmente transitamos se muestra desolador a la hora de repensar la soberanía de los territorios, hablar de municipalismo o de democracia radical. Sin embargo, hoy día en lo cotidiano más allá del binomio Estado-Mercado y de la sociedad de consumo, siguen surgiendo redes que sostienen, sin las cuales ni tan siquiera el sistema capitalista podría resistir. David Harvey ya reivindicó las «prácticas ciudadanas insurgentes» (Harvey, 2013), como el vehículo capaz de materializar la construcción de alternativas espaciales. La interdependencia¹ que nos ata la vida, provoca que desde los territorios sigan surgiendo propuestas de redistribución del poder con ese «luchar por lo global transformando lo local». Núcleos de resistencia que se convierten en nuevas formas de habitar el barrio y el mundo y que recuperan la capacidad de transformar y decidir en sus entornos.

Según esto, encontramos dos tipos de lucha que en muchos casos se entrelazan:

- Una lucha callada y silente de supervivencia: donde se tejen esas redes y donde los cuidados se arman como estrategia de resiliencia.
- La lucha pública de desobediencia civil y de movimientos sociales por lo común.

¹ La interdependencia es un concepto que viene del ecofeminismo y que se refiere a la necesidad de cuidar para sostener las vidas. Frente al espejismo de la independencia se propugna que todas las personas somos interdependientes del resto y de la naturaleza.

«Decidir, dignidad y desglobalizar son tres “d” que comparten las perspectivas municipalistas que entienden la democracia como autogobierno».

ANGEL CALLE Y RICARD VILAREGUT.

Cuando hablamos de municipalismo inevitablemente se nos viene a la mente el periplo electoral iniciado en 2015 por ciertas candidaturas locales que se dispusieron a tomar la institución local con dos premisas claras: el derecho a la ciudad y la democracia participativa. Estas candidaturas nacían en su mayoría de colectivos y movimientos sociales partiendo de una idea de política como aquello que se construye de abajo a arriba. Sin embargo, el municipalismo (libertario, comunitario y desglobalizador) va más allá del poder que emana de las urnas y lo electoral. El municipalismo tiene que ver con procesos de democratización y gestión directa de los territorios. Tienen que ver con prácticas cotidianas, con redes de solidaridad y con iniciativas que surgen desde abajo y resitúan el poder. Según Ángel Calle y Ricard Vilaregut (2015) el municipalismo consiste en:

- utilizar la democracia como verbo, no como orden o conjunto de reglas
- democracia entendida como la expansión del autogobierno en instituciones públicas o comunes
- una visión del territorio que conecte lo social y lo ambiental
- entender la comunidad ligada a un territorio pero sin restringirse solo en él

Si hacemos un recorrido histórico por los diferentes conflictos sociales vinculados a lo urbano y al territorio, según Díaz (2010), podemos hablar de dos grandes movimientos sociales urbanos históricos vinculados a la lucha obrera en el Estado Español. El primero ocurre a principios del siglo XX y tiene que ver con el movimiento de inquilinos vinculados al movimiento obrero que luchaba por unas condiciones de vida dignas frente al monopolio de los propietarios de los inmuebles.

El segundo tiene lugar a partir de los años 70 y obedece al movimiento de las asociaciones vecinales por mejoras en las instalaciones y en servicios para sus barrios. Movimientos que bebían de revoluciones proletarias y cuyos componentes en muchos casos estaban vinculados a organizaciones políticas de izquierdas. A partir de los 90 se produce un fenómeno de institucionalización de estas asociaciones, lo cual hace que se conviertan en brazos del poder municipal. Quedando algunas excepciones que además coinciden con aquellos lugares donde el arraigo y la identidad de barrio sigue siendo fuerte.

Pero mirando a la globalidad, podemos decir que a día de hoy el movimiento ha mutado a la vez que la realidad de los territorios. En una época donde las relaciones son líquidas y fugaces, donde la precariedad y la transformación urbana hacen que la vida a veces se lleve en una maleta y donde la comunidad se torna más difusa y menos organizada, el movimiento asociativo vecinal no pasa por sus mejores tiempos. Nos encontramos asociaciones vecinales en su mayoría muy envejecidas y sin recambio generacional.

Sin embargo, la aparición de los llamados «nuevos movimientos sociales» (Calle, 2007) ha incidido en las formas de combatir desde lo local. Su discurso se asienta en una radicalidad democrática (o democracia participativa), sobre la base de unos principios mínimos, que entroncan así con una parte creciente de la ciudadanía que desconfía de gobiernos e instituciones internacionales y reclama soberanía vital (ámbito privado: dónde y cómo vivir) y social (ámbito público: cómo reproducir el orden social). En los barrios siguen surgiendo y renaciendo movimientos comunitarios alrededor de demandas de instalaciones y servicios, de recuperación de espacios y desmercantilización del suelo, con un fuerte componente autónomo y autogestionado. Hoy más que nunca los movimientos de carácter más local se entrelazan con movimientos antiglobalización integrando luchas y siendo capaz de vislumbrar la crisis ecológica, económica y de cuidados que atravesamos e integrar conceptos en cada acción.

Así pues, en la actualidad podemos encontrar 3 vertientes municipalistas que se entremezclan entre sí y que aterrizan en forma de nuevas políticas sociales y ciudadanas de la siguiente manera en los barrios:

- Una primera que corresponden a quienes buscan servicios sociales o economías endógenas poniendo freno a inercias centralizadas o encerradas en un capitalismo depredador.
- Un segundo que se centra en la radicalidad democrática y en la política desde abajo.
- Un tercero de raíces ecologistas y feministas que ven en la relocalización y la desglobalización la única salida de esta crisis civilizatoria.

A continuación expongo algunos ejemplos en los que se entremezclan ambas vertientes teniendo mayor fuerza una u otra en función del momento histórico y del lugar en el que se desarrollan. Ahondando en la hipótesis de que el municipalismo es movimiento, desgrano algunas de estas luchas trazadas desde las calles pero que en los últimos años también han tenido una traslación en las políticas municipales.

En 2016, La Fundación de los Comunes sacó un curso titulado «¿Quién manda en Madrid?. Un mapeo de las oligarquías locales y globales económicas que traza una línea entre estas y el poder político, dejando al descubierto un escenario global en el que los intereses de las grandes elites (en muchos casos redes internacionales que va mucho más allá de lo local) pisotean los derechos del resto de ciudadanía. Esta situación reconfigura el concepto de ciudadanía, modifica el espacio urbano y con ello la vida de los barrios, convirtiéndolos en lugares de especulación y compra-venta. Ciudades como Madrid o Valencia se han transformado en grandes espacios de especulación inmobiliaria y de negocio. Se construyen territorios en función de las necesidades del negocio inmobiliario pero no en base a las necesidades de las personas.

En algunos casos, como en Barcelona, la ciudad se convierte en una marca. Con el anhelo de la riqueza y prosperidad que traerá una ciudad cosmopolita. Cuenta Marina Garcés en su libro *Ciudad Princesa* (Garcés, 2018) que la internacionalización de la ciudad Barcelona se desarrolla con la hipótesis de que la globalización debía de hacerse desde la ciudades y que se buscaba la construcción de un nuevo espacio político donde las ciudades fuesen las protagonistas de nuevos modelos de desarrollo. Pero lo que realmente aquello trajo consigo fue que «en muchas calles de Barcelona la ciudad ya no existe. La globalización se ha hecho real, no como red de gobiernos locales autónomos, sino en forma de poblaciones flotantes, ricas y pobres, que llegan y se van, movidas por la explotación y la especulación». La conformación de una ciudad dedicada al turismo, una ciudad sin territorio o un territorio sin ciudad.

De esta manera, procesos de transformación urbana dependientes del capital como la gentrificación han dejado paso a la turistificación. Caminamos así hacia dinámicas cada vez más segregadoras y que convierten partes de nuestras ciudades (aquellas con mayor historia y antigüedad) en parques temáticos sin vida y sin identidad, expulsando así a las poblaciones a las periferias. En el olvido han caído ya aquellos sueños de ciudades sostenibles, compactas, donde la vida se situase en el centro. Los barrios nacidos en los 70 dejan paso a la construcción de viviendas sin planificación urbanística y a la utilización del suelo para el consumo. El resultado: la desaparición del comercio local, la ruptura del tejido vecinal, la desaparición de infraestructuras (el turista no necesita colegios, centros cívicos o espacios deportivos) y la expulsión de inquilinos para volcarse en el tan anhelado turismo (apartamentos turísticos y airBNB). Casas sin convivientes y con propietarios que les sale más rentable alquilar su piso a trozos y por días que estar pendiente de las necesidades habitacionales de una familia. Barrios desarticulados con una conformación cada vez más orientada al ocio y disfrute del viajero. Habitantes expulsados a periferias cada vez más lejanas y con menos recursos.

Frente a esto, el otro lado. Anuncios inmobiliarios que representan el sueño de todo vecino: casas grandes con jardín, piscina comunitaria... El confort ha llegado a nuestras vidas trayendo consigo la segregación y la inequidad. Barrios dormitorio en los que vivir la vida en la más absoluta individualidad. Una ciudad donde el espacio público retrocede frente al beneficio del espacio privatizado y donde las desigualdades jamás han sido tan grandes.

De esta manera encontramos 2 visiones de ciudad que se contraponen: la ciudad liberal, como aquellas en las que los poderes públicos tienen la misión de facilitar el beneficio de las empresas privadas y dejar que el mercado regule las relaciones sociales, y la ciudad política donde la ciudadanía ejerce su poder, participa y decide sobre su entorno (Brossat, 2019).

LA LUCHA POR LA VIVIENDA DIGNA Y CONTRA LA ESPECULACIÓN INMOBILIARIA: ¿QUIÉNES VIVEN EN LOS BARRIOS?

«Reconocer el tremendamente injusto ejercicio de desposesión de la vivienda por parte de los poderes económicos sobre muchas familias, así como la más intensa y extensa lucha por los derechos sociales en las últimas tres décadas, la lucha contra los desahucios, nos permite atisbar que lo posible ya es real en los vínculos diversos y mestizos que establecemos para parar una ejecución hipotecaria. Y es que alrededor de la vivienda se actualizan hoy las luchas que en la década de los 70 pusieron en la agenda el derecho a la ciudad».

Sobre las casas sin gente y la gente sin casas, CARABANCHELEANDO

Fruto de esta especulación, los barrios se vacían y cada vez más viviendas e infraestructuras caen en manos de empresas privadas y bancos. Prueba de ello es la centralidad de los movimientos por el derecho a la vivienda en los últimos 15 años. En 2009 nace en Barcelona, la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, justo después del estallido de la burbuja inmobiliaria. La PAH se define a sí misma como un movimiento horizontal, no violento, asambleario y apartidista. Desde entonces la indignación de encontrarse desprovistos de derechos, de darse de bruces con leyes hipotecarias injustas, de perder casa y ahorros e incluso tener que pagar a una banca después de ello, recorre el país como la pólvora surgiendo plataformas de desobediencia civil, ayuda y apoyo mutuo en múltiples lugares. Se inicia una oleada de autoorganización que de Barcelona se va extendiendo por otras zonas del país. Con lemas que apelan a un nuevo renacer de la soberanía popular como «No somos mercancía en manos de políticos y banqueros», el movimiento de afectados por la hipoteca aprovecha el 15M para seguir creciendo.

«Tejimos redes y abrazos, luchas y sonrisas, y paramos desahucio, uno detrás de otro. Era emocionante ver tanta gente que no se conocía parando un desahucio, haciendo frente a la inhumanidad hipotecaria. Conseguimos sobre todo, además de pequeñas victorias, visibilizar mediáticamente los desahucios. La gente empezó a ver la crueldad con la que se nos trataba a las activistas que defendíamos que no hubiera casas sin gente, ni gente sin casas. Empezamos a concienciar a las afectadas, que esto no era un problema individual sino colectivo, propio de sociedades crueles e injustas como la capitalista. La gente dejó de estar ajena a lo que estaba pasando».

Extraído de los talleres de Barcelona en noviembre de 2016
discurso del compañero PAKO MOROTE y adaptado
para PAH Valencia por ROSANA MONTALVAN

La PAH se articula en barrios y/o distritos mediante los puntos de información y grupos de afinidad. En los puntos de información las personas que sufren ejecuciones hipotecarias o que ven peligrar su vivienda pueden acercarse a resolver dudas y buscar ayudas mientras que en los GAYAM (Grupos de afinidad y apoyo mutuo) se un seguimiento cercano a las familias amenazadas de desahucio y sirven de acogida a nuevos miembros. En definitiva, redes de cuidados y solidaridad que se articulan en torno al derecho a la vivienda. Como podemos ver el estudio realizado por Elena Ruiz Peralta (2013), estas redes no solo atajan el problema material sino que se convierte en plataforma de desmedicalización y repolitización del sufrimiento, haciendo colectivo problemas sociales que la sociedad actual ha transformado en individuales.

Estos y otros movimientos inician además una movilización social para la recuperación de las viviendas expropiadas. La «patada en la puerta» no exenta de conflicto social (la mayoría de las veces estás o(k)upaciones se dan en barrios de renta baja y vienen de manos de familias con problemáticas muy diversas expulsadas previamente de otro territorio lo cual se convierte en una bomba de relojería) ha sido la única salida para muchas familias expulsadas de su casas y víctimas de administraciones que no le daban alternativa habitaciones. Una de las primeras ocupaciones colectivas mediáticas fue la Corrala Utopía de Sevilla en 2012 (Agudo, 2014). Ante el olvido de las administraciones una serie de personas víctimas de toda esta crisis deciden ocupar un edificio de 36 viviendas de un barrio de Sevilla que pertenecía a una gran constructora en bancarrota. Una de esas tantas promociones sin vender que acaba en manos de un banco, es este caso Ibercaja. Desde su ocupación se mantuvo una lucha liderada por mujeres que, pese a que la Delegación del Gobierno en Andalucía se había comprometido a no ordenar la ejecución del desalojo hasta que hubiera una alternativa para estas familias, culminó en un desalojo sorpresa en 2014 que conmocionó a la opinión pública. Tras años de desgaste y de vivir sin luz ni agua, una negociación con administraciones y banca

estancada por la negativa de Ibercaja a la cesión de inmueble, la formación de la Plataforma de apoyo a las vecinas de la Corrala Utopía con más de 30 colectivos sociales... Toda una demostración de poder de la administración que deja claro cuales eran sus intereses y quien manda en los barrios.

Actualmente, el problema de la vivienda ha mutado y ha pasado de las ejecuciones hipotecarias al desahucio de inquilinos. La desregulación de los alquileres hace que la burbuja inmobiliaria haya dado paso a la burbuja de los alquileres, encontrándonos cada vez más precios prohibitivos en ciudades con un alto índice de paro y de renta bajas. Al propietario le resulta más rentable el alquiler por Airbnb a turistas, por lo que encarece a su vez la vida cotidiana de la zona. Las plataformas de afectados por la hipoteca han dejado paso a los sindicatos de inquilinos, que realizan incidencia política para conseguir la regularización de los alquileres.

CRISIS Y MERCANTILIZACIÓN DE LOS CUIDADOS: QUIENES SOSTIENEN LOS BARRIOS?

«Nosotras somos las protagonistas de las cadenas globales de cuidados y por ello nuestra forma de hacer política parte de hablar en primera persona, desde nuestros saberes y experiencias. Por eso nuestro lema es: «Porque sin nosotras no se mueve el mundo».

MANIFIESTO TERRITORIO DOMÉSTICO

Una de las aristas menos tenidas en cuenta en la mercantilización de los barrios, es la crisis de cuidados y la imposibilidad de sostener las vidas o de hacerlo sin explotar y precarizar a la mitad de la humanidad. En un mundo donde prima lo productivo, las redes de cuidados y solidaridad que mantienen los barrios se desarticulan creando cadenas de cuidados de un barrio a otro. Personas que habitan en un barrio pero trabajan de internas en una urbanización de lujo. Vecinos de la periferia que ocupan trabajos temporales y precarios en la hostelería. Cadenas de sur a norte pero en una misma ciudad. En macrociudades como Madrid, barrios como Vallecas o Villaverde prestan su fuerza de trabajo a otros barrios de mayor nivel socioeconómico quedando descubierta una deuda de cuidados basadas en unas desigualdades interseccionales (López Román & López Ruiz, 2017) que tienen que ver con el género pero también con etnia, clase y territorio.

Mujeres que habitan los barrios y que en muchos casos incluso fueron desplazadas anteriormente del suyo, trabajan en esos mismos lugares invadidos por el turismo o barrios de mayor nivel socioeconómico para realizar tareas de limpieza y cuidados. Uno de los ejemplos más flagrantes lo tenemos en las llamadas Kellys, camareras de pisos que limpian en los hoteles, con remuneraciones tan irrisorias como 2,5 euros por habitación limpiada y salarios que difícilmente sobrepasan los 700 euros netos al mes

por jornadas de más de ocho horas. Estas son víctimas de un sistema de externalizaciones a la baja del que ellas son el último eslabón. Un sistema cruel que le obliga a trabajar jornadas interminables, haciendo entre 20 y 25 habitaciones diarias, arrastrando por los pasillos carritos de hasta 100 kilos de peso. «Estamos hechas polvo, seguimos trabajando a fuerza de pastillas» «A mí me robaron la salud y como a mí a todas mis compañeras» (Cañada, 2015). Según un informe elaborado por Comisiones Obreras y el sindicato internacional UITA, se calcula que el 71% de las camareras de piso debe consumir medicamentos diariamente para poder afrontar la jornada laboral.

En la otra cara de la moneda, con financiación pública, nos encontramos con la situación de las trabajadoras de ayuda a domicilio. La mayoría dependientes del presupuesto municipal se encuentran presas de megaempresas prestadoras de servicios como CLECE o FERROVIAL, gestionadas por empresarios que tras la crisis del ladrillo decidieron convertir sus empresas de construcción en empresas multiservicios pasando a gestionar limpieza de aeropuertos y estaciones, residencias de mayores o empresas de ayuda a domicilio. Estas batallan las horas, desplazándose de un lugar a otro de la ciudad para brindar cuidados que roban de sus territorios.

Siguiendo con la desescalada de derechos laborales, en el último escalón tenemos a las empleadas domésticas. Mujeres en su mayoría migrantes y/o racializadas con condiciones de vida complicadas que han dejado todas sus redes de apoyo atrás para trabajar prestando cuidados de forma precaria y condiciones de semiesclavitud. Desde colectivos de trabajadoras de empleo doméstico como «Territorio Doméstico» llevan años denunciando estas condiciones y pidiendo la ratificación del Convenio 189 de la OIT, que fue aprobado en España hace 9 años pero que a día de hoy sigue sin ser puesto en práctica. La mayoría se encuentran trabajando en situación irregular y sin ningún tipo de derechos ni seguridad social.

Esta batalla por una vida digna y por derechos laborales se entronca además en un feminismo de clase e interseccional que reivindica el papel de las mujeres como sostenedoras de vida y la deuda invisible con aquellas mujeres de menor nivel socioeconómico. Ellas son las mismas que Zibechi describe como hacedoras de la revolución callada en los barrios. Creadoras de redes y cuidados que se ven obligadas a vender sus vidas a cambio de capital, a exportar cuidados a otras zonas. Con ello, se dificulta la creación del tejido social y las redes de apoyo mutuo. Se torna una odisea sostener sus propios entornos, barrios y familias. Por lo cual, la lucha por sus condiciones laborales es una lucha por la supervivencia colectiva. Es la lucha por un reconocimiento del trabajo de cuidados como sostenedor del mundo. Mientras tanto, ellas reparten cuidados aquí y allá deslomándose fuera y dentro de su barrio, sosteniendo lo suyo y lo de otros sin mayor reconocimiento que la miseria de sueldo que les pagan.

«La lucha es el único camino», sí. Pero ¿qué es la lucha? Ni mera protesta o reivindicación, es la capacidad colectiva de interrumpir los modos establecidos de ver y vivir, de abrir un nuevo juego de preguntas y respuestas».

AMADOR FERNÁNDEZ SAVATER

Con el éxodo rural y el crecimiento de las ciudades, los años 70 fueron testigo de muchos barrios de reciente creación. Desde entonces la noción de barrio se ha ido deteriorando con una apuesta cada vez más grande por la llamada ciudad dispersa y la concentración de infraestructuras y actividades culturales en tiempo y espacio. La llegada del turismo de masas ha sido el golpe de gracia para caminar hacia la transformación del espacio barrial en espacio de consumo. Ante el abandono de los barrios por parte de las administraciones y la negación de estas a crear espacios de encuentro, ocio y cultura son muchas las iniciativas que se van sucediendo a lo largo del Estado de recuperación de comunes urbanos y propuestas de remodelación urbanística basada en las necesidades de la población.

Patrick Geddes pone de manifiesto la necesidad de que la planificación urbana vaya más allá de lo puramente urbanístico y que pueda ser trazado mediante el conocimiento del territorio y de las relaciones que en él se producen (Paisaje Transversal, 2019). Iniciativas como los paseos de Jane (paseos colectivos donde se ponen en común biografías y vivencias de las personas en diferentes puntos de la seguridad) o la utilización de metodologías participativas para la planificación de los espacios (véase los proyectos de urbanismo feminista de *Colectiu Punt 6* (2020)), se recupera la utilización del suelo para uso y disfrute de la vecindad.

Los comunes urbanos surgen en un intento de construir espacios que vayan más allá del consumo y del espacio privado o el de la vida laboral. Se crean estos «espacios generadores de conflicto productivo frente a la privatización masiva y la mercantilización generalizada del espacio y las relaciones sociales» (La Ingobernable, 2020). Deshaciendo la dicotomía entre lo público (lo estatal) y lo privado, emergen nuevas formas de gestión que apelan a lo común. Los comunes urbanos pueden entenderse entonces como aquellos recursos urbanos cuyo valor no se puede medir en dinero (y por tanto no se pueden vender), cuya gestión es abierta y comunitaria, y cuya función en la ciudad es la de redistribuir el poder urbano de las minorías rentistas a las mayorías endeudadas y pobres de espacio. Centro sociales como La Casa Invisible (Málaga), Luis Buñuel (Zaragoza), La Ingobernable (Madrid), Rey Heredia (Córdoba), etc reconquistan espacios abandonados dotándolos de vida, convirtiéndolos en referentes culturales y tejiendo redes de relaciones sociales y apoyo mutuo que en muchos casos se convierte en base sustentadora del barrio, donde se imbrican asociaciones vecinales y colectivo más de corte autónomo.

Pero los comunes urbanos van más allá de estos espacios y a veces son iniciativas más pequeñas que surgen de colectivos vecinales como la recuperación de solares abandonados y convertidos en espacios para disfrute infantil (véase en Madrid la iniciativa de «Esta es una plaza») o iniciativas que proponen disfrutar del cine en plazas o recuperar la calle para jugar en los barrios. En definitiva, la demostración de que si el poder financiero quiere convertir los barrios en espacios de consumo tendrá que pasar primero por la destrucción de redes vecinales y colectivos que son capaces de darle la vuelta a la gestión de los espacios, crear cultura desde abajo y hacerlos del barrio.

También cabe destacar las iniciativas de Huertos Urbanos, que no solo se convierten en lugares creadores de relación y de encuentro intergeneracional sino que también son puntos de aprendizaje de autoproducción y el acceso a la alimentación saludable.

Las claves de todo esto es una gestión comunitaria, asamblearia y horizontal con fuertes raíces de autogestión y poder popular. La resistencia local mediante la creación de espacios culturales y de ocio a todo ese sistema global que trata de transformar nuestra ciudades en lugares de producción no vivibles.

Enlazadas con estas iniciativas y con asociaciones vecinales nacen también colectivos en defensa de los barrios y plataformas contra la turistificación de las ciudades y los barrios como CACTUS (Colectivo-Asamblea contra la Turistificación de Sevilla). Importante señalar la alianza forjada entre las diferentes iniciativas de distintos territorios sin la cual no hubiesen tenido éxito muchas de las estrategias por su supervivencia².

OTRAS ECONOMÍAS POSIBLES: RELOCALIZANDO

«Una corriente silenciosa, construida sobre los sedimentos del “otro mundo es posible” del movimiento antiglobalización y de largas tradiciones históricas como el cooperativismo y las economías comunitarias. Una corriente de cabezas y manos que construyen en el aquí y ahora formas de vivir, formas de hacer economía –de trabajar, de habitar, de consumir, de convivir– establecidas sobre unas bases, materiales y culturales, diametralmente opuestas al régimen del capitalismo tardío, que muestran que hay otras maneras de vivir, a pesar de tener que hacerlo desde los estrechos márgenes que nos cede la economía del capital».

FORO SOCIAL MUNDIAL DE LAS ECONOMÍAS TRANSFORMADORAS

² En 2018 se crea la Red SET con la voluntad de elevar una voz colectiva de resistencia frente al proceso de turistización que sufre el Sur de Europa. Formada por 25 nodos de ciudades y regiones europeas, reivindica la necesidad de construir nuevos escenarios de economía y de vida.

Quizás uno de los retos más complicados en la supervivencia y soberanía de los barrios es la construcción de otras economías. En un modelo económico global, deslocalizado y que-todo-lo-puede, la construcción de alternativas desde lo local no es fácil. La uberización de las ciudades (AIRBNB, la ciudad uberizada) ha traído consigo el estallido de la economía más liberal disfrazada de «economía colaborativa». Amazon, Uber, Google... Multinacionales todopoderosas que transforman nuestras realidades y que están por encima de los Estados. Las unidades económicas mínimas ya no coinciden con territorios discretos y relativamente autosuficientes. Por ello, se hace imprescindible la lucha por la creación de otras economías que tengan como principios básicos la justicia y la equidad. Desde la Economía Social Transformadora proponen una serie de criterios para el impulso de prácticas socioeconómicas en las que prime la sostenibilidad y la justicia social (Benítez Romari, 2018):

- Avanzar hacia formas de propiedad no privada (comunal, cooperativa, municipal).
- Desarrollar procesos productivos que no sean explotadores (ni relación laboral capitalista, ni patriarcado, ni expolio de recursos naturales).
- Desarrollar mecanismos de redistribución equitativos, no meritocráticos.
- Establecer mecanismos de toma de decisiones democráticos, ni jerárquicos ni despóticos.
- Apostar por procesos que prioricen la comunidad por encima del individuo.

Así en los barrios surgen propuestas como el de la asociación gitana «Vencedores» de Las tres mil viviendas de Sevilla que gestiona desde el barrio un gimnasio financiado desde la Coop57 (una cooperativa de servicios que destina sus recursos propios a dar préstamos a proyectos de economía social) y que actualmente tiene un proyecto de crowdfunding para la construcción de una cocina industrial; o el de Can Batlló, un espacio vecinal autogestionado con biblioteca popular, huerto comunitarios y otras actividades que cuentan con multitud de trabajadores vinculados al barrio; grupos de consumo responsable con repartos de cestas de productos locales y ecológicos directamente desde los productores (potenciación de canales cortos). Propuestas que desde los postulados de la economía del procomún, la economía feminista o la soberanía alimentaria introducen nuevas formas económicas que difieren radicalmente con el modelo económico imperante.

«No es el derecho a lo que ya está en la ciudad sino el derecho a transformarlo en algo radicalmente distinto».

MIKE DAVIS

A modo de resumen, podemos distinguir dos ejes fundamentales que tener en cuenta a la hora de dotar a los territorios en capacidad real de decidir sobre sus entornos:

1. Democratización de las vidas
 - a. No es posible la soberanía sin construcción colectiva y sin formación de redes. Por lo que es imprescindible poner los cuidados y las redes comunitarias en el centro de las políticas
 - b. Es necesario obtener la capacidad de transformar nuestros entornos y poder construir el mundo que queremos. Empezando por la cesión de competencias a la administración local y acabando por procesos participativos donde las personas puedan decidir y actuar
 - c. Colectivizar los cuidados
2. Dotación de recursos para las personas que habitan el barrio:
 - a. Desprivatizar el espacio público y recuperar lugares de encuentro y espacios para la cultura
 - b. Frenar los procesos de turistificación y procesos urbanísticos especuladores
 - c. Hacer efectivo el derecho a la vivienda
 - d. Recuperar el relato y escribir la memoria de los barrios. Recuperar la cultura local
 - e. Dotar de recursos los servicios públicos: servicios sociales, centros educativos, sanidad...
 - f. Políticas de redistribución con enfoque de equidad

La sociedad occidental ha decidido darle la espalda a todo aquello que construía los barrios, a lo comunitario, a los cuidados, a la naturaleza... a la vida en general. Volver a recuperar los barrios como espacios pasa por potenciar acciones que vayan en dirección contraria a esas lógicas y por la construcción de pequeños mundos habitables. Quizás poner la lupa en los movimientos insurgentes que crecen entre el asfalto no sirva de guía para recuperar la soberanía (si es que alguna vez la tuvimos) y trazar el camino hacia una democracia real.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudo, M. (2014). *Documental Habitar la utopía*. Intermedia Producciones.
- Ávila Cantos, D.; García, S. & Parajuá Navarrete, D. (2019). ¿Cuidado con las periferias? O algunas claves para entender el desborde de los cuidados en los barrios periféricos. En Ruiz Giménez, J. L.; Pérez Alonso, E. & Girón, A. (Eds.), *Los cuidados: sabores y experiencias para cuidar los barrios que habitamos* (pp. 131-138). La Sandunga Trasnmedia y Libros en Acción.
- Benítez Romari, I. et al. (2018). *Soberanías. Una propuesta contra el capitalismo*. Zambra-Baladre.
- Brossat, I. (2019). *Airbnb. La ciudad uberizada*. Katakarak.
- Calle, Á. (2007). Democracia Radical. La construcción de un ciclo de movilización global. *Revista de Estudios de Juventud*, 76, 55-69.
- Calle Collado, Á. & Vilaregut Sáez, R. (2015). *Territorios en democracia: el municipalismo a debate*. Icaria.
- Cañada, E. (2015). *Las que limpian los hoteles. Historias ocultas de precariedad laboral*. Icaria.
- Col-Lectiu Punt 6. (2020). *Urbanismo feminista: por una transformación radical de los espacios de vida*. Virus.
- Cruz Salanova, L. de la. (2018). *Barrionalismo*. Editorial Decordel.
- Díaz Parra, I. (2010). *Sevilla, cuestión de clase: una geografía social de la ciudad*. Atrapasueños.
- Garcés, M. (2018). *Ciudad princesa*. Galaxia Gutemberg.
- Harvey, D. (2013). *Ciudades rebeldes. Del derecho a la ciudad a la revolución urbana*. Ediciones Akal.
- La Ingobernable. (2020). *Presentación de La Ingobernable*. <https://ingobernable.net/>
- Lefebvre, H. (2017). *El derecho a la ciudad*. Capitán Swing.
- López Román, C. & López Ruiz, V. (2017). Cuidados y trabajos invisibles, como todo lo doméstico. In V. López Ruiz & J. Padilla Bernáldez (Eds.), *Salubirismo o barbarie*. Atrapasueños.
- Oakley, J. & Marsden, D. (1985). *Consideraciones en torno a la participación el desarrollo rural*.
- Paisaje Transversal. (2019). *Escuchar y transformar la ciudad: Urbanismo colaborativo y participación ciudadana*. Catarata.
- Roitman Rosenmann, M. (2007). *Democracia sin demócratas y otras invenciones*. Sequitur.
- Ruiz-Peralta, E. (2013). *Desahuciar, desalojar, ejecutar. Cuando la política callejera se convierte en medicina*. Universidad Rovira i Virgili.
- Subirats, J. & Rendueles, C. (2016). *Los bienes comunes, ¿oportunidad o espejismo?* Icaria.
- Zibechi, R. (2012). *Territorios en resistencia. Cartografía política de las periferias latinoamericanas*. Zambra-Baladre.

CAPÍTULO 8

POSIBILIDADES NARRATIVAS PARA UNA SALUD MENTAL COMUNITARIA

Belén González Callado, Iván de la Mata Ruiz

La cuestión de «lo social», lo que ahora podríamos denominar los determinantes sociales de la salud, y las prácticas biopolíticas del Estado, que son centrales en la conformación del discurso de la medicina moderna, tienen una relevancia especial en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Podríamos decir que «lo social» está en el origen de la psiquiatría (Oosterhuis, 2018) al ser la disciplina encargada de redefinir en términos médicos las conductas que se desvían de la norma y hacerse cargo de ellas (Huertas, 2012). Esta centralidad originaria de la problemática social, de la influencia de las condiciones de vida en el equilibrio mental de las personas y del conjunto del cuerpo social, ha generado históricamente dinámicas contrapuestas en los discursos y prácticas de la psiquiatría y disciplinas afines: por un lado aquellos discursos que apelaban al mantenimiento del orden social y moral frente al sujeto no productivo e irracional (su máximo exponente fueron las políticas eugenésicas) y por otro lado aquellos posicionamientos que trataban de integrar, dotar de derechos y lograr una adaptación del diferente, denunciando las condiciones de vida que imponía la sociedad moderna e intentando intervenir sobre las causas (sociales). La tensión entre estos dos polos discursivos se ha ido presentando con distintas conformaciones según cada momento histórico (Oosterhuis, 2018) poniendo en evidencia la dimensión política del asunto. Esta situación no es única de la psiquiatría, como se puede ver en el desarrollo de los enfoques salubristas en la medicina. Como señalan Lopez y Padilla (López y Padilla, 2017): «la relación entre ideología, política y Salud Pública es estrecha, debiéndose considerar la salud pública como una forma de biopolítica». De ese modo, cualquier discurso, ya sea de un lado o de otro, queda marcado por cierta ideología.

Esta dialéctica sobre lo social, lejos de superarse, se actualiza continuamente en función de un conjunto de factores políticos, sociales, culturales y profesionales en cada momento histórico. En la actualidad, en el campo de la salud mental, bajo un aparente consenso en torno al llamado modelo biopsicosocial (Engel, 1977), se esconde una confrontación entre un enfoque tecno-biomédico, que se arroga cientificidad y neutralidad ideológica y un enfoque social y comunitario que hace explícita la influencia que tiene las condiciones de vida y determinantes sociales en los problemas de salud mental (Puras, 2017). Cada vez existe más conocimiento

de cómo los determinantes sociales influyen en la salud mental de las poblaciones y de la insuficiencia de los enfoques individuales y asistencialistas tanto para prevenir como tratar los problemas de salud mental (Lund *et al.*, 2018). En el documento de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud Mental (WHO, 2014) se señala como los factores de riesgo para padecer un trastorno mental están íntimamente relacionados con la exposición a circunstancias desfavorables sociales, económicas y ambientales, interrelacionados a su vez con el género, de tal manera que se distribuyen de acuerdo a un gradiente de desigualdad económica y social. A su vez padecer un trastorno mental es un factor de riesgo para sufrir procesos de exclusión en una relación bidireccional. El documento enfatiza que una aproximación a los determinantes sociales de la salud mental requiere acción en múltiples niveles, desde el individuo, la familia, la comunidad, a lo estructural y lo poblacional y propone acciones que operan sobre políticas que exceden lo propiamente sanitario, como el acceso a la vivienda, el trabajo digno, los ingresos económicos, las desigualdades de género, la discriminación por razones étnicas o culturales, etc., lo que se ha denominado «la salud mental en todas las políticas».

Sin embargo, el discurso cultural y profesional hegemónico actual sobre los problemas de salud mental es el llamado «modelo biomédico», correlato de la hegemonía de la tecnomedicina en el conjunto de las prácticas de salud. El enfoque biomédico de la salud mental en ocasiones se identifica con las orientaciones biológicas de la psiquiatría y con los tratamientos farmacológicos, pero sería un error reducirlo a esto. Entendemos aquí enfoque biomédico en el sentido que algunos autores han denominado «el paradigma tecnológico» (Bracken *et al.*, 2012): la idea de que los problemas de salud mental son trastornos, enfermedades o problemas que se originan en una biología (p. e. los neurotransmisores) o psique (p. e. las creencias erróneas, disregulación emocional) alteradas de un individuo y que son susceptibles de una intervención técnica por parte de un experto sin tomar en consideración los vínculos sociales, las opresiones estructurales o los propios sistemas políticos, como estructuras supraindividuales generadoras y/o determinantes de sufrimiento psíquico. La sobrerepresentación de los enfoques tecno-biomédicos de la salud mental y los malentendidos a los que ha dirigido tienen consecuencias considerables. A pesar de la ausencia de investigaciones que determinen el origen neurológico o bioquímico de los trastornos mentales, el pensamiento colectivo –dirigido en parte por el positivismo científico y en parte por dinámicas sociales que tienden a la concreción y la medicalización– ha concluido que lo que necesita la salud mental es acertar en los diagnósticos (entendidos como entidades naturales de origen biológico) para poder administrar técnicas (psicofarmacológicas o psicoterapéuticas) ajustadas a dichos diagnósticos (Gardner y Kleimann, 2019). Algunas de las consecuencias de esta ideología son la disminución de la confianza en la capacidad de

mejoría si no es a través de intervenciones técnicas dirigidas por expertos «psi», mayor desesperanza de los pacientes que son diagnosticados, mayor grado de estigma, privilegio de financiación a estudios de investigación biomédica, o infradotación de recursos sociales que sí han demostrado eficacia en la recuperación e integración de pacientes con trastorno mental (Dumas-Mallet y Gonon, 2020; Ortiz, 2013). Coloca en la biología o en la psicología individual el sufrimiento que en gran medida es social o vincular y, por tanto, contribuye a invisibilizar la cuestión social o la considera un elemento jerárquico explicativo de segundo orden. En este sentido el modelo biomédico se inscribe y reproduce el orden social al individualizar y despolitizar los problemas de salud mental. Es, al contrario de lo que pregona, profundamente ideológico. En contraposición, encontramos un planteamiento minoritario en la actualidad que se corresponde con las alternativas colectivistas en salud pública, y que entiende el sufrimiento psíquico desde una mirada más amplia que, aun no despreciando los posibles factores de vulnerabilidad biológica, pone el acento en una explicación contextual del trastorno mental. Así, por ejemplo, la «depresión» en las mujeres, es entendida teniendo en cuenta las tareas invisibilizadas de cuidados, la posibilidad de haber sufrido violencia de género o abuso sexual infantil, la responsabilidad y el conflicto con la maternidad o con el cuerpo o la distinta socialización de género en la expresión de la rabia y el enfado (Bacigalupe *et al.*, 2020).

Partiendo desde ese punto, sería razonable pensar que si el sufrimiento psíquico se genera y engarza en las interdependencias comunitarias, en las relaciones sociales y en las políticas de vida, también debería ser comunitario su abordaje, intentando el esfuerzo de incidir en la salud colectiva de un territorio para disminuir las brechas de las desigualdades de salud. Bien como forma de solucionarlo intentando eliminar las causas subyacentes a la desigualdad, bien como entorno que determina la integración y el bienestar o malestar de las personas con sufrimiento psíquico crónico (Del Cura y Sandín, 2020). La comunidad, como conjunto de individuos y como ciudadanxs que deciden las políticas y organizaciones supraindividuales, debería tener un papel más activo en los abordajes de sufrimiento psíquico. Sin embargo, la Salud Mental, entendida como el conjunto de dispositivos técnicos asistenciales, ha monopolizado su atención y se espera de ella la solución mediante intervenciones técnicas. Vease el ejemplo de cómo el suicidio o el sufrimiento social derivado de la pandemia se ha formulado en terminos individuales, para los cuales la propuesta principal es un modelo de psicoterapia extensiva (Gosalves 2021; AMSM 2021) o como en el Reino Unido desempleo es entendido como un problema psicológico (Frayne, 2019).

Javier Segura del Pozo en un editorial de Gaceta Sanitaria de 2021 (Segura del Pozo, 2021) nos recuerda cómo aún hoy siguen dos preguntas que se planteaban en Alma Ata en 1978 y que se pueden aplicar de la

misma manera a la Salud Mental: ¿puede introducirse un enfoque salubrista y comunitario en la medicina curativa? Y ¿puede haber un sistema que asegure el acceso a la salud (no solo a la sanidad) a toda la población? Añadiremos ¿que ha sucedido para que los planteamientos de la salud mental comunitaria, fuertemente inspirados en los principios de salud pública hayan devenido en recursos asistenciales que reproducen un modelo asistencialista, centrado en el individuo, con una mirada que difícilmente escapa del modelo biomédico cuando lo social llama continuamente a las puertas del despacho?

¿CÓMO LA SALUD MENTAL HA LOGRADO MONOPOLIZAR EL CUIDADO DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO?

Desde finales del siglo XVIII cada vez más aspectos de la vida se empiezan a valorar en términos de salud en paralelo al proceso de construcción de la noción moderna de ciudadanía (Oosterhius, 2018). La biopolítica es central en la organización del Estado moderno, de tal manera que las personas empiezan a depender más de la producción de verdad por parte de los saberes científicos y de la opinión de los expertos como elementos fundamentales de la organización de la vida personal y social. La psiquiatría y disciplinas afines adquieren en este contexto su legitimación social (Huertas, 2012) conformándose como los dispositivos modernos que dan cuenta de la subjetividad, entrando de lleno en el campo de lo íntimo, en un proceso creciente de medicalización y psicologización de «lo social» que amplía de manera continua el objeto de su atención y a su vez lo performativa (Novella, 2018). Las disciplinas *psi*, entendidas no como ciencias, sino como tecnologías que buscan un supuesto bien social son contingentes con una serie de encargos que la sociedad, en cada momento histórico, les demanda (Fernández Liria, 2018).

La sociedad actual y todas las estructuras que la componen derivan de la evolución que ha sufrido el modelo capitalista en nuestro mundo. Este desarrollo se ha dividido por lxs académicxs en tres fases principales, cada una de ellas precedida y sucedida por una crisis: el capitalismo liberal del Siglo XIX, el capitalismo social-demócrata del Siglo XX, y finalmente el capitalismo financiarizado de la transición del Siglo XX al Siglo XXI. En cada una de ellas, los cuidados han tenido una consideración distinta y han sido depositados en estructuras distintas. En la primera, con la crisis reproductiva que produjo el trabajo de los hombres, mujeres y niños, sin descanso en las fábricas, sin nadie que pudiera encargarse de las tareas de sostenimiento de la vida, se produjo una reacción moralista burguesa, que pretendía preservar a los niños y mujeres de los espacios de brutalidad de las fábricas. (Federici, 2017) De ese modo se instituyen los dos espacios, públicos y privados, con salarios y sin ellos respectivamente. Ante la

incapacidad de sostenerse las familias con el salario solo de los hombres, tras la II Guerra Mundial se genera un nuevo sistema organizacional: el capitalismo socialdemócrata, en el que se produce el desarrollo de las políticas de bienestar y de la creación de los sistemas nacionales de salud, la medicina social y los enfoques salubristas adquieren un nuevo impulso. En este contexto político se van sucediendo los procesos de reforma psiquiátrica y desinstitucionalización en los países occidentales con calendarios, procesos y resultados diferentes. La nueva organización de la asistencia psiquiátrica buscaba la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y planteaba un modelo comunitario de atención, que superara la atención custodial de los hospitales psiquiátricos y ampliara el objeto de atención al conjunto de problemas de salud mental de la población. Se configuró simultáneamente con el desarrollo de la Atención Primaria y la Salud Pública. Con ellas compartía objetivos, valores, estrategias y semántica. El modelo de salud mental comunitaria propuesto se inscribía por tanto en los discursos salubristas de las políticas sanitarias y sociales de los llamados Estados de Bienestar, de inspiración socialdemócrata. En el imaginario de estas propuestas de ingeniería social estaba un modelo ecológico en el que las necesidades de salud de una población definida con relación a un territorio podían hacerse predecibles y controlables actuando sobre el ambiente (familia, trabajo, barrio, comunidad) y en el que el equilibrio y la estabilidad eran valores alcanzables. La protección social, a través de los seguros de desempleo, pensiones, servicios sanitarios y sociales públicos, educación universal, etc., era, en primer término, la respuesta institucionalizada a la desigualdad e inestabilidad del primer capitalismo, que amenazaban la propia viabilidad del sistema. (Sennett, 2003). Pero además constituía la propuesta burocrática (en sentido positivo) más estructurada para sustituir la tradicional ayuda cercana, basada en el grupo primario, que la sociedad moderna hacía inviable sobre todo en las poblaciones más desfavorecidas (Castel, 1997). Si la salud convertida ahora en un bien social, colectivo (y la filosofía asistencial se basa en la universalización de la asistencia, la atención integral, la prevención y la promoción de la salud), el concepto de enfermedad obligadamente tiene que superar la visión individual del riesgo y centrarse en un sentido positivo de conseguir la salud, no solo a través de las prácticas asistenciales, sino interviniendo sobre los determinante sociales en la comunidad y con la comunidad como agente de salud (Caplan, 1966). En su exceso de optimismo, la disciplinas *psi* fueron capturando cada vez más en su campo de intervención tecnológica categorías y procesos sociales como lo riesgos de los ciclos de la vida, los problemas laborales laborales, la maternidad, la violencia, la delincuencia, la relaciones de pareja (Ortiz Lobo, 2004). Es en esta época cuando la Salud Mental se responsabiliza de recuperar la fuerza de trabajo para sostener el sistema productivo, pero no solo a los trabajadores asalariados como señala Fernández Liria

(Fernández Liria, 2018) sino también recoge el encargo de mantener un elemento esencial del sistema capitalista: los trabajos reproductivos de los que se encargan mayoritariamente las mujeres, que acabarán siendo la población que más acude a las consultas de salud mental y a las que en mayor medida se diagnostica y prescribe psicofármacos.

El estado de bienestar amplió el objeto de la psiquiatría en un momento de cohesión y coherencia social y de optimismo terapéutico, pero la lógica en la que se desarrolló puso la semilla para que en el contexto de la contrarreforma del capitalismo financiarizado que empezó en los años 80 del siglo pasado se produjera una nueva configuración de la relación entre lo social y la psiquiatría. Este nuevo orden económico no solo se acompaña de un cuestionamiento de la intervención del Estado para reparar las desigualdades, sino que se expande como una razón que atraviesa todas las esferas de la existencia humana, que conforma las relaciones sociales, que crea nuevas subjetividades presididas por una lógica de competencia (Laval y Dardot, 2013). La salud se convierte en una mercancía que se obtiene, en un bien particular cada vez más distante, que nos incita a consumir más servicios médicos. En este mercado una de las estrategias para poder alcanzar mayores beneficios es ampliar la oferta asistencial con la creación de nueva demanda: el malestar, la intimidad y los sentimientos, previamente cooptados, suponen un campo rentable a mercantilizar con potenciales clientes consumidores de psicofármacos y terapias psicológicas. El gran giro que se produce en la medicina con el neoliberalismo, de la mano de la tecnificación, ha sido reducir a la mínima expresión los principios de la Salud Pública, pasando de un enfoque poblacional en los riesgos del enfermar a un enfoque individual. Las condiciones de vida son transformadas en «estilos de vida» o en riesgos «genéticos», poniendo el acento en la responsabilidad exclusiva del individuo en procurarse una adecuada salud. La prevención ya no es una responsabilidad colectiva, sino que de alguna manera cada uno tiene la salud que se merece.

Esta concepción individual de la salud tiene su correlato en psiquiatría y en el conjunto de las prácticas «psi» con un cambio de narrativa de la mano de la tecnología psicofarmacológica, de tal manera que las perspectivas psicosociales dominantes en las décadas anteriores son reemplazadas por unas narrativas biomédicas simplificadoras, pero que se articulan perfectamente con el discurso político neoliberal. Los problemas de salud mental ya no tienen un origen social o en la interacción entre el individuo y el medio, sino que se deben al fallo de un cerebro alterado o de una mente entendida en términos computacionales. N. Rose (Rose y Abi-Rached, 2013) acuña el término de «self bioquímico» para referirse a esta nueva subjetivación del individuo. Lo que interesa señalar de este nuevo discurso de la psiquiatría y de la psicología es su narrativa individual. Su éxito se debe al doble juego discursivo: por un lado son coherentes con el discurso político neoliberal, satisface las necesidades de mercado, y por otro lado

pueden actuar como discurso científico legitimador, invisibilizando lo social como hemos comentado antes. Se esconde que los llamados trastornos mentales que se describen en los manuales diagnósticos como el DSM son construcciones sociales y culturales en la que la influencia de actores como la industria farmacéutica es clave. Con la progresiva desaparición del Estado como garante, el sujeto se convierte en el único responsable de su destino, en un empresario de sí mismo y de su salud, ajeno a cualquier determinante social. La Psiquiatría participa de esta dinámica en la medida que puede justificar la desprotección en nombre de la autonomía, la responsabilidad individual y la libertad frente a la injerencia del Estado. La inclusión de la psiquiatría pública en una lógica de mercado, donde cada individuo intenta resolver de forma independiente su sufrimiento psíquico, acaba con la posibilidad de un planteamiento de salud pública y colectivo de los problemas mentales.

Por otra parte en el imaginario social se otorga cada vez más valor a aquello que se realiza por medios tecnológicos privilegiando las respuestas que pueden parecerse más a la sofisticación de lo inaccesible y tecnificado, a lo realizado por expertos en su materia que son poseedores de conocimientos exclusivos a los que solamente ellos pueden acceder. Se produce en este punto una desvalorización de las prácticas que tienden hacia una menor complejidad aparente, con independencia de los resultados que obtengamos de unas u otras. En consonancia con lo anterior, observamos un proceso paulatino de desempoderamiento de los saberes adjetivados como «legos» (López y Padilla, 2017). La escucha, el consuelo, el acompañamiento, la compasión, pasan a formar parte de las herramientas psicoterapéuticas, profesionalizando técnicas consustanciales a la humanidad y pretendiendo monopolizar su práctica. Estas actitudes y conductas han sido y siguen siendo fundamentales en el cuidado y mantenimiento de los vínculos sociales, por lo tanto, su desplazamiento a espacios técnicos y la pretensión de que solamente desde esos espacios sean administradas, no hace más que contribuir a la crisis de cuidados en la que nos hayamos inmersos. [Cita requerida]. También los cuidados en toda la amplitud de su significado, ya no solo en lo que respecta a psiquiatría, que son extraídos del ámbito familiar y comunitario para formar parte de lo técnico con la llegada del neoliberalismo son mercantilizados, convirtiéndose en una cuestión de acceso dependiente de la capacidad económica.

¿POR QUÉ LA COMUNIDAD NO SE ESTÁ HACIENDO CARGO DEL MALESTAR PSÍQUICO?

Existen distintas aproximaciones al devenir histórico-social de las comunidades. Desde la sociología (Castel 1997, Ulrich Beck 2002, Bauman 2003, Laval 2013) se intenta explicar estos procesos de transformación

sociales y culturales que se han producido en la comunidad, las instituciones sociales y las subjetividades en la modernidad tardía y en la nueva configuración del capitalismo. Como hemos señalado se trataría de una vuelta de tuerca en este proceso que viene de largo, de individualización y psicologización, que desmantela la vida comunitaria y las instituciones sociales a través de las cuales el individuo solucionaba colectivamente los riesgos y contradicciones de la vida social moderna (Sennett 2010). Además las nuevas tecnologías proporcionan nuevas reorganizaciones de espacio y tiempo, nuevos vínculos, redes y significados que trascienden su fijación a unas circunstancias locales y específicas del territorio (Giddens 1995).

Nos interesa en particular, para entender las dificultades que atravesamos en la atención comunitaria, ahondar en la Crisis de Cuidados enunciada por la filósofa feminista Nancy Fraser (Fraser 2016). Esta formulación explica en gran parte la imposibilidad para la comunidad de hacerse cargo del sufrimiento psíquico de sus miembros y por tanto, una de las principales razones por la que la Salud Mental/Psiquiatría ha devenido en el lugar de referencia de atención al mismo. Expone Nancy Fraser que la reproducción social o «cuidados» consiste en la creación y sostenimiento de los lazos sociales. Una parte tiene que ver con los lazos entre generaciones —es decir: traer al mundo y cuidar de los niños y de los mayores—. Otra parte trata del mantenimiento de lazos horizontales entre amigos, familia, vecindario, y comunidades. Este tipo de actividad es absolutamente esencial para la sociedad. De manera simultánea afectiva y materialmente, proporciona el «pegamento social» que apuntala la cooperación dentro de las sociedades. Sin ella, no habría organización social —ni económica, ni política, ni cultural— (Fraser, 2016). Esta tarea ha tenido una progresión histórica en las civilizaciones occidentales. Primero sufrió una escisión: el trabajo reproductivo se separó del trabajo productivo; desde los primeros desarrollos técnicos de las sociedades, con el aumento del control tecnológico sobre el medio, se fue produciendo una división entre las tareas que se podían llevar a cabo con herramientas, y que daban mayor control sobre el mundo (escritura, arados, regadío,...) y aquellas que no eran susceptibles de progresar en su complejidad (Hernando, 2012), pero que son imprescindibles para la supervivencia. Estas últimas son lo que Fraser llama tareas reproductivas o de cuidados. Los dos grupos se fueron diferenciando cada vez más y se produjo una devaluación del trabajo relacional y de cuidados a la vez que una generización de cada uno de ellos. El segundo quedó asignado a las tareas que harían las mujeres, que serían naturalizadas como si formaran parte consustancial de su género y, por esa razón, no serían retribuidas económicamente. En un tercer movimiento, se produce una negación e invisibilización de todas estas tareas llegando a comportarnos como si no existieran. Como señala Almudena Hernando (Hernando, 2012), se produce una paradoja en la cual se niega precisamente aquello que es imprescindible para el sostenimiento de la vida.

Tanto el pensamiento dicotómico que divide ambas tareas, como la desvalorización del trabajo reproductivo, ha sido un requisito para el desarrollo del capitalismo. Sin un proceso de escisión, desvalorización y negación no hubiera sido posible el avance capitalista, pues este se sostiene en la extracción y acumulación no reconocida y que no se atiende a relaciones laborales: la de las mujeres, de la naturaleza, de los migrantes (Federici, 2017). Como hemos señalado, con el neoliberalismo se lleva al extremo la mercantilización de la vida. Solamente a través del trabajo remunerado, ajustándose a las cada vez más extremas normas del mercado, se puede lograr una retribución que permita la supervivencia de cada uno de los miembros de la sociedad. Esto significa que solamente a través del trabajo reconocido, es decir, el productivo, podremos lograr unos ingresos que permitan las condiciones materiales de la vida. ¿Qué lugar queda entonces para las tareas reproductivas? A fuerza de negar la importancia de los vínculos y los cuidados, hemos ido a dar en una sociedad que no se puede sostener a sí misma, que busca desesperadamente quien haga esas tareas que los miembros de las comunidades ya no pueden hacer. Esto es lo que se enuncia como Crisis de Cuidados, y viene a ser, dicho con otras palabras, una crisis de la comunidad. Junto con otras variables, esta ha sido una de las razones por las cuales la salud mental ha encarnado parte de las tareas reproductivas que antes formaban parte de las comunidades. Todas estas circunstancias referidas, establecen una alianza que dificulta enormemente el tiempo lento y la mirada amplia que son necesarias para el cuidado y la comprensión del sufrimiento psíquico en los grupos de apoyo y las comunidades.

¿POR QUÉ LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS Y SOCIALES NO REALIZAN UNA PRÁCTICA COMUNITARIA?

Es en este contexto de crisis de cuidados, de transformación de la vida comunitaria, de desvalorización de los saberes legos y sobrevaloración de lo tecnológico, de cuestionamiento de la protección social, donde tienen que operar una serie de servicios cercanos (atención primaria, salud mental, servicios sociales). Estos servicios se diseñaron en nuestro país en los años 80, aún con el horizonte puesto en la creación de unas políticas de bienestar, pero que sin embargo, se desarrollaron dentro de los límites que le permitió las condiciones políticas, económicas y culturales de las nuevas formas de producción y organización económica neoliberal a las que nos hemos referido. Según nuestra elaboración, la dificultad de base consistiría en entrar en contacto con la comunidad en sí, que ahora desestructurada, transformada, mercantilizada dispone de pocos recursos que puedan operar como activos en salud. Pero para entender la dificultad para introducir una perspectiva de intervención comunitaria, otra biopolítica

de salud mental, es necesario detenerse también en la propia estructura organizativa de los servicios que se hacen cargo del «sufrimiento psíquico y social», que no se restringe a las intervenciones de la red de salud mental sino que incluye además el conjunto de dispositivos básicos cercanos, primarios de cada territorio como son la Atención Primaria y Servicios Sociales.

Uno de los principales problemas es la falta de reconocimiento político de estos servicios básicos, o mejor dicho, que este sea un reconocimiento paradójico. Mientras que en muchos de los planes sociosanitarios que se elaboran desde instancias superiores se les interpela con retóricas comunitarias como los ejes del sistema y se les atribuye la principal responsabilidad para las actuaciones previstas, los hechos son diferentes. El reconocimiento formal no se sigue de un reconocimiento real como podemos ver en la infradotación presupuestaria crónica de la atención primaria y de los centros de salud mental frente a los servicios hospitalarios y la ausencia de prestaciones sociales universales reales (pese a algunos avances legislativos en materia de dependencia) que ahonda la crisis de cuidados de la que hablábamos (AMSM, 2018; AMSM 2021). La falta de reconocimiento político se acompaña de la impronta cultural que tiene la tecnomedicina y su buen acomodo en la lógica de mercado de las políticas públicas, de tal manera que se produce un menosprecio de las intervenciones colectivas y sociales, de las generalistas y preventivas, del modelo de toma a cargo longitudinal. Los programas especializados, pese a su escasa eficiencia, son productos que venden a nivel político y dan prestigio profesional.

Otro de los problemas tiene que ver con la propia estructura administrativa de estos servicios cercanos, que separa artificialmente la problemática de la población diana. Los centros de salud de atención primaria, los servicios sociales de zona, los centros de salud mental, son servicios básicos interdependientes con valores y culturas en el fondo parecidas dentro de su campo de acción específico (accesibilidad, longitudinalidad, territorialidad y polivalencia) pero con pertenencias a lógicas administrativas y burocráticas diferentes. Pese a que en la Ley General de Sanidad de 1986 (LGS, 1986) establece una atención territorial basada en las áreas sanitarias y las zonas básicas de salud con el fin de establecer intervenciones basadas en el conocimiento de los problemas de la población asignada y favorecer intervenciones coordinadas con servicios sociales y con recursos de la comunidad, la realidad es que estos aspectos nunca se desarrollaron. No se crearon estructuras formales de gestión ni marcos laborales que pudieran dar respuesta a las necesidades de una planificación y trabajo conjunto comunitario ni se pudo imaginar cómo podría favorecerse la participación social. Y tampoco se puede obviar que también han influido las insuficiencias técnicas, las dificultades en el propio mundo profesional «comunitario», para saber qué es eso de realizar un trabajo comunitario, cuya práctica muchas veces no ha diferido, más allá del discurso,

de la práctica tradicional de la consulta a la que se pretendía desplazar. Con todo, poblaciones diana similares circulan entre ellos con una mezcla de problemas inseparables sociales, físicos y psíquicos, sobre los que cada uno opera desde perspectivas parciales con respuestas parciales, de tal manera que las personas se tienen que adaptar a las técnicas de cada dispositivo, según los códigos de competencia especializada de cada uno de ellos sin que se dé una visión ni planificación de conjunto. Las escasas posibilidades de intentar un trabajo comunitario van dirigidas a la coordinación de casos individuales con otros dispositivos ignorando en la mayoría de las ocasiones una perspectiva poblacional que además conozca la potencialidad de los activos de salud, de las redes no profesionales o de los apoyos informales para actuar conjuntamente sobre los determinantes sociales que generan desigualdad en salud. Sumado a eso, los recursos de la propia comunidad, los activos de salud de su territorio, frecuentemente no son tomados en consideración por estos servicios básicos cada vez más desbordados, sin tiempo para pensar sobre la complejidad de la demanda y rigidificados en los límites de sus procesos asistenciales. La perspectiva poblacional queda además desdibujada con la introducción de la lógica del mercado sanitario en que la que los servicios deberían competir entre sí para captar clientes y el usuario, en virtud de la libre elección, se convierte ilusoriamente en un consumidor racional de los servicios ofertados.

Mirando a la red de salud mental, podemos ver cómo se concreta lo anterior. La necesaria inclusión de las prestaciones en salud mental en el sistema nacional de salud que introdujo la Ley General de Sanidad fue derivando con el tiempo, con excepciones, en que los centros de salud mental pasaron a depender de las gerencias hospitalarias (cuya cultura es la de la gestión de lo agudo y la tecnomedicina), y de la jerarquía que los servicios de psiquiatría hospitalarios, donde suele estar el jefe de servicio, imponen al resto de recursos. Esto afecta a varios niveles. En primer lugar, el gerencialismo impone una burocracia de indicadores asistenciales (p. e. la lista de espera o la actividad de consulta) de tal manera que lo que no sea meramente asistencial queda invisibilizado. Los problemas de salud mental resultan procesos complejos para la aplicación de estas herramientas de racionalización y formalización de las prácticas por las dificultades intrínsecas que presentan en cuanto a su definición, delimitación y evaluación de los resultados. La tecnología de la gestión se enfrenta así a un objeto cambiante que se deja gobernar mal. En segundo lugar establece una jerarquía de conocimiento, ya que es en el hospital donde se sitúan las élites de psiquiatras que investigan, publican y crean los discursos sociales sobre los problemas de salud mental, colocando siempre a la psiquiatría biomédica por encima del resto de las disciplinas. En tercer lugar, pese a que la salud mental es una actividad mayoritariamente ambulatoria, el peso del hospital sobre la formación de futuros especialistas es mucho mayor que el del resto de dispositivos. Una red compleja de dispositivos

como la red de salud mental no puede gestionarse con modelos de organización verticales ajenos a la realidad de la tarea que se realiza. Así, los Centros de Salud Mental, que atienden al grueso de los pacientes y además son aquellos dispositivos más generalistas que deberían ser capaces de realizar diagnósticos e intervenciones comunitarias, quedan devaluados e infradotados. Cuanto más superespecializada es la atención y el servicio, también se vuelve menos longitudinal y se aleja más de las condiciones comunitarias. Cuanta más tecnología hay disponible, más fantasías se generan tanto en los sanitarios como en los pacientes, de que a través de intervenciones técnicas e individuales, se podrá resolver su enfermedad o malestar. Un ejemplo paradigmático de este proceder lo encontramos en la respuesta que se ha dado en la Comunidad de Madrid a la actual crisis de la salud mental, fruto del impacto de la pandemia de COVID-19 sobre una ya precaria red de servicios. A pesar de la retórica comunitaria en el plan de salud mental para abordar los problemas generados en esta crisis, la financiación ha sido en su mayoría hacia recursos hospitalarios (AMSM, 2021). Y como ejemplo más reciente, también en la Comunidad de Madrid, frente al aumento desaforado de la demanda hacia servicios de salud mental de problemas en adolescentes e infancia, se ha determinado abrir camas en unidades de hospitalización breve y media. Se ha tomado esa decisión en lugar de reforzar servicios sociales a la infancia o Centros de Salud Mental, que podrían haber dado una respuesta más contextualizada y menos alejada de la realidad social, sin necesidad de extraer a los individuos de sus comunidades e ingresarlos en centros de internamiento. Respuestas reactivas frente a problemas complejos que terminan por reforzar la atención hospitalaria frente a los centros de salud mental y ahondan en la preeminencia de la mirada tecno-biomédica.

En resumen, los Centros de Salud Mental acabaron convirtiéndose en espacios de gestión taylorista donde el pensamiento y la reflexión se ahogan entre huecos de agenda para nuevos y seguimientos. La falta de recursos humanos y la gestión desde las gerencias hospitalarias ha conducido la práctica en salud mental hacia actividades meramente asistenciales, donde las tareas de cuidados son invisibilizadas. Actividades como el trabajo con atención primaria, servicios sociales, servicios educativos y no digamos ya con el tejido social de los barrios, que deberían estar en el ADN de los servicios de salud mental, actualmente son testimoniales. El aumento de la demanda para resolver todo tipo de problemas que generan sufrimiento psíquico crece sin parar y sin que tengamos capacidad de responder con la mirada tecnológica individual.

¿CÓMO SE TRADUCE ESTO EN LAS CONSULTAS Y LA PRÁCTICA COMUNITARIA?

En un trabajo anterior ¡del año 2006! analizamos históricamente, desde el inicio de las reformas del Sistema Nacional de Salud en España, el problema del incremento de la demanda por el sufrimiento derivado de las condiciones de vida y la insuficiencia de las respuestas que intentan racionalizar la misma desde las intervenciones asistencialistas que repetidamente se plantean (Ortiz lobo, Mata Ruiz, 2006). Las variables que imponen un modelo de «reparación» de los individuos, sumado al desbordamiento de la demanda, dirige hacia una atención en la que los distintos profesionales de la ayuda cercana intentan optimizar el tiempo y excluir de la consulta todo aquello que no sea susceptible de ser resuelto con las herramientas y los tiempos de los que disponen. El enfoque biomédico y positivista, basado en el fetichismo del diagnóstico, aunque se considera poco adecuado para los niveles primarios –donde el sufrimiento aparece en un *continuum* sintomático dimensional, con una dificultad insalvable para establecer el límite entre lo normal y lo patológico, acompañándose con frecuencia por patología somática y claramente en relación con situaciones ambientales–, se ha convertido en hegemónico (Dowrick 2009). La hegemonía de su narrativa no se debe solo a la presión de la industria farmacéutica, como se suele señalar, sino que el presupuesto del que parten (las enfermedades mentales son trastornos específicos con respuestas técnicas específicas) resulta una metáfora capaz de simplificar un objeto complejo como es el sufrimiento psíquico y social, en un contexto de gran presión asistencial y austeridad.

La combinación entre falta de tiempo adecuado para atender a las personas y la dificultad para intervenir en las variables estructurales inclina las decisiones hacia distintos tipos de solucionismos técnicos centrados en los síntomas que se enmarcan en modelos biomédicos de comprensión del sufrimiento. El más evidente lo podemos ver en la prescripción creciente de psicofármacos y por períodos cada vez más prolongados de tiempo, pese a la evidencia de su limitada eficacia. Pero no solo es un problema cuantitativo sino también de la narrativa en la que se prescriben, que de forma más o menos explícita sigue basándose en la idea de que reparan mecanismos alterados de los neurotransmisores –la metáfora del desequilibrio bioquímico– compartida por profesionales (no solo médicos) y pacientes (Muzquiz y Mata, 2012). Si bien los psicofármacos no resuelven los problemas, pueden aliviar sintomatología a corto plazo en algunas ocasiones, dan la sensación de estar respondiendo a la demanda y permiten ganar tiempo para que las circunstancias vitales de los pacientes cambien y se resuelva de esa manera su sufrimiento (lo que ocurre en no pocas ocasiones). Además, existe un acuerdo tácito entre paciente y médico, en el caso de los psiquiatras, en el que se espera hablar y tratar de psicofármacos, desde un plano técnico y desprovisto del lenguaje compartido

de lo social. Esta forma de abordaje permite a la especialidad médica de la psiquiatría legitimarse como hermana en iguales condiciones a otras especialidades, lo que por las particularidades de la psiquiatría –algunas de ellas descritas en este libro–, ha sido un empeño histórico.

Y no solamente a través de los psicofármacos se hacen intervenciones descontextualizadas que individualizan. Todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas que ignoran los determinantes sociales, que pasan de soslayo por las condiciones externas que desencadenan y sostienen el sufrimiento psíquico y el enfermar, pueden contribuir a afianzar la internalización de las dificultades en la persona que sufre. Catherine Jackson and Rosemary Rizq (Jackson y Rizq, 2019) analizan desde un punto de vista crítico el impacto del programa para mejorar el acceso a las psicoterapias (Improving Access to Psychological Therapy, IAPT en sus siglas en inglés) implementado en el Reino Unido desde 2008 y que ha sido fuente de inspiración para programas similares en nuestro país (Cano-Vindel *et al.*, 2021). El IAPT desarrollado para acabar con años de una atención infradotada e ineficiente tenía no solo como objetivo permitir el acceso a terapias empíricamente validadas (una terapia breve cognitivo conductual para tratar la ansiedad y la depresión) sino recuperar la capacidad productiva de los individuos, favorecer la inclusión social y disminuir la dependencia de las personas de los seguros de desempleo o las pensiones (Layard, 2006). Pese a la gran cantidad de dinero invertido y los análisis de sus promotores, las evaluaciones independientes demuestran cómo el programa no ha logrado disminuir ni las bajas laborales, ni el consumo de psicofármacos, ni el desempleo, ni la prevalencia de los llamados trastornos mentales comunes en el Reino Unido (Steen, 2019). El modelo del IAPT, pese a ser un tratamiento psicológico, se encuadra en una epistemología positivista y biomédica de los problemas de salud mental en la que, por otra vía, al igual que las intervenciones farmacológicas, reduce la complejidad y medicaliza el sufrimiento social y se centra en la reducción de síntomas sin dar cuenta de su origen (Jackson and Rizq, 2019). Un ejemplo más cercano lo podemos ver en las intervenciones que se realizaron durante la pandemia de COVID-19 para aliviar (parcialmente) la angustia y el malestar de lxs sanitarixs, que bajo el sugestivo lema de cuidar al cuidador, consistieron principalmente en actividades grupales de *mindfulness*. Aunque la petición principal de lxs sanitarios tenía que ver con las condiciones de privación material en las que estaban trabajando, de tal manera que más recursos hubieran aliviado su sufrimiento en mayor medida que las terapias psicológicas. Esta idea justificó el refuerzo mayor de las plantillas hospitalarias frente a los recursos ambulatorios.

Retomando el punto anterior, en el que hablábamos de las dificultades de las diferentes redes y de la parcialización de la respuesta, el efecto concreto en las intervenciones desde la consulta de salud mental es una incapacidad para ofrecer soluciones sociales que no están a nuestro alcance.

Podemos identificar y formular el sufrimiento con una paciente en términos de determinantes sociales, por ejemplo, porque está siendo explotada en su trabajo, pero si no tenemos unx abogadx laboralista en nuestra cartera de servicios o podemos cambiar las condiciones en las que trabaja, va a ser una experiencia algo frustrante. La conclusión de la mayoría de los profesionales sería: si no tenemos posibilidad de cambiar la situación de vida, tampoco podemos resolver la enfermedad que esa situación está generando. En los contextos en los que trabajamos es difícil escapar del marco biomédico y del pensamiento positivista en el que también está encuadrado el pensamiento colectivo. La sensación de ineficacia e impotencia conduce a que nos defendamos desde los paradigmas que nos ofrecen un aparente control de la situación. Pero esa decisión no es objetiva, ya que conocemos mucho del marco biomédico y poco del antropológico, social, epistémico y de justicia, que sí podemos integrar en consulta, y que con los conocimientos adecuados puede generar un importante impacto en salud. De ello hablaremos más adelante.

Importa tanto lo que se hace (las técnicas) como desde qué marco de inteligibilidad, desde qué narrativas se hacen. Las condiciones en las que trabajamos y la ilusión de que se desarrollen nuevas técnicas de intervención individuales de cualquier tipo que nos hagan ser más eficaces nos coloca muchas veces en el mismo lugar que los pacientes internalizando como fallas de nuestra competencia lo que viene determinado desde otro lugar. Asimismo nos impide valorar los aspectos no medibles de los cuidados tanto profesionales como legos, y sobre todo nos impide pensar en alternativas que no reproduzcan continuamente la idea de que hay un respuesta técnica y racional a la demanda exclusivamente desde las competencias y las miradas de los profesionales de la salud mental.

¿HACIA QUÉ SALUD MENTAL COMUNITARIA NOS QUEREMOS DIRIGIR?

¿QUÉ SALUD MENTAL COMUNITARIA NOS PODEMOS PERMITIR?

Debemos ser cautas en las demandas de más recursos humanos que se asienten sobre las mismas estructuras narrativas, administrativas y físicas. Si bien es cierto que se necesitan más profesionales —especialmente enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y terapeutas ocupacionales—, solamente su corrección a estándares de la OCDE no solucionaría el problema, en nuestra impresión. El problema de la demanda del sufrimiento psicosocial, tanto del redefinido desde el campo sanitario como trastorno mental común como del trastorno mental grave, viene de lejos y acaba determinado por la respuesta que se ofrezca: «Cuando la única herramienta que tienes es un martillo, todo problema comienza a parecerse a un clavo». Si seguimos ofertando más de lo mismo solo obtendremos un aumento de la detección y la autopercepción de padecer un problema de salud mental

y los recursos sanitarios serán siempre insuficientes. Es necesario actuar desde otro lugar, aguas arriba, para poder contemplar la posibilidad de que el flujo de sufrimiento que llega a las consultas descienda (porque esté siendo resuelto allí donde corresponde). La mayor oferta no genera de por sí sufrimiento, sino que amplía el marco de la imagen de sufrimiento que vemos, incluyendo más de lo que antes había que se encontraba en los márgenes de la normalidad y algunas circunstancias nuevas. Sin embargo, debemos recordar que este tipo de orientación no es la única posible. El debate sobre su idoneidad y la necesidad de búsqueda de alternativas se ha reactualizado de nuevo desde distintos ámbitos, actores y disciplinas. En primer lugar colectivos en primera persona, que han cobrado importancia en nuestro país, reclaman que su voz y experiencia, como saberes profanos, cuente con legitimidad a la hora de diseñar los itinerarios de recuperación (Correa-Urquiza, 2018). En segundo lugar desde ámbitos profesionales como la sección clínica de la la British Psychological Society (Johnston *et al.*, 2018), la propia psiquiatría académica que reclama una mirada social (Bhugra *et al.*, 2017;), perspectivas críticas de la psiquiatría (Bracken *et al.*, 2012), la atención primaria (Fernandez de Sanmamed *et al.*, 2020), la sociología (Rose, 2019) e incluso instituciones estatales (Vanheule *et al.*, 2019), abogan por un cambio radical a la hora de conceptualizar los problemas de salud mental, las intervenciones y la organización de los servicios. Un cambio que tenga en cuenta los determinantes sociales del sufrimiento y que sitúe las respuestas en los nichos ecológicos en que se producen los problemas, teniendo en cuenta los activos comunitarios, siendo la salud mental una intervención complementaria y no sustitutiva de ellos. Vikram Patel (Patel, 2014) se plantea qué debe entenderse por cuidados en salud mental, quién son los proveedores de cuidados y dónde se deben realizar, como preguntas que abran las perspectivas de las soluciones profesionales y potencien el trabajo con los recursos comunitarios. Estas perspectivas no son nuevas, de hecho, como hemos visto, eran los principios salubristas los que fundamentaban tanto la salud mental comunitaria como la medicina de familia o los servicios sociales. Su necesaria reformulación en el contexto actual, viene determinada por la hegemonía del paradigma tecnológico dominante, la desigualdad y desprotección social creciente y la amplia evidencia de cómo las condiciones de vida determinan la aparición o el curso de los problemas de salud mental. Una reformulación que necesariamente politice de nuevo el sufrimiento psíquico y su aplicación implica no solo un cambio radical en los modelos de atención sino una serie de cambios en las políticas públicas, con una mirada integradora desde la perspectiva de los cuidados, de los trabajos devaluados y no remunerados, de la identificación los verdaderos focos generadores de salud, de una prevención con vocación de justicia social; en fin, otra biopolítica. Es una empresa enorme que abarcaría necesariamente, no una sección de un capítulo, sino varios libros. Sin embargo, desde la humildad

de la colaboración a tal fin, vamos a intentar sintetizar y esquematizar las ideas que desde estos y otros autores se proponen para un cambio radical en la conceptualización y abordaje del sufrimiento psíquico que operarían en distintos niveles, desde lo macroestructural a lo micro de la consulta.

Sobre la narrativa de los problemas de salud mental: Existe una pugna por la hegemonía del discurso que determina las estructuras sobre las que este se sustenta y viceversa. En los años de la Reforma psiquiátrica la producción discursiva estuvo en manos de los psiquiatras reformadores que venían de la luchas antimanicomiales de los años 70, pero poco a poco perdieron protagonismo frente al discurso tecno-biomédico de la Psiquiatría Académica que se hizo hegemónico en una sociedad en las que la tecnificación está muy valorada. La Psiquiatría Académica, constituye la élite profesional que copa la universidad, la investigación y la formación, y que, desde los servicios hospitalarios, es la que emite los discursos de autoridad entre la comunidad científica, las que señalan los procedimientos y las técnicas a aplicar por los dispositivos básicos cuyo saber no está articulado y es difícilmente cuantificable. Su hegemonía discursiva se apoya en los lazos con las industrias de la salud (especialmente la farmacéutica) que a su vez tienen un papel central en su creación y diseminación penetrando en sociedades científicas, asociaciones de usuarios y medios de comunicación que actúan como intermediarios de sus intereses (Mata y Ortiz, 2003). Se da una lucha desigual entre unos discursos que abogan por reducir a la biología la complejidad de la vida, y aquellos que tratan de subrayar los contextos vitales y las biografías de las personas como fuente del malestar psíquico. La consideración de los determinantes sociales en salud mental como un elemento de segundo orden frente a lo biológico del enfermar es un ejercicio de reduccionismo y negación de la influencia del medio social tanto como causa del enfermar como de potencialidad sanadora. Se da la paradoja de que en el día a día de los centros la mayoría de trabajadores de la red de salud mental formulan los problemas de las personas en términos predominantemente sociales pero su producción discursiva, aunque cuente también con sus foros profesionales, no tiene la misma maquinaria para tener equivalente impacto a nivel mediático ni social. Sin embargo, los discursos dependen de los contextos sociopolíticos que se dan en cada momento, emergiendo en ocasiones ventanas de oportunidad que visibilizan evidencias pretendidamente veladas hasta el momento. Ejemplo de ello es el impulso que en los últimos años ha tenido el movimiento en primera persona en nuestro país. Desde posiciones variadas en relación a lo institucional, han logrado abrir fisuras en el discurso complaciente de los expertos académicos, visibilizando prácticas como la coerción, cuestionando la normatividad del diagnóstico y mostrando formas de cuidado y recuperación basadas en redes de apoyo mutuo ajenas al sistema de salud mental.

Es evidente que existe una contradicción entre la realidad y la narrativa hegemónica, y una lucha por alcanzar una coherencia entre la una y la otra. Como profesionales de salud mental y testigos directos de esta contradicción, nos encontramos con una obligación deontológica de evidenciar aquellas causas que identificamos como las implicadas en el enfermar psíquicamente, que ya han sido más que demostradas –tal y como explicamos en la introducción de este capítulo– pero que no por ello alcanzan el estándar de hegemónicas. Este señalar las causas del malestar, es tarea de las profesionales de salud mental que asistimos cada día al pase de diapositivas de terrores sociales en consulta, pero también implica al resto de escalas organizativas en salud mental, al resto de instituciones y a las asociaciones profesionales, de ciudadanos y usuarixs. Es necesario que esa implicación podamos encontrarla también, por ejemplo, en los equipos directivos que organizan la coordinación entre instituciones, que determinan la dotación de recursos y la priorización de problemas. En las asociaciones de familiares y usuarios. En servicios sociales y atención primaria. En las estrategias nacionales de salud mental. En las guías de estilo de los medios de comunicación. Y en la atención directa a personas con sufrimiento psíquico, en cualquiera de los niveles de atención. Y esto es imposible sin una verdadera independencia de intereses comerciales o políticos.

No solo es conveniente que la narrativa pueda cambiar desde los límites de lo institucional, sino que es imprescindible que sea así. La deconstrucción de los discursos tecnocráticos debe necesariamente partir de la inclusión de aquellos colectivos cuya narrativa ha sido sistemáticamente silenciada, teniendo en consideración una perspectiva de justicia epistémica (Fricker, 2017). Tanto desde los márgenes como desde el corazón institucional de la salud mental, hay que acabar con las retóricas que expropian, tecnifican y cercan las capacidades consustanciales a los grupos humanos de consuelo, acompañamiento, solidaridad, compasión, comprensión y tolerancia. Hay que construir marcos teóricos sobre los procesos de enfermedad y salud que incluyan perspectivas que vienen de otras disciplinas como el feminismo, la ecología social, el urbanismo crítico o la defensa de los derechos sociales.

Sobre la Política de Salud Mental: Es evidente que las medidas políticas son determinantes en la salud mental, más aún cuando estamos defendiendo un enfoque comunitario basado en determinantes sociales. Como señala la propia OMS (WHO, 2014) las acciones cuyo objetivo sea mejorar la salud mental de la población, tanto en niveles preventivos como dirigidas a la recuperación de aquellos que presentan ya problemas de salud mental, sobrepasan las competencias de los servicios sanitarios y exige un enfoque intersectorial. Explícita o implícitamente la salud mental debe estar en todas las políticas o quizás más apropiadamente toda política tiene un efecto en la salud mental. Sin embargo, los planes políticos se ven

fuertemente influidos por los discursos ideológicos imperantes, que suelen ser trasladados por los medios de comunicación. Así, es difícil romper de nuevo con el círculo vicioso de las prácticas y los discursos. Sin embargo, y de forma análoga a lo que comentábamos antes, existen posibilidades de cambio. Por una parte, resulta fundamental tener en cuenta la ideología de los gobernantes que diseñan y aplican las políticas. No creemos que haya necesidad a estas alturas del libro de explicar de nuevo por qué. En un entorno de desinversión del sistema público de salud, de descrédito a los recursos públicos y de idealización de lo individual y tecnológico como fetiche del progreso, va a resultar harto difícil que se puedan producir políticas dirigidas al cuidado de la horizontalidad, la integración y la preeminencia de lo social en los problemas de salud. Poco se puede hacer con ideologías que excluyen lo diverso si nuestro objetivo es el reconocimiento y la tolerancia. Si defendemos que la violencia de género, la falta de accesibilidad a formación, el urbanismo, la exclusión social de los migrantes o el desempleo y la precariedad son las causas de las causas del sufrimiento psíquico, será desde políticas de igualdad, de educación, de migración, de diseño de las ciudades o de trabajo las que incidirán en la prevención del sufrimiento psíquico y en la recuperación. Como profesionales no podemos eludir nuestra implicación en señalar las consecuencias que las políticas públicas que dismantelan las protecciones sociales y generan desigualdad tienen sobre la salud mental de la población.

Sobre la orientación de los servicios. La actual organización de los servicios de salud mental, de atención primaria y salud pública, en nuestro país se fraguó con los procesos de reforma de estos niveles en los albores de la creación del Sistema Nacional de Salud a finales de la década de los 80 del siglo pasado. Pese a sus claroscuros e infradotación estructural, estas reformas supusieron un avance respecto a la organización anterior (Gervas *et al.*, 2005, Desviat, 2011). La inclusión de la atención psiquiátrica en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud estableció como hemos señalado una serie de dispositivos en la comunidad en la que los centros de salud mental o unidades de salud mental nacían con la pretensión de ser el eje de la atención trabajando de forma coordinada con otros dispositivos del territorio como la Atención Primaria o los Servicios Sociales y buscando la implicación de los activos de salud de la comunidad. Sin embargo, como sucedió en otros países con desarrollos parecidos, estos servicios que trabajan en la comunidad raramente lo hacen con la comunidad, primando la dimensión individual y asistencialista. Hemos intentado exponer en este trabajo las razones por las cuales las cosas se desarrollaron de esa manera. Somos conscientes de las limitaciones de las acciones que desde el campo sanitario pueden hacerse sobre determinantes de salud estructurales, pero también lo somos de los límites de la perspectiva individual de la atención y de la necesidad de visibilizar marcos

teóricos y experiencias que den verdadero sentido al adjetivo comunitario en salud mental. Excede la capacidad de este capítulo de realizar una reflexión a fondo sobre cómo puede llevarse a cabo un cambio de orientación de los servicios de salud mental que introduzca un verdadero trabajo comunitario, pero baste mencionar que debemos fijarnos en la producción teórica y en acciones concretas que profesionales desde la Atención Primaria (Sobrinho Armas *et al.*, 2018) y la Salud Pública (Segura del Pozo, 2018) han desarrollado. Orientar los servicios de salud mental con una perspectiva comunitaria que tenga en cuenta los determinantes sociales, más allá de lo meramente declarativo, exige acciones en distintos niveles. En primer lugar, dentro del campo sanitario, hay que trascender los modelos obsoletos de coordinación entre Salud Mental y Primaria, cuyos objetivos no declarados muchas veces consisten en que reforzar los límites de la accesibilidad entre niveles, y dirigimos hacia modelos colaborativos de los que existen ya experiencias y propuestas de acción (Fernandez de Sanmamed *et al.*, 2020). En segundo lugar, asumir los límites de la intervención sanitaria, nos lleva a la necesidad de establecer también marcos colaborativos para acciones comunitarias intersectoriales como puedan ser los servicios sociales de cada territorio. Y por último conocer y reconocer los activos de salud de la propia comunidad para trabajar con ellos y para ellos siguiendo experiencias valiosas que se han desarrollado (Segura del Pozo, 2018).

Nada de esto es imposible, pero está claro que estas propuestas solo pueden realizarse si hay una voluntad política de mantener los servicios públicos y de invertir en los servicios cercanos abandonados y de reorganizar la Salud Mental fuera de la jerarquía que los servicios hospitalarios imponen. Como señalábamos antes, los reclamos de mayor dotación al sistema sanitario son imprescindibles dada la situación de precariedad en la que nos encontramos, sin embargo hay que hacer una reflexión previa en torno a devolver lo expropiado, al menos en la medida en la que la comunidad lo pueda sostener. Desmedicalizar y despsiquiatrizar sin abandonar. Es decir, supliendo con atención siempre que no sea posible dar unos cuidados adecuados en el contexto, valorizando las tareas reproductivas de la propia comunidad, apoyando las redes existentes y promocionando aquellas que estén por generarse.

Esta tarea pasa por un mayor grado de integración y tolerancia de la discapacidad social en la ciudadanía y reconocimiento de la fragilidad del cuerpo social. Y por último señalar como los programas «comunitarios» no pueden reproducir las opresiones. No es suficiente con hacer programas conjuntos entre los servicios básicos sino que estos deben tener un contenido político cuyo objetivo sea incidir sobre los determinantes sociales. Es necesario que los discursos técnicos tengan una base política, porque de lo contrario, será la técnica la que reproduzca la política.

Sobre la consulta: En consulta de salud mental trabajamos, por encima de todo, con narrativas. Estas se enmarcan en distintos paradigmas epistémicos. Algunos de ellos más colectivistas, otros más sociales, otros más biologicistas y otros más psicológicos. Los ejes de entendimiento de las historias de vida y síntomas de las personas que atendemos son incontables. No obstante, la mayoría de ellos está sujeto a ciertos criterios que han determinado su supervivencia a lo largo de los años o su importancia en la actualidad. En general, tendrían que ver con cuánta aceptación encuentran en la comunidad que hace uso de ellos. Esa aceptación depende sobre todo del lugar desde donde se enuncian, y el lugar desde el que se reciben y se usan (Haraway, 1991). Dicho de otro modo, la autoridad que tienen quienes diseñan las teorías, y cuánto encajan en la mentalidad de quienes las reciben y hacen uso de ellas. No es extraño pensar pues, que la mayoría de las teorías que componen las herramientas de la salud mental están diseñadas desde lugares discursivos de privilegio epistémico. Y que han dejado impronta en un colectivo (profesional) que en su mayoría ostenta lugares también de privilegio. Paradójicamente, las personas a las que solemos atender en consulta tienen un origen y características muy distintas a aquellos que han diseñado las formas de entenderlas y de dar sentido a sus malestares. Una de las consecuencias es la imposición de marcos teóricos que no encajan en las subjetividades de esas personas, o que si lo hacen, es mediante la autoridad que ostentamos. Así, tendemos a no tener en cuenta ciertos aspectos contextuales que históricamente se han obviado, pues son opresiones que aquellos que han diseñado las teorías no han podido simbolizar, y aquellos que las han sufrido, no las han podido enunciar debido a una situación de injusticia testimonial (Fricker, 2017). Retomando un razonamiento expuesto anteriormente, solamente desde los márgenes somos capaces de construir narrativas que puedan dar cuenta del sufrimiento social de la población que atendemos. No solo el biologicismo, sino que también el resto de perspectivas desde las que se ha formulado la salud mental, han pasado por alto algunas de las opresiones que estaban generando sufrimiento mental, y por ende, también desconocen las potencialidades de poder actuar sobre esas situaciones.

En primer lugar es importante hacer un ejercicio de justicia epistémica. Como señala Fernando Colina (Colina, 2021), el uso y abuso del diagnóstico psiquiátrico en consulta arrastra una elevada carga de violencia simbólica por su carácter performativo que en sus propias palabras «ante-pone lo que *tiene* la persona bajo la violencia inflexible de un nombre, a la *explicación* de lo que le pasa vital y biográficamente». El diagnóstico se convierte en un ejercicio de poder que invisibiliza los conflictos y causa daño al que lo recibe. No es lo mismo ofrecer a una mujer que está en una situación de violencia de género una explicación sobre su sufrimiento basada en un diagnóstico de distimia, que nos remite a una bioquímica cerebral desequilibrada o a un masoquismo estructural, que construir con

ella un relato que visibilice su situación social de opresión. Incluso aunque sintamos que sobre la segunda no podemos actuar y nos genere frustración. Las intervenciones de introducción de lenguaje donde antes había síntomas, que se realizan con sensibilidad hacia aquellos espacios de significado que han permanecido velados para las teorías imperantes, tienen un impacto importante. Como señala Colina «la clínica en su sentido más noble y libre, consiste en el arte de desembarazarse de los diagnósticos». Si bien la crítica al diagnóstico psiquiátrico per se no es nueva, muchas de las formulaciones alternativas no escapan de la dimensión individual del problema sin integrar el medio en que se producen. Últimamente se han desarrollado formulaciones que parten de la base de que las experiencias de las personas, que se manifiestan en los comportamientos, pensamientos y emociones, tienen sentido como vivencias y formas de responder a cuestiones relacionadas con su historia personal y el contexto social, material y cultural donde ha desarrollado su vida. Ejemplo de estas alternativas es el propuesto por la División de Psicología Clínica de la *British Psychological Society* denominado «Marco de Poder, Amenaza y Significado» (Johnstone *et al.*, 2018). Este tipo de formulaciones que visibilizan los contextos junto con otras permiten en una situación institucional desfavorable, llevar a cabo una clínica que se aproxima a lo comunitario. Desde diversos lugares se están generando teorías y prácticas que modifican la forma de entender la salud de la población y también su sufrimiento psíquico; que recogen las luchas por el reconocimiento de los colectivos e individuos sin por ello individualizar, señalar ni excluir; consiguiendo además despatologizar a través de marcos teóricos profesionales (Climent y Carmona, 2018) y no profesionales (Correa-Urquiza, 2012), de intervenciones con la óptica de la prevención cuaternaria (Ortiz e Ibañez, 2011), la desmedicalización (Ortiz y Murcia, 2009) e incluso de modelos alternativos de comprensión de la acción de psicofármacos que lleven a una utilización más racional y mesurada (Muzquiz y Mata, 2012.)

La salud mental comunitaria está en constante transformación y construcción, así como lo está la sociedad, sus acciones lesivas y sus potencialidades de sanar.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Madrileña de Salud Mental. (2014) *INFORME DE LA AMSM SOBRE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL EN MADRID*. <https://amsm.es/2014/09/18/informe-de-la-amsm-sobre-la-atencion-de-salud-mental-en-madrid-septiembre-2014/>
- (2021) *La paradoja preámbulo comunitario / dotación hospitalaria. La pandemia por COVID-19 y la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid. Análisis de situación y propuestas*. <https://amsmblog.files.wordpress.com/2021/03/amsm2021paradojahv.pdf>

- Bacigalupe, A.; Andrea, C.; Mikel, B.; Unai, M. (2020), El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34. 61-67.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Ed. Paidós Ibérica.
- Bracken, P. *et al.* (2012) Psychiatry beyond the current Paradigm. *BJ Psychiatry*, 201 (6), 430-4.
- Bhugra, D.; Tasman, A.; Pathare, S. *et al.* (2017) The WPA-Lancet Comission on the future of Psychiatry. *Lancet Psychiatry*; 10: 775-818.
- Cano-Vindel, A.; Muñoz-Navarro, R.; Moriana, J.; Ruiz-Rodríguez, P.; Medrano, L. & González-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13. doi:10.1017/S0033291720005498
- Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós.
- Climment, M. T.; Carmona, M. (Coords.), (2018). *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Colina, F. (2021). Elementos para un estudio de la violencia psiquiátrica. En Colina, F.; Desviat, M.; Pereña, F., *La Razón de la sinrazón, capitalismo, subjetividad, violencia*. Enclave de Libros.
- Correa-Urquiza, M. (2012). Salud mental: Nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En Desviat, M.; Moreno, A., *Acciones de Salud Mental Comunitaria* (pp. 895-905). Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Correa-Urquiza, M. (2018). La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 38 (134): 567-585.
- Desviat, M. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85 (5), 427-436.
- Dowrick, C. (2009). *Beyond Depression: a new approach to understanding and management*. Ed Oxford University Press.
- Dumas-Mallet, E.; Gonon, F. (2020). Messaging in Biological Psychiatry: Misrepresentations, Their Causes, and Potential Consequences. *Harvard Review of Psychiatry*, 28 (6), 395-403.
- Engel, G. L. (1977). «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine», *Science*; 196 (4286): 129-136.
- Federici, S. (2017). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid, Traficantes de sueños.
- Fernández Liria, A. (2018). *La locura de la psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la «salud mental»*. Bilbao, Desclee de Brouwer.
- Fernández de Sanmamed, M. J. *et al.* (2020). *Al voltant del model d'atenció a la salut mental a l'atenció primària de salut*. Fòrum Català d'Atenció Primària. <https://focap.files.wordpress.com/2020/07/al-voltant-del-model-datencic3b3-a-la-salut-mental-a-laps.pdf>
- Fraser, N. (2016). Contradictions of capital and care. *New Left Review*, 100. 99-117.
- Frayne, D. (2019). *The Work Cure: Critical Essays on Work and Wellness*. Ed. PCCS Books.
- Fricker, M. (2017). Injusticia epistémica. Barcelona, Herder.

- Gardner, C., Kleinman, A. (2019). Medicine and the Mind. The Consequences of Psychiatry's Identity Crisis. *New England Journal of Medicine*, 381 (18), 1697-1699.
- Gérvás J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez R (2005) Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto y error. *Red Española de Atención Primaria*. Ministerio Sanidad y Consumo.
- Gosálvez, P. (2021, 14 de noviembre). «España, en terapia», *El País*: <https://elpais.com/sociedad/2021-11-14/espana-una-semana-en-terapia.html>
- Haraway, D. (1991). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. En Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature (pp. 183-201). Nueva York, Routledge.
- Hernando, A. (2012). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción del sujeto moderno*, Katz.
- Huertas Alejo, R. (2012). *Historia cultural de la Psiquiatría: (re)pensar la locura*. Ed. Los Libros de la Catarata.
- Jackson, C.; Rizq, R. (2019). *The industrialization of care. Counselling, psychotherapy and the impact of IAPT*. Ed. PCCS Books.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J.; Dillon, J.; Harper, D.; Kinderman, P.; Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, British Psychological Society.
- Laval, C.; Dardot, P. (2013). *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Ed. Gedisa, Barcelona.
- Layard, R., Center for Economics Performance's Mental Health Policy Group (2006). *The Depression Report: a new deal for depression and anxiety disorders*. London: The Center for Economics Performance's Mental Health Policy Group, London School of Economics.
- Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 103 páginas 15207-15224 de 29 de abril de 1986. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
- Lopez, V.; Padilla, J. (coords.). (2017). *Salubrismo o barbarie: un mapa entre la salud y sus determinantes sociales*. Ed. Atrapasueños, Madrid.
- Lund *et al.* (2018) Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5 (4): 357-369.
- Mata Ruiz, I. (2017). Salud mental y neoliberalismo. En VVAA, *Salud mental y Capitalismo*. Ed. Cisma.
- Mata Ruiz, I.; Ortiz Lobo, A. (2003). Industria farmacéutica y psiquiatría. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 23 (86), pp. 49-57.
- (2006). La atención a los trastornos mentales comunes. En Pérez, F., *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 297-325.
- Muzquiz, A.; Mata, I. (2012). Modelos explicativos de la acción de los psicofármacos y sus implicaciones en la práctica psiquiátrica. En Desviat, M.; Moreno, A., *Acciones de Salud Mental Comunitaria*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 255-270.
- Novella, E. (2018). *El discurso psicopatológico de la modernidad: ensayos de historia de la psiquiatría*. Los Libros de la Catarata.
- Ortiz Lobo, A. (2013) *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Grupo 5.

- Ortiz Lobo, A.; Ibañez Rojo, V. (2011). Iatrogenia y Prevención Cuaternaria en Salud Mental. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85 (6), 513-523.
- Ortiz Lobo, A.; Mata Ruiz, I. (2004). Ya es primavera en salud mental. Sobre la demanda en tiempos de mercado. *Atopos* 2: 15-22. http://www.atopos.es/pdf_03/yaesprimavera.pdf
- Ortiz Lobo, A.; Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza, *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 179-194.
- Oosterhuis H. (2018). Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 38 (134): 515-545.
- Patel, V. (2014) Rethinking Mental Health Care: bridging the credibility gap. *Intervention* 2014, 12, Supplement 1, pp. 15-20.
- Puras, D. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. World Health Organisation.
- Rose, N.; Abi-Raeched, J. M. (2013). *Neuro. The new Brain Sciences and the management of the mind*. Princeton University Press.
- Rose, N. (2018). *Our Psychiatric Future: the politics of mental health*. Ed. Polity Press, Cambridge.
- Sennett, R. (2010). *La corrosión del carácter*. Ed. Anagrama.
- Steen, S. (2019). A critical appraisal of the economic model underpinning the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme. En Jackson, C.; Rizq, R. (2019). *The industrialization of care. Counselling, psychotherapy and the impact of IAPT*. Ed. PCCS Books.
- Segura del Pozo, J. (2018). *Comunitaria*. Ediciones Salud Pública y otras dudas.
- (2021). Salud Pública, Atención Primaria y Salud Comunitaria. Tres ramas del mismo árbol. *Gaceta Sanitaria*, 35 (2): 107-108.
- Sobrinho Armas, C.; Hernan García, M.; Cofiño, R. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS *Gaceta Sanitaria*, 32 (S1), 5-12.
- Vanheule, S.; Adriaens, P.; Bazan, A.; Bracke, P.; Devisch, I.; Feys, J. L., Calmeyn, M. (2019). Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories. *The Lancet Psychiatry*, 6 (9), 726. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30284-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30284-6)
- World Health Organisation and Calaouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social determinants of mental Health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506809>



Vecinos en los balcones. © Foto de Pablo de Haro

CAPÍTULO 9
GRABACIÓN DE LA CONVERSACIÓN
SOBRE EL CAPÍTULO DE POSIBILIDADES
NARRATIVAS PARA UNA SALUD MENTAL
COMUNITARIA

Raquel González Rubio, Marta Pérez Pérez, Irene Rodríguez Newey

Puedes acceder a la grabación de la conversación en torno al capítulo 8 de esta publicación entre Raquel González Rubio, Irene Rodríguez Newey y Marta Pérez Pérez en este enlace:

<https://www.youtube.com/watch?v=WjdOifg-tyM>

Si en el futuro este enlace dejara de funcionar podrás encontrarla en el repositorio virtual de la AEN, actualmente ubicado en nuestro canal de youtube:

<https://www.youtube.com/c/AENProfesionalesdeSaludMental/about>



La calle. © Imagen cedida por Pixabay

CAPÍTULO 10

UN ANÁLISIS DEL DILEMA: *USTED NECESITA UN SINDICATO VS USTED NECESITA PSICOTERAPIA*

Marta Carmona Osorio, Javier Padilla Bernáldez

EL SINDICATO, LA TERAPIA O EL MENÚ COMPLETO DE FALSOS DILEMAS

Que el sufrimiento psíquico tiene una dimensión individual e intransferible por mucha determinación social que tenga es un hecho. Que existen estrategias de intervención individual dignas, válidas y tremendamente útiles es algo que no escapa a ningún lector de esta publicación. Sin embargo cuando hablamos de salud mental desde una perspectiva salubrista pareciera que podemos hablar todo lo que queramos de determinantes sociales para explicar el origen de malestares y sufrimientos pero las intervenciones han de pensarse siempre en el marco individual, modeladas por los sistemas de salud mental que hemos construido (ver el capítulo 8 *Posibilidades narrativas para una Salud mental comunitaria* de Belén González e Iván de la Mata en esta misma publicación) y los marcos teóricos de las distintas escuelas de psicoterapia. Ahora bien, creemos que la mirada salubrista puede aplicarse también sobre el beneficio sobre la salud mental de la población. Y una de las bisagras a tener en cuenta comparece de forma clara en la célebre contraposición entre necesitar psicoterapia vs necesitar un sindicato. El sufrimiento psíquico derivado de la precariedad laboral (González, 2022), las malas condiciones socioeconómicas, la dificultad para establecer planes vitales a largo plazo, los obstáculos para decidir sobre el propio plan reproductivo (López Trujillo, 2019) inundan las consultas de salud mental (De la Mata, 2017). El trabajo clínico de los facultativos de los centros de salud mental se ve estrechado por la ingente cantidad de tiempo que hay que dedicar a informes para el INSS, para solicitar la valoración de discapacidad, para que se concedan adaptaciones de puesto de trabajo, en suma: documentos técnicos que provean de un escudo para que la vida pueda ser vivida. Muchos profesionales reniegan de que todo ese trabajo en realidad corresponda a trabajo técnico de salud mental. La versión desde el lado profesional de la mesa del psicoterapia vs sindicato es ver a los profesionales quemados por no poder dar respuesta a un sufrimiento psíquico patente y que acude a ellos, pero que no está en su mano resolver más que con artimañas para desbloquear prestaciones o protección social.

Psicoterapeuta vs sindicato o «esto son problemas sociales, no es lo que yo debería estar atendiendo», se convierte entonces en un falso dilema que recoge muchas de las tensiones y contradicciones del malestar en los inicios de esta tercera década del siglo XXI.

Uno de los motivos por los que es un falso dilema es bastante evidente; hay quien puede necesitar psicoterapia, quien puede necesitar la mediación de representantes sindicales, quien puede necesitar ambas y quien, *a priori*, podría no necesitar ninguna de las dos cosas. Por otra parte, este falso dilema pone sobre la mesa muy claramente el marco abrumadoramente individualista hegemónico a día de hoy; que no concibe otro sujeto político posible que el individuo, al que responsabiliza por completo de su posición socioeconómica, su estado de su salud, su capacidad para tomar decisiones y su destino. Asimismo este falso dilema desvela uno de los elementos más evidentes a la hora de asomarse a la salud mental de la población: el sistema capitalista tardío en el que vivimos funciona a costa de generar una enorme cantidad de sufrimiento, mucho del cual se manifiesta en forma de trastornos mentales adaptativos, así como en la mala evolución de los llamados trastornos mentales graves al proveer de peores condiciones de vida y a la par ser cada vez más difícil utilizarse la rehabilitación laboral como una herramienta terapéutica (el capítulo 4 *Desigualdades sociales y Salud mental* de Clara Benedicto en esta misma publicación recoge ampliamente este aspecto).

Una respuesta rápida y podríamos decir que cada vez más extendida frente a este falso dilema es el reclamarlo todo. Psicoterapia y sindicatos, las dos cosas. Profesionales de la salud mental trabajando en mejores condiciones y mejores condiciones de trabajo para quienes acuden a las consultas. Desde luego salir de esa dicotomía supone un avance y aparentemente supone salir del marco puramente individual. Pero, ¿realmente supone un cambio de paradigma?

Lo más problemático del dilema psicoterapeuta vs sindicato es que ese planteamiento pretende hacer pasar por equivalentes o intercambiables dos conceptos que no lo son. Y al equipararlos genera la ilusión de que pueden acumularse, como si fueran productos de consumo. Ese exigir ambos recursos, ese plantear que como ciudadanos tenemos derecho a ambas cosas, terapia y mejores condiciones laborales, pese a pretenderse contestatario, perpetúa el marco individualista. Suponer que puedes necesitar una o las dos cosas implica, como señalábamos líneas arriba, que puedes no necesitar ninguna. Y ese es uno de los riesgos principales.

Cuando hablamos de sindicatos o, más en crudo, de mejora de las condiciones laborales para la población, no hablamos —o no deberíamos estar hablando— de que ciertas personas con situaciones muy concretas y capital social, intelectual y económico como para poder permitirse hacer valer sus derechos tengan a su disposición a un ejército de abogados laboristas y un colectivo que les proteja durante los diversos litigios; esto

es algo deseable pero no suficiente. Los sindicatos tienen su dimensión de intervención individual (valiosísima), pero tienen una dimensión aún más importante y es que ejercen de freno ante los desmanes del libre mercado, la mentalidad empresarial, la narrativa de los triunfadores hechos a sí mismos que no necesitan límites legales a su jornada laboral, ni para la edad de jubilación, etc. En suma, todos los discursos cada vez más hegemónicos que ignoran por completo la interdependencia que presentamos las personas entre nosotras (Herrero, 2020). La legislación laboral y las negociaciones sindicales permiten que, pese a que la maquinaria capitalista exprimiría hasta la última gota de sus trabajadores, esta tenga que moderarse y respetar unos mínimos. La inmensa mayoría de los trabajadores no perciben una intervención individual para recibir esta protección, sino que está ahí, se da por hecha. Como la legislación que prohíbe el uso de amianto como material de construcción protege cada día tu salud, sin que tú tengas constancia individual de ello.

Esta dimensión de «protección invisible» no sucede con las intervenciones psicoterapéuticas. La terapia es un instrumento valioso y de alto potencial reparador (y iatrógeno) para quien la necesita y puede acceder a ella. Pero su funcionamiento es exclusivamente individual, incluso aunque se aplique en formato grupal. No tiene una dimensión poblacional. Sí puede, por supuesto, impactar en los entornos de las personas tratadas, siendo esto una parte muy reseñable de su beneficio. Pero no supone un mecanismo de seguridad para la población. La reparación vía psicoterapéutica de las vivencias traumáticas puede contribuir a cortar la transmisión transgeneracional del sufrimiento, sí (y desde luego no es un beneficio desdeñable), pero no transforma la sociedad de forma que esas vivencias traumáticas se erradiquen. Mientras en ciertos despachos puede escucharse «los sindicatos no nos van a dejar hacer esto» tras ciertas sugerencias resulta muy difícil imaginar en qué escenarios personas con poder pueden enunciar la frase «los terapeutas no nos van a dejar hacer esto».

En paralelo, el desbordamiento de los profesionales de salud mental al tener que utilizar sus consultas —esto es, pequeños talleres donde se manufacturan soluciones individuales a problemas individuales determinados desde lo colectivo— para otorgar herramientas de protección social, y que esta encomiable labor acabe acaparando prácticamente todo el tiempo del que se dispone para el trabajo clínico desvela que el articulado individual/colectivo es más complejo de lo que queremos creer. La necesidad de los individuos que acuden a consulta transforma y conforma la demanda que se nos hace como profesionales. La necesidad es cada vez más colectiva, las respuestas siguen siendo torpemente individuales. Incluso cuando se hacen intentos, muy loables, de ampliar la mirada.

Valga de ejemplo la comisión iniciada en 2022 por parte del Ministerio de Trabajo para analizar el impacto en la salud mental de la precariedad laboral. La AEN-PSM ha sido convocada a participar en la misma, algo

que nos satisface enormemente y a lo que deseamos aportar como asociación de profesionales de la salud mental comprometidos con el modelo comunitario. Sin embargo, la persona que asiste en nuestro nombre, una psiquiatra de centro de salud mental de una población bastante castigada socioeconómicamente, tiene auténticas dificultades para poder asistir a las reuniones de dicha comisión ya que el funcionamiento de la agenda del ministerio es incompatible con el trato digno a una agenda de pacientes desbordada y que funciona por encima de su capacidad de forma crónica desde hace años. El sistema sanitario público, progresivamente dañado en las últimas décadas, presenta su propia precariedad laboral, que se manifiesta con una atención deficitaria y escasa elasticidad. Descitar una mañana entera de consultas con la escasa antelación con la que se anuncian las reuniones de dicha comisión ministerial implicaría que muchos individuos con una salud mental muy deteriorada perdieran una cita que llevan meses esperando, de la que dependen muchos aspectos de su salud (evaluación y diagnóstico, prorrogar IT o no, avance en sus procesos psicoterapéuticos, etc.) y tardaran una cantidad indeterminada de tiempo en recibir una cita nueva.

Se da entonces la paradoja de que para participar en una comisión sobre el impacto en la salud mental de la precariedad laboral la representante tiene dos opciones, asistir y que la calidad asistencial que reciben sus pacientes se deteriore *aún más*, o no asistir para no perjudicar a los pacientes pero entonces no poder aportar esta porción en crudo de realidad asistencial a una comisión creada precisamente para conocerla.

Volviendo al análisis individual/colectivo y saliendo de la dimensión visión desde los pacientes vs visión desde los profesionales, uno de los aspectos más reseñables que encontramos en este falso dilema de necesitar psicoterapeuta vs necesitar sindicato es la narrativa hegemónica contemporánea ante el sufrimiento psíquico, es más, intentando aún más desmarcarnos de la concepción patologizadora del mismo (sin por ello dejar de incluir todo el extremo más intenso y patologizado del espectro), del mismo *malestar*. Hay una narrativa muy extendida actualmente, y que tiene un gran respaldo en prensa, en las agendas políticas, en los programas de debate, etc. que viene a decir que esa experiencia emocionalmente reparadora a través del vínculo que es la psicoterapia es la única respuesta posible ante cualquier tipo de malestar. Sea el que sea. Sin embargo el desvelamiento o resignificación que constituyen el núcleo de muchas intervenciones psicoterapéuticas no son capaces de resolver o reparar todos los malestares. ¿La angustia por un inminente desahucio precisa ser resignificada? ¿Correlacionarla con otros factores propios del sujeto como su relación con su madre, su propensión a la descarga noradrenérgica masiva o sus estrategias para evadir los pensamientos intrusivos aporta algún beneficio, no ya poblacional sino individual?

La posibilidad de que la narrativa psicoterapéutica expropie la voz del sujeto y su capacidad para comprender y afrontar su malestar, incluso pese a una buena ejecución de la psicoterapia, ha sido largamente estudiada (Ortiz Lobo, 2013), siendo importante además tener en cuenta los sesgos estructurales, fundamentalmente de clase, raciales y de género que muy habitualmente ostentan los profesionales (Kinouani, 2020).

Que la psicoterapia no esté exenta de iatrogenia no le quita valor como intervención —de facto todas las intervenciones asistenciales tienen una iatrogenia asociada, que es más combatible cuanto más honesto se es a la hora de reconocerla— pero sí vuelve más cuestionable el mantra de la psicoterapia como respuesta universal e infalible a todo tipo de sufrimiento.

Es decir, por un lado nos enfrentamos a un paradigma que sobredimensiona lo individual obviando lo colectivo, por otra nos encontramos con una narrativa que idealiza una técnica (útil y válida pero no milagrosa), la eleva a única respuesta posible cancelando el resto de necesidades de los sujetos. A la vez la realidad asistencial se ve arrollada por una demanda social que desde lo profesional tendemos a expulsar diciendo «esto no es nuestro». Sin embargo esa demanda social forma parte nuclear del malestar, del sufrimiento psíquico, del trastorno mental común y del trastorno mental grave. ¿Cómo es posible entonces que no sea nuestro?

¿QUÉ HACER CUÁNDO «NO-ES-DE-LO-NUESTRO»?

Es incontestable que en nuestro contexto social el sufrimiento derivado de las condiciones de vida se manifiesta muy habitualmente con síntomas ansioso-depresivos. Es más, es probable que esto sea extensible a muchos otros contextos histórico-sociales. Resulta fácil intuir que si entrevistáramos a esclavos de plantaciones algodoneras encontraríamos síntomas de depresión y ansiedad en la mayoría de ellos. Ya sabemos que es un disparate epistémico entender ese malestar con nuestro marco clínico contemporáneo, a la altura del disparate que suponía hablar entonces de drapetomanía. Ahora, que no vayamos a entenderlo así no quiere decir que no tenga esa presentación. Como muchas de las situaciones que llegan a nuestras consultas.

Ante este fenómeno en consulta comparecen varias posibilidades, a cual más pobre y más insatisfactoria para todos; por una parte podemos intentar discernir quiénes de todos aquellos que se nos derivan tienen un tipo de sufrimiento que sí se puede reparar con psicoterapia aunque todo venga sepultado bajo la realidad material. Esto convierte al terapeuta en un clasificador «este sí, este no» casi más propio de una cadena de montaje que de un sistema sanitario asistencial. Ante esta suerte de algoritmos sabemos que quien no tiene dificultades materiales parte con ventaja, tanto a la hora de designarle como merecedor de intervención psicoterapéutica como designarle como merecedor de Indicación de No Tratamiento.

La Indicación de no tratamiento (INT) consiste en una intervención psicoterapéutica única destinada a co-construir con el paciente que lo idóneo es no realizar una intervención, partiendo de una deconstrucción de la demanda inicial que planteaba el sufrimiento del sujeto como algo a corregir de forma externa, resignificando ese malestar y apuntalando y validando los recursos internos del sujeto para hacer frente a ese malestar (Ortiz Lobo, 2013; 2010; Ortiz Lobo, Murcia García, 2009).

El buen uso de la INT como parte del arsenal terapéutico del profesional protege, al menos en parte, a los pacientes de la iatrogenia de la psicoterapia, fundamentalmente cuando esta no está indicada. Lo problemático de este «mecanismo de seguridad» es que si el principal recurso para proteger de la iatrogenia es la INT, teniendo en cuenta que para muchas personas la consulta de salud mental es el único sitio al que pueden acudir a expresar su malestar, ya que por ejemplo los servicios sociales están desbordados y no les atienden, esa INT implica de facto una expulsión del sistema.

¿Es la visibilización del malestar un *spin-off* descafeinado de su politización?

Por ello es imprescindible, tanto para los sujetos que sí tienen indicación de psicoterapia como para los que no, que existan más canales para responder al sufrimiento, tanto en lo colectivo como en lo individual. Si el sistema plantea que la única experiencia emocional reparadora posible es la terapia, la terapia se convierte en un dispositivo para tamponar el malestar y adornecerlo, no en uno de sus múltiples mecanismos de reparación.

Uno de los contextos donde más discurso nuevo en torno a la salud mental se está generando es la llamada Generación Z (los nacidos entre finales de los años 90 y finales de los 00). Aunque el marco es fundamentalmente individualista lo cierto es que tiene un importante impacto en lo colectivo. La presencia continua de este tema entre las prioridades de los jóvenes, cómo ocupa espacio en las tertulias y los muchos artículos de opinión que se emiten en torno a esta temática contrastan con la inamovilidad del sistema, lo difícil que resulta realizar cambios a nivel colectivo, adaptar el sistema sanitario a la demanda de la población, etc. Es importante recalcar esta dificultad de adaptación del sistema sanitario y sociosanitario a las realidades asistenciales contemporáneas, no ya por la idea de salud mental y necesidad asistencial que puedan tener muchas voces prominentes de la generación Z sino desde la propia perspectiva intraprofesional, en la que las redes comunitarias y los recursos de los que se dispone parecen seguir anclados en el diseño de hace varias décadas, sin, en muchas ocasiones, reflejar la realidad asistencial. Valgan de ejemplo las dificultades desde muchos centros de salud mental para encontrar dispositivos adecuados para pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad grave, rechazados de muchos recursos de rehabilitación porque no es ese perfil de pacientes para el que fueron diseñados. Podemos ver así varios escalones de desencuentros interminables: una población que se lee

como demandante cuando no caprichosa, unos servicios de salud mental desbordados por dos tipos de demanda, las secuelas de lo invivible que resulta el capitalismo tardío y las personas aquejadas de patología grave que no cumple los requisitos ideales para ser atendida en una red diseñada en otro tiempo (y casi otro mundo). Todo esto contribuye a alejar las redes asistenciales de la población para la que fueron diseñadas y a la vez a alejar a los profesionales de las comunidades a las que desean atender. Esta es la dolorosa realidad de la salud mental comunitaria.

La visibilización masiva de la importancia de la salud mental a la que asistimos ahora mismo, ¿qué implica? ¿qué estamos visibilizando exactamente?

A priori ese poner el sufrimiento psíquico sobre la mesa es algo bueno. Un sufrimiento históricamente privado que ahora sale a la luz no deja de ser una forma de politizarlo y tratar de entenderlo desde lo colectivo. Se rompe así parte de la histórica privatización de la salud mental, la que tiene que ver con llevar el sufrimiento a escondidas, relegado al sistema familiar más cercano, oculto a la visión y sobre todo al juicio de los demás. Ese mandato social de discreción que alcanza desde el «la ropa sucia se lava en casa» a considerar descompensación clínica activa que un sujeto con clínica psicótica crónica y discreta pase a hablar de ella abiertamente, *necesitando ser visto*. Planteado así, visibilizar el sufrimiento mental tiene algo que ver con la justicia, puesto que reparte la responsabilidad parcialmente, ya no es responsable únicamente el sujeto de su salud mental sino que a nivel colectivo es un tema que ha de preocuparnos, hemos de hacernos cargo de la salud mental en tanto que somos una sociedad.

Automáticamente surgen nuevos conflictos. Si la salud mental es asunto de todos lo primero es preguntarse, ¿qué estamos entendiendo por salud mental? ¿Qué voces se están visibilizando? ¿Quiénes van a beneficiarse de esta visibilización? El particular *me-too* que se ha vivido por parte de celebridades exponiendo su experiencia con los psicofármacos, la psicoterapia o el sufrimiento psíquico, ¿es representativa del sufrimiento psíquico que tiene la población? Hemos visto a actrices, cantantes, presentadores, políticos, hablando de su experiencia tomando ansiolíticos, presentando clínica depresiva, trastornos de pánico, etc. Hemos escuchado a muy pocos famosos hablar de cómo escuchan voces, de cómo han roto a delirar, de cómo han pasado años aislados o del deterioro psicosocial grave que han sufrido por un cuadro diagnosticable de esquizofrenia. Ansiedad, depresión e insomnio han sido potentemente visibilizados. Los episodios maniacos con síntomas psicóticos, las bouffées delirantes o las parafrenias mucho menos. ¿Es porque, numéricamente, son menos? ¿Es porque a nivel social no nos interesan? ¿Es porque no dejamos espacio a quienes podrían hablar de dichas experiencias para que lo hagan? ¿Es porque quienes experimentan tales fenómenos no tienen interés en entender su sufrimiento desde ese marco clínico?

La desestigmatización de haber precisado seguimiento en la red de salud mental que ha conseguido esta visibilización, ¿ha desestigmatizado a quien más estigma sufría?

Por otra parte, esta visibilización masiva convierte no ya en producto de consumo sino también en oportunidad de negocio toda la construcción de sufrimiento psíquico y bienestar mental (Carmona Osorio, 2019). La terapia se convierte en un producto imprescindible para todos y el capitalismo de plataformas, que *uberiza* en cuanto puede toda relación comercial, se instaura en el sector. Entendemos como capitalismo de plataformas todas aquellas dinámicas empresariales basadas en deslocalizar su fuerza de trabajo y explorar nuevas vías de extracción de beneficios, sea con la venta de datos personales, sea con flotas de falsos autónomos que desempeñan múltiples funciones, etc. Así, van apareciendo espacios virtuales que aseguran proveer de atención psicoterapéutica basados en chats a los que se conectan terapeutas con condiciones laborales más que cuestionables y nula supervisión; o locales que abren al público utilizando como reclamo comercial esta visibilización del malestar.

Ambas formas de entender la salud mental de forma privada, ya sea relegada a lo íntimo o en la dimensión de titularidad privada de la prestación de servicios, responde a un mismo principio: lo público y lo común han hecho una dejación de funciones en este ámbito. Ni históricamente nos ha interesado demasiado a nivel social ni las estructuras e instituciones destinadas a cuidar han sabido (o querido) priorizar lo psíquico.

Esta visión mercantilizada del sufrimiento psíquico como algo a sacar a la luz pero destinada al negocio está muy vinculada a una visión de la clínica como un taller donde lo relevante es devolver al sujeto que sufre su capacidad de producir. Paradójicamente, aunque esta dinámica responda a una perspectiva puramente mercantilista, el sistema sanitario público también está dando esta respuesta a quienes acuden a él (González Callado, 2022). Y es que por mucho que lo público, incluyendo las redes de salud mental comunitaria diseñadas para otro fin, quiera poner en el centro la salud del paciente, no puede escapar a las dinámicas mercantilistas que tiñen todo el funcionamiento social contemporáneo.

Hasta ahora la narrativa de qué es y cómo se muestra el sufrimiento psíquico venía de los profesionales. Desde los catedráticos de psicopatología a los clínicos de consulta, era nuestro lenguaje el que definía los tipos de sufrimiento, los patológicos y los no patológicos. En menor medida pero con notable esfuerzo e importancia la antipsiquiatría y los colectivos en primera persona han hecho por visibilizar con sus términos, como escuchadores de voces, el sufrimiento psíquico grave. En paralelo, sin embargo, la narrativa de qué necesitamos individuos y sociedad a nivel colectivo para una buena salud mental ha ido cayendo cada vez más en las dinámicas de mercado.

Quizá hacernos con el control de la narrativa de nuestro malestar y de lo que necesitamos sea un elemento suficientemente potente como para colectivizarlo. O al menos uno imprescindible.

EL MALESTAR COMO NO-LUGAR DIAGNÓSTICO

Para romper este arrinconamiento creemos que una opción razonable es apostar por el concepto malestar. No como contraposición al sufrimiento psíquico o al trastorno (o incluso enfermedad) mental; sino como una perspectiva distinta sobre todo ese espectro de sufrimiento, que ponga énfasis ante todo en su dimensión colectiva. Si lo visibilizado principalmente es el malestar común, podemos visibilizar también el sufrimiento psíquico más extremo, más insólito, más clínico, sin riesgo de patologizar todo o de obviar y volver a meter bajo la alfombra lo más extremo.

La idea que planteamos de malestar tiene que ver con la dificultad para imaginar un futuro en el que vivir. No solo como sujetos sino también como comunidades. Hay una fractura generacional patente que se ve muy reflejada en la tan repetida frase (sea esta real o no) de que la generación millennial (los nacidos entre mediados de los 80 y mediados de los 90) van a ser la primera generación en tener peor calidad de vida que sus padres. Hay un sentir social de que el futuro prometedor en el que bastaba con trabajar para tener el futuro asegurado es cada vez más frágil. La seguridad y la estabilidad que se daban por hechas han ido dando paso a una incertidumbre cada vez mayor. ¿Resistirá el planeta? ¿Seguirán existiendo las pensiones dentro de unas décadas? ¿Alguien volverá a tener un trabajo para toda la vida? La precariedad ¿inundará a todos? ¿respetará a algunos? Disponemos de unas condiciones materiales que cada vez generan más desigualdad. Los ricos más ricos que nunca, el resto cada vez más lejos de ellos. Independientemente de la extracción generacional o incluso la extracción social encontramos dos cosmovisiones enfrentadas; la que sostiene que el mundo va mejor que nunca, y se apoya en el solucionismo tecnológico y el futuro idealizado; y la de quien ve desmantelarse el proyecto vigesimónico de estados del bienestar sin una alternativa sostenible para nadie.

Hablar del malestar, es decir, de la tristeza y la preocupación más o menos somatizada, generada por la realidad que nos toca y nos va a tocar vivir permite enhebrar esas sensaciones y emociones tremendamente desagradables con las circunstancias sociopolíticas que las alientan. Desligar este malestar de la concepción clínica de los problemas de salud mental persigue dos objetivos, politizar este tipo de sufrimiento y buscar soluciones colectivas. Ante la desesperanza colectiva y el compartir la opresión torácica, el sudor frío y los ataques de pánico a los que siguen noches sin dormir que controlar con psicofármacos, mindfulness o terapias

de aceptación y compromiso proponemos hablar de un malestar común cuya salida no es un aumento exponencial de profesionales de la salud mental (aunque este sea imprescindible para fortalecer los maltrechos servicios públicos) sino la intervención en el ámbito laboral erradicando la precariedad, en los derechos de subsistencia, en la ampliación de los derechos que van más allá de lo material, en suma, en todo aquello que nos permita confiar en el futuro.

Este malestar se coloca en una situación de doble exclusión. No es una arritmia, una enfermedad neurológica o un trastorno de ansiedad generalizado; de hecho, podemos afirmar que no es una enfermedad. Sin embargo, también queda excluido de lo que se calificaría como «estar sano». El malestar se excluye de ser enfermedad y de ser buena salud, y sin embargo esta aparente indefinición no evita que pueda ser percibido como un sentimiento fácilmente comprensible por la mayoría de la población.

El filósofo Marco Sanz afirma en *La emancipación de los cuerpos* (Sanz, 2021) que «la enfermedad es el signo de nuestra época». Es probable que esa afirmación fuera más correcta negándola. La no-enfermedad es el signo de nuestra época, y esto lo muestra el malestar, definible como un estado fronterizo situado al umbral de diferentes dimensiones pero sin las características para ser incluido dentro de ellas, dotándose de un sentido propio.

Frente a la maquinaria arrolladora de los discursos triunfalistas de la autoayuda y los ricos a los que nadie ha regalado nada, la fantasía de que los sujetos no nos necesitamos unos a otros, de que todo sufrimiento tiene una solución técnica profesionalizada que podemos comprar si tenemos poder adquisitivo suficiente y de que las condiciones de vida son exclusivamente aquellas que tú escoges, mantras todos ellos del momento histórico en el que vivimos; articular formas de comprendernos a nivel colectivo que nos recuerden que además de muchos yoes existe un nosotros es una forma de hacer resistencia y, sobre todo, recuperar la capacidad de imaginar futuros mejores. En un contexto social donde la posibilidad de imaginar utopías se hace ardua (Martínez, 2020) al menos necesitamos conceptos que nos permitan romper los moldes de pensamiento actuales. Quizá esta idea del malestar como algo común a resolver entre todos sea uno de esos elementos que nos sirve para imaginar (y construir) un futuro mejor.

BIBLIOGRAFÍA

- Carmona Osorio, M. (2019). Una intervención comunitaria. *Siso saúde*. (64-65, Inverno 2019) 321-331.
- De la Mata Ruiz, I. (2017). Salud mental y neoliberalismo. En VVAA , *Salud mental y Capitalismo*. Ed Cisma.
- González Callado, B. (2022). «El sistema está organizado para que los trabajadores no productivos sean derivados a salud mental». *Infolibre*. https://www.infolibre.es/politica/si-psiquiatras-tuvieramos-acceso-medidas-sociales-seriamos-infinitamente-eficaces_128_1225870.html
- Herrero, Y. (2020). Intervención en la mesa Sustratos. XXIV Jornadas de la AMSM: Debajo de la Pandemia. <https://youtu.be/CLjxC8pcinQ> 20'15".
- Kinouani, G. (2020) Difference, whiteness and the group analytic matrix: An integrated formulation. *Group Analysis*. 53 (1) :60-74. doi: 10.1177/0533316419883455.
- López Trujillo, N. (2019). *El vientre vacío*. Capitán Swing.
- Martínez, L. (2020). *Utopía no es una isla*. Episkaia.
- Ortiz Lobo, A.; Murcia García, L. (2009). La indicación de no-tratamiento: aspectos psicoterapéuticos. En A. Retolaza, *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación* Asociación Española de Neuropsiquiatría, pp. 179-194.
- Ortiz Lobo, A. (2010) *Psicopatologización de la vida diaria y prevención cuaternaria en salud mental*. «Jornadas de trabajo sobre el programa de soporte en salud mental a la atención primaria de salud». Parc Sanitari Sant Joan de Deu, 7-8 de octubre de 2010. <https://www.pssjd.org/documents/Psicopatologizaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20y%20prevenci%C3%B3n%20cuaternaria%20en%20Salud%20Mental.pdf>
- Ortiz Lobo, A. (2013) *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Grupo 5.
- Sanz, M. (2021). *La emancipación de los cuerpos*. Ediciones Akal.



«Juntos» de Ingo Joseph en pexels

CAPÍTULO 11

INSTITUCIONES PARA LA ACCIÓN EN SALUD MENTAL

Mario Fontán Vela

*«Lo que afirmamos es que construir infraestructuras sociales urge tanto
cómo restaurar los diques, los aeropuertos o los puentes.*

ERIK KLINENBERG (2021)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definía en 1988 la salud pública como *el arte y la ciencia de la prevención de la enfermedad, la prolongación de la vida y la promoción de la salud a través del esfuerzo organizado de la sociedad* (Acheson, 1988). Para la consecución de estos objetivos es necesario conocer cuál es el estado de esa enfermedad, de esa vida que se pretende prolongar o qué ámbito de la salud requiere de acciones de promoción. A la hora de actuar sobre un ámbito de la realidad, primero es necesario definir el problema, delimitarlo y comprenderlo, diseñar estrategias dirigidas de manera específica y evaluar si aquello que se ha implementado ha logrado conseguir los objetivos planteados *a priori*. Estas cuestiones, sin embargo, requieren de unas instituciones organizadas para que se puedan desarrollar las tareas que se enmarcan dentro del ámbito de la salud pública.

Aplicado al ámbito de la salud mental, el diseño institucional es un factor que va a determinar las condiciones en las que se puede conocer el estado de salud mental y sus determinantes (vigilancia epidemiológica) y, por tanto, las capacidades de incidir sobre esta realidad para modificarla.

VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL EN SALUD PÚBLICA (VSMSP)

La vigilancia epidemiológica en salud pública consiste en la obtención sistemática continua, el análisis y la interpretación de datos, además de su difusión entre las personas responsables de la prevención y el control de las enfermedades (Thacker & Berkelman, 1988). Aplicado a la salud mental, la información así obtenida debería servir como alertas rápidas ante emergencias en salud pública; monitorizar y clarificar la epidemiología de los problemas de salud mental, así como la investigación de sus causas y determinantes; y permitir la evaluación de políticas e intervenciones diseñadas a partir de la vigilancia.

Este marco conceptual de la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información se basa en la idea de «información para la acción». Se entienden, así, como dos partes de un mismo sistema que se encuentran interrelacionadas, mutuamente condicionadas, basadas en la información generada en la actividad diaria por un lado y en la necesidad de comprender los fenómenos relacionados con la salud mental para diseñar intervenciones efectivas.

La OMS define los sistemas de información como aquellos sistemas que permiten la generación de datos, su compilación para el posterior análisis y síntesis, así como su comunicación y su uso (World Health Organization, 2010). En España la información generada por el Ministerio de Sanidad respecto de la salud de la población proviene de las fuentes de datos que conforman el Sistema de Información Sanitaria (SIS) del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2014). El Ministerio de Sanidad se encarga de recopilar la información repartida entre diferentes Direcciones Generales, Subdirecciones Generales, Agencias e Institutos. Algunos ejemplos son la encuesta nacional de salud de España (Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación), la estadística del consumo farmacéutico (Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia), la encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas) o la estadística de defunciones según causa de muerte (Instituto Nacional de Estadística). Como se puede observar, las fuentes de información que conforman los SIS que aportan datos a la vigilancia epidemiológica pueden provenir de diferentes instituciones u organismos, así como de diferentes niveles dentro del propio sistema sanitario o de la administración pública. No obstante, todas ellas comparten la característica de aportar información relevante sobre algún aspecto relacionado con la salud de la población, sus determinantes, los procesos asistenciales llevados a cabo en el sistema sanitario o los recursos del propio sistema.

Asimismo, los sistemas de información de salud mental en España obtienen los datos de diversas fuentes a distintos niveles de la administración, como se recoge en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

A nivel nacional el principal sistema que recopila la información sobre la actividad y morbilidad atendida en el ámbito hospitalario es el Registro de Atención Sanitaria Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD). El RAE-CMBD recoge información relacionada con los procedimientos que se llevan a cabo en centros hospitalarios, tanto públicos como privados, de cara a aportar información sobre la actividad asistencial y la morbilidad para realizar estadísticas del sector salud, evaluar el sistema sanitario o para la investigación epidemiológica.

Algunos ejemplos de datos que se pueden encontrar en el RAE-CMBD son el régimen de financiación, el diagnóstico principal, la procedencia de la persona, si ingresó en la UCI o el tipo de alta.

Existen otros sistemas de información, como el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE) o el Catálogo Nacional de Hospitales, para conocer indicadores de tipo estructural como el número de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes; o los *Atlas Integrales de Salud Mental* que recopilan la información sobre el conjunto de sistemas de atención disponibles para personas con trastornos mentales (Salinas-Pérez *et al.*, 2020). En la tabla 1 se recogen estos sistemas de información junto a otros que aportan diferentes datos relacionados con la salud mental.

Como se puede observar, los sistemas de información de salud mental se basan en numerosas fuentes de datos que proceden de instituciones diferentes. Si partimos de la conceptualización de que las enfermedades son fenómenos multicausales, en los que intervienen una variedad de factores a diferentes niveles y de distinta naturaleza, como los de orden biológico o genético, pero también sociales, económicos o políticos (los denominados *determinantes sociales de la salud*), la vigilancia de los trastornos mentales requiere de sistemas de información que recopilen datos sobre todos los ámbitos de la sociedad que influyen en la salud mental.

Los sistemas de información, por tanto, rara vez se van a basar en una única fuente de datos, sino que la complejidad del fenómeno a comprender (la salud mental) requiere de información de los diferentes niveles competen a varias instituciones. No obstante, una vez los datos han sido recogidos, pueden ser compilados con otras fuentes para elaborar bases de datos que abarquen toda la información destinada a la difusión y el análisis.

Tabla 1

EJEMPLOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD)	https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/rae-cmbd
Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)	https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/siae
Catálogo Nacional de Hospitales	https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/inforEstadistica/home.htm
Atlas Integrales de Salud Mental	https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/S0213911120301801:mmc1.doc?idApp=WGSE
Dosis por habitante de antipsicóticos (Observatorio de uso de medicamentos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios)	https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/
Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo (Encuesta Nacional de Salud de España)	https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ense
Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)	https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)	https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Recuperando el marco de «información para la acción», es importante conocer cómo se generan los datos y cómo funcionan los diferentes sistemas de información. En primer lugar, porque una parte importante del análisis de datos, de cara a la implementación de medidas y políticas salubristas en materia de salud mental, es tratar de identificar los posibles sesgos y limitaciones del propio dato a la hora de representar una dimensión de los trastornos mentales. Y, en segundo lugar, porque conocer estos aspectos de los sistemas de información facilita la selección o elaboración de indicadores para evaluar el impacto de medidas y políticas concretas. Este apartado se ampliará en el capítulo dedicado a vigilancia.

Las funciones definidas por la OMS de la vigilancia epidemiológica requieren de un entramado institucional, dotado de recursos materiales, tecnológicos, logísticos y humanos, que permitan llevar a cabo las diferentes tareas de monitorización, análisis e investigación, así como difusión a aquellos agentes que juegan un papel en la salud mental y evaluación de medidas o políticas concretas desplegadas. En este sentido, la multiplicidad de actores implicados en cada una de estas funciones obliga a un tejido institucional multinivel y plural —esto es, no exclusivamente sanitario—, en el que las funciones de coordinación y comunicación en un sentido tanto vertical como horizontal son fundamentales para un correcto desempeño.

Las funciones de la vigilancia epidemiológica en salud mental que guardan más relación con los sistemas de información (generación, tratamiento y difusión de los datos) son desempeñadas por instituciones en función del sistema de información concreto. Así, aquellos sistemas de información que registran datos relacionados con las actividades asistenciales en el ámbito de la salud mental son responsabilidad de las Comunidades Autónomas (CCAA). Sin embargo, la encuesta EDADES sobre el consumo de drogas y otras adicciones está dirigida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en colaboración con las CCAA, y la responsabilidad de la encuesta es el Ministerio de Sanidad. De esto modo, cada nivel institucional es responsable de unos sistemas de información concretos en función del ámbito de la salud mental que se requiera evaluar.

En el año 1995 se definió la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) con el fin de mejorar la coordinación e integración de los sistemas de vigilancia autonómicos a nivel estatal en sus actuaciones relacionadas con las enfermedades transmisibles y las situaciones epidémicas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). Además, en la Ley General de Salud Pública 33/2011, en su artículo 12.1, se contempla la necesidad de incluir en las estrategias de vigilancia aquella información sobre las *condiciones sociales y las desigualdades que incidan en la salud con medidas en el nivel individual y en el poblacional*.

Tal y como se plantea en los marcos de diseño de la vigilancia epidemiológica, una parte fundamental de los mismos es el «para qué», cómo esa información que se monitoriza nos permite evaluar el estado de la salud mental de la población, identificar problemas concretos, diseñar estrategias para reducir su impacto y, por último, poder evaluar si dichas estrategias desplegadas han conseguido los objetivos propuestos previo a su implantación.

Las intervenciones y políticas de salud mental requieren también de la participación de diversos actores que desempeñan una serie de funciones

a distintos niveles, en algunos casos más relacionadas con el diseño y la coordinación entre instituciones, mientras que en otros casos las tareas guardan relación con la ejecución. Si tenemos en cuenta que la difusión de la información y que las intervenciones implican a todas aquellas personas encargadas de la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, este marco salubrista incorpora para la acción a multitud de actores que se alejan de lo que tradicionalmente podríamos entender como actores implicados en la prevención y la salutogénesis (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez, & Hernán García, 2011), que estarían circunscritos al sistema sanitario.

Sin embargo, para saber identificar a las instituciones y actores implicados en la prevención y promoción de la salud mental, primero es necesario entender desde qué marco se define la salud –y, por tanto, la salud mental–. Esta definición ha ido variando a lo largo de la historia en paralelo a cómo han ido evolucionando los sistemas políticos, sociales o culturales con el paso del tiempo (Badash *et al.*, 2017). En el mismo sentido, la definición de lo que se entiende por salud mental no es estática, sino que también se construye en función de cada momento histórico.

De acuerdo con la OMS, la salud mental haría referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarcando la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. Su grado se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades sin perder el equilibrio emocional, la cual depende de factores personales, del contexto sociocultural y económico (World Health Organization, 2001). Esta conceptualización de la salud mental también incorpora su componente dinámico, no solo a nivel histórico si tenemos en cuenta la influencia del contexto sociocultural, sino también a nivel individual pues las experiencias que vivimos difieren a lo largo del curso de la vida (Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold, & Sartorius, 2015). Por tanto, el marco de la salutogénesis aplicado a la salud mental debe tener en cuenta todas estas cuestiones a la hora de abordar los trastornos mentales.

Siguiendo este enfoque, aquellos actores implicados incluirían no solo a decisores políticos y políticas, al personal de las instituciones con un papel activo en las estrategias y políticas de salud mental, o al personal del sistema sanitario, sino también a trabajadores sociales, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y asociaciones y colectivos sociales, así como a la ciudadanía en su conjunto. La capacidad que tenga el ámbito institucional de incorporar e integrar a todos estos actores influye en el tipo de intervenciones en salud mental que se pueden llevar a cabo y el alcance que pueden llegar a tener.

En el contexto español, las principales funciones relacionadas con la salud pública son competencia de las CCAA. Durante la década de 1980 se inició la transferencia de competencias en materia de salud pública a las CCAA, que posteriormente se han ido consolidando y afianzando en

el ámbito institucional. A día de hoy, las principales funciones de salud pública que se llevan a cabo desde las CCAA guardan relación con la planificación sanitaria, la información sanitaria, la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y con la protección de la salud (Segura *et al.*, 1999).

En la actualidad, la práctica totalidad de las CCAA cuentan con una Dirección General de Salud Pública (DGSP) integrada en la Consejería de Sanidad encargada de las tareas antes descritas. Es posible que dentro de algunas administraciones la formulación de los organismos haya podido variar en algún momento, o que las funciones de salud pública se hayan integrado a nivel administrativo al margen de la existencia de una DGSP. No obstante, en líneas generales el desempeño de las funciones de salud pública a nivel autonómico se organiza en torno a una DGSP. Dentro de estas Direcciones Generales suele haber áreas de trabajo dedicadas a la promoción de la salud cuyos equipos se encargan de diseñar las líneas estratégicas y las intervenciones en materia de salud mental a llevar a cabo en el corto y medio plazo.

En el documento de la Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (la última estrategia aprobada recientemente para el periodo 2022-2026 está pendiente de publicación), se contemplan algunas de las actividades e intervenciones desarrolladas por las CCAA, si bien se reconoce que existe margen de mejora en cuanto a la evaluación del impacto (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2011). Estas intervenciones han estado dirigidas a grupos de población específicos como personas de edad avanzada, adolescentes o minorías étnicas, en algunos casos apoyadas por campañas de sensibilización a través de los medios de comunicación. También se han desplegado actuaciones relacionadas con mejorar la «alfabetización» en salud mental (Casañas, Mas-Expósito, Teixidó, & Lalucat-Jo, 2020), o la mejora de la resiliencia a través del afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social o el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, así como a estudiar el impacto del medio ambiente en la salud mental. Otros ámbitos de actuación a través de intervenciones de prevención y promoción de la salud contemplados en la estrategia son la prevención del suicidio, la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés en el entorno laboral o la salud mental en el colectivo de personas reclusas, enfocadas especialmente a grupos de riesgo. Una gran área temática contemplada en la Estrategia como parte de la promoción de la salud mental recoge aquellas actuaciones dirigidas a mejorar la inclusión de las personas con trastornos mentales. Estas estrategias están enfocadas a especialmente a aumentar su tasa de ocupación y erradicar el estigma y la discriminación que sufren en su vida diaria, a través de fomentar la integración, revisar la normativa, elaborando protocolos para centros asistenciales o sensibilizando a la población.

Algunas de las intervenciones contempladas en la estrategia son competencias de las CCAA desde un punto de vista legislativo y de titularidad de recursos materiales y humanos. No obstante, algunas de las acciones contempladas en las intervenciones pueden requerir la participación de instituciones a un menor nivel administrativo. La Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) es una asociación de ámbito estatal que engloba al 95% de las entidades locales del territorio (Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 1999b). Dentro de su organigrama cuenta con una Comisión de Trabajo de Salud Pública desde la que se desarrollan iniciativas de promoción de la salud en el marco de las competencias a este nivel, como aquellas cuestiones relacionadas con el urbanismo y la salud, la promoción de hábitos saludables o la prevención de las toxicomanías (Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), 1999a).

Uno de los actores relevantes a la hora de diseñar e implementar políticas de salud pública en materia de salud mental es la propia población, englobando a las personas a nivel individual, así como a las asociaciones y organizaciones sociales, organizaciones no gubernamentales y a aquellos grupos que cuentan con recursos y actividades a nivel comunitario que pueden jugar un papel en la promoción de la salud mental. En el apartado de la vigilancia se hacía referencia a los *Atlas Integrales de Salud Mental*, elaborados por las CCAA, como una herramienta que facilita la coordinación y la difusión de los servicios de salud mental disponibles en una localización geográfica (Salinas-Pérez *et al.*, 2020). En el momento actual, los disponibles comprenden al 65% de la población de España. Además de incorporar información sobre los servicios de salud mental de corte más asistencial, en algunos casos también se disponen de algunos recursos comunitarios o de servicios sociales genéricos. No obstante, todavía tienen limitaciones a la hora de incorporar información sobre otro tipo de recursos de las entidades locales como la atención a las adicciones a las drogas y el alcohol, la dependencia funcional o la atención a personas sin hogar. Este tipo de herramientas podrían ser de gran utilidad a la hora de facilitar la difusión a la ciudadanía y a profesionales sanitarias sobre los recursos comunitarios disponibles a diferentes niveles, mejorando también la coordinación entre diferentes instituciones.

Como se puede observar, existe gran variedad de actores e instituciones que participan en las actuaciones de salud pública dirigidas a mejorar la salud mental. Esta pluralidad obliga a disponer de mecanismos de coordinación para que las estrategias y actuaciones guarden un cierto grado de coherencia y garantizar una correcta implementación de las mismas. En este sentido, en el ámbito de las Consejerías de Sanidad y DGSP, la mayoría de las CCAA cuentan con espacios de coordinación y cooperación en el que están representados otros organismos de la administración autonómica y del nivel municipal. Estos espacios son importantes ya que

la movilización de recursos humanos, materiales y logísticos necesarios para desplegar las intervenciones en materia de salud mental rara vez recaen únicamente bajo las competencias de la Consejería de Sanidad, o se circunscriben únicamente al Sistema Nacional de Salud, aunque pueda participar en algunas de las actuaciones. Algunos de estos espacios se constituyen como comisiones monográficas intersectoriales con las partes implicadas.

En esta función de coordinación cobra especial importancia cómo el marco institucional incorpora también la visión de los y las profesionales de salud mental del sistema sanitario público, pero también a las personas con trastornos mentales y sus familiares. Las CCAA cuentan con espacios de participación de estos colectivos en el ámbito de la planificación sanitaria y la evaluación de servicios, así como con órganos de tipo consultivo-asesor y grupos de trabajo donde participan algunas asociaciones de profesionales o de familiares y usuarios. Algunas CCAA también han establecido convenios con asociaciones para desarrollar campañas de sensibilización. No obstante, en la última Estrategia de Salud Mental del 2009 se recogían los resultados de una encuesta realizada entre profesionales de la salud mental donde se evidenciaba que la participación real de familiares y usuarios todavía era escasa (Gómez Beneyto, 2009).

Por último, a nivel estatal las funciones principales del Ministerio de Sanidad en materia de salud pública en el ámbito de la salud mental guardan relación con la coordinación entre diferentes niveles de la administración, y con la asesoría y el apoyo en cuanto a la ejecución de las estrategias o intervenciones en materia de salud pública. Para ello, el Ministerio de Sanidad cuenta también con una Dirección General de Salud Pública (DGSP) y con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), órgano que funciona como una Conferencia Sectorial, donde están representadas la Administración Central y las comunidades autónomas, en la que se aprueban actuaciones coordinadas en materia de salud, como las Estrategias de Salud Mental. Asimismo, este Consejo cuenta también con una Comisión de Salud Pública que funciona como un órgano asesor y consultivo para la toma de decisiones relacionadas con este ámbito.

SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL A NIVEL INTERNACIONAL

Más allá del ámbito nacional, existen instituciones supranacionales que también juegan un papel en las políticas de salud mental que se implementan a nivel nacional.

A nivel europeo, existen organismos que se encargan de llevar a cabo tareas específicas de vigilancia en materia de salud mental para evaluar el estado de salud de la población. Desde la Comisión Europea (CE) y la

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en colaboración con el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios (OEPSS), se publica un informe de periodicidad anual denominado *Health at a Glance* donde se evalúa el nivel de salud mental de la población europea (OECD/European Union, 2020). El OEPSS también ha elaborado monográficos sobre salud mental en Europa en colaboración con los estados miembros, recogiendo tanto la información a nivel epidemiológico de los trastornos mentales, como las políticas desplegadas para abordar el impacto de los mismos y sus determinantes sociales (European Observatory on Health Systems and Policies, 2007). Por tanto, existen organismos e instituciones a nivel europeo que llevan a cabo tareas de análisis y de difusión de datos relacionados con el estado de la salud mental o con las políticas concretas relacionadas con ella.

En cuanto a políticas e intervenciones de salud pública en el ámbito de la salud mental, a nivel europeo las funciones que se llevan a cabo son de coordinación a la hora de compartir información sobre posibles iniciativas, de difusión de buenas prácticas y de financiación de proyectos concretos que van en línea con la evidencia disponible. Aunque la competencia en cuanto a la organización de los servicios sanitarios y la atención a la salud es nacional, la CE trabaja para colaborar en la implementación de políticas de salud mental en los estados miembros. También fomenta la discusión entre países sobre los marcos de enfoque y las prácticas de promoción salud mental, consiguiendo la elaboración de estrategias y marcos de actuación comunes que sirven de guía a los países europeos a la hora de aplicar sus propias políticas de salud mental (European Commission, 2005).

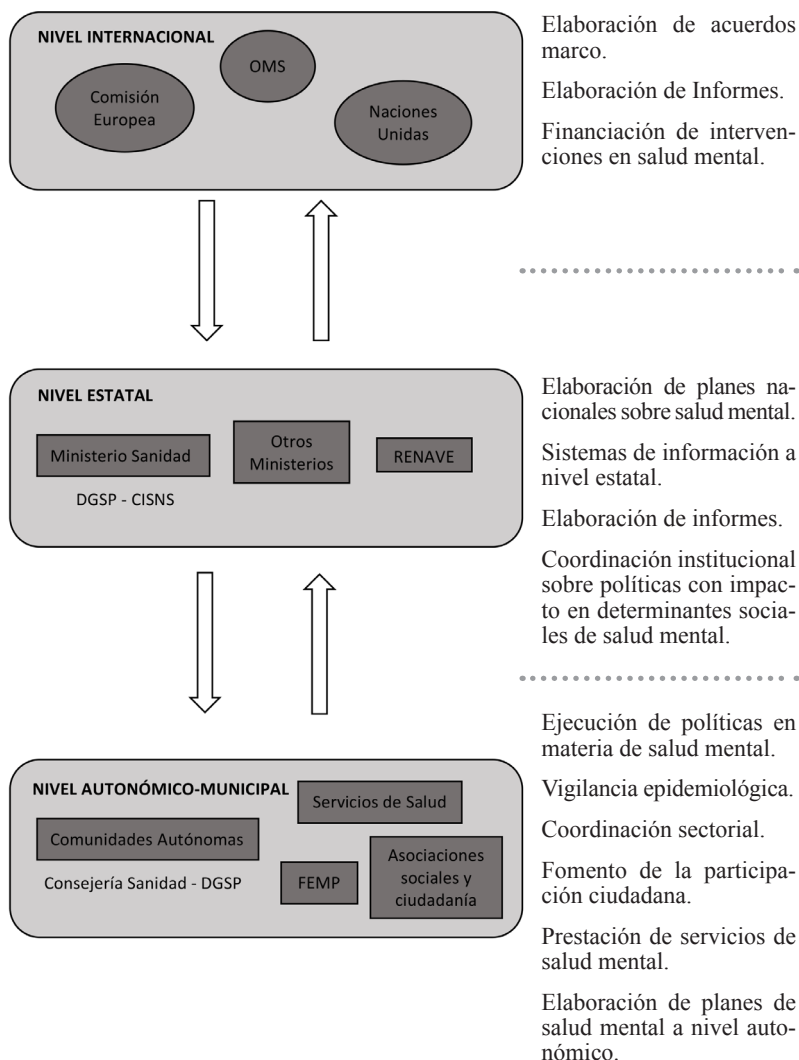
La CE cuenta con un Grupo director sobre promoción de la salud, prevención de enfermedades y gestión de las enfermedades no transmisibles que asesora sobre las mejores prácticas de cara a su implantación en los países de la Unión Europea, recibiendo asesoría también de asociaciones de salud mental a nivel europeo (European Commission, 2009, 2019). La CE colabora en materia de financiación para el desarrollo de estas intervenciones, y también complementa la acción de los gobiernos ayudando a implementar otras actuaciones en salud mental que vayan alineadas con las prioridades de la CE en la materia o con otros marcos de acción como los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los determinantes sociales de la salud mental engloban cuestiones tan centrales en el sistema económico actual –y en la discusión política de la Unión Europea– como la vivienda o el trabajo.

A nivel internacional, organizaciones como la OMS o Naciones Unidas (NU) desempeñan también un papel en las políticas de salud mental. La OMS, por ejemplo, tiene un marco de actuación similar a la CE. Bien sea a nivel internacional, bien a nivel regional más circunscrito a Europa, la OMS lleva a cabo labores de revisión de la evidencia disponible en

cuanto a intervenciones de salud mental y de fomentar la creación de espacios de intercambio de información y experiencia entre países. De estos espacios surgen planes de acción en materia de salud mental en los que se detallan los valores y visiones para la salud mental, los objetivos en el medio plazo sobre temáticas específicas, y las intervenciones propuestas para ayudar a la consecución de los objetivos planteados (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2015). En el caso de las UN algunas de las resoluciones que se adoptan con carácter vinculante pueden conllevar obligaciones a los países que se adhieren a ellas en materia de salud mental, como por ejemplo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2008).

En la figura 1 se sintetizan los diferentes niveles institucionales explicados en este capítulo con algunas de las funciones recogidas. En resumen, los actores a nivel supranacional que juegan un papel en cuestiones relativas a las políticas e intervenciones en salud mental llevan a cabo fundamentalmente funciones de coordinación, de difusión de la información sobre la evidencia disponible y de llevar a cabo iniciativas que fomenten la concienciación en materia de salud mental, lo cual facilita que luego se lleven a cabo acciones a nivel nacional, que es donde existe más margen para la ejecución de políticas concretas. Por tanto, las acciones resultan un complemento y un apoyo a los países miembros, así como una vía para fomentar la discusión sobre cómo debería ser el marco de análisis respecto de la salud mental y las inequidades existentes, así como de sus determinantes, y del marco de actuación desde el punto de vista de la salud pública sobre los trastornos mentales.

Fig. 1
ESQUEMA DE LOS DIFERENTES NIVELES INSTITUCIONALES CON PAPEL
EN LA SALUD MENTAL Y SUS FUNCIONES



BIBLIOGRAFÍA

- Acheson, D. (1988). *Public Health in England*. Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London.
- Badash, I.; Kleinman, N. P.; Barr, S.; Jang, J.; Rahman, S. & Wu, B. W. (2017). Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.1018>
- Casañas, R.; Mas-Expósito, L.; Teixidó, M. & Lalucat-Jo, L. (2020). Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 39-47. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.010>
- European Commission. (2005). *Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
- (2009). Steering Group on Health Promotion, Disease Prevention and Management of Non-Communicable Diseases. Retrieved January 24, 2022, from https://ec.europa.eu/health/non-communicable-diseases/steering-group_en
- (2019). *Mental Health: good practices and implementable research results*. Retrieved from https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-04/2019_good-practices_mental-health_en_0.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe*. (M. Knapp; D. McDaid; E. Mossialos, & G. Thronicroft, Eds.). McGrawHill. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/240346/E89814_overview.pdf
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). (1999a). Áreas Temáticas. Salud Pública. Retrieved January 24, 2022, from http://femp.femp.es/Portal/Front/Atencion_al_asociado/Comision_Detalle/_9CJy9Y2ZCoETgWRH4c6oxtnsV5z_yNLza0RZZ-j9QrrJ0kp92IX0sLV0T1oyQ1Xmpv0Ulqht_FW1fDnAbvmjbfF41GAq4ohFMgM2Q-9FFqmmV3xnvN2AmA
- Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP). (1999b). Quiénes somos. Retrieved January 24, 2022, from http://femp.femp.es/Portal/Front/ContenidoDetalle/_fxSSGDnKJvMxLPE9dEU7-YR_Iq5dCigC
- Galderisi, S.; Heinz, A.; Kastrup, M.; Beezhold, J. & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14 (2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gómez Beneyto, M. (2009). La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales? En Asociación Española de Neuropsiquiatría (Ed.), *Gestión clínica en salud mental* (1.ª edición, pp. 161-173). Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Retrieved January 24, 2022, from <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- (2014). Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Retrieved January 24, 2022, from <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. Retrieved January 24, 2022, from <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1502>
- Naciones Unidas. (2008). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Retrieved January 24, 2022, from <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020*. Paris: OECD. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Rivera de los Santos, F.; Ramos Valverde, P.; Moreno Rodríguez, C. & Hernán García, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85, 129-139.
- Salinas-Pérez, J. A.; Gutiérrez-Colosía, M. R.; Romero López-Alberca, C.; Poole, M., Rodero-Cosano, M. L.; García-Alonso, C. R. & Salvador-Carulla, L. (2020). Todo está en el mapa: Atlas Integrales de Salud Mental para la planificación de servicios. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.015>
- Segura, A.; Villalbí, J. R.; Mata, E.; De la Puente, M. L. I.; Ramis-Juan, O. & Tresserras, R. (1999). Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 13 (3), 218-225. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71353-1](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71353-1)
- Thacker, S. B. & Berkelman, R. L. (1988). Public health surveillance in the united states. *Epidemiologic Reviews*, 10 (1), 164-190. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036021>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). *The European Mental Health Action Plan*. World Health Organization. Retrieved from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Accion-Plan-2013-2020.pdf
- World Health Organization. (2001). *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (2010). Health information systems. Retrieved January 24, 2022, from https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section3_web.pdf

CAPÍTULO 12

¿QUÉ LE PASA A MI POBLACIÓN? SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL EN SALUD PÚBLICA

Alejandro Martínez, Nicolás Rosillo, Antonio González, Raquel González

Imaginemos que queremos evaluar el impacto de una intervención de mejora de la calidad de vida de personas con un diagnóstico en salud mental en mi zona básica de salud, o implementar un programa de prevención del suicidio en la ciudad, o, por qué no, planificar una estrategia de salud mental para el Sistema Nacional de Salud. ¿Por dónde empezamos? Entre otras muchas cosas, nos hará falta información: qué *percepciones* tienen los hombres y las mujeres de mi zona sobre su bienestar, cuál ha sido la *incidencia* de suicidio en la ciudad en los últimos 10 años, cómo se encuentran los *indicadores* sobre la salud mental de la población y sus factores condicionantes en cada comunidad autónoma (así por empezar pidiendo poco).

La acción en salud pública comienza por conocer el estado de la salud y el bienestar de la población y sus determinantes socioeconómicos y ambientales. En este capítulo vamos a repasar los sistemas de información epidemiológica en salud mental y determinantes sociales de la salud. En España nos encontramos en una etapa de transición hacia un sistema de vigilancia epidemiológica integral en el que se incluirá la salud mental y los determinantes, de ahí el interés por centrar el enfoque de este capítulo en un marco de vigilancia epidemiológica: para comprender una parte fundamental de la salud pública, y animar a los profesionales de la salud mental a participar en esta transición.

Como profesionales desde la clínica y la comunitaria puede que el contacto con los sistemas de información haya sido arduo y fatigoso, quizás lastrado por la incomprensión mutua. Dedicar un tiempo precioso de la consulta a hacer demasiados clicks en una pantalla, información que se envía sin saber muy bien a dónde va, y que vuelve en forma de objetivos del contrato programa del centro que hay que cumplir, o en forma de estrategias macro que no entiendes muy bien qué están aportando a tu intervención diaria. Somos conscientes de las limitaciones del desempeño de los sistemas de información en la práctica sanitaria, que tienen que ver, además de con las dificultades tecnológicas y la calidad de los datos, con una falta de integración y de formación de los profesionales clínicos y comunitarios en el círculo de generación y devolución de la información

(Moreno Küstner, 2012). Justo por esto nos parecía oportuno en este libro introducir las bases y la utilidad de los sistemas de vigilancia en el marco de la salud pública, así como algunas de sus potencialidades y limitaciones desde la experiencia en nuestro entorno. Esperamos que pueda aportar algo en ese pensar en común entre profesionales salubristas, clínicas, y sociedad organizada, además de sobre qué conocimiento en salud mental poblacional queremos producir, cómo queremos hacerlo, y qué hacer con él.

Comenzaremos por introducir algunos conceptos básicos de la vigilancia epidemiológica y de su situación actual en el estado español, en segundo lugar describiremos las principales fuentes de información en salud mental y sus determinantes, después trataremos algunos sistemas de información en salud mental a nivel internacional, y terminaremos revisando algunas aportaciones a la vigilancia desde los modelos de salutogénesis y metodologías cualitativas y participativas.

LA EPIDEMIOLOGÍA, LA VIGILANCIA, LOS INDICADORES

¿De qué hablamos? Empezaremos recordando que la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de los fenómenos relacionados con la salud y su aplicación al control de problemas de salud y promoción de la salud (Coggon *et al.*, 2011; Royo, 2009). Así, llamamos *vigilancia epidemiológica* a la recogida sistemática y continua, análisis, interpretación y difusión de información epidemiológica relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan (Ley General de Salud Pública, 2011).

¿Para qué? La vigilancia epidemiológica debe servir para monitorizar el estado de salud mental, sus determinantes y las desigualdades sociales en salud; detectar cambios precozmente en los problemas de salud y sus determinantes, que permita ser un sistema de alertas rápidas ante emergencias en salud pública; establecer prioridades y diseñar y evaluar políticas y estrategias específicas.

Desde un marco de «información para la acción», la información de los sistemas de información y la vigilancia epidemiológica está vinculada a la elaboración, seguimiento y la evaluación de intervenciones en salud pública, con el fin último de contribuir a mejorar la situación de salud mental de las poblaciones y la justicia social. No puede ser un fin en sí mismo.

¿Vigilar el qué? La información se puede referir a varios aspectos: el relacionado con los problemas de salud, los diagnósticos, el bienestar, y sus determinantes; con el acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de los grupos sociales; con el desempeño de los servicios de salud; etc.

La unidad de información epidemiológica inicial son los *datos* y son recogidos a partir de diferentes recursos, denominados *fuentes de información*. Pueden ser fuentes primarias, si se han creado específicamente para el objetivo del sistema de vigilancia, como las notificaciones de enfermedades de declaración obligatoria o los registros de mortalidad; o fuentes secundarias, si se han originado en principio para otros propósitos, como el censo de población, que resulta de utilidad para la vigilancia de los determinantes sociales de la salud. En otro orden de clasificación, los datos pueden ser recogidos a partir de registros de actividad asistencial o administrativos, como el Registro de Atención Sanitaria Especializada o el de Atención Primaria; o de fuentes poblacionales como las encuestas de salud: citaremos la Encuesta Nacional de Salud como una de las principales. Cada una ofrece una información algo diferente, y es importante conocer la fuente para una interpretación adecuada de los resultados.

Por otro lado, con los datos recogidos se construyen los *indicadores*. Un indicador es una medición que capta información relevante sobre características de la salud de la población y el funcionamiento de un sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2018), que resulta de utilidad para describir y monitorear el estado de salud poblacional. Por ejemplo, la tasa de mortalidad por suicidio en una población y año es un indicador. Los datos serían el número de casos de muertes por suicidio (el numerador) y el total de personas viviendo esa población y año (el denominador).

¿Cómo ha de hacerse? La recogida de información es el aspecto primario de un sistema de vigilancia epidemiológica. Debe ser sistemática, uniforme, de calidad y con periodicidad suficiente para detectar cambios. La recogida y procesamiento de información es tarea de una cadena de diferentes profesionales, generalmente personal sanitario. Para más detalle, el capítulo 11 repasa las instituciones responsables de la vigilancia y de la acción en salud pública en los diferentes ámbitos y niveles administrativos.

En vigilancia epidemiológica y en epidemiología en general, los datos e indicadores suelen ser cuantitativos, producidos por herramientas basadas en el método epidemiológico estadístico. Esta información ha permitido describir la magnitud de los problemas de salud en la población general y por grupos sociales, visibilizar las desigualdades sociales en salud, comparar poblaciones según determinantes estructurales, evaluar las prácticas institucionales, etc. Es cierto que este tipo de información se ha convertido en la forma hegemónica de practicar la vigilancia y la investigación epidemiológica, y su pretendida objetividad puede ocultar las preconcepciones y sesgos involucrados en la «construcción del dato», además de no resultar suficiente para captar la complejidad de los fenómenos sociales en los que están incluidos los procesos de salud y enfermedad, como es evidente en salud mental; por eso se ha propuesto desde diferentes lados una integración de metodologías cualitativas

y otras epistemologías en la epidemiología y la vigilancia (Espelt *et al.*, 2016; Popay, 2003; Segura del Pozo, 2007).

Algunos ejemplos de sistemas de vigilancia en España son el sistema de vigilancia de la mortalidad, de los defectos congénitos, del cáncer, de la morbilidad laboral, de aspectos relacionados con las adicciones o drogas, de los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, de factores ambientales, de accidentes de tráfico, etc (Margolles Martins, 2010). El más conocido y clásico es el sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria, articulado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). A modo de ejemplo, funciona de la siguiente manera: cuando en atención primaria u hospitalaria se diagnostica una enfermedad, brote o microorganismo sujetas a vigilancia epidemiológica, se notifica a los servicios de epidemiología de cada comunidad autónoma, que recogen, completan y analizan esta información y realizan la investigaciones epidemiológicas oportunas. Desde aquí es enviada con una periodicidad determinada al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), que realiza la agregación, análisis y difusión de la información, y la notifica al Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC). Esta información orienta las medidas de prevención y control de esas enfermedades transmisibles en los diferentes niveles administrativos y en el ámbito asistencial.

La difusión de la información se realiza a través de informes periódicos y artículos científicos. Los informes de la RENAVE (CNE, 2022) describen las enfermedades infecciosas a través de tablas y gráficas con el número absoluto de casos y la incidencia, desagregados por sexo, edad y comunidad autónoma. También pueden incluir tendencias temporales, así como otras variables de interés según la enfermedad. La información relacionada con la mortalidad también se difunde a través de atlas y mapas que muestran la distribución geográfica por provincia o municipio.

Y para terminar de entendernos...

La vigilancia epidemiológica se distingue de lo que comúnmente entendemos como *investigación* en cuanto a que es una recogida y análisis de información *sistemática*, con una *periodicidad* suficiente para detectar cambios, y necesariamente vinculada a la acción; si bien se entrelazan continuamente.

Por otro lado, los sistemas de vigilancia son diferentes a los *observatorios de salud*: mientras que los sistemas de vigilancia suelen producir de manera primaria los datos de salud con una estructura dedicada a esto, los observatorios integran información de diferentes fuentes de información sanitarias y también del ámbito social y económico ya existentes, tienen un papel más destacado en la difusión de la información, y suelen vincular la información en salud a acciones y políticas llevadas a cabo en el territorio. Ambos son complementarios y el grado de desarrollo de uno u otro depende de las necesidades y de los recursos de cada contexto.

Por último, la *monitorización* y la *vigilancia* pueden ser muy similares, pero la *monitorización* se asocia con la evaluación y el seguimiento de una intervención o acción.

LA VIGILANCIA DE LA SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES SOCIALES EN ESPAÑA

Como comentábamos, la *vigilancia* epidemiológica en España se encuentra actualmente en transición hacia una *vigilancia* integral en salud pública que incluya los principales problemas de salud y sus determinantes sociales. Esta perspectiva ya se incorporó en la Ley General de Salud Pública de 2011, pero el periodo posterior a la crisis económica de 2008 paralizó su implementación. En 2018 se inició el desarrollo legislativo de la nueva Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública, reforzándose ahora tras haber sido evidente su necesidad durante la pandemia de COVID-19. Esa Red se integrará en el futuro Centro Estatal de Salud Pública (Presidencia del Gobierno, 2021).

Hasta ahora no existe en España un sistema de *vigilancia* en salud mental propiamente dicho, si bien existen muchas fuentes de información a nivel estatal, autonómico y local. Algunas Comunidades Autónomas tienen sistemas de información sanitaria de salud mental más desarrollados (AQuAS, 2022; Pedro-Cuesta *et al.*, 2018); también se ofrece información sobre el estado de salud mental de la población en los informes periódicos de salud (Ministerio de Sanidad, 2021b) y en los planes de salud mental (Área de Derechos Sociales, 2018; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007; Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018; Servicio Galego de Saúde, 2020) más detallados territorialmente cuanto más locales. A este respecto recomendamos la lectura del trabajo publicado por el CNE en 2018 titulado «Salud mental y salud pública en España: *vigilancia* epidemiológica» (Pedro-Cuesta *et al.*, 2018), ya que constituye una revisión extensa y recoge varias propuestas. También desde las sociedades científicas se han promovido algunos trabajos relacionados, como el Observatorio de Salud Mental que desarrolló la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009), que recogía información sobre la organización de los Servicios de Salud Mental de las Comunidades Autónomas; o el informe de indicadores para la evaluación de los sistemas de salud mental en España de la Sociedad Española de Psiquiatría (Salvador-Carulla *et al.*, 2010). Por último, cabe destacar las herramientas de visualización espacial de la información en salud mental, como los Atlas Integrales de Salud Mental, que pueden constituir un gran apoyo para la planificación eficaz y equitativa de servicios (Salinas-Pérez *et al.*, 2020).

Por otro lado, en las últimas décadas el interés por los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud ha ido creciendo y consolidándose

en el campo de la salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. En 2008, el Ministerio de Sanidad puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que recomendó el desarrollo de sistemas de información que permitieran estudiar la evolución de las desigualdades sociales, una red estatal de vigilancia de la equidad en salud (Ministerio de Sanidad, 2010). Los sistemas de vigilancia epidemiológica en España han recogido de manera muy limitada información relacionada con los determinantes sociales de la salud, si bien existen experiencias notables de monitorización de los determinantes en algunos territorios, y se observa un esfuerzo de integración de las diversas fuentes de información en la elaboración de muchos de los trabajos de difusión del estado de la salud de la población (Díaz Olalla *et al.*, 2020; Ministerio de Sanidad, 2021b; Observatorio de Salud en Asturias, 2018). Actualmente, el Grupo de Trabajo de Vigilancia de la Equidad y Determinantes Sociales de la Salud en el Ministerio de Sanidad ha elaborado una propuesta muy completa de cara al desarrollo de la nueva Estrategia de Vigilancia en Salud Pública (Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad, 2021).

Uno de los retos en el desarrollo de un sistema así es la integración de datos de salud mental y sus determinantes, siendo una de las principales limitaciones la separación de las fuentes de información social y sanitaria (Espelt *et al.*, 2016). Además, existen numerosas trabas para la integración de datos de fuentes administrativas y sanitarias, principalmente derivadas de la política de protección de datos vigente. Desde el ámbito académico existen más ejemplos de cruce de datos administrativos y sanitarios. Uno de ellos es el uso del censo y los registros de mortalidad, que han mostrado por ejemplo el gradiente social de la mortalidad por suicidio, especialmente en hombres (López-Contreras *et al.*, 2019; Reques *et al.*, 2014), así como las desigualdades socioeconómicas y medioambientales en la distribución geográfica de la mortalidad en grandes ciudades (MEDEA3, 2021). Otro serían los trabajos que enlazan los datos clínicos con registros con información social, explorando por ejemplo diferencias por sexo y país de nacimiento en el diagnóstico de trastornos psiquiátricos (Soler-Blasco *et al.*, 2018). Estos estudios han visibilizado el potencial de la monitorización de los determinantes sociales para comprender la evolución de las desigualdades sociales en la salud mental a lo largo del tiempo y la influencia de factores contextuales como crisis económicas (Moreno *et al.*, 2020). Y desde la administración sanitaria se pueden citar otros ejemplos: en algunas Comunidades Autónomas existe vinculación entre la historia clínica electrónica del sistema sanitario con el sistema social, que forma parte del desarrollo de modelos de atención integrada de atención sanitaria y social (Consell Assessor de Salut, 2019) y cuya utilidad puede ser pertinente explorar para la vigilancia de los determinantes sociales.

Las fuentes de información en salud mental a nivel estatal que tienen un mayor grado de desarrollo y se actualizan periódicamente son principalmente aquellas disponibles en el Portal Estadístico de la web del Ministerio de Sanidad (<https://estadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S>). Cualquier persona puede acceder a esta información y construir un pequeño *observatorio casero*: esta herramienta interactiva permite consultar un enorme conjunto de datos y transformarlos en gráficos y tablas personalizadas, lo cual reviste un gran interés para administradorxs sanitarios, políticxs, profesionales de la comunicación y de la comunidad científica en general, y puede ayudar a integrar el enfoque poblacional y de determinantes sociales en la consulta.

De este modo, nos centraremos en explorar la Encuesta Nacional/Europea de Salud, el Catálogo Nacional de Hospitales, el Conjunto Mínimo Básicos de Datos y la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Este es también el planteamiento del borrador de la próxima Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026, que en su apartado dedicado a la evaluación de la Estrategia recoge la necesidad de constituir un Comité de Seguimiento y Evaluación que, partiendo de las fuentes de información anteriormente señaladas (entre otras), estudia indicadores de estado de salud, morbilidad, acceso a servicios, gasto y recursos sanitarios, además de aquellos relativos a suicidio.

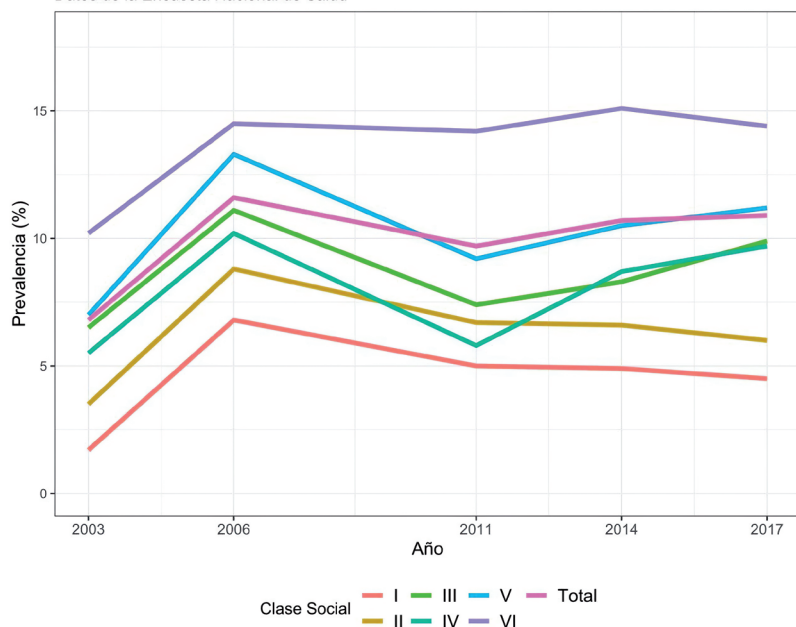
Encuesta Nacional de Salud de España y Encuesta Europea de Salud en España

A nivel de población general tenemos la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE). Estas encuestas presentan datos del estado de salud y de los determinantes individuales, sociales y medioambientales de la salud, así como del uso que se hace de los servicios sanitarios. Cada indicador se tabula según el sexo, la edad, el país de origen, el nivel de estudios o la clase social, así como según el hábitat, la situación laboral y otras variables.

En lo referente a salud mental, en el apartado de Estado de Salud es donde se encuentran los indicadores directamente relacionados. Concretamente, dentro de *Morbilidad crónica* obtenemos información relacionada con *Depresión*, *Ansiedad* y *Enfermedades mentales*. En la encuesta se pregunta si las han padecido alguna vez, si ha sido en los últimos doce meses y si ha sido diagnosticada por un médico. Se considera que la ha padecido si las respuestas a las dos últimas preguntas son positivas. La herramienta permite diseñar nuestras propias tablas y gráficos a partir de los datos. Con conocimientos muy básicos también podemos descargarlos y elaborar nuestras propias figuras, como hemos hecho nosotras...

Figura 1.
ENFERMEDAD MENTAL SEGÚN AÑO Y CLASE SOCIAL

Evolución de la prevalencia de enfermedad mental
Datos de la Encuesta Nacional de Salud



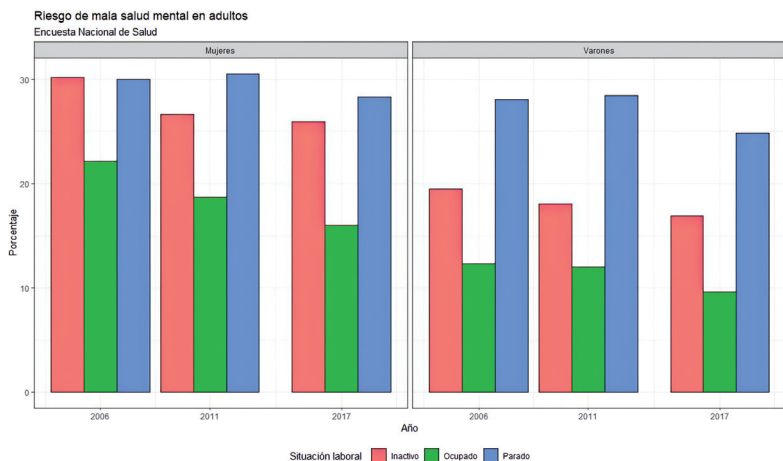
- **Comentario:** observamos un claro gradiente entre clase social, prácticamente mantenido a lo largo de los años. Las categorías de clase social consideradas en la ENSE son las de la clasificación propuesta por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), adaptada para la ENSE, que se obtienen a partir de la ocupación. Por otro lado observamos que la prevalencia se ha conservado más o menos constante (exceptuando quizás dos de los grupos sociales) pero entre 2003 y 2006 se aprecia un crecimiento excesivamente marcado: este tipo de eventos, a falta de otro tipo de explicación sobre un aumento real de esa prevalencia en la población, nos tiene que hacer pensar en alguna modificación en la recogida de datos.

También dentro del apartado de *Estado de salud* encontramos un módulo de *Salud mental* que emplea como indicadores los denominados *Riesgo de mala salud mental* en población adulta e infantil. En el primer caso

se emplea el Cuestionario de Salud General de 12 preguntas (GHQ-12), un instrumento que permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de padecimiento psicológico en población general. El cuestionario explora el estado de la persona durante el último mes respecto a su estado habitual y consta de 12 preguntas a las que la persona entrevistada responde mediante una escala de Likert. La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Las personas con 3 o más puntos se consideran en riesgo de mala salud mental:

Figura 2.

RIESGO DE MALA SALUD MENTAL SEGÚN SEXO Y SITUACIÓN LABORAL



- **Comentario:** observamos la conocida diferencia por sexo que se pone de manifiesto en muchos problemas de salud mental (ansiedad y depresión, por ejemplo), las mujeres presentan mayor riesgo de mala salud mental que los hombres (sobre todo en población inactiva). Entre 2006 y 2017 este indicador parece haber mejorado.

Pero en la ENSE y la EESE también encontramos otros indicadores que pueden estar muy relacionados con la salud mental de la población y que os invitamos a explorar entrando en el portal. En el apartado de *Medio Ambiente* podemos consultar los relacionados con características de la vivienda, condiciones laborales, trabajo reproductivo, apoyo social o discriminación. En Estilos de vida y prácticas preventivas encontramos otros referentes a consumo de bebidas alcohólicas, descanso, actividad física o alimentación.

Otras encuestas de salud poblacionales

En el ámbito autonómico y local también existen numerosas encuestas de salud que suelen permitir un análisis geográfico más detallado del estado de salud y sus determinantes (Requena *et al.*, 2013). Son escasas las encuestas específicas de salud mental que incluyen determinantes sociales; un ejemplo reciente es la encuesta sobre la salud mental durante la pandemia de la COVID-19 (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2021), o el proyecto ESEMeD (Haro *et al.*, 2006), encuesta monográfica de salud mental realizada hace ya unos años. Otras encuestas de interés en salud mental son las realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas (p. ej. EDADES), que recogen información sobre el sexo, el nivel de estudios y la nacionalidad, y sobre el ámbito penitenciario (2020). Otras encuestas de las administraciones del ámbito social y económico son frecuentemente utilizadas para informar de los determinantes sociales de la salud en la población, sin ser cruzadas con datos de salud, como son la Encuesta de Población Activa, la Encuesta de Condiciones de Vida, etc.

Base de Datos Clínicos de Atención Primaria

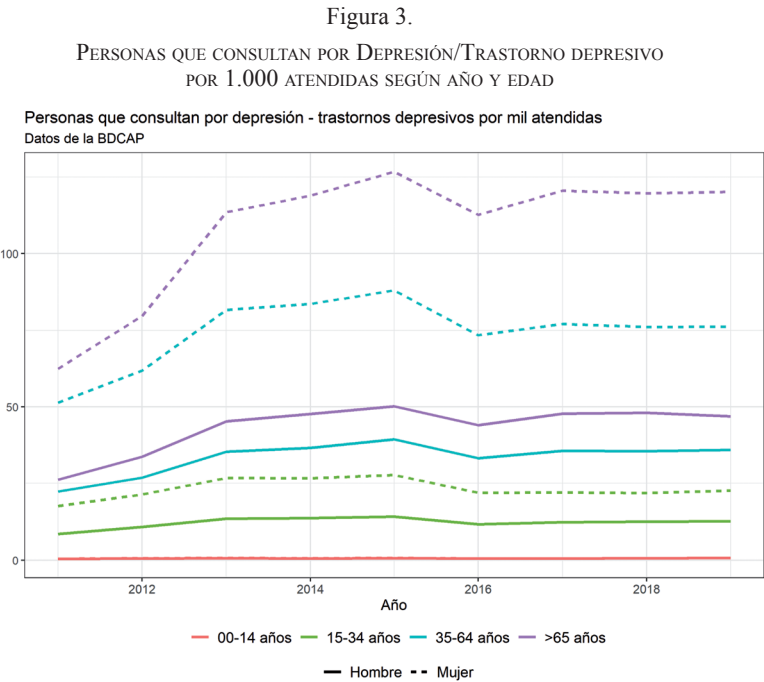
Mientras que las encuestas de salud descritas en el apartado anterior hablan sobre población general, con los datos incluidos en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) descendemos a un nivel clínico, ya que esa información pertenece a personas que acuden al centro de salud. Este factor debe ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados dado que esta población tendría características diferentes a la población general.

La BDCAP recoge información clínica de una muestra aleatoria de 4,8 millones de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria de todas las comunidades autónomas, relacionada con problemas de salud, procedimientos diagnósticos, interconsultas, procedimientos terapéuticos, medicamentos o valores de parámetros. Esta información puede desagregarse por sexo, edad, nivel de renta, país de nacimiento, situación laboral, tamaño del municipio del centro de salud. El nivel de renta es un ejemplo de aproximación, elaborada a partir del código de aportación farmacéutica que aparece en la base de datos de tarjeta sanitaria. Más abajo veremos un ejemplo de sus posibilidades y limitaciones.

Un informe monográfico sobre salud mental elaborado a partir de la BDCAP (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021) contiene un ejemplo interesante de la utilidad de las bases de datos clínicas para evaluar el desempeño de los servicios sanitarios en relación a la prevención cuaternaria, con indicadores sobre recomendaciones de «no hacer» (Sociedad Española de Psiquiatría, 2016), que muestran una prescripción

excesiva de benzodiacepinas y neurolépticos para el insomnio en personas de edad avanzada.

Actualmente está disponible en esta modalidad interactiva la información codificada sobre los problemas de salud activos en cada año, las interconsultas solicitadas al nivel de Atención Especializada, medicamentos dispensados, visitas o contactos con atención primaria y la exploración de comorbilidad:



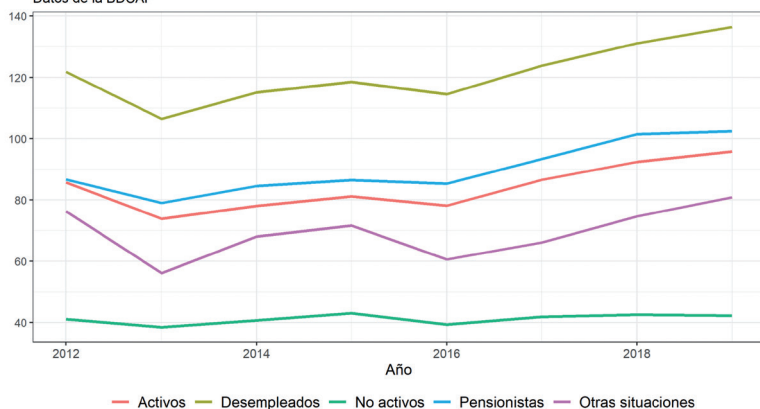
- **Comentario:** los datos muestran la conocida relación entre las variables de edad y sexo y la consultas por problemas catalogados como depresión en atención primaria (Bacigalupe *et al.*, 2020). Existe una clara tendencia a un aumento en el número de personas que consultan por cada mil atendidas conforme la edad se incrementa. Además, en todos los grupos de edad el número de mujeres que consultan es superior al de hombres. Respecto a la evolución temporal podría plantearse la existencia de un aumento de casos hasta 2015 y luego una estabilización. Como hipótesis podríamos plantear el posible efecto de la crisis económica de 2008, cuyas

consecuencias sociales comenzaron a ser más evidentes a partir de 2010 (Gili *et al.*, 2014); si bien no se puede extraer este tipo de conclusiones de una sola gráfica, sino que deben estar basadas en evidencia complementaria.

Figura 4.

PERSONAS QUE CONSULTAN POR TRASTORNOS DE ANSIEDAD/ESTADO
DE ANSIEDAD POR 1.000 ATENDIDAS SEGÚN AÑOS Y SITUACIÓN LABORAL

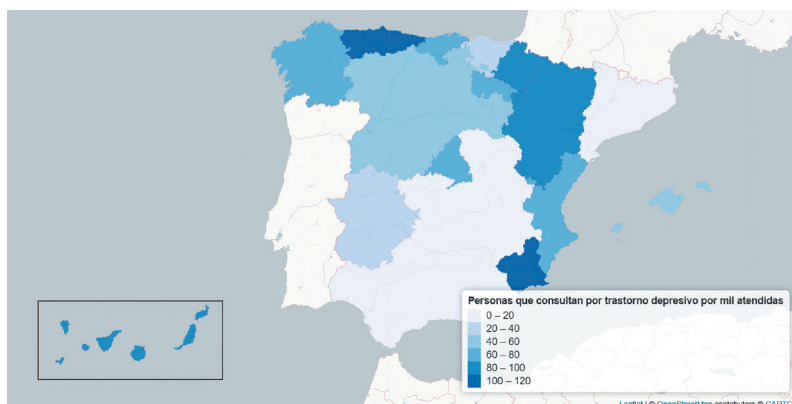
Personas que consultan por trastornos de la ansiedad - estado de ansiedad por mil atendidas
Datos de la BDCAP



- **Comentario:** observamos tasas mucho más elevadas de problemas de ansiedad en desempleados que en el resto de grupos. Resulta llamativo que los problemas de ansiedad sean más frecuentes en pensionistas que en población activa.

Figura 5.

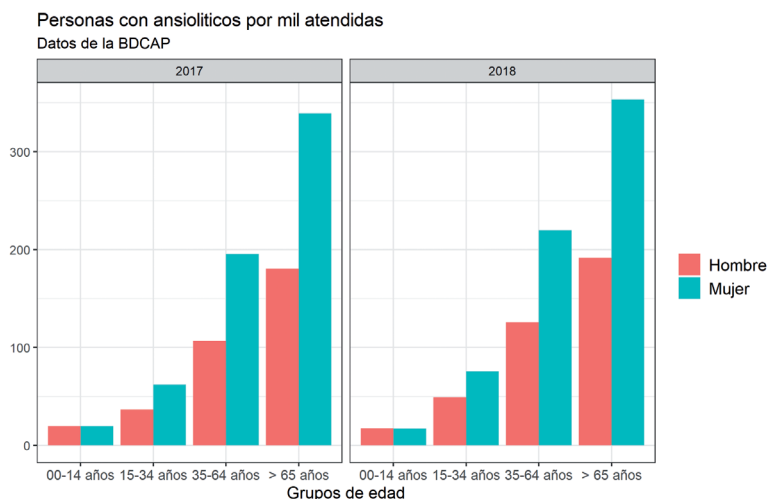
PERSONAS QUE CONSULTAN POR TRASTORNO DEPRESIVO
POR 1.000 ATENDIDAS SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA (PERÍODO 2011-2019)



- **Comentario:** la elaboración de figuras por comunidad autónoma nos permite comparar entre distintas regiones de España, pero a la vez pone sobre la mesa una de las grandes limitaciones de nuestros sistemas de información. Se trata de la disparidad con la pueden recogerse los datos en las distintas comunidades, lo cual a veces restringe cualquier tipo de conclusiones que vinculen el área geográfica con problemas de salud mental. Esto suele ocurrir especialmente en las primeras etapas de desarrollo de una fuente de información.

Figura 6

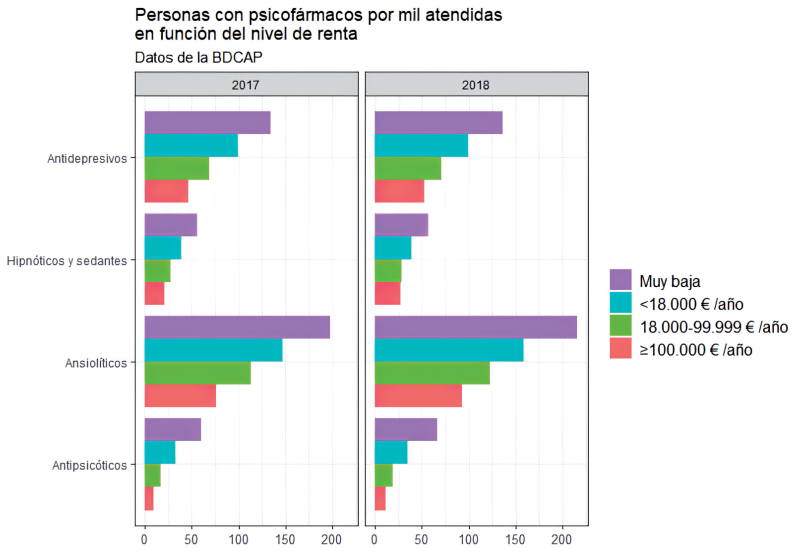
PERSONAS CON CON MEDICACIÓN ANSIOLÍTICA POR 1.000 ATENDIDAS SEGÚN AÑO Y EDAD



- **Comentario:** la figura pone en evidencia lo que interpretamos como un problema del exceso de consumo de psicofármacos, el cual es más acusado en mujeres y que muestra una marcada tendencia a incrementarse en función de la edad (Bacigalupe & Martín, 2021). Aunque no disponemos de más datos en la BDCAP de años anteriores, si consultamos otras fuentes podemos comprobar una tendencia al aumento en el consumo de estos psicofármacos a lo largo de los años (AEMPS, 2021). Esto también ocurre con los antidepresivos (AEMPS, 2015).

Figura 7

PERSONAS CON PSICOFÁRMACOS POR 1.000 ATENDIDAS SEGÚN AÑO Y NIVEL DE RENTA



- **Comentario:** otro de los determinantes cruciales en el ámbito de la salud mental es el nivel de renta. Pese a que los tramos de renta no permiten una discriminación mayor, ya podemos observar un gradiente en la prescripción de psicofármacos en función del nivel de ingresos. También tendremos en cuenta una probable menor utilización de los servicios públicos de atención primaria de las personas con mayores rentas para este tipo de procedimientos terapéuticos (Urbanos-Garrido, 2016).

Catálogo Nacional de Hospitales

Para llevar a cabo una vigilancia orientada a la acción, es muy importante conocer las capacidades y recursos disponibles en los servicios de salud. El catálogo Nacional de Hospitales proporciona numerosos indicadores de todos los centros de atención especializada de nuestro país. Resulta especialmente útil de cara a la planificación de los servicios de salud, ya que proporciona datos como las camas disponibles en unidades de corta estancia de psiquiatría. Es importante destacar que dicho registro incluye los hospitales de salud mental y los centros de tratamiento de toxicomanías, siempre y cuando dispongan de más de 10 camas de internamiento. Gracias al mismo, podemos saber que dichos centros disponen de 12.749 camas disponibles en 2021, así como su titularidad. (Ministerio de Sanidad, 2020b)

Las fuentes de datos que lo nutren son el Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (REGCESS) y el Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE), cuyos datos proporcionan las CCAA y los propios centros sanitarios.

Registro de Actividad de Atención Especializada

El Registro de Actividad Sanitaria Especializada-Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) integra información administrativa y clínica de las pacientes atendidas en Atención Especializada, incluyendo modalidades asistenciales ambulatorias y al sector privado. Existen bases de datos independientes para los ingresos hospitalarios (CMBD-H) y la atención hospitalaria ambulatoria (CMBD-AAE). Debido a su mayor uso, calidad y recorrido nos centraremos en el primero.

El CMBD-H incluye variables sociodemográficas básicas, como edad y sexo del paciente, administrativas, como las fechas del episodio de atención (alta, intervención, visita) y clínicas, como los diagnósticos o procedimientos para cada episodio de hospitalización. Para la obtención de estas variables se emplea el informe de alta hospitalaria, el cual es interpretado por un codificador, cuya tarea es traducir el lenguaje natural de ese informe en códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Estos códigos son empleados para el cálculo de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico, que son clústeres de comorbilidades usados para aproximar el coste de la atención sanitaria de cada paciente. La financiación de cada centro sanitario, vía presupuestos autonómicos, está condicionada por la tipología y el número de GDR atendidos.

Debido al carácter clínico-administrativo de este registro, existen algunos aspectos a tener en cuenta antes de que sea empleado en procesos de vigilancia epidemiológica o investigación en salud. En primer lugar, el

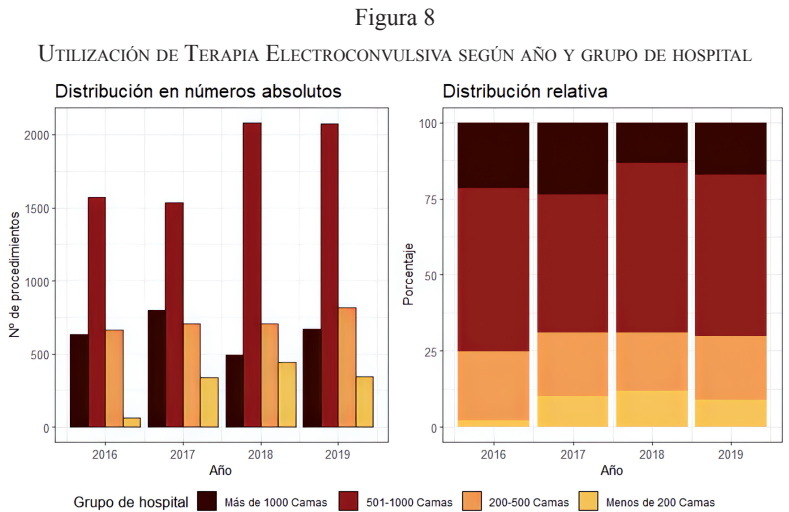
CMBD-H ha empleado distintas versiones de la CIE a lo largo de su historia, lo cual puede comprometer la comparabilidad de los datos a lo largo de las series históricas. Hasta el año 2015 se empleó la 9ª edición de la CIE, la cual fue sustituida por la 10ª edición a partir de 2016. La implementación de la CIE-10 fue muy tardía en comparación con otros países como Reino Unido, que la realizaron en los primeros años del siglo XXI. Esta situación puede comprometer las comparaciones con datos hospitalarios internacionales. El uso de varias clasificaciones requiere, por tanto, la utilización de traducciones o «mapeos» estandarizados para evaluar una enfermedad concreta, lo cual presenta importante riesgo de sesgos y pérdida de información. Además, en 2016 hubo un importante infraregistro debido a problemas de implementación, como observaremos más adelante.

En segundo lugar, existen dudas fundadas sobre la validez y calidad de los diagnósticos y procedimientos codificados en el CMBD-H. Como la información se obtiene del informe de alta existe una sobrerrepresentación de los diagnósticos y procedimientos importantes (ej. infarto, terapia electroconvulsiva, etc.), mientras que otros no son reflejados (tabaquismo, consumo de alcohol, dislipemia). Esto se ve reforzado por las auditorías que se realizan de la codificación en los centros sanitarios, centradas en la buena codificación de los eventos que pueden comprometer el pronóstico (y aumentar el coste de la asistencia sanitaria), más que en generar un registro clínico de calidad.

El CMBD, por tanto, presenta limitaciones para su uso derivado de su idiosincrasia administrativa. Sin embargo, resulta útil para la determinación de las causas de ingreso hospitalarias, así como en la evaluación de la utilización y uso de recursos sanitarios. Es una fuente importante de vigilancia epidemiológica e investigación en patología grave e intervenciones complejas, con aportaciones relevantes en la evaluación de variables como tasas de hospitalización, de reingreso, estancia media y letalidad hospitalaria. (Carnero-Alcázar *et al.*, 2021; de Miguel-Díez *et al.*, 2014) Actualmente, se está explorando su validez en distintas áreas (Bernal *et al.*, 2019; Caverro-Carbonell *et al.*, 2017; Hernández Medrano *et al.*, 2017), aunque no se han encontrado estudios en psiquiatría. Aún queda camino por recorrer para lograr su integración con otras bases de datos clínico-administrativas (BDCAP, CMBD-AAE) o administrativas (registros de mortalidad, padrón, etc.), a la imagen de los países escandinavos. Esto es debido a los problemas legales y técnicos para la unión de estas bases de datos, así como a la heterogeneidad de su codificación y estructura. Existen importantes iniciativas para solucionar este problema, como son el desarrollo del lenguaje SNOMED (2022) y los modelos de estructura de datos sanitarios como OMOP (OHDSI, 2016) lo cual permitirá a medio y largo plazo una mejor integración de los datos.

Por tanto, el CMBD es una herramienta útil para los planificadores sanitarios y decisores políticos, al proporcionar información de carácter

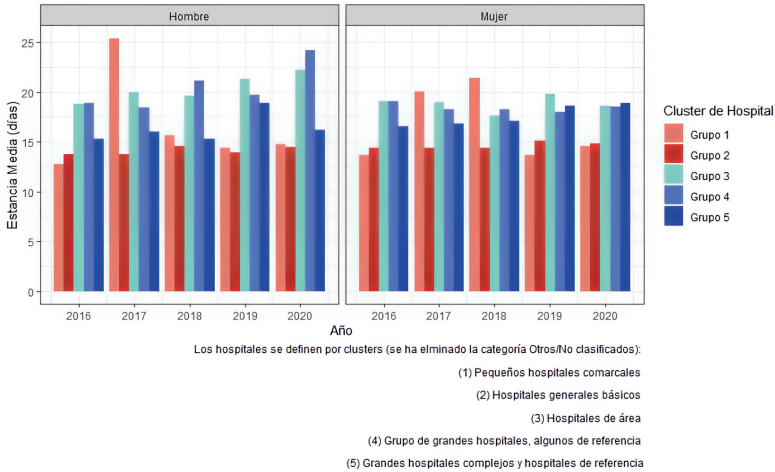
estructural, así como facilitar las comparaciones entre tipos de centros y CCAA. Resulta una herramienta prometedora para la realización de estudios de investigación o epidemiológicos, en la medida que mejore la calidad de los registros. A continuación os mostramos una serie de ejemplos actuales de su uso:



- **Comentario:** en este caso podemos evaluar la distribución de la utilización de terapia electroconvulsiva en función del tamaño del hospital de atención. Como hemos comentado previamente, se observa un menor número de procedimientos en 2016 y 2017, sobre todo en los grupos formados por los hospitales de menos de 200 camas y los de 500-1000 camas. Esto pudo deberse a problemas de codificación en los primeros años de la implantación de la CIE-10 como sistema de codificación, o a verdaderos cambios que se han acontecido. Es preciso disponer de información adicional sobre recursos y estructura de cara a obtener conclusiones definitivas a partir de datos clínico-administrativos.

Figura 9

ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA EN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA SEGÚN SEXO
Y GRUPO DE HOSPITAL



- **Comentario:** en este gráfico observamos la diferencias en la estancia media por sexo y cluster de hospital. Por clúster entendemos las agrupaciones que realiza el CNH en función de la casuística de cada hospital, generando grupos con similares resultados y casuística. Los tipos de hospitales incluidos en cada grupo se encuentran en la leyenda del gráfico. Se observa una estancia media muy similar entre hombres y mujeres. Respecto al tipo de hospital, se objetiva una menor estancia en los hospitales comarcales y generales pequeños, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, como en el caso anterior debemos considerar problemas originados por las características de la base de datos. En 2017 se observa una estancia media mayor en el grupo de hospitales pequeños tanto en hombres como mujeres respecto al resto de la serie. Esto puede ser real o puede estar condicionado, por ejemplo, por la inclusión de algunos centros de larga estancia en este cluster. Es preciso un análisis detallado del CNH, así como de la validez del CMBD en la patología estudiada previamente para obtener cualquier conclusión.

Registros de mortalidad

El Portal Estadístico de la web del Ministerio de Sanidad también proporciona información sobre las defunciones contenidas en el registro de mortalidad según causa de muerte, elaborado anualmente por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a partir de la información contenida en el Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción (CMD/BED). Este certificado es un documento legal que debe ser cumplimentado obligatoriamente cuando fallece una persona. En él se refleja la causa básica de la muerte, entendida como la *enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal*. Es posible realizar análisis de la mortalidad (número de defunciones y tasas) por edad, sexo, geografía de residencia, clase social, estado civil, año y causa básica de defunción. El uso y tratamiento de dichos datos es competencia del INE.

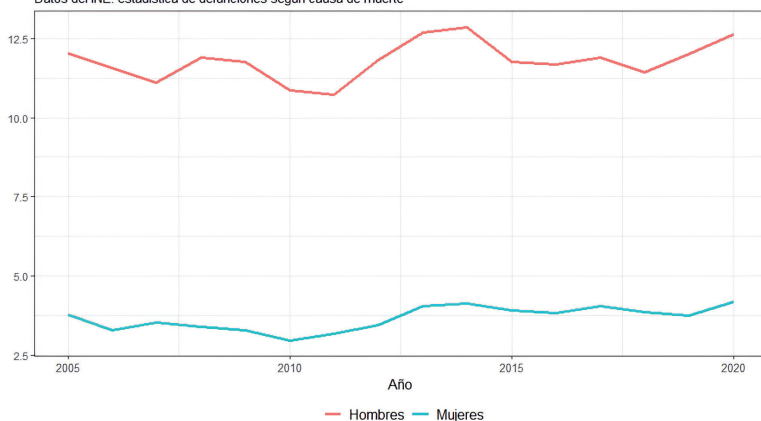
Tienen especial interés desde el punto de vista de salud mental los datos de defunciones por suicidio, que se recogen en un apartado específico de la estadística anual de defunciones por causa de muerte:

Figura 10

TASA DE SUICIDIO POR 100.000 HABITANTES SEGÚN AÑO Y SEXO

Evolución de las tasas de suicidios en hombres y mujeres por 100.000 habitantes

Datos del INE: estadística de defunciones según causa de muerte

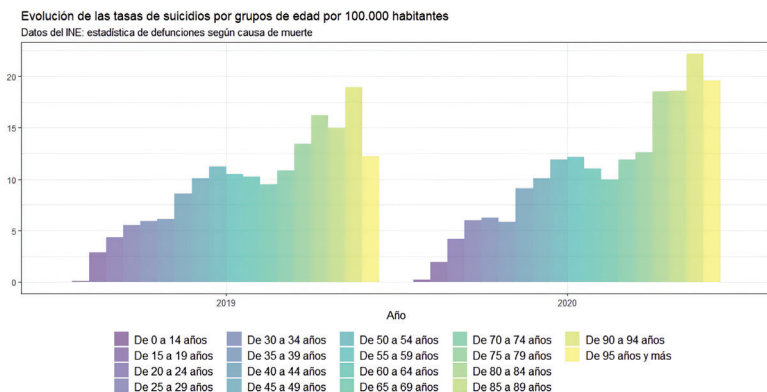


- **Comentario:** Esta gráfica permite observar de manera clara las diferencias existentes entre hombres y mujeres en cuanto a mortalidad por suicidio, que se mantienen relativamente constantes en el tiempo. Si bien no se sugieren tendencias temporales claras en ninguno

de los dos grupos, hemos de evitar llegar a conclusiones precipitadas, sobre, por ejemplo, la estabilidad de las tasas de suicidio. Desagregar los datos en función de variables adicionales puede revelar tendencias que permanecen invisibles a altos niveles de agregación. Por ejemplo, en el caso del suicidio, se ha estudiado su correlación con la situación laboral y según el ciclo económico (Iglesias-García *et al.*, 2017), y con el estatus migratorio (López-Cuadrado *et al.*, 2022).

Figura 11.

Tasa de suicidio por 100.000 habitantes según año y edad



- **Comentario:** en esta gráfica puede observarse la morfología de las tasas de suicidio en función de la edad para los años 2019 y 2020. Existe un gradiente general a favor de la edad, donde las tasas más elevadas se alcanzan en los últimos grupos etarios. Afinando más, puede hablarse de una estructura con «triple joroba», de modo que la escalada global no se produce de forma lineal, sino que se acentúa en determinados momentos. Surgen en este punto numerosas preguntas: ¿se repite este patrón morfológico en años anteriores? ¿Es distinto en hombres y en mujeres? ¿Qué hay de los determinantes socioeconómicos, influyen en la distribución de las tasas? ¿Tiene que ver el crecimiento en 2020 de las tasas en diversos grupos con los primeros momentos de la pandemia? Una visualización sencilla e intuitiva de los datos permite orientar los pasos siguientes en la comprensión de un problema.

Pero, ¿qué se hace en el resto del mundo? La salud mental ha sido, hasta el momento, la gran olvidada en muchos sistemas de vigilancia a nivel internacional, y no existen demasiados ejemplos de estrategias de vigilancia bien estructuradas en este campo: una recogida sistemática y periódica de información que pueda servir para tomarle el pulso a los problemas, intervenir sobre ellos y evaluar dichas intervenciones. No obstante, analizaremos los diversos recursos que utilizan algunas entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea, a modo de panorámica de la información que está disponible y que es factible incorporar a un potencial sistema de vigilancia nacional. Además, nos detendremos en los modelos de sistemas de vigilancia ya implementados por algunos países, y haremos hincapié en los nuevos modelos de vigilancia integral de la salud, los cuales incorporan el impacto de los factores socioeconómicos en la salud tanto en el estado de salud general, como en la salud mental. Este abordaje, donde se evalúan las condiciones en las que los seres humanos viven y se relacionan, sigue las directrices de lo propuesto por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (Marmot, 2008).

Organización Mundial de la Salud

La OMS constituye un buen punto de partida en cuanto a directrices para construir un buen sistema de vigilancia en salud mental. Se han emitido diversas guías que señalan los elementos básicos de los que partir: uno de los objetivos del *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020* (Organización Mundial de la Salud, 2013) era «fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental» (pág. 10). Se señala, como hemos dicho antes, que «los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos» (p. 20). En otro documento de enorme interés para estimar la situación de los sistemas de vigilancia en salud mental a nivel internacional, el *Mental Health Atlas*, emitido por la OMS cada tres años y cuya última edición es de 2020, el 37% de los 194 países participantes contaban con datos específicos de salud mental en los dos últimos años, habiendo descendido desde un 46% en 2017 (World Health Organization, 2022a). Para reunir información, según este mismo documento, se debe recurrir a encuestas periódicas diseñadas a estos efectos y, además, se sugiere la posibilidad de aprovechar datos ya existentes que también se recojan de forma periódica por parte de otras instituciones públicas u organizaciones. Los datos fundamentales a recoger en un sistema de vigilancia en salud mental tienen relación con

la magnitud de los problemas, el alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios y los resultados sanitarios, sociales y económicos de las intervenciones. Además, dicho sistema debiera estratificar los datos por edad y sexo, y tomar en cuenta las necesidades de subpoblaciones definidas por criterios geográficos o de vulnerabilidad, con un enfoque dirigido a las desigualdades en salud. Por otro lado, la OMS posee instrumentos propios de medición de problemas de salud mental. Anualmente, se emite el informe de *World Health Statistics* (World Health Organization, 2020), que incluye algunos resultados y factores de riesgo en salud mental, como el suicidio, la violencia de género intrapareja o el consumo de alcohol, aunque no se trata de un informe enfocado específicamente a la salud mental. El *Global Health Observatory* de la OMS tiene una lista de indicadores referidos a salud mental, organizados en tres campos: disponibilidad de servicios asistenciales, gobernanza y suicidio, de actualización aproximadamente anual. (World Health Organization, 2022b)

No obstante, el principal recurso de información de la OMS es la *World Mental Health Survey Initiative*, (Kessler *et al.*, 2009) en la que participan 29 países con una muestra total de más de 160,000 personas, evaluándose la prevalencia de problemas de salud mental y factores correlacionados. Las muestras en cada país fueron tomadas entre el año 2001 y el 2018. En cualquier caso, se trata de una iniciativa contenida en el tiempo que difícilmente es capaz de sustituir a un sistema de vigilancia, pero es una referencia a tener en cuenta en el diseño de encuestas a nivel nacional y para comparar resultados.

Vigilancia regional: Unión Europea

La Unión Europea (UE) es un actor influyente en el desarrollo de sistemas de vigilancia de salud mental en los países miembro: ya en 2005 la Comisión Europea expresa en un informe (European Commission, 2005) la necesidad de armonizar los indicadores nacionales referidos a salud mental y discapacidad para crear una base de datos comparable en la UE, además de recoger más información relativa a los determinantes sociales, económicos y demográficos de la salud mental (European Commission, 2005). La UE actúa como institución coordinadora de una gran cantidad de actores, como son algunos organismos europeos (Eurostat, agencias, OPIs) e internacionales (OECD), organizaciones no gubernamentales o algunas agencias nacionales.

La propia Comisión ofrece información sobre salud en los *European Core Health Indicators*, (European Commission, 2018) una lista de 88 indicadores de salud, relativos a factores demográficos y socio-económicos, determinantes de la salud, estado de salud y uso de servicios asistenciales. También coordina el proyecto de *State of Health in the EU*, (OECD, 2022)

que se realiza en ciclos bianuales e involucra la realización de informes orientados a plasmar una panorámica de los problemas de salud a los que nos enfrentamos a nivel europeo y estatal. El informe de 2018 incluye un apartado específico dirigido a señalar la gran carga de enfermedad que suponen los problemas de salud mental en la población europea. Estos informes recogen información proveniente de la OCDE y del Observatorio Europeo de Sistemas de Salud y Políticas Sanitarias. La Comisión también financió la Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (2017), que suma 480.000 entrevistas a unas 140.000 personas de 50 años o más en 28 países europeos e Israel, con el objetivo de estudiar los efectos de las políticas económicas, sociales, ambientales y de salud sobre esta población, y recoge datos sobre depresión y función cognitiva.

Por otra parte, la oficina estadística de la UE, Eurostat, coordina la *European Health Interview Survey* (2014), realizada cada 5 años, se compone de cuatro módulos, a saber: estado de salud, determinantes, servicios de salud y variables demográficas y socioeconómicas. Dentro del módulo correspondiente al estado de salud, hay un apartado con 8 preguntas sobre salud mental. La *European Quality of Life Surveys (EQLS)* coordinada por Eurofound (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo), incluye también algunas preguntas relativas a la presencia de trastornos de salud mental y su impacto sobre la percepción de bienestar (Eurofound, 2021). Ninguna de estas encuestas recoge información sobre salud mental más allá de preguntas sobre sintomatología ansioso-depresiva en población general. La única encuesta realizada como un trabajo específico sobre la epidemiología de los trastornos mentales en Europa forma parte del trabajo *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*, que se realizó entre 2001 y 2003 (Alonso *et al.*, 2002). No parece haberse realizado un estudio semejante en los últimos años.

Por tanto, la Unión Europea hace una labor de recogida de datos sobre salud mental con cierta periodicidad, pero no reúne las características para constituir un verdadero sistema de vigilancia, ya que no dispone de una estructura estable ni estrategias de intervención con la información recogida. Además, los datos no son suficientemente exhaustivos en cuanto a los diversos problemas en salud mental, por lo que una parte de la casuística permanece invisible.

En el ámbito privado, la organización no gubernamental Mental Health Europe (2022) coopera con las instituciones europeas y sus líneas de trabajo comprenden temáticas dentro del área de la salud mental que tienen que ver con la exclusión, el estigma o la transparencia. Algunos de sus informes recogen información muy valiosa: *Mapping Exclusion* es un informe sobre los servicios asistenciales psiquiátricos de diversos países europeos, con un especial hincapié en las medidas coercitivas y las violaciones de derechos humanos ocurridas en el seno de los mismos. *Shedding Light* es un proyecto que investiga las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de salud mental.

Modelos de vigilancia de referencia: el caso canadiense

Las labores de vigilancia epidemiológica son realizadas de forma heterogénea por parte de los estados. En el caso español, las competencias están repartidas entre diversas áreas (ISCIII, CCAA, Ministerios de Sanidad y Ciencia), y son coordinadas por el Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII, Ministerio de Ciencia). Sin embargo, existen otros modelos de vigilancia en Salud Mental, como el caso canadiense. Este es uno de los más completos que pueden encontrarse en el mundo, integrando en el mismo información sobre determinantes sociales y económicos, siguiendo los consejos del ministro Lalonde en su informe *A new perspective of the health of Canadians* (1974), en el cual se destaca la necesidad de su medición sistemática y estructurada (mediante indicadores), con el objetivo de mejorar la salud de la población. Esta cultura, junto con un importante apoyo institucional ha fortalecido los sistemas de vigilancia en salud mental, dotándolos de elevada calidad y de información sobre el modo de vida de los canadienses (situación socioeconómica, ocupación, bienestar, etc.)

Además, el modelo canadiense integra numerosas estructuras públicas y privadas, coordinadas por el Ministerio de Salud y siguiendo un modelo de consorcio. El Health Portfolio del Ministerio de Salud cuenta con varias ramas en las que se realizan actividades relacionadas con la salud mental. Por un lado, se encuentra la Public Health Agency, que se dedica principalmente al ámbito de la promoción, y por otro, Health Canada, que tiene más por objetivo la protección y la prevención. Esta última se encarga de la financiación de la Comisión de Salud Mental de Canadá (MHCC), que ha emitido guías (2012) en las que se incluyen directrices dirigidas a mejorar la información epidemiológica. La propia MHCC presentó un documento en 2015 con 55 indicadores de salud mental y una evaluación de su estado actual (2015). También tiene un papel importante la oficina estadística canadiense (Statistics Canada), la cual también ofrece indicadores de salud mental, con un menor ritmo de actualización. Esta se encarga de la realización de la encuesta anual *Canadian Community Health Survey* (2021), que reúne información relativa al estado de salud, utilización de servicios y determinantes de la salud de la población canadiense. Se dedican algunas preguntas al estado de salud mental de las personas encuestadas.

La Public Health Agency ofrece diversos grupos de indicadores entre los cuales se cuentan dos directamente relacionados con la salud mental: el conjunto de Indicadores de la Vigilancia del Suicidio y el conjunto de Indicadores de Salud Mental Positiva (<https://health-infobase.canada.ca/indicators/>). Ambos conjuntos se estructuran de manera que se recogen de manera periódica no solo aquellos indicadores que miden dichas variables, sino también de los determinantes o factores de riesgo identificados para las mismas en varios niveles de agregación social: en los planos individual, familiar, comunitario y social. La importancia de la evaluación de los

factores sobre determinantes socioeconómicos por parte de la Public Health Agency es evidente gracias a la coordinación que realizan de proyectos como el Pan-Canadian Health Inequalities Reporting Initiative (Cauchie, 2022), o por el estudio de las inequidades y desigualdades en salud que ofrecen herramientas tan interesantes como el Health Inequalities Data Tool (<https://health-infobase.canada.ca/health-inequalities/data-tool/index>). La cultura de evaluación de la salud canadiense también se extiende a otras entidades como la Universidad de Waterloo, y su iniciativa: *How Are Canadians Really Doing? Canadian Index of Wellbeing*, (2012) Se trata de un observatorio que analiza el impacto de diversos determinantes socioeconómicos en el bienestar de la población. Pero no solo incluyen los tradicionales como renta, nivel de estudios o estilos de vida, sino que han incorporado otros como la solidez de la democracia, la vitalidad de la comunidad, la disponibilidad de tiempo libre o el acceso a la cultura.

Otros países del ámbito europeo también cuentan con Agencias de Salud Pública (Suecia, Noruega, Alemania) y consorcios de vigilancia e investigación en salud pública (EEUU). En ellos, factores como la facilidad de integración de bases de datos clínico administrativas, la existencia de identificadores únicos interoperables o la disposición de registros informatizados de largo recorrido, favorecen una mejor evaluación del estado de la salud en estos países. Sin embargo, ninguna alcanza el éxito, integración e interrelación de actores públicos y privados que tiene Canadá, ni la amplia variedad de determinantes que se analizan respecto a la salud mental. Y esto nos lleva a preguntarnos: ¿Cuáles son las claves de este éxito? Desde nuestro punto de vista, es preciso disponer de 3 elementos: apoyo institucional, recursos técnico-legales adecuados y una estructura en red que engloba a todos los involucrados.

DE LA VIGILANCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS A LA VIGILANCIA DEL BIENESTAR Y DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

En este apartado final recogemos algunos planteamientos y propuestas realizadas desde diferentes ámbitos, para esa futura vigilancia integral de la salud pública (y salud mental).

Para empezar, buena parte de la epidemiología y la vigilancia epidemiológica utiliza las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas para conocer el estado de la salud mental de la población. Esto tiene aspectos positivos como la accesibilidad de los datos y la comparabilidad con otros entornos. Sin embargo, resulta conflictiva la validez de esta información como indicadores: ¿miden realmente lo que queremos medir? ¿diferentes profesionales emplearían las mismas categorías en los mismos casos?

En el ámbito de la salud mental son de sobra conocidos y criticados los efectos negativos del uso y abuso de los diagnósticos en la consulta,

que fomentan un enfoque individualista y tecno-biomédico en el abordaje del sufrimiento psíquico (Ortiz-Lobo, 2013). Por otro lado, como en ocasiones se ha propuesto, utilizar el marco epidemiológico de la cronicidad, el habitual en las enfermedades no transmisibles, no parece ser el más adecuado para los problemas de salud mental. Como es evidente, ya desde un inicio encuadramos estos malestares dentro del paradigma biologicista, atribuyendo a estos problemas una serie de características equiparables a la diabetes o la hipertensión y presuponiendo una evolución, dando por hecho que el modelo hegemónico con el que se entienden las *enfermedades mentales* es el verdadero. En definitiva, no haríamos otra cosa que iniciar esta senda de la vigilancia epidemiológica en salud mental reproduciendo y fortaleciendo esa estructura y perspectiva tan estigmatizante y generadora de sufrimiento. En palabras de la investigadora Ana Cecilia Augsburger, «*Cuando la epidemiología utiliza un objeto de estudio definido desde otra disciplina, la clínica psiquiátrica, y traslada para sí la categoría de enfermedad mental, se apropia de un concepto que está social y científicamente impugnado y sobre el que existen profundos desacuerdos teóricos. (...) Renunciando a la elaboración de un concepto propio sobre los procesos de salud-enfermedad mental la epidemiología en salud mental se impone límites, renuncia a su independencia en la producción de nuevos conocimientos, al incremento de su capacidad comprensiva y explicativa sobre los problemas de salud mental de los grupos humanos.*» (2002, pp. 72-73).

Ahora bien, ¿somos capaces las y los profesionales sanitarios de la salud pública de elaborar otros modelos de producir conocimiento sobre el bienestar mental de la población que capte la dimensión subjetiva y la complejidad de lo social? ¿Somos capaces las y los profesionales de la salud mental de elaborar sistemas de información a nivel poblacional a partir de la experiencia clínica? Nos parece que no será posible sin un trabajo conjunto entre profesionales de diferentes procedencias, con un pluralismo teórico y metodológico, y sin una participación social real, especialmente de las propias personas con sufrimiento psíquico.

Para abordar la complejidad de la determinación social de la salud mental no será suficiente con relacionar los diagnósticos psiquiátricos con determinantes sociales a través de un cruce estadístico de variables. Es necesaria la integración de otro tipo de información más cualitativa y participativa, a través de abordajes metodológicos específicos que permitan capturar las narrativas de la gente y la evidencia procedente de procesos sociales y comunitarios (Cofiño *et al.*, 2012; Popay, 2003). Son muchas las experiencias aportadas por programas de promoción de la salud y por la acción comunitaria, en los que suele ser más común este tipo de aproximaciones (Aviño *et al.*, 2016; López-Sánchez *et al.*, 2018; Ministerio de Sanidad, 2021a). También en el ámbito local algunas administraciones han desarrollado diagnósticos participativos con metodologías cualitativas que

exploran las percepciones sobre la salud y sus determinantes, los activos y las necesidades de salud (Colell *et al.*, 2018; Dirección General de Salud Pública, 2019; Giné March *et al.*, 2020). Por otro lado, existe amplia evidencia sobre el desarrollo y la utilidad de las aproximaciones cualitativas en situaciones de alerta en salud pública (Stoto *et al.*, 2013), y sobre la importancia de la participación comunitaria en la vigilancia y en la identificación de recursos y activos para la salud, como en la reciente pandemia de COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2020a; World Health Organization, 2021). Desde el ámbito clínico, en los últimos años se han desarrollado metodologías cualitativas de obtención de resultados en salud basados en el valor, priorizando las preferencias del paciente. Un ejemplo de estos métodos son los desarrollados por el International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), centrado en el desarrollo de indicadores de resultados en salud desde la perspectiva del paciente, también desde la perspectiva de la Salud Mental. Estos proyectos, con cada vez más arraigo en hospitales españoles, pueden representar un cambio cualitativo en la forma de identificar los resultados en salud en los sistemas de vigilancia.

Yendo más allá de la ausencia o presencia de categorías de enfermedad, el estudio del bienestar y de los activos en salud también puede ampliar la mirada profesional. Estos enfoques están creciendo en importancia en la vigilancia en salud pública, como hemos visto en el ejemplo de Canadá. En nuestro entorno, los modelos de salutogénesis (Cofío *et al.*, 2016), muy utilizados en la acción comunitaria, están siendo cada vez más integrados en los servicios de salud pública (Dirección General de Salud Pública, 2018). De cara al desarrollo de la nueva estructura de vigilancia en salud pública, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria propone la inclusión de los activos comunitarios (2021). Asimismo, considerar indicadores de calidad de vida y bienestar de las poblaciones es fundamental si queremos escapar de esa epidemiología de la salud mental que se ocupa solo de lo que llama enfermedades o trastornos. La satisfacción de la población con su trabajo, la posibilidad de disfrutar de tiempo de ocio, el nivel de apoyo que se recibe de personas cercanas, etc. Sin duda, toda esta información guarda una estrecha relación con nuestra salud mental y debería guiar aquellas acciones en salud pública que busquen actuar sobre los determinantes de la misma, además de albergar un gran potencial como herramienta de incidencia política. Varias de las encuestas poblacionales citadas incorporan información sobre diferentes dimensiones objetivas y subjetivas de la calidad de vida relacionada con la salud (Requena *et al.*, 2013), como hemos visto en el apartado correspondiente; y desde varias instituciones se están utilizando escalas específicas de bienestar mental y emocional para la monitorización de la salud poblacional (CIS, 2020; IMIM, 2020).

Por otro lado, desde un compromiso con la fiscalización de los determinantes estructurales (SESPAS, 2021), ¿cómo podría ser una vigilancia

de las características socioculturales más lesivas del tardocapitalismo y el modelo neoliberal? ¿Cómo vigilar el consumismo, el individualismo, la competitividad y sus impactos en la salud mental para poder actuar? ¿Qué acciones se derivarían de esa vigilancia? Dicha monitorización supondría que las instituciones reconocieran en cierto grado las profundas implicaciones que los modelos políticos y económicos tienen sobre la salud de las comunidades y las personas. Mientras el enfoque biomédico siga instalado en el núcleo de las decisiones políticas en materia de salud —y en el de la mayoría de disciplinas sanitarias— un abordaje como el que proponemos tendrá obstáculos considerables. Teniendo muy presente que la vigilancia es información para la acción, si se recoge información sobre activos y sobre determinantes estructurales, es porque tenemos un plan de acción, que se sustenta en las redes comunitarias, en la acción intersectorial, con un claro objetivo de cuidado y mejora de la salud y de justicia social: es ahí donde se hace patente el compromiso institucional necesario para atacar los problemas referidos.

En cualquier caso, no dejemos de ser conscientes de que el conocimiento que tengamos de la población va a ser uno de los varios posibles, que está insertado en unos paradigmas epistemológicos determinados, y que va a delimitar las acciones imaginables con la población.

UNAS PALABRAS FINALES

El momento actual de transición hacia un sistema de vigilancia integral que incorpore la salud mental y los determinantes sociales ofrece una ventana de oportunidad a la reflexión sobre qué conocimiento de la salud mental poblacional queremos tener, cuáles van a ser los marcos sobre los que se van a construir, qué tipo de acciones van a ser posibles derivar de él. Animamos a todas las personas interesadas en la salud mental y bienestar emocional y social a interesarse y en la medida de lo posible participar en las estructuras de decisión sobre la producción del conocimiento de la salud mental poblacional, en concreto sobre el futuro sistema de vigilancia epidemiológica de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- AEMPS. (2015). *Utilización de medicamentos antidepressivos en España durante el periodo 2000-2013* (U/AD/V1/14012015; Informe de utilización de medicamentos, p. 4).
- (2021). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Observatorio de uso de medicamentos. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- Alonso, J.; Ferrer, M.; Romera, B.; Vilagut, G.; Angermeyer, M.; Bernert, S.; Brugha, T. S.; Taub, N.; McColgen, Z.; De Girolamo, G.; Polidori, G.; Mazzi, F.; De Graaf, R.; Vollebergh, W. a. M.; Buist-Bowman, M. A.; Demyttenaere, K.; Gasquet, I.; Haro, J. M.; Palacín, C.,... Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11(2), 55-67. <https://doi.org/10.1002/mp.123>
- AQuAS. (2022). *Salud mental*. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/monografics_cdr/salut-mental/
- Área de Derechos Sociales. (2018). *Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022*. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatisalut/es/canal/pla-de-salut-mental>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. <http://www.observatorio-aen.es/>
- Ausburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, 61-75. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-316333?lang=fr>
- Aviñó, D., López, M. & Paredes-Carbonell, J. (2016). Cómo poner en marcha un proceso de investigación-acción participativa en promoción de la salud. *Comunidad*, 18 (3), 10.
- Bacigalupe, A.; Cabezas, A.; Bueno, M. B. & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bacigalupe, A. & Martín, U. (2021). Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health? *Scandinavian Journal of Public Health*, 49 (3), 317-324. <https://doi.org/10.1177/1403494820944736>
- Bernal, J. L.; Barrabés, J. A.; Íñiguez, A.; Fernández-Ortiz, A.; Fernández-Pérez, C.; Bardají, A. & Elola, F. J. (2019). Clinical and Administrative Data on the Research of Acute Coronary Syndrome in Spain. Minimum Basic Data Set Validity. *Revista Española De Cardiología (English Ed.)*, 72 (1), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.01.026>
- Carnero-Alcázar, M.; Maroto-Castellanos, L. C.; Hernández-Vaquero, D.; López-Menéndez, J.; Hornero-Sos, F.; Silva-Guisasola, J.; Cobiella-Carnicer, J.; Pérez-Camargo, D.; Álvarez-de Arcaya, M. A.; Campelos-Fernández, P. & Elvira-Martínez, C. (2021). Isolated aortic valve replacement in Spain: National trends in risks, valve types, and mortality from 1998 to 2017. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 74 (8), 700-707. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.06.008>

- Cauchie. (2022). *Pan-Canadian Health Inequities Reporting Initiative*. NCCIH. <http://www.nccah-ccnsa.ca/en/>
- Cavero-Carbonell, C.; Gimeno-Martos, S.; Zurriaga, Ó.; Rabanaque-Hernández, M. J. & Martos-Jiménez, C. (2017). La validez del Conjunto Mínimo Básico de Datos como fuente de identificación de las anomalías congénitas en la Comunitat Valenciana. *Gaceta Sanitaria*, 31 (3), 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.014>
- Centro de Investigación Sociológicas. (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/encuesta-salud-mental-covid19-cis/>
- CIS. (2020). *Estudio sobre bienestar emocional (piloto CATI)*. Centro de Investigaciones Sociológicas. https://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14512
- CNE. (2022). *Vigilancia en Salud Pública*. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/Paginas/default.aspx>
- Cofiño, R.; Aviñó, D.; Benedé, C. B.; Botello, B.; Cubillo, J.; Morgan, A.; Paredes-Carbonell, J. J. & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Cofiño, R.; Pasarín, M. a I. & Segura, A. (2012). ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (S1), 88-93. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.030>
- Coggon, D.; Rose, G. & Barker, D. (2011). *Epidemiology for the uninitiated*. The BMJ. <https://www.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/epidemiology-uninitiated>
- Colell, E.; Sánchez-Ledesma, E.; Novoa, A. M.; Daban, F.; Fernández, A.; Juárez, O. & Pérez, K. (2018). El diagnóstico de salud del programa Barcelona Salut als Barris. Metodología para un proceso participativo. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 396-399. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.003>
- Consell Assessor de Salut. (2019). *Orientaciones sobre el modelo de atención a las personas con necesidades sociales i sanitarias*. Generalitat de Catalunya.
- De Miguel-Díez, J.; Jiménez-García, R.; Jiménez, D.; Monreal, M.; Guijarro, R.; Otero, R., Hernández-Barrera, V.; Trujillo-Santos, J.; López de Andrés, A. & Carrasco-Garrido, P. (2014). Trends in hospital admissions for pulmonary embolism in Spain from 2002 to 2011. *The European Respiratory Journal*, 44 (4), 942-950. <https://doi.org/10.1183/09031936.00194213>
- Dirección General de Salud Pública. (2018). *Indicadores ampliados. Introducción*. Observatorio de Salud de Asturias. <https://obsaludasturias.com/obsani/web/indicadores/ampliados/intro>
- (2019). *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
- Díaz Olalla, J.; Benítez Robredo, M.; Rodríguez Perez, M. & Sanz Cuesta, M. (2020). *Estudio de salud de la ciudad de Madrid 2018*. Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid.

- Espelt, A.; Continente, X.; Domingo-Salvany, A.; Domínguez-Berjón, M. F.; Fernández-Vi-lla, T.; Monge, S.; Ruiz-Cantero, M. T.; Perez, G. & Borrell, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- European Commission. (2018). *European Core Health Indicators (ECHI)*. https://ec.europa.eu/health/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en
- (2005). *Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union* (Brussels, 14.10.2005 COM(2005)484).
- Eurostat. (2014). *European Health Interview Survey*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>
- Gili, M.; García Campayo, J. & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- Giné March, A.; Morteruel Arizcuren, M. & Martín Roncero, U. (2020). Incorporando las narrativas y las percepciones en los diagnósticos de salud locales: El caso de Bilbao. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.10.002>
- Haro, J. M.; Palacín, C.; Vilagut, G.; Martínez, M.; Bernal, M.; Luque, I.; Codony, M.; Dolz, M. & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hernández Medrano, I.; Guillán, M.; Masjuan, J.; Alonso Cánovas, A. & Gogorcena, M. A. (2017). Reliability of the minimum basic dataset for diagnoses of cerebrovascular disease. *Neurología (English Edition)*, 32 (2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2014.12.021>
- Iglesias-García, C.; Sáiz, P. A.; Burón, P.; Sánchez-Lasheras, F.; Jiménez-Treviño, L.; Fernández-Artamendi, S.; Al-Halabi, S.; Corcoran, P.; García-Portilla, M. P. & Bobes, J. (2017). Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 10 (2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
- IMIM. (2020). *WEMWBS: Mental Well Being as a Population Health Indicator*. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques. http://www.imim.es/programesrecerca/epidemiologiaes_lineesgrss.html
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, A-2011-15623 BOE (2011). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Kessler, R. C.; Aguilar-Gaxiola, S.; Alonso, J.; Chatterji, S.; Lee, S. & Üstün, T. B. (2009). The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychiatrie (Stuttgart, Germany)*, 6(1), 5-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2995950/>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- López-Contreras, N.; Rodríguez-Sanz, M.; Novoa, A.; Borrell, C.; Medallo Muñoz, J. & Gotsens, M. (2019). Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006-2016): A time trend study. *BMJ Open*, 9(8), e028267. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028267>

- López-Cuadrado, T.; Hernández-Calle, D. & Martínez-Alés, G. (2022). Trends in suicide mortality in Spain, 2000-2019: Moderation by foreign-born status. *Journal of Affective Disorders*, 300, 532-539. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.031>
- López-Sánchez, M. P.; Alberich, T.; Aviñó, D.; Francés García, F.; Ruiz-Azarola, A. & Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008>
- Margolles Martins, M. (2010). La vigilancia epidemiológica. *Form Act Pediatr Aten Prim*, 3, 35-42.
- Marmot, M. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- MEDEA3. (2021). *Atlas de Mortalidad del Proyecto MEDEA3* [Medea]. <https://www.uv.es/medea/medeapp.html>
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*.
- (2015). *Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada*. Mental Health Commission of Canada. <https://mentalhealthcommission.ca/resource/informing-the-future-mental-health-indicators-for-canada/>
- Mental Health Europe. (2022). *What we do*. <https://www.mhe-sme.org/>
- Ministerio de Sanidad. (2010). *Estrategia Nacional de Equidad en Salud*. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>
- (2020a). *Redes comunitarias en la crisis de COVID-19*.
- (2020b). *Catálogo Nacional de Hospitales 2021*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH_2021.pdf
- (2021a). *Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida*.
- (2021b). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud*. Sistema de Información Sanitaria. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Moreno, J. O.; López-Valcárcel, B. G.; Pérez, P. B.; Longobardo, L. M. P.; Garrido, R. M. U. & Zozaya, N. (2020). El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34 (Suppl 1), 48-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7624658>
- Moreno Küstner, B. (2012). ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental?: Diez requisitos necesarios para su implementación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(113), 29-38. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000100003>
- Observatorio de Salud en Asturias. (2018). *Informe de Situación de Salud en Asturias 2018*. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

- OECD. (2022). *State of Health in the EU: Country Health Profiles*.
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/state-of-health-in-the-eu_25227041
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Servicio Madrileño de Salud.
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/salud-mental>
- OHDSI. (2016). *OMOP Common Data Model*.
<https://www.ohdsi.org/data-standardization/the-common-data-model/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos*. Washington D.C.:OPS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14405:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations&Itemid=0&lang=es
- Ortiz-Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica*. Editorial Grupo 5.
- Pedro-Cuesta, J. de; Noguer, I.; García López, F. J. & Rodríguez-Blázquez, C. (2018). *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica*. CNE-Instituto de Salud Carlos III.
<https://repisalud.isciii.es/handle/20.500.12105/6906>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2020). *Encuestas y estudios*.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas.htm>
- Popay, J. (2003). Qualitative research and the epidemiological imagination: A vital relationship. *Gaceta Sanitaria*, 17 (Suppl 3), 58-63.
<https://doi.org/10.1157/13057793>
- Presidencia del Gobierno. (2021, abril 30). *El Gobierno de España envía a Bruselas el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia*. La Moncloa. https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/presidencia/Paginas/2021/300421-plan_recuperacion.aspx
- Requena, M. L.; Suárez, M. & Pérez, Ó. (2013). Encuestas de salud en España: Situación actual. *Revista Española de Salud Pública*, 87 (6), 549-573.
<https://doi.org/10.4321/S1135-57272013000600002>
- Reques, L.; Giráldez-García, C.; Miqueleiz, E.; Belza, M. J. & Regidor, E. (2014). Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: A 7-year follow-up study of Spanish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68 (12), 1151-1160.
<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204186>
- Royo, M. (2009). *Método epidemiológico*. ENS-Instituto de Salud Carlos III.
- Salinas-Pérez, J. A.; Gutiérrez-Colosía, M. R.; Romero López-Alberca, C.; Poole, M.; Rodero-Cosano, M. L.; García-Alonso, C. R. & Salvador-Carulla, L. (2020). Todo está en el mapa: Atlas Integrales de Salud Mental para la planificación de servicios. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 11-19.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.015>

- Salvador-Carulla, L.; Salinas, J.; Martín, M.; Grané, M.; Gibert, K.; Roca, M. & Bulbena, A. (2010). *Indicadores para la evaluación de sistemas de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. <http://sepsiq.org/informacion/noticia/indicadores-para-la-evaluacion-de-sistemas-de-salud-mental-en-espana/192>
- Segura del Pozo, J. (2007). Epidemiología mestiza. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 88-88. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112007000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2016). *Recomendaciones de «No Hacer»*. Guía Salud. https://portal.guiasalud.es/no-hacer/?_sf_s=insomnio
- Servizo Galego de Saúde. (2020). *Plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 periodo 2020-2024*. Xunta de Galicia. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/PLAN-DE-SAUDE-MENTAL-DE-GALICIA-POSCOVID-19?idioma=es>
- SESPAS. (2021). *Informe sobre la Agencia Estatal de Salud Pública. Propuestas de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) para su diseño y funcionamiento*.
- SHARE. (2017). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE): Home*. <http://www.share-project.org/home0.html>
- SNOMED. (2022). *SNOMED International*. <https://www.snomed.org/>
- Soler-Blasco, R.; Mas Pons, R.; Barona Vilar, C.; Zurriaga, Ó.; Soler-Blasco, R.; Mas Pons, R., Barona Vilar, C. & Zurriaga, Ó. (2018). Desigualdades en salud mental: Los ingresos por psicosis en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana (2008-2015). *Revista Española de Salud Pública*, 92. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100435&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Statistics Canada. (2021). *Canadian Community Health Survey*. Government of Canada. <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226>
- Stoto, M.; Nelson, C. & Klaiman, T. (2013). *Getting from What to Why: Using Qualitative Research to Conduct Public Health Systems Research*. AcademyHealth.
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2*. Madrid: Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. (2021). *Documento técnico del Grupo de Trabajo de Vigilancia de Equidad y Determinantes Sociales de la Salud*. Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad.
- University of Waterloo. (2012). *How Are Canadians Really Doing? Canadian Index of Wellbeing*. <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/home>
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 (S1), 25-30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.01.012>
- World Health Organization. (2021). *Role of community engagement in situations of extensive community transmission of COVID-19*.

World Health Organization. (2022a). *Mental Health ATLAS 2020*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

— (2022b). *The Global Health Observatory. Explore a world of health data*. <https://www.who.int/data/gho>

— (2022c). *World Health Statistics*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics>

CAPÍTULO 13

¿Y AHORA QUÉ? ACCIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA DE PROFESIONALES EN SALUD (MENTAL)

*Cooperativa APLICA. Sebastià March, José Miguel Carrasco,
Gustavo Zaragoza, Ana María García-Navas, Eva Aparicio Vidal,
María López Toribio*

«Toda la vida comiéndome el coco
Pero ya veis que os sirve de poco
No habéis conseguido prepararme
Para poder manipularme.
¿Ahora qué?
¿Ahora qué?
¿Ahora qué me vais a hacer?»

LA POLLA RECORDS (1983)

En este libro se ha podido evidenciar el importante impacto que los determinantes sociales tienen sobre la salud (mental) de la población. Si has leído hasta aquí puede que en este momento te estés planteando ¿y ahora qué? Es decir, ¿cómo podemos actuar sobre estos factores estructurales macro desde nuestra limitada capacidad de acción en la consulta o en nuestro ámbito de actuación habitual como profesionales de la salud? Es más, ¿de qué les sirve a mis pacientes todo esto y cómo afecta a mi trabajo? Ser conscientes de que existen fuerzas que escapan a nuestra capacidad de control y que actúan sobre la realidad en la que pretendemos intervenir puede llevarnos fácilmente a la frustración, a la parálisis e incluso al rechazo. Pero ese «bloqueo» no va a impedir que siga existiendo una evidencia científica creciente sobre el impacto de las estructuras sociales en la salud y los comportamientos a nivel individual, y, por supuesto, obviarlos no nos hace mejores profesionales. Además, una vez somos conscientes de este importante impacto ya no suele haber vuelta (Castejón, 2015) si abrimos los ojos a la complejidad de la perspectiva de determinantes ganamos capacidad de comprensión e interpretación de la salud como fenómeno social, pero no podremos simplificarla de nuevo. Por tanto, volvemos a la pregunta inicial: ¿Y ahora qué?

El propósito de este trabajo no es dar recetas ni prescripciones cerradas, sino plantear cuestiones y presentar reflexiones para un debate abierto desde la perspectiva de Salud Pública y, por lo tanto, desde una visión que busca el bienestar para la población con criterios de equidad. Desde la

cooperativa APLICA le hemos dado vueltas al tema, pero no encontramos (ni creemos que existan) remedios o soluciones que funcionen a modo de ‘reglas de oro’. Pero sí hemos ido recolectando un hatillo de aprendizajes, experiencias, herramientas y algunas ideas que en determinados momentos nos han resultado útiles, junto con muchas dudas y pocas certezas, que aquí queremos compartir para animar y provocar el debate.

Hemos estructurado este trabajo en cuatro partes. En la primera, se hablará de los motivadores para la acción confrontando las ideas de la responsabilidad social y profesional con la necesidad de promover cambios. En la segunda, se mencionarán algunas propuestas centradas en la práctica asistencial sanitaria: qué podemos hacer desde nuestro trabajo para incorporar el marco de determinantes sociales y combatir las desigualdades. En la tercera, introduciremos la idea de la incidencia política como propuesta de actuación de las y los profesionales más allá de la labor asistencial, y se presentarán algunos de los elementos fundamentales y característicos de esta. Y en la cuarta, se desplegará un abanico de ejemplos de formas que puede cobrar esta incidencia, para abrir la mente a la diversidad de acciones que ampara el concepto.

¿POR QUÉ ACCIÓN? ¿POR QUÉ YO? O
¿QUÉ TIENE TODO ESTO QUE VER CONMIGO?

Antes de exponer algunas ideas para la acción, pretendemos dar un rodeo alrededor de los motivadores de esta acción. El tema que nos planteamos es ¿hasta dónde llega nuestra responsabilidad como profesionales de la salud (mental o no)? ¿Seguimos siendo personal sanitario cuando termina nuestro horario laboral y dejamos nuestros espacios de trabajo? Y dentro de nuestro trabajo, ¿hasta dónde podemos llegar para cumplir? ¿Nos enfrentáramos a la institución si pensásemos que eso puede beneficiar a nuestras y nuestros pacientes? ¿Plantaríamos cara a nuestros compañeros y compañeras? Son algunas de las preguntas que nos hemos ido haciendo cuando empezamos a hablar y debatir sobre las responsabilidades del profesional de la salud. Todas estas preguntas no tienen una respuesta clara y conclusiva, sino que como todas las (verdaderas) cuestiones éticas, dependen de los contextos en que tienen lugar. Pero sí son algunas de las que nos han ayudado a definirnos y motivarnos en el campo de la responsabilidad profesional.

Nos planteamos siempre esta misma pregunta: ¿Pueden promoverse cambios en la salud de la población o en la orientación de los sistemas sanitarios sin contar con el apoyo de (algunos de) los y las profesionales implicados (Labonté, 2013)? Seguro que es posible, pero parece ciertamente difícil que así sea. Rudolf Virchow, uno de los padres de la medicina social y la epidemiología social (la que se centra en reconocer la relación entre

la distribución de la salud y la enfermedad y los determinantes sociales), fue contratado en Silesia para estudiar la epidemia de tifus de 1.848 (Waitzkin, 2006). Sus resultados no fueron del agrado de las instituciones que le contrataron. El trabajo de Virchow reflejaba que la solución al tifus pasa antes por avances en democracia y derechos que en soluciones médicas. Podemos imaginar que no fue fácil presentar sus conclusiones imaginando cómo iban a ser recibidas en un contexto de revoluciones en Europa. Hoy la evidencia científica le da la razón. Virchow, como tantos profesionales antes y después de él (Geiger, 2017), trató de mantenerse consecuente y de esa manera señalar un camino para mejorar la salud de las poblaciones.

Y es que la responsabilidad profesional pasa por tratar de ser el mejor o la mejor profesional posible. Eso en el mundo sanitario supone tratar lo mejor que podamos a las personas que atendemos (con cuidado, pero también con equidad) y de contar con el mejor conocimiento científico disponible (incluyendo el marco de los determinantes sociales). También implica ser consciente de nuestros límites: no se trata de hacer medicina superheróica y tratar de salvar a cualquiera como si nos fuera la vida en ello ni de luchar a capa y espada contra fuerzas estructurales que nos sobrepasan (Benedicto Subirá & March, 2019). Pero sí se trata de ser conscientes de la posición que ocupamos, de los privilegios que tenemos (por formación, por el rol que ocupamos en la sociedad) desde nuestra atalaya para observar la salud de las personas y para empujar los cambios en ese sentido. No solo se trata del rol modélico que podemos tener por nuestros comportamientos relacionados (o no) con la salud (Darch *et al.*, 2017; Rush *et al.*, 2005). La palabra de los y las profesionales de la sanidad, cuando habla de salud tiene un peso especial en la sociedad, un valor que hay que utilizar con responsabilidad y que puede ayudar a modificar actitudes, despertar conciencias e, incluso, provocar cambios (Gruen *et al.*, 2015; Luft, 2017). La responsabilidad profesional también es reconocer este aspecto y utilizarlo consecuentemente para el bienestar de la población.

Como decíamos en la introducción, la consciencia del marco de los determinantes sociales puede ser paralizante. ¿Qué puedo hacer yo desde mi consulta para modificar estas desigualdades estructurales? Una opción puede ser negarlo. Quedarnos con marcos hegemónicos, más sencillos de asumir, más biologicistas, donde el sistema sanitario es el centro de todo lo que afecta a la salud de nuestras y nuestros pacientes y lo que queda a sus puertas está fuera de nuestra jurisdicción y responsabilidad. Pero eso implica cerrar los ojos a la realidad y al conocimiento disponible, y supone una pérdida de oportunidades de mejora que va en contra de la ética profesional. Lo responsable, pensamos, sería por un lado reflexionar en cómo afecta esa estructura a nuestras prácticas, y cómo podemos modificar estas para que tengan en cuenta dichos efectos; por otro lado, si identificamos que la estructura (las políticas, la orientación de los cuidados) es dañina

para los y las pacientes, pensar (y actuar) en aquello que esté en nuestra mano para reducir ese impacto negativo (Berwick, 2020).

Establecida esta responsabilidad profesional la duda llega temprano: ¿Dónde quedan los límites de esa responsabilidad? ¿Hay que combatir cada injusticia hasta las últimas consecuencias para ser mejor profesional? Y ahí está ese dilema que cada persona tiene que aprender a responder adecuándose a sus contextos, sus capacidades, su momento vital, etc. No es fácil, por ejemplo, enfrentarse a la institución en la que trabajas cuando decide aplicar protocolos que discriminan a determinadas poblaciones, más cuando tienes un contrato laboral precario. Pero ¿cómo te justificas ese mismo miedo cuando tienes una plaza asegurada, cuando eres una persona reconocida en tu entorno, cuando tienes menos que perder que la mayoría? Sobre todo ¿qué significa enfrentarse a esa institución? Puede ser hacer un comentario en contra o negarte a hacer algo. Una posición firme o una más laxa. Y las consecuencias de estos posicionamientos o acciones pueden ser muy diferentes; la coherencia con la responsabilidad tiene un coste. A Virchow es probable que no le volviesen a contratar para hacer más informes en Silesia, y cada persona tiene que aprender a valorar hasta dónde (y cuándo) hay que dar el paso.

La capacidad de decidir y hacer está condicionada por multitud de factores externos (como en la salud), y hay más de una forma de hacer. Pero si nos gustaría señalar que plantearse la posibilidad de cambio tiene valor desde la perspectiva de la responsabilidad profesional, e ignorarla, o menospreciar a las personas que lo intentan, es también una decisión: vivir conscientemente en la inconsciencia es un posicionamiento en sí mismo.

Sumada a esta responsabilidad profesional hay otra que podríamos denominar responsabilidad social. Es la que apela al componente ético de vivir en sociedad. Actuar contra las desigualdades puede ser, además de una buena práctica profesional, un tema de justicia social. Puede ser que esto no interpele a todo el mundo, pero la pregunta que nos hacemos en esta dimensión es ¿en qué mundo (o sociedad, o comunidad o sistema sanitario) queremos vivir? ¿En uno que crea, potencia y legitima las desigualdades o en uno que las combate? ¿Qué valores y principios nos gustaría que rigiesen en la sociedad? ¿Queremos trabajar para un sistema que trata a las y los pacientes en función de sus privilegios de nacimiento o en uno que comprende que, así como los contextos afectan a las personas, las prácticas deberían adaptarse a esas personas con una mirada de equidad? Esas reflexiones sobre la responsabilidad social como profesionales, pero también como ciudadanía, son algunas de las que nos hacemos para llegar a planteamientos de acción.

Sobre la responsabilidad social y ciudadana y sus formas de acción hay mucho escrito. Se habla del derecho y del deber de la ciudadanía a participar en la vida política, entendida esta no como el juego de los partidos políticos, sino de las formas de organizarnos como comunidad. En

democracia, una de las formas de acción es claramente el voto, o también el involucrarse directamente en el sistema de representación democrática creando o adhiriéndose a un partido político. Pero hay muchas otras formas de acción que históricamente ha utilizado la ciudadanía para promover cambios. La reivindicación puede tomar formas de desobediencia civil, de militancia en colectivos y movimientos sociales, de fomento del desarrollo del tejido comunitario o incluso de acción directa. Los niveles de efectividad de estas acciones se circunscriben a los contextos históricos y culturales donde se desarrollan, por lo que hay donde elegir. El tema está en pensar que la representación democrática no es (ni debería ser) el único cauce de participación social en la vida comunitaria, por lo que desde la responsabilidad social hay que pensar (también) en esas otras formas de acción.

Todos y cada uno de los actos de nuestra vida tienen un componente político, y todo tiene un componente social en tanto que afecta a la comunidad de la que formamos parte (y que nos forma) y es afectado por ella. La actividad profesional, por mucho que se vista con el traje de lo técnico y de lo objetivo, no es una excepción. Por ello, la manera en la que nos relacionamos con la institución en la que trabajamos, su estructura organizativa, las relaciones que establecemos con compañeros y compañeras, el trato con las personas usuarias de nuestros servicios, incluso las acciones que desarrollamos como profesionales individuales, tienen un impacto en la sociedad.

Si esto de la responsabilidad social o profesional no te interpela, si crees que puedes dar la mejor atención posible a la población sin incorporar la mirada de determinantes o sin reflexionar sobre tu práctica con perspectiva de equidad, si crees que supone un esfuerzo fútil y frustrante, o si consideras que las propuestas que traemos son insuficientes, idealistas o que no llevan a ningún sitio, es probable que este texto (y este libro) no sean para ti. No podemos decir que esto no sea un grito en el desierto, pero sí que hay que ser conscientes de que los cambios que históricamente se han hecho en la sociedad no han sido porque un grupo de personas decidieran quedarse de brazos cruzados y seguir como si nada, sino porque siendo conscientes de que algo no iba en la dirección correcta, reflexionaron (y actuaron) sobre cómo cambiarlo. Hay que pensar en qué lado de la historia queremos y podemos permitirnos estar.

ACCIONES EN LA PRÁCTICA SANITARIA O REPASAR LO BÁSICO

La primera acción clara es incorporar la perspectiva de determinantes en nuestra práctica profesional (Andermann, 2016). Sea nuestro abordaje primordialmente individual, grupal o comunitario, aprender cómo el contexto (histórico, político, familiar, etc.) influye en la salud de las personas

con las que trabajamos, puede ayudarnos a afinar nuestras herramientas habituales. Por ejemplo, el saber cómo la integración laboral o la discriminación por género se relacionan con el sufrimiento psíquico puede ayudarnos a desarrollar abordajes que reduzcan este sufrimiento, al no culpabilizar a las personas o reforzar esos procesos involuntariamente. **Esta consciencia e incorporación de la perspectiva de los determinantes a nuestra práctica profesional, es la primera y más básica de las acciones.**

Cómo incorporar esa perspectiva a cada práctica concreta depende de cuál sea nuestro ámbito de actuación. En Atención Primaria, por ejemplo, se ha desarrollado un marco con ideas para incorporarla tanto en el abordaje individual, como en el grupal o el comunitario (Hernán-García *et al.*, 2019) o para introducir la perspectiva de género en las consultas habituales (Benedicto Subirá, 2020). También hay que reflexionar y desarrollar marcos para incorporarla en los diferentes trabajos que se relacionan con la salud mental, creando espacios de debate y discusión en esa línea. Aunque no es el propósito de este trabajo modelar ese marco, si podemos introducir algunas píldoras, algunos principios que bien podrían servir para cimentarlo.

Mirarse al espejo

Tal vez un primer punto importante es el de **reflexionar sobre nuestra propia práctica desde la perspectiva de equidad**. Hay que ser conscientes de que la organización (y financiación) de los sistemas sanitarios puede contribuir a paliar o a reproducir las desigualdades en salud. Y que a menudo se cumple la *ley de cuidados inversos* que promulgó el médico de familia Julian Tudor Hart, y que anuncia que «la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida» (Tudor Hart, 1971). Es decir, que a menudo atendemos más y mejor (con más intensidad, con más oportunidades) a aquellas personas o poblaciones que menos lo necesitan. Esto puede suceder a un nivel más macro de articulación de sistemas sanitarios o definición de programas de salud, pero también a un nivel más micro en las propias consultas. Porque también los y las profesionales de la salud tenemos sesgos implícitos, a menudo inconscientes, que hacen que tratemos mejor (o peor) a determinados grupos de personas. A veces porque nos es más fácil o difícil trabajar con unas o con otras, a veces simplemente porque sus contextos o problemas nos son ajenos, o porque tenemos prejuicios difíciles de reconocer. En general existe una propensión a atender mejor a aquellas personas que se nos parecen (en género, etnia, clase social o nivel educativo), por lo que es imprescindible mirarnos en el espejo y tratar de paliar esas desigualdades que potencialmente provocamos desde nuestra propia consulta.

Ubicar al otro

Hay que reconocernos en el espejo, pero seguidamente hay que reconocer al otro, al que tenemos delante. Es importante perfilar y **comprender el contexto de las personas a las que atendemos**. Indagar de dónde vienen, cuál es su situación familiar y laboral, cuáles son sus expectativas y miedos y cuáles son las conexiones de todo esto con sus problemas de salud (si las hay). Incorporar la perspectiva de determinantes a la práctica quiere decir pensar sobre las causas de las causas, tratar de recorrer el camino que hay entre los determinantes distales y estructurales a los problemas concretos de salud de las personas. Y tratar de adecuar nuestras actuaciones a ese conocimiento.

Comprender evita juicios (gratuitos)

Un punto importante de esto tiene que ver con **evitar actitudes moralistas y de juicio ante las formas de vida individuales**. Hay ciertas corrientes en las prácticas de la medicina y la psicología que atribuyen a los individuos la culpa (las causas) de sus problemas de salud. Esto, si bien puede ser un elemento empoderador en algunos casos, puede ser terapéuticamente contraproducente, y puede llevar a dinámicas de castigo en la práctica sanitaria. El ejemplo más evidente tiene que ver con los hábitos de vida relacionados con la salud, como el consumo de tabaco o la alimentación. Continuamente hay juicios desde los y las profesionales de la salud hacia las personas que fuman o las que no llevan una alimentación adecuada. Aunque desde la perspectiva de Salud Pública, cuando entendemos que las y los pacientes están insertos en un contexto estructural complejo que influye en sus acciones, y conocemos que aspectos como el nivel de renta o de estudios están muy relacionados poblacionalmente con el hábito de fumar o el tipo de alimentación, parece imposible que esa actitud culpabilizadora persista. La responsabilidad individual existe, desde luego. Pero no es tanta ni tan poderosa como nos la pintan. Para empezar, está condicionada por las capacidades individuales, que a su vez lo están por las diversas capas de los determinantes sociales de la salud (Nussbaum, 2003). Y la consciencia de eso debería necesariamente llevarnos a adecuar nuestras actuaciones. En el caso de los hábitos relacionados con la salud, los consejos podrán ser similares de una u otra manera, pero los mensajes, las maneras de transmitirlos, la intervención, en definitiva, variará de manera sustancial.

La salud (también) está ahí afuera

Otra idea es la de reconocer que la mayoría de los males no se pueden atajar (solo) con la actuación sanitaria, por lo que es imprescindible **reconocer a otros actores y forjar alianzas** con estos. Identificar los recursos disponibles en la comunidad que pueden ayudar a sobrellevar o reducir el sufrimiento. Los Servicios Sociales, las asociaciones de barrio, los colectivos de personas con una misma situación, etc. son herramientas que deberíamos poner en nuestro *Vademecum*. Eso implica acercarse a conocerlas, coordinarse con ellas, y aprender cuándo y en qué pueden ser útiles a los pacientes. A veces es parte de nuestro trabajo hacer de puente entre recursos, facilitar las cosas, allanar el camino, y dar un paso atrás y evitar ser protagonistas de cada actuación. **El desarrollo de intervenciones comunitarias e intersectoriales** son acciones recomendadas para reducir las desigualdades en salud y hay que valorar en qué contextos pueden ser aplicables y beneficiosas para los pacientes.

Las ideas también viajan

No se trata solo de incorporar todas estas cuestiones a nuestra práctica, sino también de darlas a conocer. Transmitirlas a estudiantes, residentes, compañeros y compañeras de profesión que en la mayoría de las ocasiones habrán recibido una formación desde el modelo hegemónico individualista, biologicista y sanitario-céntrico que impera (Peluso *et al.*, 2013). Abrir debates. Compartir dudas. Cuestionar limitaciones. Proponer alternativas. Es importante no transmitir la idea de los determinantes sociales como algo distal y foráneo, algo que viene dado (Sharma *et al.*, 2018). Los determinantes sociales de la salud son algo próximo que afecta a todas las personas de una u otra manera, y sobre lo que tenemos cierta capacidad de acción si los abordamos de forma colectiva y comunitaria. Los determinantes pueden crear desigualdades injustas, pero esa injusticia se define por el hecho de que podrían ser prevenidas, es decir, son evitables con un contexto socio-político favorable a ello. Por tanto, **transmitir el marco de determinantes es transmitir la idea de luchar por la equidad y contra las desigualdades en la sociedad.**

Transmitir estas ideas entre nuestros iguales está bien. Pero hay un momento en que sentimos que eso no es suficiente. Hay que hacerlas viajar hacia la fuente. Hay que enseñar lo que hemos aprendido a las personas que toman las decisiones. Decirle al organismo gestor del sistema sanitario que accesibilidad no es mantener abierto un centro con la mitad de profesionales, o que atención universal no es excluir a las personas que vienen de otros países. Y contarles por qué y darles alternativas. Y quizás

en algún momento decidir denunciarlo públicamente si las reivindicaciones son ignoradas. Llevar el debate a donde se definen las reglas del juego y delimitan los contornos de las superestructuras. Es por ello que en el siguiente apartado pretendemos introducir el tema de la incidencia política profesional.

INCIDENCIA POLÍTICA DE PROFESIONALES O ACCIÓN HACIA LA FUENTE

La literatura científica muestra que para reducir las desigualdades en salud son claves las intervenciones desde la consulta, bien sean individuales, grupales o comunitarias, pero adaptadas al contexto de las personas atendidas. Pero también señala cómo estas acciones están en el tramo más bajo de un río (*downstream*) que encadena factores causales (Gehlert *et al.*, 2008) desde los determinantes estructurales hasta la vivencia de los pacientes (ver tabla 1). En el medio de este río (*mids-tream*) estarían esas acciones que tratan de reforzar el tejido comunitario o reorientar los servicios con perspectiva de equidad, para atender a las necesidades sociales de una comunidad. Y finalmente, río arriba (*ups-tream interventions*) se encontrarían aquellas intervenciones que pretenden actuar sobre los determinantes desde un nivel más macro. Ejemplos de estas últimas serían el desarrollar o reforzar políticas públicas que protejan los derechos laborales y combatan la discriminación, o medidas fiscales redistributivas. La lógica de la mirada poblacional salubrista diría que estas últimas son más efectivas para la reducción de las desigualdades (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015), puesto que afectan a poblaciones enteras en lugar de a conjuntos de individuos como en las intervenciones en los niveles medio o inferior del río (Rose, 1985). En cambio, en la práctica sanitaria se trabaja más en estas últimas y parece que apenas hay capacidad de incidencia en las primeras. Pero... ¿es esto así?

Tabla 1
NIVELES DE INTERVENCIÓN PARA ABORDAR LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

	Intervenciones «RÍO ARRIBA» (Upstream)	Intervenciones «RÍO MEDIO» (Midstream)	Intervenciones «RÍO ABAJO» (Downstream)
Nivel	POBLACIONAL	COMUNITARIO	INDIVIDUAL
Estrategias	Mejorar las condiciones de la comunidad	Servicios que aborden las necesidades sociales individuales	Proveer atención clínica con respeto
Tácticas	Leyes, políticas, regulaciones, campañas y la incidencia política para promoverlas	Intervenciones comunitarias, trabajo intersectorial, reorganización del servicio orientada a las personas	Intervenciones clínicas/sanitarias con mirada al contexto
Ejemplos de efectos positivos en salud mental	Aceptación, inclusión, equidad	Acceso a recursos y oportunidades, servicios inclusivos, construcción de redes de apoyo	Salud y bienestar individual, autoestima
Ejemplos de efectos negativos en salud mental	Estigma, bajo estatus social, inseguridad económica	Falta de transparencia o de acceso a servicios públicos, paternalismo	Sufrimiento emocional y físico, aislamiento

La reflexión que llevamos haciendo en APLICA desde hace un tiempo nos ha llevado a promover la incidencia política de profesionales de la salud para enfrentar las injusticias, como manera de actuar corriente arriba desde nuestros espacios. Entendemos por **incidencia política la forma de participar en el espacio público con el objetivo de influir en las personas con capacidad para tomar decisiones que afectan a la comunidad, para que incorporen los intereses de la ciudadanía en los programas y leyes que elaboran**. Es un concepto desarrollado sobre todo por las organizaciones no gubernamentales y suele referirse a un conjunto de acciones organizadas y planificadas que tienen como fin provocar cambios en la orientación de las políticas. La idea así descrita se podría solapar con el concepto de «abogacía por la salud», entendida como una combinación de acciones individuales y colectivas destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud (OMS, 1998). La abogacía por la salud es una de las tres estrategias básicas para la promoción de la salud recogidas en la carta de Ottawa (OMS, 1986). A nuestro entender, la incidencia política es una parte de la abogacía, y es aquella que pretende incidir «río arriba» separándose de lo estrictamente sanitario para abordar las causas de las causas.

Las múltiples formas de la incidencia

Las formas que puede tomar esa incidencia política (o también la abogacía por la salud) son múltiples. Desde la movilización ciudadana a la difusión de mensajes en medios de comunicación. Desde la acción performativa de tipo más artístico para despertar conciencias a la realización de informes técnicos sobre determinados temas. De la síntesis de la evidencia científica para la ayuda a la toma de decisiones políticas al apoyo (o boicot) de las acciones sindicales. De realizar acciones concretas propias a dar respaldo y difundir campañas realizadas por organizaciones o movimientos sociales. Puede ser dar voz a colectivos vulnerables o denunciar injusticias ejecutadas por el sistema sanitario, o recoger firmas para la remodelación del centro de salud del barrio. Lo que une todas estas acciones es la consciencia de estar realizando esta acción hacia la fuente de las desigualdades, y en el caso de la incidencia política de profesionales de la salud, el reconocer que es parte de nuestra responsabilidad profesional y una acción de buena práctica por el compromiso con el que nos debemos a las poblaciones a las que atendemos.

Buscar el tono, afinar el mensaje

La incidencia política trata sobre trasladar un mensaje. Eso nos deriva a la teoría clásica de la comunicación (Shannon, 1948), a reconocer al emisor, al receptor (la población diana) y el canal en el que se transmite el mensaje en cualquier acto comunicativo. De hecho, es algo muy parecido a lo que podría hacer la publicidad, que es por lo que se suele hablar de la utilización de técnicas de *marketing social* para la incidencia política. Esto es, utilizar técnicas de la mercadotecnia tradicional para difundir ideas que benefician a la sociedad. Utilizar las herramientas del capitalismo más tradicional para enfrentar las desigualdades que este provoca.

Uno de los aprendizajes del marketing social es la necesidad de definir bien los mensajes que se pretende lanzar. Estos mensajes tienen que tener una idea central clara y sencilla que pueda ser recordada. Si bien la simplicidad de los mensajes puede ayudar a ello, hay que buscar un equilibrio que no huya de la complejidad o que no trate a la audiencia como receptora pasiva e incapaz. Esto pueden ser mensajes de apoyo o argumentos. Pero sí hay que ser consciente de que tratar de trasladar demasiadas cuestiones hace que el mensaje principal no se termine de digerir o comprender bien. Por lo tanto, para mejorar la eficacia de las acciones de incidencia el mensaje debe buscar la sencillez y conectar con la audiencia, que tenga algún significado para ella, incluso a un nivel emocional. Si por ejemplo se pretende hacer incidencia en la ciudadanía sobre los recortes presupuestarios en Atención Primaria, hay que identificar cuáles son los valores que la población le otorga y, probablemente, el principal sea la accesibilidad. Por lo que los mensajes tendrán que girar hacia esa pérdida de acceso. Si los mensajes se centrasen en otros elementos que no son tan importantes para la ciudadanía en general (aunque deriven en lo mismo) como es la precariedad laboral en las instituciones sanitarias, será más difícil que ese mensaje cale. Esto, que *a priori* parece lógico y simple, es el *quid* de las acciones de incidencia: adaptar lenguajes, discursos y canales a la población diana, para que el mensaje llegue con mayor eficacia. Y para ello hay que identificar y conocer bien a las distintas partes implicadas.

El quién es quién de la incidencia

El arte de la incidencia está en saber adaptar los canales y los mensajes a sus receptores. Y para ello hay que identificar cuáles son las partes implicadas en la incidencia, aquellas con capacidad de influir o tomar decisiones sobre lo que queremos incidir. Estos podrán ser tanto emisores (colectivos con una capacidad de ejercer de altavoz particular en el tema tratado) como potenciales receptores de los mensajes que queremos transmitir.

Lógicamente, una de las partes principales de la incidencia política son las personas responsables de la toma de decisiones, la gestión de recursos y la redacción de políticas, pero no son las únicas. Aunque el fin último de la incidencia política sea llegar a estas personas, la estrategia de incidencia no tiene por qué ser directa (traslado directo de los mensajes) sino que puede ser indirecta (incidir sobre, o colaborar con, grupos de población que a su vez influyan en las personas responsables de la toma de decisiones). En el primer caso, se habla de llegar a las audiencias primarias, mientras que, en el segundo, a las secundarias. Estas decisiones formarán parte de la estrategia de incidencia.

Respecto a las partes implicadas en la toma de decisiones, hay que entender las lógicas que les llevan a tomarlas. Para ello es esencial comprender, sobre todo, la idea de agenda política. En general, en democracia, las personas que se dedican a la política profesional trabajan con unos plazos o legislaturas determinadas, por lo que tienen tiempos limitados en los que pueden hacer (o dejar de hacer) un determinado número de acciones. Esa agenda política supone la lista de temas e intereses en que centrarán su atención durante ese espacio de tiempo en el que se desarrolla su mandato o capacidad de toma de decisiones. Esos temas vienen influidos por muchos factores, como la ideología del partido para el que trabajen, la influencia de terceros (prensa, grupos organizados, etc.), pero también por el contexto histórico y social del ámbito en el que se mueven. Es decir, la agenda política se adapta, se renueva, y cambia continuamente. Esto hay que entenderlo como un objetivo y como una oportunidad.

El objetivo de la incidencia es introducir determinados temas en las agendas de las personas que se dedican a la política, y para ello crear contextos propicios para que esto pase. Estas personas tienen, como todos los actores, elementos que les movilizan más. En las acciones de incidencia es importante identificar cuáles son estos elementos catalizadores, sea la opinión pública, sean determinados temas, sea la prensa o la legitimidad que aportan los argumentos científicos. También identificar los momentos en que ciertos temas cobran una particular relevancia social, las ventanas de oportunidad para producir cambios en una determinada dirección. Todo ello ayudará a marcar las líneas de la estrategia de incidencia que diseñemos.

Respecto a otras partes implicadas que pueden ser tanto emisores de mensajes como receptores en una estrategia indirecta de incidencia hay que tener en cuenta los organismos internacionales, las ONG y movimientos sociales, y las agrupaciones profesionales, la prensa y la ciudadanía en general. Cada uno de ellos tiene sus lenguajes, sus modos y sus motivaciones, por lo que conviene conocerlos antes de definir mensajes y estrategias de incidencia que los tengan en cuenta. Hay que saber cómo pueden ayudarnos en nuestro propósito o entorpecernos, y cómo facilitar lo primero y evitar lo último. Para ello, conviene identificar las alianzas, oposiciones

y partes neutrales, y en el último caso reflexionar sobre qué es lo que les puede hacer cambiar de posición.

Para el propósito de este trabajo es interesante destacar el alto reconocimiento social que tienen las y los **profesionales de la salud**, así como quienes se dedican a la ciencia. Gracias a este prestigio, los mensajes emitidos por profesionales de la salud (sean a nivel individual o colectivo), sobre todo (aunque no solo) cuando están vinculados a salud, tienen mayores probabilidades de ser escuchados por la ciudadanía o por los medios de comunicación. Sucede lo mismo con las personas que se dedican a la investigación cuando hablan sobre sus campos de conocimiento. Esto es importante a la hora de pensar estrategias de incidencia, así como para reflexionar sobre la responsabilidad profesional para estas situaciones. Acceder a esta categoría de profesionales como emisores de los mensajes amplificará su eficacia y capacidad de incidencia.

Hay otros tipos de legitimidades que tienen que ver con la vivencia en primera persona. Si queremos hacer incidencia sobre temas de salud mental, posiblemente no baste con la opinión de los y las profesionales, sino que podría ser deseable contar con la participación de personas que viven el sufrimiento psíquico y/o de sus familiares. Eso supone desarrollar estrategias de alianzas en las que se construyan puentes entre profesionales y pacientes, que tengan en cuenta las desigualdades de poder preexistentes en la relación: desarrollar espacios de encuentro donde la comunicación tienda a la horizontalidad, y en los que las experiencias de las personas usuarias sean escuchadas.

Hay otros tipos de perfiles y roles que también tienen cierta legitimidad en su discurso y que les hacen especialmente relevantes como emisores o reforzadores de los mensajes de incidencia. Por ejemplo, organismos internacionales, las ONG de prestigio, liderazgos locales o comunitarios, artistas o personajes conocidos con renombre, etc. Es importante identificarlos, acercarnos y tratar de conocer a aquellas personas u organizaciones con quienes podamos establecer alianzas potenciales plasmando toda esta información en el plan de incidencia que vamos a ejecutar.

Trazar un mapa o los planes de incidencia

Del mismo modo que cuando realizamos un proceso de investigación desarrollamos un apartado de metodología que nos marca el camino para cumplir los objetivos, en los procesos de incidencia política se elaboran planes de incidencia política. Aunque en procesos sencillos podría parecer no ser necesario detallarlo, y aunque en procesos complejos, largos o dinámicos tenga que adaptarse a cambios, se aconseja redactarlo previamente. De esta manera, sirve como el mapa que llevamos en el bolsillo durante el camino y que, aunque no consultemos, nos da la seguridad de no perder la

dirección en la ruta, y es un documento al que siempre podemos acudir en momentos de duda.

El plan de incidencia no recoge tan solo las acciones que se pretenden realizar. Idealmente contiene un diagnóstico inicial, unos objetivos de incidencia, una identificación de partes implicadas y alianzas, las propuestas de acción, los recursos disponibles para desarrollarlo, un cronograma, así como algún procedimiento para monitorizar y evaluar el seguimiento, desarrollo y eficacia del plan. El plan puede contener o adjuntar asimismo un plan de comunicación que identifique el tipo de lenguajes y de mensajes que se quieren mantener en la estrategia de incidencia. Sobre estos temas hay diversos materiales disponibles que nos pueden ayudar a profundizar más cuando sea preciso (García de Leon Moreno, 2007; Stoneham *et al.*, 2019).

En conclusión, la incidencia política trata de trasladar mensajes a las personas que toman las decisiones e influir en ellas. Y para ello hay que cuidar todos los elementos de la comunicación, desde la forma al contenido: quién dice qué, cuándo lo dice, a quién lo dice, cómo lo dice. Y por supuesto, cuando hablamos de comunicación no hablamos solo de palabras, sino de las distintas maneras de trasladar un mensaje. En el siguiente apartado compartiremos algunos ejemplos de acciones de incidencia que muestran la variedad de formas que pueden adquirir.

HERRAMIENTAS Y EJEMPLOS DE INCIDENCIA O CÓMO LO HACEMOS

A continuación, se expone un abanico de herramientas y ejemplos para la incidencia política aplicables al personal sanitario. No se trata de hacernos profesionales de la incidencia, pero sí al menos de conocer posibilidades de acción que van más allá de la consulta. Por supuesto esta lista no pretende ser exhaustiva ni entrar al detalle, más bien provocar reflexión y despertar interés. Tratamos, por tanto, de abrir la mirada.

Las piezas de la incidencia

La estrategia de incidencia por excelencia suele ser realizar campañas mediáticas para posicionar un tema en un grupo de personas concreto (que puede ir de un país a colectivos determinados). Esto podía ser un campo específico de trabajo de las agencias de comunicación o publicidad, y es desde luego un terreno que necesita especialización y conocimientos específicos, pero desde la llegada de las redes sociales, las campañas han evolucionado mucho y sus actores son más diversos. Los principios, sin embargo, siguen siendo los mismos. Algunos ya se han comentado: pensar el mensaje, pensar en la audiencia. En términos de campaña esos mensajes

se condensan en eslóganes o lemas que sean repetibles, sintetizan la idea principal y desarrollan la identidad reconocible de la campaña. Ayuda contar con imágenes gráficas, tipo logo, con las que se asocie e identifique el mensaje.

Para desarrollar estas campañas son necesarios materiales para la incidencia que pueden tomar distintas formas. Desde libros a anuncios. De comunicados a pósteres. De folletos a videos. Lo importante es cuidar la forma. Pensar a quién van dirigidos y en función de ello articular un modo propio. Es bienvenida la creatividad y originalidad en este aspecto, por lo que se agradece el apoyo de profesionales con conocimientos adecuados (ej. diseño gráfico, comunicación audiovisual, etc.) y una perspectiva estética acorde al propósito del material realizado. Cuando no es posible contar con este apoyo, hay que abordarlo con modestia, pero con ingenio. Reflexionar sobre los recursos al alcance, las limitaciones y fortalezas existentes y en función de ello definir la forma que podrían tener estas campañas.

La forma envuelve al contenido

Otro aspecto fundamental es pensar en qué canales utilizamos y qué *envoltorio* le damos a estos mensajes. Y ahí sí que es importante la creatividad y la originalidad, sin perder nunca de vista quién es nuestra audiencia. Hay infinidad de maneras de materializar estas campañas. Desde los anuncios más clásicos en vallas o medios de comunicación a *performances* artísticas en la calle. Desde documentales a memes en redes sociales. Desde monográficos de la AEN a videos de *Youtube*. Cada uno merece una reflexión propia, pero basta decir por ahora que lo más importante es pensar a quién van dirigidos. Si la campaña se centra en población joven será más interesante adecuar los canales, el lenguaje y la forma a los suyos. Tal vez contactar con personas que puedan conocer o gente de su misma edad pueda ayudar, y lógicamente utilizar las mismas redes sociales y canales que estén utilizando. Y, al contrario, si queremos llegar a colegas de profesión, quizás TikTok o los memes no sean el mecanismo más eficaz (aunque hay que pensarlo en cada caso) y la publicidad en medios de comunicación tradicionales o específicos tenga mayor capacidad de penetración. La selección de estos canales también ha de tener en cuenta los recursos que tenemos disponibles. No solo económicos, sino también de tiempo y de capacidades.

Huelga señalar la importancia de lo audiovisual en la sociedad actual. En el mundo de la salud, hay una tendencia a elaborar materiales para la incidencia que suelen ser escritos, densos, de difícil acceso para la población general. Sin embargo, la tendencia general parece ir hacia lo contrario: a generar mensajes que sean sencillos y que se puedan digerir

en menos tiempo y que vengan acompañados de la fuerza de lo audiovisual para dotarlos de profundidad e interés. En ese sentido hay que repensar las formas de cómo pretendemos llegar a la población. Algunos ejemplos pueden ser presentar resultados de una investigación mediante documentales (Cruz & Pérez, 2019; Perez & March, 2016), producir infografías o cómics para sintetizar un mensaje, desarrollar un taller de memes o promover una campaña de compartir fotos en redes u organizar un *flashmob* (acción organizada en la que un grupo de personas se reúne de repente en un lugar público, realiza algo inusual y luego se dispersa rápidamente). Realizar acciones simbólicas, de una naturaleza más artística y performativa, con elementos de teatro, danza o expresión creativa pueden ser interesantes también.

El cuarto poder o el alcance de la prensa

Una de las múltiples formas que pueden tener estos materiales de incidencia es en forma de piezas para la prensa. Radio, televisión, prensa escrita... cada una tiene una audiencia determinada que es necesario conocer. Podemos escribir un artículo, firmar una editorial, convenir un reportaje, conceder una entrevista. La prensa, especialmente la escrita, tiene un impacto fundamental en las opiniones de la sociedad y puede marcar la agenda de las personas que toman las decisiones. Así que cualquier campaña de incidencia, por modesta que sea, debería tenerla en cuenta de alguna manera. Aunque sea, dándole la espalda conscientemente, si se identifica como la oposición al mensaje que queremos difundir.

Todo suma

Es habitual en una misma campaña combinar diversos canales y estrategias para llegar a un mismo objetivo. Un ejemplo que conocimos de primera mano es el de la asociación «Yo Sí Sanidad Universal», un colectivo de profesionales y pacientes que defiende el derecho a la atención sanitaria. En el 2018 el nuevo gobierno (PSOE) lanzó una «ley sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud» (Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, 2019). Al poco tiempo de aplicarse la ley, Yo Sí Sanidad Universal y otros profesionales de la salud y las ONG que trabajaban temas de exclusión social, identificaron que esta ley no terminaba de resolver los problemas de acceso causados por la legislación desarrollada por el anterior gobierno del Partido Popular (Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, 2012) y que habían dado luz a su nacimiento como movimiento social. La cuestión es que la

ley de 2018 transmitía la sensación de que el tema estaba resuelto y zanjado, por lo que se decidió que había que empezar una campaña para contar que no era así, que se terminaría llamando #LaLLamanUniversalYNoLoES. Entre las poblaciones diana de la campaña, además de las personas responsables de las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y la población general, se encontraban específicamente las personas que se habían manifestado en años anteriores: toda una serie de profesionales, ciudadanía y colectivos organizados que se habían movilitado inicialmente contra la exclusión sanitaria y que se habían desmovilitado con la llegada de la ley del 2018. En ese sentido se desarrollaron varias líneas de acción diferentes. Por un lado, se activaron redes de entidades que trabajaban el tema anteriormente, como Médicos del Mundo o Amnistía Internacional. Conjuntamente con estas entidades, se realizó una acción simbólica performativa enfrente del Ministerio de Sanidad en la que se derribó un muro de barreras (hecho de cajas de cartón) y se leyó un manifiesto (figura 1). Por otra parte, se realizó un cómic que sintetizaba el estado de la cuestión con un tono humorístico y que servía de material de difusión (figura 2). Al mismo tiempo, se empezó una acción en *Twitter* (canal utilizado por muchos activistas y profesionales de la salud) donde se animaba a profesionales y ciudadanía a narrar en primera persona relatos de exclusión sanitaria que se estaban viviendo etiquetados con el lema de la campaña. Todas estas acciones caminaban en la misma dirección de reactivar un tema que había sido importante en años anteriores y que en ese momento se encontraba olvidado en términos de movilización ciudadana y profesional. Abordaban desde distintos canales, modos y estrategias un mismo objetivo.

Figura 1

ACCIÓN SIMBÓLICA CONTRA LA EXCLUSIÓN SANITARIA 2019: DERRIBANDO LAS BARRERAS



Fuente: yosisanidaduniversal.net/



Cuando la ciencia habla...

En la sociedad en la que vivimos, los argumentos que provienen de la ciencia (o basados en ella) cuentan con un estatus de legitimidad particular que automáticamente los dotan de valor. Es, por tanto, lícito tratar de reforzar nuestras reivindicaciones con esa voz, desarrollando o difundiendo estudios, informes, o resultados científicos. Esta es una estrategia muy utilizada por organizaciones que se dedican a la incidencia política. Por ejemplo, cuando Amnistía Internacional decidió posicionarse sobre cómo la Atención Primaria ha quedado desatendida durante la pandemia, lo primero que hicieron fue preparar un informe basado en datos para documentar su argumento (Amnistía internacional, 2021). El lanzamiento de este informe supuso el inicio de una campaña de incidencia que tuvo más acciones: campañas mediáticas, reuniones con responsables de gestión a varios niveles, etc. Pero todas se referirán a este informe. El informe en estos casos no suele aportar un conocimiento «nuevo» sino que se centra en subrayar y recoger argumentos «científicos» (datos) sobre algo que ya se conoce. Y esto es interesante y destacable. Hacer investigación para la incidencia no tiene por qué ser necesariamente lo mismo que hacer investigación estrictamente académica, aunque pueda mantener los mismos criterios de calidad en términos metodológicos. Por poner un ejemplo, en la ciencia biomédica los estudios descriptivos están claramente menos valorados que los analíticos. Realizar un ensayo clínico tiene más valor que hacer una encuesta. Desde la perspectiva de la investigación para la incidencia el enfoque es más amplio: describir la realidad puede tener, en ocasiones, mayor capacidad para señalar injusticias y promover cambios, que probar intervenciones en condiciones experimentales.

Es interesante señalar que existen ciertas posiciones que asocian la ciencia a lo objetivo y a lo neutral y esa es parte de la fuente que le otorga esta particular legitimidad. Desde la perspectiva que se ha expuesto en este texto, es difícil simplificar la visión de la ciencia como neutral y menos de los y las profesionales que a ella se dedican. Desde la elección del sujeto de estudio a la interpretación de los resultados hay un posicionamiento de las personas que se dedican a la investigación sobre todo (pero no solo) en aquella que tiene que ver con los comportamientos de las personas (como lo es mucha de la relacionada con salud). Lo importante en incidencia es que la metodología utilizada para obtener resultados (las fuentes consultadas, las técnicas de recogida, el análisis de datos, etc.) se escojan con criterios de calidad y ajustados al objetivo, para que tengan validez no solo en términos estrictamente científicos sino también como argumento: que sean difíciles de contestar. De esta manera, la investigación que desde el inicio se plantea como de incidencia, tiene una vocación de transformación e impacto social. Ese no es, por desgracia, el enfoque de la mayoría

de la ciencia académica que se realiza en el mundo, producida de espaldas de la sociedad y tenida a sí misma como principal destinataria e interlocutora. La investigación que pretende el impacto social o la incidencia política tiene una vocación de diálogo con la sociedad y conciencia de su responsabilidad.

Policy brief o la ciencia en formato digerible

Una herramienta particular de la ciencia útil para alcanzar impacto político y social es la realización de resúmenes de evidencia científica dirigidos específicamente a poblaciones concretas. En el caso de las personas responsables de políticas el documento se suele conocer como *policy brief* o resumen de evidencia orientado a la toma de decisiones políticas. Estos documentos tratan de explicar, de una manera breve, sencilla y orientada, los principales resultados de un estudio o del estado actual de la ciencia sobre un tema concreto, con el objetivo de que se tomen en consideración a la hora de tomar decisiones sobre temas con los que están relacionados. No hay una manera única de hacer un *policy brief* pero en cualquier caso el foco está en que se recoja información científica comprensible, suficiente y útil para alguien que tiene que tomar decisiones de gestión o políticas. Para ello se utilizan gráficas, infografías, fotografías o se sintetizan ideas en puntos clave. Una propuesta de apartados que podría tener un informe de este tipo viene recogida en la tabla 2 extraída de un artículo sobre cómo realizar *policy brief* de Salud Pública (Felt *et al.*, 2018).

Algunas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Epidemiología, utilizan este tipo de documentos para hacer llegar su conocimiento a quienes pueden tomar decisiones sobre cuestiones de salud. Valga como ejemplo su *policy brief* «Previniendo la obesidad en España mediante un impuesto a las bebidas azucaradas» (Bes-Rastrollo *et al.*, 2017), en el que sustentan con argumentos científicos los beneficios para la salud de la población de subir los impuestos a las bebidas azucaradas. Si bien es cierto que el diseño y formato del documento puede ser mejorable, mostramos este documento a modo de ejemplo puesto que recoge incluso un argumentario para contrarrestar posicionamientos en contra de la medida. Algunos proyectos de investigación, incluyen en su planificación la elaboración y difusión de documentos *policy brief*, con el objetivo de amplificar el alcance de sus conclusiones y que las recomendaciones que surgen de ellas sean implementadas, valga como ejemplo el documento «Sumando Vida a los Años. Propuesta para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores» (Araújo *et al.*, 2021), del proyecto Quality of Life an Ageing in Spain, Sweden and Portugal (QASP).

Tabla 2
CONTENIDOS BÁSICOS EN UN RESUMEN DE EVIDENCIAS PARA POLÍTICAS

CONTENIDOS BÁSICOS	CONSIDERACIONES PARA SU DESARROLLO
Título	Directo y sencillo
Resumen	Claro y conciso
Introducción	Concreta y delimita el problema dando respuesta a preguntas como: ¿Cuál es el problema? ¿Para quién es un problema? ¿Por qué se debe abordar este problema ahora? ¿Cuál es la magnitud económica y social del problema? ¿Qué soluciones se han propuesto hasta el momento y cuáles son las consecuencias (positivas o negativas)? ¿Quiénes son las partes involucradas y cuál es su rol?
Conocimiento disponible	Realizar una puesta al día precisa de las evidencias disponibles, sus fortalezas y debilidades, el modo en que se relacionan dichas evidencias con el problema y una valoración sobre cómo estas evidencias orientan a unas determinadas líneas de acción
Recomendaciones o mensajes clave	Redacción de un listado breve de recomendaciones o mensajes clave derivados de la evidencia considerando las siguientes cuestiones: ¿Cuáles serían los potenciales impactos positivo y negativo de cada recomendación? ¿Es realista la recomendación? ¿Qué se necesita para implementarla (cuándo, quién, cómo)?
Conclusiones	Resumir el problema, la evidencia y la importancia de las recomendaciones y de los mensajes clave presentados en pocas frases; hacer una llamada a la acción necesaria para implementar las recomendaciones y el beneficio esperado
Referencias	Reducidas, relevantes, artículos o informes

La importancia de lo emocional

Otra cosa que aprendemos del *marketing social* es la importancia de las narrativas en los mensajes. Las personas receptoras de los mensajes no solo tienen que comprenderlos sino hacerlos propios: tienen que conectar con ellos. Y eso no se consigue sin tenerlo en cuenta. Un informe lleno de estadísticas nos puede convencer en términos racionales de un argumento, pero no es hasta que entendemos que detrás de esos números hay personas que conectamos emocionalmente con las ideas. Es por ello que muchos informes de incidencia respaldan sus datos con relatos en primera persona, con extractos literales de entrevistas que subrayan la información aportada, tal y como hizo Amnistía Internacional en su campaña «La década perdida», en la que ponía en evidencia el impacto de los recortes sufridos

en la inversión sanitaria pública en España durante los años de la crisis económica que comenzó en 2008 (Amnistía Internacional, 2020). En ese sentido, además, la metodología cualitativa nos puede ayudar a recolectar esas narrativas (March *et al.*, 2021), aunque no hay que perder de vista que lo que importa aquí es la forma en la que estas se presentan.

Tejiendo redes

Otra herramienta básica de la incidencia es buscar alianzas. Reforzar posiciones haciendo frente común con colectivos con los que generalmente no hay encuentro, pero que uniendo voces son más fuertes. Aunar energías y recursos a merced de un objetivo común. La organización es clave para la incidencia. El caso ejemplar en salud es la fuerza que supone cuando colectivos de profesionales se unen a colectivos de pacientes/ciudadanía para exponer sus argumentos y realizar sus propuestas. Es algo tan importante que no debería empezarse ninguna acción de incidencia sin al menos plantearse ¿con quién podemos contar?

Por supuesto esto no es tan fácil como parece. Diversos colectivos pueden (y suelen) tener intereses diferentes, lenguajes distintos, recursos desiguales. El trabajo radica en tender puentes, aprender los idiomas de cada colectivo, acercar posiciones. ¿En qué estamos de acuerdo? ¿Qué aportamos cada uno? Y para ello es necesario reforzar y cuidar los espacios de encuentro. Las reuniones, la toma de decisiones, los materiales que se elaboran, el modo en el que estos van firmados, etc. Las herramientas de participación y facilitación (López-Sánchez *et al.*, 2018) pueden ser muy útiles para desarrollar espacios de encuentro, de debate e interacción, que nutran esa coordinación y ese caminar en proximidad.

Una herramienta muy común en incidencia es recoger adhesiones en torno a un tema, desde firmas individuales a compromisos de entidades y asociaciones. Otras de las acciones comunes de incidencia es promover encuentros para debatir, profundizar o dar a conocer determinados mensajes. Crear o tener presencia en foros de debate, mesas redondas, jornadas, congresos o similares, supone una oportunidad de dar a conocer nuestra visión y de tejer esas alianzas.

La calle existe

En estos tiempos de activismos en las redes sociales y de posicionamientos digitales, quizás valga la pena recordar que la movilización ciudadana en las calles ha sido y es una herramienta fundamental de incidencia política. Las manifestaciones o concentraciones tienen el objetivo de dar a conocer un mensaje e incidir en las personas responsables de la toma de

decisiones. Como también lo tienen las huelgas u otros tipos de acción sindical y ciudadana. Se podría hablar sobre la efectividad de estas acciones y sobre la dificultad que tienen de organización en el mundo atomizado en el que vivimos. Pero vale la pena pensar estas acciones no solo en términos de su finalidad, sino también como punto de encuentro, y espacios simbólicos. Las acciones que promovió el movimiento de la *Marea Blanca* (en contra de los recortes en salud) en Madrid no lograron por sí solos frenar el avance privatizador, pero sí ayudaron a crear el clima, el estado de opinión y a tejer las redes comunitarias que lo lograrían. Años después de esas movilizaciones, todavía hay profesionales y pacientes que se encuentran y se reconocen como participantes de las mismas: la participación (y organización) en movilizaciones crea un lazo identitario, que puede ser también una herramienta para la incidencia.

La acción (o inacción) directa

El hacer o dejar de hacer también es otra herramienta clásica de incidencia política, sobre todo cuando se relaciona con las y los trabajadores. La desobediencia civil, como oposición pública no violenta a una norma que se considera injusta o inmoral, ha estado presente en muchas de las luchas por los derechos civiles del siglo XX: desde el sufragio femenino a la lucha contra la segregación racial o los derechos de las personas homosexuales. Más recientemente, hay ejemplos de desobediencia civil en las líneas de acción promovidas por la Plataforma de Afectados por la Hipoteca en forma de resistencia pacífica a los desahucios. El negarse a hacer o hacer algo en contra de las ordenanzas de una institución cuando esto va en contra de la profesión que estamos ejerciendo, es una opción también que puede ser contemplada. En estos casos hay que valorar los riesgos, recoger apoyos y, preferiblemente, (como cualquier acción de las que se señalan en este texto) no hacerla en soledad.

En el campo sanitario hay ejemplos de desobediencia, aunque algunos se pueden confundir con la objeción de conciencia. En el primer caso se trata de una acción pública donde se señala directamente la oposición a una norma. En el segundo, tiene una expresión más individual y por tanto, no es necesariamente pública ni necesariamente en oposición a la norma. Los límites pueden ser difusos. Un ejemplo de desobediencia importante en los últimos años ha sido la red de profesionales sanitarios que siguieron ofreciendo atención sanitaria a la población que había quedado excluida del sistema a raíz de la Ley 16/2012. Diversos colectivos, desde Médicos del Mundo o Yo Sí Sanidad Universal, pero también la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, apoyaron la campaña. La campaña animaba a profesionales a seguir atendiendo a las personas que lo necesitaban, incumpliendo deliberadamente una normativa que se consideraba

injusta, y aunque la acción se llevaba a cabo a nivel personal en cada consulta, estaba organizada e incluyó distintivos (unas chapas en la bata) para identificar a estos profesionales. En este caso la campaña se llamó de objeción de conciencia, aunque claramente se trataba de una acción organizada de desobediencia civil (Navarro, 2013).

Tocando a la puerta

Entre el abanico de acciones de incidencia también hay que considerar los encuentros con las personas responsables de acciones políticas. Estos pueden ser desde reuniones directas para comentar un tema concreto, a invitarles a un espacio para que así escuchen un posicionamiento. Y tampoco cabe descartar el sencillo y efectivo «tocar a la puerta». Las personas que toman decisiones a cualquier nivel deberían contar con espacios de puertas abiertas para atender a la ciudadanía. Aprovechar de esos espacios para incorporar mensajes es algo que ciertos grupos de poder han aprendido a hacer desde hace muchos años de forma organizada a través de *lobbies*. Esto es, grupos de presión formados por personas (o empresas) con gran influencia o poder que contratan a profesionales para incidir sobre las personas responsables de la toma de decisiones políticas (y sus organizaciones). Todos los ministerios e instituciones supranacionales reciben periódicamente a representantes de estos lobbies. En cambio, no hay un espacio tan reconocido para establecer encuentros con la ciudadanía o con otros colectivos (digamos aquí colectivos profesionales). Luchar por desarrollar, establecer y cuidar esos espacios podría ser una eficaz acción de incidencia política. Espacios donde se pueda contrarrestar esta acción de los lobbies, en el caso de que esta vaya en perjuicio del bienestar de la población (como es habitual).

Las sociedades científicas, como la Sociedad Española de Epidemiología, también han realizado campañas de «tocar en la puerta» para defender los intereses de la Salud Pública ante leyes que suponían trabas importantes a su trabajo, como el caso de la ley de protección de datos u otros.

Del profesional militante a la militancia profesional

Como se ha comentado, el modelo hegemónico de la y las tiende a tener una visión asistencialista, biologicista, individualista, paternalista y cerrada a la innovación. De esta manera, muchas de las instituciones que representan a estos profesionales se encuadran en ese marco. Es habitual conocer que asociaciones, colegios, sociedades científicas o sindicatos de medicina, por ejemplo, tengan discursos conservadores, centrados en mantener sus privilegios y alejados del bienestar de sus pacientes o de la

justicia social como elemento de salud poblacional. Por tanto, no basta con tratar de crear vínculos entre profesionales y pacientes (u otros colectivos), sino que se debería trabajar para ampliar el marco de este tipo de organizaciones desde algún tipo de militancia en la profesión. Puede ser implicándose en las organizaciones existentes o creando otras distintas que ayuden a crear mensajes divergentes y que puedan actuar como contrapoder de las primeras. La organización no es algo que se plantea inicialmente con objetivos ambiciosos. El grupo de *Whatsapp* con las compañeras y los compañeros afines de tu espacio de trabajo, donde compartís reivindicaciones, quejas y relatos de injusticias, puede servir para afrontar y confrontar ciertas presiones o para articular acciones de respuesta organizadas: puede ser la semilla de lo colectivo.

ACCIÓN PROFESIONAL MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

El propósito de este trabajo es abrir la mirada al qué pueden hacer los y las profesionales de la salud para atender a su población lo mejor posible desde el marco de los determinantes sociales. Se ha tratado del qué se puede hacer, incluso algo del cómo, pero no del qué se debe decir o defender. Se entiende por el marco de este trabajo que serán mensajes y acciones para la reducción de las desigualdades y para mejorar el bienestar de las poblaciones que atendemos. Para nada se quiere dar a entender que todas las acciones que se han señalado deben realizarse. Son tan solo algunas ideas para el debate y para ampliar la perspectiva de acción. Ni todo el mundo puede hacerlo todo, ni todo el mundo debería hacerlo todo. Y sobre todo, lo más importante de las propuestas de acción recogidas, es que no deberían hacerse en soledad. La organización, lo colectivo, no solo es clave en la incidencia y en militancia, sino también en el afrontamiento de las injusticias y en el establecimiento de espacios de reflexión que nos hagan mejorar. Este es probablemente el punto más importante. Si tienes inquietud sobre cómo incorporar la perspectiva de los determinantes a tu práctica, si crees que se puede atender mejor a las personas, si tienes dudas de hasta dónde llega tu responsabilidad profesional, es importante encontrar un grupo de intercambio de complicidades y pareceres, donde establecer debates. Solo el hecho de saber que no se está en soledad, puede ayudar a combatir la frustración de la percepción de ciertas limitaciones y barreras del desarrollo de la práctica profesional. Hay que cuidar esos grupos. Hay que temprar afinidades y limar asperezas. Hay que coordinarse. Y luego, si acaso luego, hay que caminar.

Figura 3
ALGUNAS IDEAS DE ACCIÓN PARA LA INCIDENCIA POLÍTICA DE PROFESIONALES
DE LA SALUD



BIBLIOGRAFÍA

- Amnistía Internacional. (2020). *La década perdida. Mapa de austeridad de gasto sanitario en España del 2009 al 2018*.
- (2021). *La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: El derecho a la salud y la atención primaria en España*.
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *Cmaj*, 188 (17-18), E474-E483.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- Araújo, L.; Ayala, A.; Calderón-Larrañaga, A. & Fernandez-Mayoralas, G. (2021). *Sumando calidad de vida a los años. Propuestas para combatir la soledad y promover una buena salud mental en personas mayores* (pp. 1-4).
- Benedicto Subirá, C. (2020). Ver, oír y sentir para hacer. Una práctica clínica con perspectiva de género. *AMF*, 16 (5).
- Benedicto Subirá, C. & March, S. (2019). Un gran poder conlleva una gran responsabilidad: Sobre el (alter) ego heroico de los médicos. *AMF*, 15 (2), 73-77.
- Berwick, D. M. (2020). The Moral Determinants of Health. *JAMA*, 324(3), 225-226.
<https://doi.org/10.1001/jama.2020.11129>

- Bes-Rastrollo, M.; Navarrete, E. M.; Rodríguez, F. & Bueno, A. (2017). *Informe Previendo la obesidad en España mediante un impuesto a las bebidas azucaradas*.
- Castejón, M. (2015). De cómo el feminismo nos jodió la vida (pero conseguimos superarlo). *eldiario.es*.
- Cruz, M. & Pérez, M. (2019). #Dialogavacunas.
- Darch, J.; Baillie, L. & Gillison, F. (2017). Nurses as role models in health promotion: A concept analysis. *British Journal of Nursing*, 26 (17), 982-988.
- Felt, E., Carrasco, J. M. & Vives-Cases, C. (2018). Methodology for the development of policy brief in public health. *Gaceta Sanitaria*, 32 (4), 390-392. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.014>
- García de León Moreno, C. (2007). Manual práctico de incidencia política, una guía práctica para organizaciones de la sociedad civil. En *Manual práctico de incidencia política, una guía práctica para organizaciones de la sociedad civil*.
- Gehlert, S.; Sohmer, D.; Sacks, T.; Mininger, C.; McClintock, M. & Olopade, O. (2008). Targeting health disparities: A model linking upstream determinants to downstream interventions. *Health Affairs*, 27 (2), 339-349. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.339>
- Geiger, H. J. (2017). The Political Future of Social Medicine: Reflections on Physicians as Activists. *Academic Medicine*, 92 (3), 282-284. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001538>
- Gruen, R. L.; Pearson, S. D. & Brennan, T. A. (2015). Physician-Citizens-Public Roles and Professional Obligations. *JAMA*, 291 (1), 94-98.
- Hernán-García, M.; García Blanco, D.; Cubillo Llanes, J. & Cofiño, R. (2019). Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 26 (7), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.005>
- Labonté, R. (2013). The art of medicine: Health activism in a globalising era: Lessons past for efforts future. *The Lancet*, 381 (9884), 2158-2159. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61429-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61429-4)
- López-Sánchez, M. P.; Alberich, T.; Aviñó, D.; Francés García, F.; Ruiz-Azarola, A. & Villasanté, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32, 32-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008>
- Luft, L. M. (2017). The essential role of physician as advocate: How and why we pass it on. *Canadian Medical Education Journal*, 8 (3), e109-116. <https://doi.org/10.36834/cmej.36925>
- March, S.; Zaragoza, G.; García-Navas, A. & Carrasco, J. (2021). *Investigación cualitativa en pandemia: Nada es lo mismo, todo es igual*. Blog gaceta sanitaria. <https://www.campusgacetaesp.es/bloginvitado/2021/07/03/investigacion-cualitativa-en-pandemia-nada-es-lo-mismo-todo-es-igual/>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e desigualdades Sociales en salud en España. *Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior*, 112.
- Navarro, S. (2013). Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil? *Revista Bioética Derecho*, 28, 91-101. <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000200008>.

- Nussbaum, M. C. (2003). Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Feminist Economics*, 9 (2-3), 33-59. <https://doi.org/10.1080/1354570022000077926>
- OMS. (1986). Carta de Ottawa para Promoción de la Salud. En *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* (p. 6).
- (1998). Promoción de la Salud: Glosario. En *Ministerio de Sanidad y Consumo* (Vol. 148).
- Peluso, M. J.; Seavey, B.; Gonsalves, G. & Friedland, G. (2013). An inter-professional «advocacy and activism in global health»: Module for the training of physician-advocates. *Global Health Promotion*, 20 (2), 70-73. <https://doi.org/10.1177/1757975913476908>
- Pérez, M. & March, S. (2016). *El daño está hecho. Investigación cualitativa sobre el impacto en salud de la exclusión sanitaria a la población inmigrante*.
- Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, BOE 76258 (2019).
- 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, 1 (2012).
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14, 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
- Rush, K. L.; Kee, C. C. & Rice, M. (2005). Nurses as imperfect role models for health promotion. *Western Journal of Nursing Research*, 27(2), 166-183. <https://doi.org/10.1177/0193945904270082>
- Shannon, C. E. (1948). A Mathematical Theory of Communication. *Bell System Technical Journal*, 27 (4), 623-656. <https://doi.org/10.1002/j.1538-7305.1948.tb00917.x>
- Sharma, M.; Pinto, A. D. & Kumagai, A. K. (2018). Teaching the Social Determinants of Health: A Path to Equity or a Road to Nowhere? *Academic Medicine*, 93 (1), 25-30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001689>
- Stoneham, M.; Vidler, A. & Edmunds, M. (2019). Advocacy in action. A toolkit for public health professionals (4t ed). En *ASHA Leader*. <https://doi.org/10.1044/leader.SSAY.19092014.42>
- Tudor Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297 (7696), 405-412. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
- Waitzkin, H. (2006). Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: Las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*, 1 (1), 5-10.



Médico desbordada frente a la ventana del hospital. © Foto de Freepik

CAPÍTULO 14

PARA TU TRANQUILIDAD, NOS TOCA

Tomás López Corominas

«Vaya pesadilla

Corriendo

Con una bestia detrás

Dime que es mentira todo

Un sueño tonto y no más

Me da miedo la enormidad

Donde nadie oye mi voz».

Lucha de gigantes, ANTONIO VEGA

La pandemia ha puesto por fin sobre la mesa la salud mental. La angustia y la ansiedad parecen haber traspasado el umbral de lo vergonzante, siempre cosa de otros, para empezar a ser aceptadas como normales, que pueden ocurrir también a las personas normales. La población general se va haciendo consciente de su propia salud mental y de que las circunstancias que vivimos y nos rodean, lo que se piensa, se dice, se hace u ocurre pueden suponer riesgos para nuestro estado anímico, nuestro pensamiento o nuestras relaciones, más en situaciones extremas como las que nos ha tocado vivir. De un día para otro los medios de comunicación se llenan de palabras de especialistas en unas u otras materias, o de casi cualquiera que pretenda saber algo sobre cualquier cosa relacionada. La psicología se hace omnipresente y sus titulados reclaman su importancia. Quienes ven ideología en todo ojo ajeno empuñan de repente lo psicosocial para fingir humanizarse. Las redes sociales, como es preceptivo, lanzan al estrellato a nuevos influenciadores que las inundan de consejitos, selfies, opiniones de mierda y algún que otro best-seller. La salud mental es tendencia, al fin es popular, y populista: los equipos electorales de todas las marcas se aprestan a abanderar leyes, planes y estrategias. Como obviedad más allá de toda evidencia lo social se abre paso entre las causas del sufrimiento, y en la marea de información y desinformación aparece también, cómo no, EL estigma. Incluso oímos decir que esto supone el principio de su fin. Más concretamente del fin del estigma de ir al psicólogo, como algo normal, cosa de normalines. No se habla tanto, ni nada, de tomar conciencia del cuerdismo que te asalta al salir del psiquiatra con su diagnóstico a la espalda.

También la salud pública ha entrado, a la fuerza, en nuestras vidas y, directa o indirectamente, en nuestras conversaciones. Cada vez se habla más de determinantes sociales de la salud y, en esta suma de popularidades, también sobre los de la salud mental. Ya se asume que en ella concurren múltiples factores sociales, psicológicos o fisiológicos, como se ha visto en la pandemia, que interactúan con y en cada individuo, pudiendo dar lugar a formas diversas de sufrimiento psíquico, esa especie de Roma en la que, de un modo u otro, confluyen tantos caminos.

Dice Geoffrey Rose que «la causa más difícil de identificar es la de presencia universal, porque no ejerce ninguna influencia en la distribución de la enfermedad» (1985, p. 2). En este texto me propongo explorar el cuerdisimo y otros conceptos relacionados, como causa de gran parte del sufrimiento para el conjunto de personas identificadas como personas con enfermedad mental o personas con trastornos mentales graves, conocidos como enfermos mentales a causa de nuestras experiencias psíquicas extraordinarias y de sufrimiento emocional, intelectual y social, muchas veces extremo. El cuerdisimo, equivalente a machismo o racismo, al afectar a todos los aspectos de tu vida supone un determinante transversal decisivo tanto para tu sufrimiento individual y para las barreras a tu participación en sociedad, como para las dificultades colectivas relacionadas con la defensa de nuestros derechos, nuestra visibilidad y credibilidad, el reconocimiento de nuestro conocimiento compartido o nuestro papel democrático de autorrepresentación en tanto agente que, como cualquier otro, ha de participar en la concepción, diseño y elaboración de las políticas, leyes y planes relacionados con sus vidas, con la debida equidad y accesibilidad. A la vez, el cuerdisimo supone un importante determinante indirecto del sufrimiento psicosocial para la población general.

EN EL PRINCIPIO ES LA IGNORANCIA

Antes de volverte loca o loco es raro que sepas algo sobre la locura, sobre el sufrimiento extremo o sobre sus procesos. Tienes una idea escasa, has oído lo que todo el mundo y compartes las creencias comunes, suficientes para no complicarte la vida. Lo ignorado lo rellenas con clichés y algún prejuicio, como hacemos todas y todos con todo. La pérdida de sentido cuando llega la locura, el estupor que le sigue y las dificultades para encajarla se asientan sobre esa mezcla de falta de referencias y de referencias hostiles que te hacen extraño, aparte, otro. Una vez expulsado, tu soledad tiende a infinita.

Al acabar en un centro de salud mental sabrás que la consulta de un psiquiatra es un espacio ajeno, donde enseguida te ves obligado a intentar una doble traducción, si no triple, para adaptar tus experiencias a un lenguaje igual de ajeno: yo le digo lo que vivo, usted o tú lo interpretas y

traduces a tus esquemas, lo situas en ellos, imaginas lo que me pasa, eliges lo que tengo y decides lo que necesito: la química que corresponde y las palabras al uso. Con un poco de suerte, me das alguna información sobre lo que significa tu diagnóstico para que entienda lo que, por tanto, hace falta para controlar mi defecto; yo interpreto lo que me dices, trato de traducir esos términos que tú conoces y entiendes a mis propios esquemas que no entienden ni conocen, e intento adaptar lo que me pasa, lo que pienso y lo que creo a lo que tú dices que tengo, a lo que piensas y posiblemente crees. En adelante trataré de traducir lo que me pasa a lo que tengo y me esforzaré en hablarlo en tu idioma con mis escasas nociones, correctamente adaptado, buen enfermo mental. Como es debido.

Entre tanto quizá descubras que al otro lado no conocen tus experiencias, y no les interesan. Ni entienden lo que les cuentas, ni seguramente lo intentan, quizá ni siquiera tienes oportunidad de contar gran cosa. De modo tácito o expreso se hace saber que lo que se quiera contar no es pertinente, no ha lugar, no importa. No importas. Lo que pueden ofrecerte es esto, y hasta ahí se permite que llegue tu demanda. Todo lo otro, sabrás, no es de su incumbencia, te adaptas y eres un buen usuario de sus servicios de salud mental, o te tendrás que atener a las consecuencias.

EVALUACIÓN O IGNORANCIA

En los años 2009-2010 varias compañeras y compañeros tuvimos la suerte inmensa (y luego la decepción equivalente) de participar en la «Evaluación de Derechos Humanos y Calidad en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias», fruto de un acuerdo entre la entonces Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Asturias y la Organización Mundial de la Salud, interesada en desarrollar su recién creada herramienta de evaluación de servicios de salud mental, hoy *QualityRights: instrumento de calidad y derechos de la OMS* (Organización Mundial de la Salud, 2015), basada en la Convención de derechos de personas con discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008). Por ello, el proceso contó con la asesoría y el apoyo continuos de la OMS. Nuestra participación en primera persona, aunque reducida frente a las de familiares y profesionales, fue también condición de la OMS, que la consideraba imprescindible para que la Evaluación fuera tal. Fue un trabajo muy intenso y bastante completo, que se prolongó durante varios meses y en cuyos equipos de trabajo hubo espacio no solo para los diversos colectivos relacionados con la salud mental en Asturias, sino también para representantes de prácticamente toda la sociedad civil asturiana, en el entendido de que la salud mental es cosa de todas y todos.

El resultado final, significativo aunque tibio para nuestro gusto, se plasmó en varios documentos (desaparecidos hace años, por cierto, de la

web de la Consejería), y se extrajeron 20 recomendaciones para la mejora de los Servicios de Salud Mental. Esta Evaluación fue la base del Plan de Salud Mental 2011-2016, que desgraciadamente no llegó a tener efecto. Retrasos sistemáticos desde los Servicios de Salud, por cuestiones burocráticas y terminológicas, impidieron que fuera aprobado antes de acabar aquella legislatura. Sí hubo tiempo para abordar la primera de las recomendaciones: elaborar y difundir una Carta de Derechos, o más bien media recomendación, pues efectivamente se elaboró, pero difusión apenas hubo, e implantación menos. Tras ello, la siguiente recomendación a tratar iba a ser el llamado estigma; pero tampoco hubo tiempo en esa legislatura, y en las siguientes jamás se volvió a plantear ningún equipo ni trabajo similar. La Evaluación acabó confinada en un cajón y después nadie ha vuelto a mirar para ella en todos estos años, más allá de fundamentaciones teóricas y medallas, con la consiguiente decepción de quienes entonces vislumbramos una esperanza. Todo aquel esfuerzo y trabajo sirvió para cambiar apenas nada en los servicios, y volvimos a la situación anterior de ninguneo hacia los derechos de nuestro colectivo. Y hacia su movimiento asociativo.

TAN ALTA COMO LUNÁTICO

En lo personal, sin embargo, aquella Evaluación fue muy productiva para mí, pues me abrió los ojos al funcionamiento del sistema de salud mental, que antes desconocía. Y aún más me hizo ser consciente de que tenía derechos, conocerlos y entender que solo puedes ejercerlos si quienes deben respetarlos saben que tú estás en condiciones de exigirlos. Así fue como conseguí el alta respecto a la psiquiatría, concepto y derecho descubiertos en una de aquellas reuniones donde supimos que para algunos diagnósticos el alta ni se concibe, lo que significa no poder escapar nunca al dominio psiquiátrico. Sin tener en principio ese objetivo, fue así también como pude librarme de los neurolépticos, tras ser informado por su prescriptor de que ese consumo, y por tanto yo mismo, era su responsabilidad, y no era posible darme el alta mientras continuara. Tuve que aprender por mi cuenta, por cierto, cómo hacerlo; muy significativo que no sea obligado, antes de contar con autorización para prescribir drogas con tantos riesgos, estar formado para acompañar su discontinuación, cuando sea pertinente.

Resultado de aquella Evaluación fue también el primer acto en España de Orgullo Loco, el 10 de octubre de 2010, en la celebración del décimo aniversario de Hierbabuena. Se llamó «El Escandalazo 10.10.10» (Orgullo Loco, 2010), expresión de nuestro asombro al comprobar la distancia entre nuestros derechos recién descubiertos y la realidad que, ahora como entonces, los oculta y vulnera sistemáticamente. Decía el Manifiesto:

«...Y estamos en la calle (en la plaza pública que debe su nombre a una escandalera anterior) para reivindicar ante nuestros conciudadanos el hecho de que existimos... Habrá quien opine que existir no es algo a reivindicar; pero cuando la inmensa mayoría de la población tiene una imagen falsa de nosotros o no tiene ninguna, existir, y que se sepa, ya es un gran logro. Con este acto aspiramos a alcanzar, por un día, la visibilidad que habitualmente se niega a nuestra realidad. Pero desde ya «amenazamos», equilibradamente, que esto no va a quedar aquí.

La base de nuestras asociaciones es el sufrimiento, mental pero sobre todo social. Este es el sufrimiento que nos silencia, individual y colectivamente, el mismo que nos convierte en el último colectivo cuya discriminación, basada como todas en la ignorancia, es comúnmente admitida e incluso justificada “por si acaso” por la costumbre social. “Por si acaso” se nos margina en todos los ámbitos de nuestras vidas, “por si acaso” se aumentan nuestros problemas y los propios trastornos, “por si acaso” se multiplica ese sufrimiento y “por si acaso” se alarga su duración hasta anular vidas enteras y complicar las de quienes nos rodean»...

El Escandalazo fue el primer acto de Orgullo Loco en España, pero ni se llamó así ni hubo alusión alguna al Mad Pride, pues no supimos de su existencia hasta unos meses después, a través de la ENUSP, Red Europea de (ex-)usuarios y supervivientes de la psiquiatría, que nos dio la oportunidad de trabajar en común con las asociaciones Il Capellaio Matto de Milán y Uilenspiegel de Bruselas para organizar juntas en 2011 el primer European Mad Pride Project.

ESTIGMA

Loco desde 1984, llevo casi 20 años en asociaciones relacionadas con la salud mental, omnipresente siempre el peso del estigma y el autoestigma, de la ignorancia y los prejuicios respecto a la locura y el sufrimiento psíquico, causa de tantas dificultades para cada individuo que los padece. En su obra canónica Erving Goffman analiza, a través de multitud de ejemplos de estigmas diversos, los elementos comunes a todos ellos, sus mecánicas y sus consecuencias para las personas que los padecen (2001). A diferencia de la mayoría de estigmas, en nuestro caso la *identidad deteriorada* que analiza Goffman depende de una marca invisible a simple vista. Nuestro estigma, la marca que nos identifica, no está en un atributo propio, físico o fisiológico, sino en el diagnóstico que se nos impone en la consulta, a partir de un artefacto estadístico con criterios dudosos empleado para crear trastornos que, sin ningún criterio, se convierten en enfermedades.

A partir de esa excepción, limitarse a hablar de estigma en el ámbito de la llamada salud mental resulta problemático por varias razones. En tanto concepto genérico utilizado para referirse a muchas otras situaciones

muy diversas de estigmatización, resulta impreciso y difuso para distinguir las formas específicas del que se deriva de los diagnósticos de la psiquiatría. El uso del término estigma se ha extendido fuera de su sentido original, hasta ser empleado para todo lo relacionado con las barreras, discriminaciones y violencias provocadas por las creencias asociadas a «la enfermedad mental», mezclando conceptos y haciendo que sea confuso cuando pretende abarcar como estigma cuestiones que van mucho más allá de la generalización en base a un rasgo compartido y la identidad por ello deteriorada. Esta extensión habitual de su uso para designar mucho más de lo que realmente es y significa, desvía la atención y la aparta tanto de sus causas principales como de sus resultados que, a través del sometimiento y abuso generalizados, derivan en la vulneración sistemática de los derechos de las personas que los padecen. Hablar de estigma sin conciencia del cuerdisimo propio lo realimenta, multiplica el sufrimiento e impide ver el volumen tan nefasto de sus consecuencias, algo imprescindible para poder avanzar hacia su erradicación.

ENFERMOMENTALIZACIÓN

La evidencia muestra que, cuando ya hasta a los mayores estigmatizadores se les llena la boca de la palabra estigma para imponer sus intereses, el término resulta muy insuficiente (Carmona, 2014). Usado como «estigma de la enfermedad mental», a la vez que lo ahonda al atribuir un defecto a la persona que lo padece, enmascara el problema real, que se produce al otro lado, en la mirada que al observar la marca proyecta las manchas, y minimiza la importancia de lo que el propio Goffman llama la ideología del estigma, con todo lo que conlleva:

«Son bien conocidas las actitudes que nosotros, los «normales», adoptamos hacia una persona que posee un estigma, y las medidas que tomamos respecto de ella, ya que son precisamente estas respuestas las que la benevolente acción social intenta suavizar y mejorar. Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona». (2001, p. 15).

En el caso de la locura, su teoría del estigma puede haber acompañado a la evolución humana desde el primer ser que empezó a pensar que pensaba, con o sin manzana, pasando por los sapiens demasiado sapiens que, pretendiendo saber que sabían, proyectaron sobre otros su sinrazón

hasta el momento actual, con una ideología del estigma construida inevitablemente por las interpretaciones de la psiquiatría y por su empeño en establecerlas como base y eje no solo de toda su acción, sino de las propias vidas de las personas a las que pretende tratar. Llamo a esta ideología *enfermomentalización*, puesto que su objetivo latente es mentalizar, no solo a la persona a quien se etiqueta sino a toda la sociedad, de que tu sufrimiento ocurre porque eres un enfermo mental, persona con enfermedad mental, persona con trastorno mental y así sucesivamente. Aunque los atributos que conforman este estigma son múltiples, y los resultados de la ideología derivada pueden ser muy variados según las circunstancias de cada persona, de sus entornos e interacciones, la construcción ideológica alrededor del crisol *enfermedad mental*, tal como se refleja estereotípicamente en el imaginario colectivo es única, muy uniforme a partir de la tecnología psiquiátrica que la ha engendrado y de su popularización en nuestro medio ambiente sensacionalista actual.

La mecánica ideal de la enfermomentalización, como toda tecnología, necesita que sus piezas encajen correctamente, un funcionamiento adecuado requiere que tú te lo creas y te sometas, que lo absorbas cuanto más acriticamente mejor; que alcances su conciencia de enfermedad para que te adhieras a su tratamiento, farmacológico por supuesto, y ‘cumplas’ con él, que de eso se trata. El proceso de adoctrinamiento será más o menos arduo, más o menos violento, según las resistencias que puedan aparecer. Cultivo de crónicos (Olives, 2009) o de cronificadores, una vez la enfermomentalización arraiga en tu interior crece hasta eclosionar y, como buen Alien, se apodera de tu vida. Si todo va como es debido lo llamaremos psicoeducación; si no funciona, aunque nos disguste tanto usaremos nuestra herramienta definitiva, la Ley y el orden cuerdistas, carta blanca mientras los jueces, tan enfermomentalizados como todos cuantos te rodean, se lavan las manos.

LEY DE LA ENFERMOMENTALIZACIÓN UNIVERSAL

La ideología basada en la enfermedad mental genera un conjunto de fenómenos que, forzando una analogía con la ley de la gravitación universal, podemos atribuir a una especie de ley de la enfermomentalización universal. También en esta su fuerza o energía suele ser directamente proporcional al producto de las masas, resultado de la relación entre los pesos de quienes la ejercen y el de quien la padece, e inversamente proporcional a la distancia (no sé si al cuadrado) entre ambas. Esto es, la enfermomentalización aumenta cuanto más cerca, física o emocionalmente: hogar y familia, barrio y vecinos, escuela, empleo...; redes sociales, medios de comunicación...; con su punto de mayor fuerza y efectos cuando la distancia es cero. La propia mentalización aprendida de ser un enfermo mental,

al filtrar todas mis vivencias, produce sin duda el grado más intenso de enfermomentalización, hasta la completa alienación. A su vez la enfermomentalización viene determinada por las masas, por los pesos de las personas concretas que creen en esa enfermomentalización, o la crean, y desde esa posición de poder ejercen esa atracción hacia la enfermomentalización de la persona y los entornos: padres o pareja, hermanos y amigos, profesores, jefes, compañeros, medios de comunicación, responsables de tomas de decisiones. Por supuesto, el mayor peso es el de los psiquiatras y los demás profesionales de los servicios de salud mental que la generan, también el que ejercen las corporaciones farmaceutísticas son fuerzas poderosísimas de enfermomentalización y, claro está, la propia institución de la psiquiatría con su masa enorme y todo el poder social, laboral, político y económico que arrastra, es el gran atractor de la enfermomentalización y el cuerdisimo.

Ninguna enfermomentalización es tan poderosa, en todo caso, como tu propia conciencia de ser un enfermo ¡de la mente!, un enfermo total, como es total la institución capaz de determinarte por completo con sus diagnósticos en este modelo centrocéntrico, transfigurados los muros físicos e ideológicos liberando así, SÍ, a ese ‘doble de la enfermedad mental’ (Basaglia, 1973) que te acompaña allá donde vayas. Inundado por los significados asociados a la psiquiatría y sus dominios (o posesiones), como defectuoso a granel puedes SER peligroso, incapaz, débil, medio idiota, crónico, impredecible, nada fiable... La serie de atributos demoledores que acompañan a estos diagnósticos los convierten en generadores de la mayor toxicidad para tus relaciones en todos los entornos. Familia, amigos, vecinos, empleo, servicios de salud, opinión pública, legisladores... Pero nada es comparable a vivir el derrumbe de tu propia identidad, desde dentro. Según lo que hayas de soportar tu autoimagen puede quedar no ya deteriorada, sino devastada, con resultados nefastos. Y la cosa no ha hecho más que empezar. Las etiquetas que portas te anulan, el trato que recibes aniquila tu autoestima, la carga que experimentas te hace sentir inútil y comprendes inútil todo esfuerzo. Basado en la experiencia tu única salida es la rendición a «los que saben» y a sus armas. Si te sometes serás guiado y aceptado. Nunca dejarás de ser un enfermo mental, pero aprenderás a serlo y podrás, quizá, tener una vida tolerable, y medio tolerada.

PSIQUIATRIZACIÓN

La psiquiatría rampante, necesitada de apuntar al cuerpo para afirmarse como medicina, convierte cualquier proceso de sufrimiento psíquico en error de funcionamiento mental y, donde dijo mente dice cerebro, encuentra o imagina un defecto en tu mecánica corporal. Así puede la marca, el diagnóstico, proyectarse en exclusiva sobre tu razón y humillarla de modo

absoluto como sinrazón para, transformada en daño estructural en la esencia y fundamento de tu humanidad, hacerse mancha inmutable e irreversible y extenderse a la totalidad de tu ser pasado, presente y futuro. Puesto que la enfermamental con su mancha total te acompañará para siempre, también lo harán la culpa, el miedo y la vergüenza con los que te verás obligado a cargar, para que ejerzan su función. Durante el resto de tu vida deberás estar bajo control, así que o bien cargas tú con la responsabilidad de ese control, para lo que habrás de cumplir con las prescripciones de la autoridad, o habrá de ser la autoridad quien lo ejerza. Podrás librarte algún día, eso sí, cuando la experta psiquiatría invasiva encargada disponga de todos los recursos públicos necesarios, gracias a la propaganda privada, para con sus investigaciones invasoras encontrar la piedra filosofal de la locura, y así alcanzar todos juntos ese paraíso imaginado. Mientras tanto pone a tu disposición, la de tus familiares y de tus servicios de salud mental, sus paliativos antidepresivos o antipsicóticos (tan sinceramente anti-nosotros), que contienen tus emociones y tu acción. Para su tranquilidad.

Asentado en ti el problema en exclusiva el resto, con el Estado y su Administración a la cabeza, puede eximirse de responsabilidades, evacuar sus culpas sobre ti y lavarse asépticamente las manos. Situado en tu cuerpo el error, todo lo que ocurra en el exterior es indiferente. Así, con la reinterpretación unidimensional de todo conflicto que se exprese en forma de sufrimiento como resultado exclusivo de neurotransmisores desregulados en cerebros defectuosos, la ideología enfermamentalizadora permite la psiquiatrización de todo problema social, económico o personal que conlleve angustia o ansiedad, para mejor ignorar su origen. Reducido a fisiología a través del prisma de esa psiquiatría, podrá ser tratado mediante las tecnologías neurolépticas disponibles, para atar el problema de modo exclusivo en el cuerpo individual, aislado de sus causas. Psiquiatrizar el problema y a las personas dificulta o impide la atención directa hacia esas causas compartidas. A través de sus sindicatos quienes tengan la suerte de que su problema sea solo laboral, mediante la acción conjunta en primera persona quienes tienen menos probabilidades de conseguir un empleo, como resultado de todos esos desvíos y desvaríos que llevan a ignorarnos y a ignorar la enfermamentalización, la psiquiatrización y el cuerdisimo. La falta de respeto a nuestros derechos, la cultura de la coerción y el déficit general en la atención social, sanitaria y política son consecuencias lógicas.

CUERDISIMO

Tanto para abarcar las formas particulares en que la ideología de la enfermamentalización se desarrolla y expresa, como para detectar y dimensionar sus consecuencias en las vidas de las personas que la padecen,

resulta conveniente contar también con ese término específico que permite nombrar al conjunto de consecuencias de la enfermomentalización en quienes padecen un diagnóstico de la psiquiatría y su estigma derivado. Cuerdismo pues, a semejanza de machismo o racismo, sería el sistema de pensamiento y acción formado por todos aquellos sesgos, creencias, actitudes y costumbres que, como consecuencia de la enfermomentalización, estereotipan, prejuzgan, discriminan y agreden a quienes padecen o son susceptibles de padecer los diagnósticos de la psiquiatría, situados en posición de inferioridad ante la presunción de cordura ajena.

«Tener conciencia de la inferioridad significa que uno no puede dejar de formularse conscientemente cierto sentimiento crónico del peor tipo de inseguridad, y eso trae como consecuencia ansiedad y, tal vez, algo aún más grave, si consideramos que los celos son realmente más graves que la ansiedad. El temor a que los demás puedan faltarle el respeto a una persona por algo que esta exhibe significa que se sentirá siempre insegura en su contacto con otra gente; y esta inseguridad proviene no de fuentes misteriosas y en cierta medida desconocidas, como sucede con la mayor parte de nuestra ansiedad, sino de algo que ese individuo sabe que no puede arreglar. Ahora bien, esto representa una deficiencia casi fatal en el sistema del yo, ya que este no puede ocultar ni excluir una formulación definida: “Soy inferior. Por lo tanto, la gente me tendrá aversión y yo no me sentiré seguro con ellos”». (Goffman, 2001, p. 24).

Es muy elocuente a este respecto la conciencia de enfermedad exigida en los servicios de salud mental para poder considerarte un buen usuario y no ser tratado como hostil / con hostilidad. Partiendo de esa conciencia de tu inferioridad, promueve su cronicidad como instrumento para que, al reconocerte enfermo mental, te sometas y aceptes lo que otros que te re-conocen como enfermo e inferior puedan decidir, siempre y en todo lugar, por ti.

En paralelo al autoestigma de verte enfermomentalizado, pensarte o sentirte desde ahí lleva también al autocuerdismo. Hacerte daño o sabotearte a ti mismo es la extensión natural hacia dentro del cuerdismo, la cultura de la coerción y su proceso desempoderador, que llevan a la desesperanza a muchas personas diagnosticadas por la psiquiatría, y a otras que pueden temer serlo, amputada esa esperanza por este modelo cronificador, de profecía autocumplida, que te obliga a proyectar sobre tu futuro ese padecer presente y pasado, en abismo sin fin, acorralado por barreras que acechan por todas partes. Llamar suicidio a la decisión de acabar con todo de quien se ve conducido a ella no deja de ser un eufemismo cruel, que sirve para eludir verlo como el acto supremo de la violencia cuerdista, del mismo modo que los crímenes machistas lo son de la violencia machista, aunque la coincidencia de víctima y victimario en la misma persona nos permita ignorar que se trata de una autoejecución vicaria. Concluir sin

más que alguien se mata a sí mismo es insistir en ocultar una realidad de la que, aunque empieza a traspasar el tabú hipócrita que durante tantos años la ha silenciado ante la mirada de la comunidad, no seremos conscientes hasta que no seamos capaces de concebir en su auténtica dimensión todo el horror que esconde.

MICROCUERDISMOS

Tal como los describe Goffman, todos los atributos comunes del estigma común forman también parte de la enfermomentalización, multiplicados por el potencial totalizador de la idea de enfermedad mental, y al igual que ocurre con otras opresiones se concretan en forma de agresiones más y menos evidentes. Los microcuerdismos son esa multitud de pequeños insultos e indignidades cotidianas que sufres en modo gota malaya a causa de la etiqueta diagnóstica, a semejanza de las «microagresiones» que Chester Pierce describe en sus estudios sobre el racismo y también el feminismo identifica en forma de micromachismos. Como todas las microagresiones, no son poderosos de uno en uno, sino por su acumulación cotidiana durante años, que realimentan de continuo el autoestigma. Entre los diversos tipos de microcuerdismos, no siempre tan micro, están la atribución de una inteligencia inferior, que lleva a un trato humillante; la de incompetencia, que hace desconfiar de tus capacidades; la condescendencia de quien te felicita exageradamente por cualquier pijada como si fuera un gran logro; la minimización del ‘no será para tanto’, que tantísima frustración y culpa genera; la vergüenza de quien «te apoya», pero «mejor no lo digas no sea que...»; el miedo al contagio, que te aparta y aísla; la sintomatización que todo lo atribuye a la enfermamental, produciendo negligencias respecto a nuestra salud física, junto al «¿has tomado tu medicación?» que tanto todos hemos tenido que oír, para tu docilidad. Y por supuesto la atribución de imprevisibilidad, con la sospecha constante, la presunción de peligrosidad y la culpabilización, producto de la generalización enfermamentalizadora (Obertament, 2016).

PSIQUIATROGENIA

La enfermomentalización reúne todos aquellos atributos que en algún momento la psiquiatría ha asociado con el concepto de enfermedad mental, esa quimera. Si la persona enfermamentalizada es su objeto, obviamente el sujeto de la enfermomentalización es la psiquiatría, en bloque, como institución diacrónica y sincrónica. El origen del estigma y del cuerdismo está en el conjunto de los errores, daños y alguna que otra estupidez enorme, cometidos por la psiquiatría a lo largo de su breve y desquiciada

historia. Engendrada en su seno, la psiquiatrogenia ha sido amamantada por los distintos encargos y demandas que la psiquiatría ha ido recibiendo desde la sociedad y sus distintos poderes, unidos a los que unos u otros de sus miembros han querido asumir o arrogarse a lo largo de su evolución histórica. Jamás hasta hoy, no por casualidad, entre esas demandas han sido tenidas en cuenta las de las propias personas que padecen sus diagnósticos, y apenas se ha avanzado mínimamente en contar con ellas para saber qué necesitan o qué quieren, lo cual es a la vez causa destacada y efecto principal de la psiquiatrogenia. Una de sus fuentes principales, si no su manantial original, procede del doble vínculo de la psiquiatría como herramienta de ayuda e instrumento para los poderes de coerción de cada momento, herencia del poder eclesial al que sustituye o complementa, su mente dividida entre la asistencia a personas que sufren y al orden público que se expresa, por ejemplo, en su utilización de los mismos términos para diagnosticar el sufrimiento y para exculpar o no de crímenes a quienes los cometen (Campos, 2021). Al trasladar esos diagnósticos atenuantes a la opinión pública, por un principio de *casos* comunicantes nuestros ávidos medios de espectacularización reparten simbólicamente la culpa, la peligrosidad, el miedo y la hostilidad, transmutadas en incertidumbre y presunción de riesgo, sobre todos cuantos somos infestados por los mismos significantes, como agravantes. Así encerrado, tampoco el sentido se crea ni se destruye, solo se traslada.

PÉRDIDA DE CONTACTO CON LA REALIDAD ¿YO? ¿EN SERIO?

En las últimas décadas esa mente dividida de la psiquiatría ha llegado a su paroxismo psiquiatrogénico con el añadido de su adicción farmacológica, inducida por las ingentes inversiones en promoción de la ignorancia (Proctor & Schiebinger, 2008) del cártel farmamentístico, gracias a la inmensa capacidad de convencimiento de la mercadoTenia (o solitaria), el inmenso complejo global de manipulación, propaganda e influencia que hoy ya penetra y consume todas las esferas de nuestra civilización, del mercado a la opinión pública, con la propia democracia reducida a cálculo electoral, en el que medias verdades y mentiras se confunden y nos confunden.

En simbiosis con la espectacularización de sucesos con diagnósticos, la propaganda del cártel farmamentístico, enfocada a la presunción de riesgo y la incertidumbre, ceba la moderna psiquiatría defensiva, perezosa o cobarde, al magnificar sus temores y estimular sus deseos, herramientas primordiales de manipulación, como bien nos adiestró el sobrinísimo de Freud (Bernays, 2008). Con sus laboratorios de pensamiento, más que tanques auténticos ejércitos de manipulación, el cártel farmamentístico ha conseguido imponer el tratamiento involuntario generalizado por la fuerza

de los hechos consumados, una versión furtiva del mismo TAI que había sido descartado como obviamente antidemocrático por nuestros legisladores no una, sino hasta tres veces¹. La gran capacidad de detección, investigación, desarrollo e innovación de la mercadoTenia se manifiesta tanto en la tecnología inyectable que facilita esa imposición tácita del tratamiento, como en la influencia de su lobi en todos los espacios de decisión, en su ocupación de la Academia y los fondos públicos para investigación en su interés privado, o en sus eslóganes, que te inoculan sus lavativas hasta el fondo de la amígdala: «diseñado para liberar», «de luchar día a día, a tratar mes a mes», «liberación prolongada», «ahora moldear el futuro ya es posible», «**para tu tranquilidad, va con él**»... Nada de ello sería posible, claro, sin la ausencia absoluta en psiquiatría del obligado² consentimiento libre e informado. Pero esquizofrenógena era la familia.

PRESUNCIÓN DE RIESGO, Y DE CULPABILIDAD

La **presunción de riesgo** asociada al «sospechoso de ser peligroso por naturaleza» en los autodenominados servicios de salud mental, apenas se diferencia de la presunción de culpabilidad. La propia legislación española, confiada a esa misma enfermamentalización o sometida a ella, entre sus postulados más cuerdistas³ admite y sostiene nuestra presunción de riesgo como principio base, al admitir el internamiento involuntario (privación de libertad, encierro forzoso o forzado) *por «razón» de trastorno psíquico* (por decisión de cualquier psiquiatra), sin el derecho básico en la práctica a la defensa de un abogado (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), que en cambio sí tiene quien comete cualquier crimen. Bastan la

¹ «... la propuesta de regulación de las garantías judiciales del tratamiento ambulatorio involuntario, ha sido examinada en sede parlamentaria en tres ocasiones en un periodo de cinco años (...). Decir que en los tres casos ha sido rechazada y, advertir incluso, que el consenso para ello fue muy amplio, sería decir muy poco». En *El tratamiento ambulatorio involuntario. Historia de una obstinación*, Grupo de «Ética y Legislación» de la AEN (Roig Salas *et al.*, 2012).

² «Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso» (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 2002).

³ Tras 10 años siendo inconstitucional (una ley ordinaria no puede permitir eludir un derecho fundamental), cuando el TC llama la atención este artículo se transforma en orgánico introduciéndolo a la chita callando en la aprobación de la Ley del Menor, evidenciando aún más la (des-)consideración hacia nuestro colectivo. Esta es, por cierto, una de las cuestiones pendientes de modificación para que nuestra legislación se adapte a la CDPD, según las Observaciones de su Comité a España en 2019.

incertidumbre y el temor derivados de la presunción de riesgo generalizada, inseparablemente unida a la marca-mancha de la psiquiatría para, en su equivalencia con la presunción de culpabilidad, situarnos en una posición jurídica predemocrática, en la que podemos no solo ser privados de libertad, sino también mantenidos en esa reclusión, sometidos a prácticas que hasta la propia ONU reconoce como torturas o convertidos en adictos vitalicios a drogas tóxicas sin que cuente para nada nuestra capacidad de decisión, anulada a partir de un régimen jurídico que, penetrado por esa enfermamentalización, convierte a cualquier persona que padezca un diagnóstico psiquiátrico en un estado, más que de alarma, de sitio andante. De ahí que los psiquiatras, en la práctica, puedan ejercer y ejerzan como jueces en lugar de los jueces, cada vez (casi siempre) que estos miran hacia otro lado para evitar arriesgarse a llevar la contraria a quienes tienen asignada la labor de determinar esa presunción de culpabilidad, no vaya a ser que... Siempre el 'por si acaso'. Hay un motivo poderoso para la presunción de inocencia, no en vano es una de las bases de cualquier sistema que se diga democrático. Si una parte de la ciudadanía queda fuera de la presunción de inocencia, queda también fuera de la democracia, y la propia esencia de la Democracia salta por los aires. Es una presunta, falsa democracia. La psiquiatría del siglo XXI sigue siendo un poderoso baluarte antidemocrático, uno de los resquicios por los que el autoritarismo penetra y contamina nuestro Estado social y democrático de derecho.

DEFICIENCIA VS BARRERAS

La Convención de derechos de personas con discapacidad (CDPD) de la ONU, ratificada por España en 2008, marca un antes y un después en la mirada y el trato hacia las personas que padecen el cuerdisimo, en el entendimiento público sobre las causas del sufrimiento psíquico, vistas como discapacidad psicosocial y, por supuesto, en el reconocimiento de sus derechos. En su preámbulo (e), la CDPD reconoce que «la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (sic) y las barreras debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás». Evoluciona el concepto y evoluciona la propia CDPD, pues esta misma idea era expresada de una forma más acertada al adaptarla a nuestro colectivo, precisamente en las Observaciones a España del Comité de derechos de personas con discapacidad de la ONU, tras su revisión sobre nuestro cumplimiento de la CDPD en 2019: «la discapacidad se reconoce en relación con las deficiencias y las barreras presentes en el entorno social, sobre todo en el caso de la discapacidad psicosocial» (Asociación Hierbabuena, 2019). A través de este prisma, el problema a tratar no se ubica tanto en nosotros, en nuestro cuerpo y

nuestra mente, sino en las diversas formas de ignorancia y arrogancia (desconocimiento, desinformación, creencia de saber, desinterés o evitación) respecto a nuestras vidas y vivencias, en los prejuicios y en las costumbres a que da lugar esa mirada. En el caso de la discapacidad psicosocial se han de tratar las barreras en los entornos y las actitudes que apunta la CDPD, que no solo evitan nuestra participación, tan lejos de la igualdad, sino que nos dificultan o impiden la autonomía personal, y como colectivo nos excluyen de la toma de decisiones y hasta de la conversación pública sobre nuestras vidas, dominada por el monólogo de una ideología que impone nuestra exclusión.

INJUSTICIA EPISTÉMICA

El monopolio del discurso de la enfermedad mental sobre el sufrimiento psicosocial, además de servir para imponer la ideología enfermo-mentalizadora y adoctrinar a quienes padecen diagnósticos psiquiátricos para mantenerlos en una posición subordinada, condena a la marginación al conocimiento loco, acalladas las voces e ignoradas las visiones de quienes lo experimentamos desde dentro. Para examinar esta doble situación resulta útil el concepto de *injusticia epistémica* de Miranda Fricker, que permite esclarecer las injusticias relacionadas con el conocimiento, cómo este se comunica y cómo es comprendido (Fricker, 2017). Fricker describe dos tipos de injusticia epistémica: la *injusticia testimonial* que se da cuando el conocimiento de una persona es ignorado al cuestionar su credibilidad debido a sus atributos o su pertenencia a un grupo social determinado, como ocurre con el estigma y la enfermo-mentalización. Por su parte la *injusticia hermenéutica* ocurre cuando la experiencia de una persona no es comprendida, por ella misma o por los demás, por no disponer de conceptos que la puedan identificar o explicar adecuadamente.

El idioma insuficiente y distante de la normalidad, que necesita atribuirnos una pérdida de contacto con su realidad, refleja su propia incapacidad para conectar, al otro lado, con nuestras realidades aumentadas, que desbordan las posibilidades de entendimiento de quien no las puede percibir, ni se arriesga a imaginar. Sus ideas y sus creencias sobre ellas inevitablemente se ven distorsionadas *a priori*. Pero también las nuestras, del mismo modo que la propia vivencia de la *enfermo-mentalización*, la imposición constante del interés ajeno, la experiencia cotidiana del *cuerdismo*, las consecuencias de la *presunción de riesgo* y muchas otras cuestiones quedan ignoradas. Aquello que solo es posible sentir, intuir o conocer a partir de nuestras experiencias necesita ser nombrado para tener existencia propia y en la comunidad, necesitamos traducir en palabras nuestras vivencias, esa dimensión de la realidad a la que solo la locura permite acceder. La ausencia de conceptos supone un obstáculo no solo para entendernos

a nosotros mismos, explicarnos y hacernos entender por quienes no conocen nuestras experiencias, también dificulta la comunicación del colectivo para ponernos de acuerdo, hacernos valer, hacer valer nuestros puntos de vista y ser tenidos en cuenta, nos limita para desarrollar un sentido propio, a la vez que niega a otros ampliar sus puntos de vista y cierra vías a posibles nuevos conocimientos compartidos.

PERSPECTIVA DE MENTE

Así como otros colectivos oprimidos disponen de herramientas para entenderse, hacerse entender, defender sus derechos y emanciparse, nuestro colectivo de personas con experiencias extraordinarias y de sufrimiento emocional, intelectual y social extremo necesita sus equivalentes. Afortunadamente mucho de ese trabajo ya ha sido realizado por esos otros movimientos sociales, muchas de sus herramientas son trasladables e incluso su lenguaje traducible a nuestros términos. El feminismo, sin duda, ha supuesto una revolución auténtica, no solo para las mujeres. Como cuerdismo es a machismo, es a la perspectiva de género nuestra *perspectiva de mente*, en tanto herramienta para analizar y explicar el impacto de todas esas circunstancias psicosociales compartidas en las oportunidades de cada persona, en sus roles sociales y en sus interacciones, y para ayudar a dar respuesta a toda la desigualdad y la inequidad que se produce entre personas que padecen diagnósticos de la psiquiatría y las que no han sido psiquiatrizadas. Transformando la mirada y el foco, la perspectiva de mente puede proyectarse sobre las vivencias, lenguaje, voces y visiones, experiencia, conocimientos, estrategias, leyes... para encontrar el sentido, recuperar la cordura y transformarlo todo.

MENTALISMO Y SANISMO

Podemos encontrar los comienzos de esa perspectiva de mente en los años 70 del siglo pasado, influida precisamente por el feminismo y las demás luchas sociales que en aquella época tomaban fuerza. Judi Chamberlin fue una de las figuras más destacadas en esos inicios, miembro del Frente de Liberación de Pacientes Mentales (MPLF), precursora del Mad Pride y autora de «On our own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System»⁴, uno de los textos indispensables del movimiento de supervivientes de la psiquiatría. También ella acuñó el término ‘mentalism’,

⁴ «A nuestra manera: alternativas al sistema de salud mental controladas por pacientes».

derivado de ‘mental health’, para aludir a lo provocado por los servicios que se ocupaban de ella. De modo muy resumido, ‘mentalismo’ señala la supremacía de un grupo dominante, considerado cuerdo, confiable y capaz, sobre otro grupo sometido, desacreditado e incapacitado en base a su clasificación diagnóstica. A partir de esta distinción, se da un nivel de servicios inferior para el grupo ‘sin poder’, que debe aceptar, agradecido, lo que el otro grupo jamás aceptaría para sí: coerción y coacción generalizadas, efectos secundarios de medicamentos, alojamientos precarios o indignos, control ajeno de ingresos y gastos... Una vez sometida a esa situación, si la cuestionas o expresas dudas te catalogan como ‘resistente al tratamiento’ los mismos profesionales que son incapaces de reconocer el poder del mentalismo, de hacer su propio insight y tener conciencia de la enfermedad que aqueja al sistema de salud mental, a sus servicios y a sus profesionales. Los estudios del mentalismo evidencian la rebaja automática en la calidad de los recursos, las discriminaciones y la desconsideración hacia las personas por el hecho de padecer un diagnóstico. Analizan también sus efectos en quienes lo padecen, derivadas de las actitudes negativas hacia la persona. Sentidas de modo continuo y habitual, se interiorizan y la persona siente vergüenza, se culpa de sus dificultades, pierde confianza en sus capacidades, se siente sin valor, sin esperanzas sobre su futuro, se desmoraliza, siente que debe ocultar la historia de su vida y sus experiencias, teme perder sus amigos, su credibilidad, su trabajo si lo tiene; se ve apartada, aislada, ignorada... y acaba dirigiendo su ira y su impotencia hacia sí misma.

El término ‘*sanism*’, por su parte, fue utilizado por primera vez por el abogado Morton Birnbaum en 1960. Birnbaum defendía el derecho de su cliente a un tratamiento adecuado, argumentando que si una persona es internada involuntariamente en una institución psiquiátrica porque se considera que tiene una enfermedad mental que requiere su institucionalización para recibir atención y tratamiento, necesita y tiene derecho a un tratamiento adecuado, pues sin él, la institucionalización no brinda ninguna esperanza de recuperación (1960). Proclamaba que ser un enfermo mental no es delito, y que los enfermos mentales ingresados involuntariamente estaban presos en hospitales psiquiátricos, en una violación flagrante del derecho a un juicio justo. Más recientemente Michael L. Perlin, también desde la perspectiva del sanismo, ha profundizado en la visión sobre la salud mental en los tribunales. Perlin señala, entre otras cuestiones, el falso ‘sentido común ordinario’ en las decisiones relacionadas, la ‘fachada sanista y pretextual’ (el diagnóstico como pretexto) del sistema de justicia, y la necesidad de colocar la dignidad en el centro de este sistema (2016). Desde la óptica del sanismo también se ha estudiado la interseccionalidad y paralelismos con distintos tipos de opresión: la islamofobia que asocia a las personas de religión musulmana con el terrorismo, al igual que las personas con diagnósticos psiquiátricos son relacionadas con sucesos

violentos; las mayores tasas de suicidio a causa del rechazo social y la ausencia de apoyos, tanto entre quienes padecen el sanismo como en el colectivo LGTBIQ+; o la similitud entre racismo y sanismo al generar peores condiciones socioeconómicas y un futuro de perspectivas disminuidas y de desesperanza (Cheung, 2015).

DELIRIO DE CORDURA Y CONCIENCIA DE CUERDISMO

Desde puntos de partida distintos: la experiencia en servicios de salud mental el mentalismo, la del ámbito judicial y académico el sanismo; ambos aportan reflexiones complementarias y convergentes sobre la opresión de nuestro colectivo, y conclusiones similares, claro, a las que llegamos desde nuestra conciencia del cuerdismo. Hay un matiz, no obstante, sobre el que el propio término facilita poner el acento, para cuestionar tanto la propia pretensión de establecer una separación entre nuestro colectivo y el resto de la población más allá de la que establece la psiquiatría con sus diagnósticos, como esa presunción de superioridad o inferioridad a partir de la suposición de cordura a unos y la atribución de sinrazón a otros.

El diccionario de la RAE define cordura como «Prudencia, sensatez, buen juicio». No hace falta ser muy espabilado ni muy cuerdo para darse cuenta de que si algo falta en el cuerdismo, en la psiquiatría y en el mundo entero es precisamente cordura. El cuerdismo es producto no solo de la ignorancia y la incomprensión hacia quienes lo padecen, sino también de esa presunción de cordura que está en la raíz tanto del supremacismo de quienes se creen cuerdos, como de todas sus discriminaciones y violencias. No hay prudencia, sensatez ni buen juicio en el cuerdismo, solo ignorancia, arrogancia y agresión hacia personas con experiencias inusuales y/o de sufrimiento por parte de otras que no han conocido nuestras realidades aumentadas, incapaces de ir más allá de lo que ven en una consulta o un titular, donde a causa de la injusticia epistémica esas experiencias se ven reducidas a la mínima expresión, siempre negativa. La enfermamentización de la opinión pública, que es la misma base del cuerdismo, resulta agotadora cuando desde el conocimiento de la locura tenemos el privilegio de poder comunicarla, obligados a movernos en ese edificio de absurdos en que llevamos encerrados toda la vida, casi teniendo que disculparnos cada vez que intentamos crear conciencia del cuerdismo y llamar la atención sobre ese atroz delirio de cordura, cuya gran prevalencia tanto daño ha hecho y hace a tantísima gente tan absolutamente inocente.

«Toda política que no hagamos nosotros será hecha contra nosotros».

JOAN FUSTER

Aunque no se puede decir que el asociacionismo haya tenido un gran desarrollo en nuestro Estado social y democrático de derecho, la Constitución Española lo incluye entre sus derechos fundamentales en su artículo 22 (1978). Y aunque también afirma que la Soberanía reside en el Pueblo, en general la promoción de la participación democrática tampoco ha sido gran cosa. En ese contexto, la representación de nuestro colectivo ante las instituciones y la sociedad en general es la apoteosis de la antidemocracia.

El Plan de Salud Mental 2015-2020 fue rechazado por el Parlamento asturiano, ya en 2016, debido entre otras causas a la escasa participación comunitaria en su elaboración. Por ello, a regañadientes se invitó a nuestra Asociación Hierbabuena a un proceso de participación que se inició con una reunión en la que se nos pidieron nuestras propuestas a ese Plan. El «proceso» finalizó en esa misma primera reunión pues, unos meses después y sin más comunicación, supimos que se había editado un documento de Actualización del Plan SM 2015-2020, redactado para salir del paso sin una sola de nuestras propuestas (Asociación Hierbabuena, 2017), que sospecho nadie leyó, pues aunque Hierbabuena se presentaba como *una asociación compuesta por personas con diversidad mental y experiencia de sufrimiento psicosocial*, y en todo el documento utilizábamos distintas formas inclusivas de aludir a nuestro colectivo y al papel de nuestra Asociación como agente social, en el documento definitivo se la clasificaba bajo el epígrafe de **asociaciones de personas enfermas**, y en el texto se nos llegaba a calificar como asociación de enfermos, con todas las connotaciones y denotaciones que el concepto de enfermos mentales (defectuosos, inútiles, dependientes, molestos, peligrosos, a contener o apartar, etc etc etc) arroja sobre las personas que hemos vivido experiencias de sufrimiento extremo. Machacadas por el cuerdisimo en nuestra vida diaria, anuladas ante las instituciones por sus decisores y quienes se han atribuido nuestra representación, designar así a una organización de representación ciudadana, de un colectivo oprimido que reivindica su dignidad y su ciudadanía precisamente frente a la enfermomentalización, no es solo un insulto, es de una ineptitud supina que se explica por sí misma solo con leer cualquiera de los muchos documentos que han sido enviados desde la Asociación a la propia institución que así la califica, en los que siempre insistimos de modo expreso, por considerarlo decisivo, en definimos o denominarnos en función de nuestras propias experiencias y vidas en primera persona, evitando los términos médicos y asistenciales que nos ven y tratan, desde fuera, como usuarios subordinados a unos servicios cuyo propio sentido implica que existen para nosotros, antes que al revés.

Paradójicamente, este Plan de Salud Mental 2015-2020 señalaba el proceso de Evaluación de los servicios de salud mental de 2010 como uno de sus antecedentes principales, e incluso en su línea estratégica número 1, copia-pegada de la Estrategia del Ministerio, planteaba la «erradicación del estigma» y la promoción de la salud mental; aunque como en la mayoría de los planes autonómicos en que figura la misma línea, todo el mundo sabe de antemano que está ahí únicamente de modo simbólico o decorativo, a título de inventario, pues nunca desde la Administración se ha promovido ninguna acción significativa en ese sentido, ni nadie tiene ese encargo específico, ni hay recursos o presupuesto para ello.

ENFERMOMENTALIZACIÓN COLECTIVA, VIOLENCIA CUERDISTA

En el año 2017, a raíz del trágico fallecimiento de una joven en la Unidad de ingreso psiquiátrico de Oviedo, tras una cadena de despropósitos que acabó con ella atada a la cama sus últimas 75 horas de vida (López Trujillo, 2021), Hierbabuena llevó a cabo concentraciones mensuales durante un año para llamar la atención sobre lo ocurrido, exigir que se esclarecieran sus causas y que se pusieran los medios para que algo así no pudiera volver a suceder. Se buscaba también alertar sobre la vulneración sistemática de derechos en los servicios de salud mental y sobre el maltrato cuerdista en general. Pronto llegaron las amenazas más y menos veladas de responsables de salud mental, luego la obstrucción y el chantaje poco disimulado del propio SESPA (Servicio de salud del Principado de Asturias) al decidir no someternos a sus intereses y no renunciar a nuestro propio mandato asociativo de defensa de derechos (y a la lógica y a la cordura). El propio Consejero de Salud, en reunión con Hierbabuena, se comprometió a implantar un protocolo conjunto para toda Asturias con la intención de reducirlas, hacia el objetivo de cero contenciones, y a que en su elaboración participara nuestra asociación. Sin embargo, nuevamente sin mediar más comunicación, unos meses después se nos dio a conocer el documento ya editado, esta vez previa invitación a una reunión que resultó ser su presentación propagandística ante los medios de comunicación con las asociaciones como decorado, y con un uso retórico de las cero contenciones, a pesar de que el documento se limita a constatar y validar el procedimiento habitual para atar a las personas a la cama a partir de la presunción de riesgo, sin apenas espacio para otras formas de solucionar los problemas, en clara contradicción con la CDPD y por tanto con nuestra legislación.

El silenciamiento o apartamiento de nuestras organizaciones de representación en planes y protocolos, junto con la acumulación de engaños y burlas, intencionadas o no, durante años, no serían posibles hacia ningún otro colectivo sin la coartada de una ideología como la de la

enfermamentalización y el poder del cuerdisimo que sirve para ignorar, por costumbre, a nuestras organizaciones de representación del mismo modo que a un individuo aislado. Basta la (des-)consideración como (asociación de) enfermos mentales.

PARTICIPACIÓN Y REPRESENTACIÓN

En general nuestra participación apenas ha salido aún del papel. Aunque es reconocida como derecho por la CDPD, ni se ha empezado a desarrollar lo que su Comité de Derechos de Personas con Discapacidad de la ONU expone en la *Observación general número 7 «sobre la participación de las personas con discapacidad»* (2018). Este Comité es el designado como intérprete autorizado de la CDPD en su Protocolo adicional, ratificado también por España en 2008 junto con la Convención. En esta Observación el Comité desarrolla y aclara el sentido de la CDPD en sus artículos 4.3, que establece la obligación de los Estados partes de celebrar consultas estrechas y colaborar activamente con las personas con discapacidad y el 33.3, sobre la participación de las personas con discapacidad en el proceso de seguimiento de la CDPD, como parte de un concepto más amplio de participación en la vida pública. Entre otras cuestiones, especifica las características de las organizaciones de personas con discapacidad:

La participación genuina y efectiva de las personas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, es uno de los pilares de la Convención.

*Las organizaciones de personas con discapacidad se establecen principalmente con el objetivo de actuar, expresar, promover, reivindicar y/o defender colectivamente los derechos de las personas con discapacidad y, en general, deben ser reconocidas como tales. Solo pueden ser aquellas dirigidas, administradas y gobernadas por personas con discapacidad, y en la que la mayoría de sus miembros han de ser personas con discapacidad. Emplean o nombran/designan específicamente a personas con discapacidad, les asignan mandatos o están representadas por estas. (...) **Debe distinguirse entre organizaciones ‘de’ personas con discapacidad y organizaciones ‘para’ las personas con discapacidad, que prestan servicios y/o defienden los intereses de las personas con discapacidad lo que, en la práctica, puede dar lugar a conflictos de intereses si esas organizaciones anteponen sus objetivos como entidades de carácter privado a los derechos de las personas con discapacidad.***

Los Estados partes deberían dar prioridad a las opiniones de las organizaciones de personas con discapacidad al abordar cuestiones relativas a estas personas, y establecer marcos para solicitar a las organizaciones de la sociedad civil y a otros interesados que consulten e integren a las organizaciones de personas con discapacidad en su labor relativa a los

derechos consagrados en la Convención y otros asuntos (...). Los Estados partes deberían respaldar la capacidad y el empoderamiento de esas organizaciones, y cerciorarse de que se dé prioridad a conocer su opinión en los procesos de adopción de decisiones.

En este Estado parte, el espacio de las organizaciones DE personas con discapacidad psicosocial ha sido ocupado por organizaciones PARA esas personas desde antes que aquéllas estuvieran en condiciones de hacerse valer. Y una vez esto ha ocurrido, las organizaciones PARA han buscado todas las formas posibles para mantener su posición de privilegio.

Aunque nacidas de las demandas de unas cuantas madres coraje en sus inicios, a raíz del cierre de los manicomios y la manicomización de sus hogares, hoy las organizaciones para se han erigido en otra patronal del Tercer Sector subcontrata de la Administración del Estado.

«El Estado ha sido un agente que ha favorecido la creación de múltiples organizaciones del tercer sector, si bien el papel que ha jugado respecto a la relación con la economía solidaria, desde su filiación adaptativa a la lógica del neoliberalismo reinante, ha sido la búsqueda de la instrumentalización y de la subordinación de las organizaciones del tercer sector en una estrategia encaminada a descargarse de aquellas políticas sociales consideradas como la causa del déficit público. Los servicios y actuaciones asociadas a las políticas sociales, desde esta perspectiva neoliberal, no son asimilables por el mercado, ya que no procuran ninguna rentabilidad económica para las empresas. Ello ha motivado la creación de múltiples organizaciones que muchas veces terminan siendo apéndices de las administraciones públicas y entran en relación de competencia entre sí por los exiguos recursos destinados para las políticas sociales y de cooperación por parte de los estados» (Rivas & Argilés, 2003, p. 267).

Una vez así designada para representarnos por el propio Estado a través de sus subvenciones, destinadas primero a crear recursos de respiro familiar y luego servicios concertados, como gran parte del Tercer Sector en España lo que nació del asociacionismo ha acabado supeditado a las necesidades de la Administración, desarrollando proyectos parche pensados para justificación o excusado de ambas partes, la mayoría de los cuales se destinan a atender necesidades acuciantes de familias que tienen a su cargo personas con más dificultades. Producto de una Reforma psiquiátrica que nació depauperada y nunca se ha recuperado, aquella manicomización doméstica dejó a muchas familias desamparadas, sin formación, información ni recursos para hacerse cargo de su situación, y generó el caldo de cultivo ideal para su enfermamentalización, obligadas a asumir «su» doble responsabilidad de ser primera línea tanto en su función de cuidadoras como en el encargo de ejercer de guardianas y contener a su familiar, en parte para evitar molestias reales o supuestas al resto de la sociedad y así

rebajar el oprobio que, producto del cuerdisimo, se ensaña también con la familia. Esta situación condena a muchos familiares a sentirse culpables, hacia la sociedad y hacia la persona, por múltiples causas conscientes e inconscientes que incluyen conocidas simplificaciones ideológicas. Imposibilitadas muchas veces para situarse más allá de sus «obligaciones» como prolongación de la psiquiatría contenedora, a menudo las familias se han visto incapacitadas para actuar como apoyos, más allá del asistencialismo dependizador, que ha llevado a jivarizar esa «promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia» que plantea la ley, reducida en la práctica a promoción de la dependencia, con una casi absoluta ausencia de recursos para la autonomía.

Pero la Administración no es la única que se aprovecha de esta forma de asociacionismo suplantador precarizado. El cuerdisimo latente en la sociedad y la enfermumentalización patente, al cargar con ese peso imposible a las familias las obliga a su vez a exigir esa contención a los servicios y autoridades médicas, políticas y judiciales, que conducen aún más a la psiquiatría defensiva o perezosa, al adoctrinamiento enfermumentalizador, el fomento de la adherencia a la psiquiatrización y el tratamiento contenedor de última patente y coste máximo. O, cuando no es posible, a su imposición. Con las familias adecuadamente abrumadas y enfermumentalizadas, la industria farmaceutística puso enseguida gran empeño en estimular esa ideología y su fe entre los familiares, mostrándose generosa en propinas con sus organizaciones, hasta convertirse en su otra fuente principal de ingresos. Al igual que había hecho y sigue haciendo con profesionales de la salud mental y sus entidades, y como está haciendo ya con los medios de comunicación⁵ para adoctrinar a la opinión pública. Los condicionantes y compromisos que ambas vías de influencia y financiación conllevan solo pueden ir en detrimento de nuestros aspiraciones, demandas e intereses en primera persona, pero también de los de las propias familias, sometidas al interés superior de este gran conglomerado tercersectorizado que nunca morderá las manos que le dan de comer, con sus subordinaciones, sus prioridades técnicas y su estructura empresarial vertical, que no por casualidad recuerda a la de los sindicatos amarillos franquistas, tanto para acaparar o apropiarse de nuestra representación y decidir por nosotros, como para evitar nuestra participación en los foros de decisión y ejercer de contenedor de nuestras demandas, que neutraliza al ponerse al frente de nuestras reivindicaciones, impidiendo que lleguen por nosotros mismos a nuestros representantes y a los responsables de tomas de decisiones. Ni siquiera se

⁵ «No es depre, es depresión». Documental propagandístico (camuflado como divulgativo) de la farmacéutica Janssen <https://bit.ly/3CBokLG>, emitido por televisiones privadas: Antena 3 <https://bit.ly/36k43mQ>, y públicas: RTPA, <https://bit.ly/3KzpX46>, probablemente inconscientes de su carácter ideológico enfermumentalizador.

nos consulta mínimamente sobre nuestras aspiraciones o intereses, y hasta nuestras necesidades nos son impuestas en base a intereses o creencias de otros. Mientras de cara a la galería enarbolan nuestros derechos, la voluntad «familiar» se impone no solo al individuo en el hogar y en la consulta; también al colectivo en la conversación pública, la representación en «democracia» y la toma de decisiones políticas, impidiendo nuestra autorrepresentación. ¿Cómo es posible que a día de hoy sigamos sin tener voz propia en esta historia?. Ni en nuestras historias, ni en nuestra propia Historia.

A pesar del cada día más sólido desarrollo de los ‘Estudios locos’ a cargo de una red creciente de investigadores/activistas que comparten su conocimiento desde la experiencia propia; de la existencia estable y duradera de asociaciones en primera persona en toda España; del auge de movimientos internacionales como el de usuarios y supervivientes de la psiquiatría, el mad pride/orgullo loco y la red de escucha de voces; o de la proliferación de GAMs y otras agrupaciones en muchos puntos del estado, nuestras voces siguen siendo suplantadas y nuestra representación usurpada, tutorizada por intereses ajenos que, más allá de defender nuestros derechos y aspiraciones, ocupan nuestros espacios ante las instituciones y la opinión pública, dan a entender que no somos capaces de valernos por nosotros mismos, ofrecen coartadas a la Administración y a la sociedad para discriminarnos, y fomentan el actual modelo de contención al margen de la comunidad. ¿Por qué el relato sobre nuestras vidas, y sobre la atención hacia nuestras vidas, se ha convertido en una ficción, una mentira inmensa construida a base de medias verdades, prejuicios, ignorancias y engaños?

¡HECHOS, NO PALABRAS!⁶

Mientras en toda su historia nuestro movimiento propio en primera persona, a nivel estatal no ha dispuesto apenas de recursos para conocernos mínimamente entre nosotros y poder coordinarnos con la necesaria continuidad (En Primera Persona, 2016), en los últimos años hemos visto cómo FEAFES pasaba de dar escrito lo que tenían que leer a los compañeros en primera persona que enviaban a eventos, a organizarles formaciones en modo sección enferma, con financiación farmaceutística, para adecuar sus testimonios psicoeducados a los medios de comunicación. Se busque o no, lo sepan o no, más que lo que los individuos quieran transmitir, este modo ventrílocuo comunica la tutorización de familiares y su marca de empresa que, al aparentar representarnos, delimita el espacio que

⁶ «Deeds, not words», lema de la Unión Social y Política de Mujeres (WSPU), fundada por Emmeline Pankhurst en 1903.

se nos «concede» y determina la credibilidad a atribuir a nuestro colectivo, como inferiores y subordinados más que como ciudadanos con derechos, en una posición social y política con similitudes respecto a la de las mujeres en el siglo XIX, que dio lugar al activismo de las sufragistas. ¿Por qué es posible hoy hacia nuestro colectivo algo que avanzado ya el siglo XXI sería impensable con cualquier otro en un Estado social y democrático de derecho?

Afortunadamente no solo son posibles otras vías, sino que cada vez hay más, en el asociacionismo y también fuera de él, sin la obligación de adaptarnos a esas formas verticales, jerarquizadas hacia dentro y hacia fuera, que la propia Ley de Asociaciones tanto promueve. También para los familiares que en las distancias cortas asienten a la necesidad de que liberen nuestro espacio, para poder ocupar el suyo propio sin interferencias y exponer sincera y abiertamente sus propias necesidades y aspiraciones, sin pretender ser toda su vida y las nuestras madres protectoras, maridos paternalistas o hermanos salvadores. Y para dejar de apropiarse de nuestras voces o de hablar por nosotros sin nosotros.

DE GIGANTES Y HOMBROS

«No hay salud mental sin derechos», dice la OMS. No puede haberla, por ahora, en un sistema anclado en esas barreras: presunción de riesgo, cuerdismo, enfermumentalización, psiquiatrización y dependencia determinan las creencias, las actitudes y los entornos que provocan la vulneración sistemática de nuestros derechos en un modelo que dice ser de atención comunitaria, pero que hasta hoy ha seguido siendo mucho más de contención individualizada y colectiva, al margen de la comunidad, gran causa de las causas de la mayoría de los extravíos, desequilibrios y carencias del sistema de salud mental. No hay salud mental si otros deciden por ti, si tu voz y tus aspiraciones no cuentan para nada, si nuestro conocimiento como colectivo es ignorado y usurpado, si es costumbre desconocer nuestros derechos. Pero algo se masca en el ambiente... parece... una vez más... Ver veremos.

En 2019 el Comité de Derechos de Personas con Discapacidad de la ONU llevó a cabo la revisión sobre el cumplimiento por España de la CDPD. En su informe de Observaciones y recomendaciones expresa a nuestras autoridades su preocupación porque «varias leyes y políticas nacionales, regionales y municipales no estén en consonancia con la Convención ni con el modelo de discapacidad basado en los derechos humanos». (...) y porque esto «dé lugar a la utilización del modelo médico de la discapacidad, en el marco del cual las personas son clasificadas según el diagnóstico y excluidas del amplio alcance previsto en la Convención, según la cual la discapacidad se reconoce en relación con las deficiencias

y las barreras presentes en el entorno social, sobre todo en el caso de la discapacidad psicosocial». También le preocupa el «predominio de un enfoque paternalista y la ausencia de disposiciones basadas en los derechos humanos en los sistemas de salud mental, así como la falta de estrategias explícitas destinadas a garantizar que las personas con discapacidad estén protegidas contra la discriminación y el maltrato» (Asociación Hierbabuena, 2019).

Como descubrirá quien tenga a bien leerse estas Observaciones y Recomendaciones, que debería conocer e incorporar cualquier persona y servicio que trate con personas con discapacidad, en ellas se dedica un protagonismo especial, por primera vez, a las personas con discapacidad psicosocial. No por casualidad en la primera ocasión en que este Comité ha recibido un informe de asociaciones en primera persona, iniciativa de ActivaMent de Cataluña a la que se sumó Hierbabuena de Asturias (Associació ActivaMent, 2021). Ambas auténticas organizaciones ‘de’ personas con discapacidad psicosocial, tal como especifica el Comité de la ONU en su ya citada Observación General n.º 7.

El primer producto de estas Observaciones del Comité ONU a España es la reciente Ley 8/2021 (Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica) que, aunque afecta únicamente a leyes ordinarias, debería suponer una transformación radical no solo en la consideración de y hacia las personas que soportan discapacidades, incluidas las que padecemos diagnósticos de la psiquiatría, sino también de la atención social y asistencial. Esta ley exigirá una apuesta decidida por el desarrollo de recursos y apoyos de todo tipo para que las personas puedan tomar sus propias decisiones, tener acceso a servicios adecuados y ejercitar sus derechos, hasta ahora negados e ignorados. No debemos consentir que vuelva a ocurrir lo mismo que con la Reforma psiquiátrica, fallida por falta de recursos, y de voluntad.

Queda pendiente la redacción y aprobación de la ley orgánica equivalente, que reforme en base a la CDPD las leyes de este rango que el Comité ha señalado como contrarias a la Convención, para introducir por fin en nuestra legislación cuestiones de derechos básicos para las personas con discapacidad psicosocial, real o percibida. Por ejemplo, entre otras, la eliminación de las contenciones en los dispositivos de salud mental, el fin de toda forma de involuntariedad en los tratamientos y en los ingresos, la implantación del consentimiento libre e informado, de verdad, para que se convierta en una auténtica libertad de elección basada en el acceso a toda la información que la persona pueda requerir, o la formación en derechos al personal de los servicios de salud mental y de otras instituciones, con participación en todo ello de organizaciones DE personas con discapacidad psicosocial.

La OMS, por su parte, publicó en junio de 2021 su Guía «Orientaciones sobre los servicios de salud mental comunitarios: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos», para «acelerar la transición desde los servicios de salud mental que recurren a la coerción y se centran casi exclusivamente en el uso de medicación para controlar síntomas (...) hacia un enfoque más holístico que tenga en cuenta las circunstancias y los deseos específicos de la persona, y que ofrezca una variedad de enfoques para el tratamiento y el apoyo» (Florence, 2021). La atención a la salud mental recomendada en las nuevas orientaciones deberá prestarse en la comunidad, y abarcar «el apoyo para la vida cotidiana, como facilitar el acceso al alojamiento y los vínculos con los servicios de educación y empleo» (OMS, 2021). En esta Guía, la OMS destaca buenas prácticas en servicios de salud mental de todo el mundo que se ajustan a los criterios clave de los derechos humanos, basados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), incluido el respeto a la capacidad jurídica, las prácticas no coercitivas o la participación y la inclusión en la comunidad. La Guía se basa en los planteamientos expuestos por Dainius Pūras, antiguo Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud, quien durante su mandato criticó ampliamente el predominio del modelo biomédico en la salud mental, señalando reiteradamente que «no hay una crisis de trastornos mentales, hay una crisis creada por las cargas y obstáculos que creó el sistema» (2020), y denunciando las consecuencias de ignorar los determinantes sociales que afectan a la salud mental como, entre otros, la violencia, la pobreza, la falta de cobertura sanitaria, de nutrición o de vivienda adecuadas, y las discriminaciones.

EN BUSCA DEL SENTIDO PERDIDO

«Hacer cordura», dice también el diccionario, es «hacer reflexión». Sin duda, mejorar en algo la salud mental requiere sentarse largo y tendido, reflexionar, escuchar y, para nosotros, sobre todo ser escuchados, aunque no sea fácil cuando nunca a quienes han de hacerlo se les ha ocurrido que tengamos mucho que decir sobre nuestras vidas, ni parece haber interés en que así sea. En general nuestro mundo actual no puede presumir de hacer mucha cordura. Quizá visto que no se estila, nos toque a nosotros hacer su elogio desde la locura y reivindicarla. Hacer cordura en profundidad, sostener una amplia conversación conjunta que nos ayude a entender por qué se hace lo que se hace, supuestamente por nosotros, y por qué se hace como se hace, sin nosotros. Por qué otros hablan sobre nosotros por nosotros, por qué dicen lo que dicen y por qué lo dicen como lo dicen. Quizá con esa comprensión podremos poner de una vez sobre la mesa las cuestiones que nos ocupan y preocupan a quienes padecemos los diagnósticos de la psiquiatría, dejar de responder encuestitas para satisfacción o

beneficios ajenos y que las preguntas y respuestas en primera persona del plural, con todas nuestras voces, empiecen a entrar en la agenda pública. La mayoría de lo que en todos estos años yo he observado, defendido o creído ir descubriendo, antes o a la vez lo habían descubierto, lo venían defendiendo y lo seguirán haciendo bastantes más como yo. En primera persona y no, pero sin duda lo más cercano, lúcido y necesario ha surgido de nuestro colectivo, de la experiencia propia. Aquí las preguntas las hago yo: ¿tiene sentido el despilfarro enorme de tantas personas tan valiosas, sin apenas posibilidades para dar a conocer lo que solo ellas pueden conocer; que cada individuo o grupo sigamos teniendo que construir casi de la nada, con la enorme pérdida de tiempo y esfuerzos por falta de recursos y de acceso a nuestro propio conocimiento en primera persona del plural; que sigamos en la precariedad, suplantada nuestra representación, usurpadas nuestras ideas, ocupados nuestros espacios, apropiados nuestros recursos, silenciadas nuestras voces?

Ya dijo Max Planck que «Una nueva verdad científica no suele imponerse convenciendo a sus oponentes sino más bien porque sus oponentes desaparecen paulatinamente y son sustituidos por una nueva generación, familiarizada desde el principio con la nueva verdad.» (1950, p. 33). Desaparecerán, desapareceremos y vendrán generaciones familiarizadas con escuchar voces en primera persona y con verdades no tan nuevas como las de la Carta de Ottawa, ya de 1986: la promoción de la salud consiste en «proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma», y para ello, «un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente» (p. 1). Sabrán quienes vienen que imponer a un individuo o grupo necesidades derivadas de intereses ajenos, o negarles la posibilidad de identificar sus propias aspiraciones y cambiar o adaptarse al medio ambiente no es solo nefasto, es el más grave atentado que se puede hacer a la salud y el bienestar Humanos.

Promocionar la salud mental de quienes más problemas relacionados padecen pasa por proporcionar medios reales, recursos, vías, espacios para que sean capaces de identificar por sí mismos y realizar sus propias aspiraciones. Pasa también por que quienes han de contribuir a esa realización las conozcan, por bajarse del pedestal que se pretende científico y del poder corporativo, por desempoderarse lo suficiente, hasta por silenciarse cuando hace falta. Satisfacer tus necesidades empieza por tener la oportunidad de descubrirlas por ti misma, abstraerte de lo que te han hecho creer que necesitas porque otros lo necesitaban de ti, o creían necesitarlo. Cambiar el medio ambiente y adaptarnos a él son una y la misma cosa. No podemos adaptarnos ni nadie puede pretender que lo hagamos a un medio ambiente contaminado por la enfermamentalización y la presunción de riesgo, con el cuerdismo dificultando cualquier movimiento. Estas

barreras, o las que sean, antes que nada han de ser identificadas, y eso solo es posible en primera persona. Sin la visión desde la vida real, no hay experimentos de laboratorio ni evidencias que valgan. Mientras no haya accesibilidad y no haya equidad también aquí, que no nos vengan con enfermedades ni con trastornos. Os guste o no aquí la expertez sirve de poco sin la experiencia y el conocimiento directo de quienes lo vivimos, el de tantísimas compañeras y compañeros tan ignorados que son quienes, una vez identificadas las barreras, identificarán los ajustes y adaptaciones razonables que harán falta, tal como la CDPD también exige. Para las barreras, no para tu tranquilidad.

NOS TOCA

Si de verdad tenéis interés en que exista salud y bienestar, también para las personas que siguen quedando al margen, va a hacer falta una escucha real, no ya de esa tan activa empeñada en guiar nuestro discurso, sino lo más pasiva posible, abierta a la auténtica comprensión de la diversidad humana, más allá de esa fácil *benevolente acción social* de los «normales» que decía Goffman hacia quienes vemos, y así hacemos, inferiores. Esto no va de que nadie nos quiera dar voz, que la tenemos, que las tenemos por muy sordos que se hagan los oídos; sino de contar con el altavoz necesario y justo, los altavoces que permitan situar en el centro de una vez (también por vuestro propio bien, ¡haced cordura!), aquello que solo puede provenir de la legitimidad de quienes vivimos el sufrimiento en nuestras carnes y nuestras almas. Que podamos romper esa perenne distancia social y profesional para aproximarnos, escucharnos sin inferioridades ni superioridades y acercar posturas. Que se empiece a escuchar por fin lo que nos preocupa y ocupa en primera persona, del plural, para que se deje de cuestionarnos, o que empecemos a cuestionarnos todos a una, a revisarnos cada cual desde la raíz. Que se deje de negarnos el lugar que nos corresponde en la conversación y en la toma de decisiones en todas las esferas donde se trate sobre nuestras vidas, como disponen la Equidad y la Justicia. Que, de una vez sin miedo, podamos escuchar todas las voces y hablarnos como seres humanos, para acercarnos por fin al Entendimiento, para tranquilidad de todo el mundo. Como quiere la Cordura.

En esa otra enormidad nos encontraremos...

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Hierbabuena. (2017). *Propuestas de la Asociación Hierbabuena al Plan de salud mental del Principado de Asturias 2015-2020*. Google Docs. https://drive.google.com/file/d/1BVyZRIpkZo_7hmkvEdNZcTDiel5ZYIgB/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
- (2019, mayo 15). Observaciones y Recomendaciones a España del Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Hierbabuena*. <http://hierbabue-nasaludmental.blogspot.com/2019/05/observaciones-y-recomendaciones-espana.html>
- Associació ActivaMent. (2021, febrero 14). Curso online gratuito y accesible: «Introducción a los Derechos de Ciudadanía en Salud Mental». *ActivaMent*. <https://www.activament.org/es/2021/curs-introduccio-drets-ciutadania-en-salut-mental/>
- Basaglia, F. (1973). *La mayoría marginada: La ideología del control social*. Laia.
- Bernays, E. (2008). *Propaganda*. Editorial Melusina.
- Campos, R. (2021). *La sombra de la sospecha: Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX)*. Los Libros de la Catarata. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=846507>
- Carmona, M. (2014). *Campañas anti-estigma que estigmatizan*. Mujeres y Salud. https://matriz.net/mys36/36_sumario.htm
- Cheung, I. (2015, mayo 26). Sanism and the language of mental illness. *Iva Cheung*. <https://ivacheung.com/2015/05/sanism-and-the-language-of-mental-illness/>
- Constitución Española. Art.22. 29 de diciembre de 1978 (España). [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1))
- En Primera Persona. (2016, diciembre 29). Encuentro estatal de asociaciones en primera persona. *En primera persona*. <https://www.enprimerapersonaandalucia.es/encuentro-estatal-de-asociaciones-en-primera-persona/>
- Florence, A. (2021, agosto 4). *La OMS y el cambio de rumbo en la salud mental: Entrevista con Michelle Funk*. Mad in Mexico. <https://madinmexico.org/la-oms-y-el-cambio-de-rumbo-en-la-salud-mental-entrevista-con-michelle-funk/>
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder Editorial.
- Goffman, E. (2001). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. 8 de enero de 2000. BOE No.7, A-2000-323. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-323>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 15 de noviembre de 2002. BOE No. 274, A-2002-22188 40126. <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. 3 de junio de 2021. BOE N.º 132, A-2021-9233 67789. <https://www.boe.es/eli/es/l/2021/06/02/8>
- López Trujillo, N. (2021, mayo 27). El caso Andreas Fernández, fallecida en el HUCA, llega al Constitucional. *Newtral*. <https://www.newtral.es/caso-andreas-fernandez-huca-recurso-amparo-tribunal-constitucional/20210527/>
- Morton Birnbaum. (1960). *The Right To Treatment*. JSTOR. <https://www.jstor.org/stable/25721181>

- Obertament. (2016). ¿Qué son las microdiscriminaciones? <https://www.obertament.org/es/lucha-contra-el-estigma/historias-de-vida-en-1-persona/blogs/359-que-son-las-micro-discriminaciones>
- Olives, A. (2009). *Optimización del monocultivo de crónicos: Manual de prodedimiento*. El rincón de Jano. <https://elrincondejano.blogspot.com/2009/12/optimizacion-del-monocultivo-de.html>
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- (2018). *General comment No. 7 on Article 4.3 and 33.3—The participation of persons with disabilities in the implementation and monitoring of the Convention*. OHCHR. <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no7-article-43-and-333-participation>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *QualityRights: Instrumento de calidad y derechos de la OMS: evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social*. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/150398>
- (10 de junio de 2021). *La OMS ha publicado unas nuevas orientaciones destinadas a acabar con las violaciones de los derechos humanos en los servicios de atención de la salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>
- Orgullo Loco. (2010). *El Escandalazo*. https://drive.google.com/file/d/1cvBvy7-FhzJqPbgB-tpRufKR7APU5gK9E/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
- Perlin, M. (2016). On Sanism. *SMU Law Review*, 46 (2), 373.
- Planck, M. (1950). *Autobiografía científica* (pp. 33).
- Proctor, R. & Schiebinger, L. L. (2008). *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance*. Stanford University Press.
- Püras, D. (23 de noviembre de 2020). Llevando los Derechos Humanos a la atención a la salud mental: una entrevista con el enviado de las Naciones Unidas Dainius Püras. *Mad in Spain*. <https://madinspain.org/llevando-los-derechos-humanos-a-la-atencion-a-la-salud-mental-una-entrevista-con-el-enviado-de-las-naciones-unidas-dainius-puras/>
- Rivas, M. J. F. & Argilés, R. A. (2003). *Movimientos sociales: Cambio social y participación*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=89107>
- Roig Salas, A.; González Álvarez, O.; Díez Fernández, M. E.; Hernández Monsalve, M., Leal Rubio, J. & Santos Urbaneja, F. (2012). El tratamiento ambulatorio involuntario: Historia de una obstinación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32 (114), 435-440. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352012000200018>
- Rose, G. (1985). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. *OPS. Boletín Epidemiológico*; 6 (3). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33512>



Tristeza. © Freepick