

La medicalización del malestar como proceso generador de desigualdad en el sistema de salud chileno

The medicalization of malaise as a generator of inequality in the Chilean health system

Cristián Busta Cornejo*

Resumen

El presente trabajo busca desarrollar una discusión a partir de la aplicación de las nociones de igualdad y desigualdad en el contexto de la salud mental en Chile. La hipótesis de este trabajo señala que los procesos de medicalización aplicados al ámbito de la salud mental contribuyen a mantener desigualdades de clase entre los usuarios de los servicios de salud públicos y privados, al otorgar respuestas altamente diferenciadas al malestar subjetivo que subyace a dichos diagnósticos en función de la capacidad de pago de quienes consultan. Se plantea una propuesta teórica basada en el “enfoque-capacidad” ideado por el economista Amartya Sen, a fin de salvar las dificultades que presentan las visiones actuales en torno a la desigualdad en el ámbito de la salud mental.

Palabras clave: malestar, salud mental, desigualdad

Abstract

The present essay aims to develop a discussion on the notions of equality and inequality in the context of mental health in Chile. This work hypothesizes that the processes of medicalization applied to the area of mental health contribute to keep class inequalities among the users of private and public health services. They do so by offering highly differentiated solutions to the subjective malaise that underlies those diagnostics, depending on the budget of those who demand medical attention. The work proposes a theoretical framework based on the capabilities approach, such as pointed out by the economist Amartya Sen, in order to overcome the problems of the actual approaches to inequalities in mental health.

Keywords: malaise, mental health, inequalities

* Psicólogo, Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Psicología Clínica de Adultos, Universidad de Chile. Actualmente estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Santiago de Chile. Correo electrónico: cbusta@uc.cl

Medicalización y Salud en Chile

Tal como lo señala Peter Conrad (1992), “[l]a medicalización describe un proceso por el que problemas no-médicos devienen definidos y tratados como problemas médicos, usualmente en términos de enfermedades o trastornos” (p. 209). Según este autor, diversos fenómenos que serían propios de la experiencia humana, como la calvicie, la vejez, la soledad o el dolor, al pasar por procesos de medicalización son transformados en patologías médicas lo que implica la generación de un tratamiento médico que entregue una respuesta a dichas patologías. Así, refiere Conrad: “Es un proceso sociocultural que puede o no involucrar a la profesión médica, llevar a un control social médico o un tratamiento médico, o ser el resultado de una expansión intencional de la profesión médica” (Conrad, 1992, p. 211). En una línea similar, Michel Foucault (2012) plantea cómo a partir del siglo XVIII una serie de aspectos de la vida tales como la natalidad, la esperanza de vida, la higiene y la nutrición pasan a ser objeto de una gestión técnica por parte de la medicina, y a partir de allí, controlados políticamente por los nacientes estados-nación: “Por último, una integración por lo menos parcial de la práctica médica a una gestión económica y política, que apunta a racionalizar la sociedad” (Foucault, 2012, p. 213).

Considerando el contexto descrito, resulta atinente pensar que la circunscripción y definición de diferentes formas de malestar, y su consiguiente tratamiento mediante saberes y prácticas propuestas desde el discurso médico, es consecuencia de la ocurrencia de una serie de procesos de medicalización acaecidos en el ámbito de la salud mental. Al respecto, De la Mata y Ortiz (2003) señalan:

La creación de un mercado del malestar y su difusión en la población general ha provocado una psiquiatrización de la vida cotidiana. Ahora las desgracias tienen una explicación bioquímica y se crean expectativas de felicidad y bienestar mediante el consumo de psicofármacos. (De la Mata y Ortiz, 2003, p. 66)

Sin pretender extender esta línea argumentativa, cabe puntualizar que la medicalización de las experiencias subjetivas de sufrimiento, determina que el tipo de respuesta que en un determinado contexto sociocultural se le otorgará a dichas experiencias pase necesariamente por las prácticas, instituciones y dispositivos ofrecidos desde el ámbito de la medicina y la salud. Tal como lo puntualiza Carlos Pérez (2012), nuestro país no ha estado ajeno al proceso por el que una serie de fenómenos subjetivos del orden del malestar, pasan a transformarse en patologías de orden psiquiátrico: “La medicalización del sufrimiento, incluso del malestar cotidiano, ha llegado a ser una realidad políticamente significativa en nuestro país” (p. 31). Dicho lo anterior, y en continuación con la hipótesis que guía este trabajo, resulta atinente preguntarse qué tipo de respuesta se le entrega a estas problemáticas a partir de las particularidades que presenta el sistema de salud chileno, a fin de indagar de qué manera, tanto las respuestas como la forma como se conceptualiza la salud mental, contribuyen a mantener una estratificación de clase en una sociedad altamente desigual.

Consideraciones en torno al sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno ha sido objeto de estudio por parte de diversos investigadores (entre otros, Larrañaga, 1997; Labra, 2002; Montoya-Aguilar, 2013) en disciplinas como las ciencias de la salud, la historia o la sociología. Podría decirse que cada autor plantea, con distintos énfasis en una u otra arista del problema, la existencia de un sistema de salud que en la actualidad, se presenta altamente diferenciado y desigual.

A partir de las reformas implantadas por el gobierno militar entre los años 1979 y 1981, que introducen los conceptos de libre competencia, emprendimiento privado, privatización del gasto, y libertad de elección para los usuarios en la manera de planificar la oferta de la salud, se configuran dos sistemas paralelos como mecanismos oferentes de salud en nuestro país:

el sistema público, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) por medio de los recursos recabados tanto a través de subsidios estatales como por las cotizaciones del 7% de los ingresos de sus afiliados, gestionado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través de una red de hospitales públicos y consultorios secundarios a lo largo de todo Chile, ofrece prestaciones a aproximadamente el 70% de la población, incluyendo básicamente sectores de bajos recursos y de clase media (Becerril-Montekio, 2011).

Por otro lado, el sector privado de salud se encuentra administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) a partir de las cotizaciones del 7% de los ingresos de sus afiliados, además de cotizaciones y copagos adicionales que cada usuario desee realizar para mejorar su cobertura de salud. Dichos recursos se gestionan por una red de prestadores privados que incluye diversas clínicas y centros de salud a lo largo de todo Chile, cubriendo a alrededor del 17,5% de la población chilena, focalizándose principalmente en los sectores de mayores ingresos del país, al ser quienes pueden costear los planes de salud que se ofrecen en este sistema. Se trata entonces de un modo de ofertar la salud en el que conviven dos sistemas paralelos: Uno, el sistema público, de gran cobertura, bajas barreras de entrada y en general percibido como deficiente en cuanto a la calidad de sus prestaciones y otro, sistema privado, de baja cobertura, altas barreras de entrada de acuerdo a capacidad de pago, y percibido en general como aceptable en cuanto a la calidad de sus prestaciones. (Labra, 2002). En palabras de Jiménez y Marinho:

El déficit de gasto público conduce a que gran parte del desembolso recaiga en las familias, lo que genera dos sistemas de salud muy distintos: uno para ricos, jóvenes y sanos, asegurados por ISAPRES y atendidos en el sistema privado, con estándares de país desarrollado; y otro sistema para pobres, viejos y enfermos, asegurados por FONASA y mayoritariamente atendidos en la red pública, donde la calidad es mucho menor. (Jiménez y Marinho, 2013, en línea)

Con algunas modificaciones (como la ley AUGE, y posterior GES a partir del año 2000) ha sido éste el contexto en el cual ha funcionado el sistema de salud en Chile desde principios de los años ochenta hasta nuestros días. Dicho contexto incluye por cierto la manera como se ha generado la red de prestaciones en salud mental, área en la que también existe una división marcada entre prestadores públicos y privados de acuerdo a la misma lógica que rige al sistema de salud general. Considerando que la forma como se oferta la salud en Chile ya se encuentra altamente diferenciada según capacidad de pago y riesgo de salud, cabe ahora analizar cómo la oferta de tratamiento a las patologías de salud mental contribuye o no a mantener las desigualdades de clase, en el entendido que a partir de los procesos de medicalización, diversos malestares subjetivos deberán ser tratados como patologías por medio de las prestaciones ofrecidas en los sistemas de salud. Específicamente, para efectos del presente análisis se tomará como referencia dos documentos: el texto emanado desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) como propuesta oficial en torno a políticas de salud mental para los años 2010 a 2020, *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Propuesta para una Construcción Colectiva* (2011), y el texto de la ley 20670 que le da estatuto jurídico al programa *Elige Vivir Sano*, implementado el año 2013 bajo el gobierno de Sebastián Piñera, y mantenido hasta la actualidad.

Medicalización y desigualdad en salud mental

Tal como refiere Rosemary Crompton (1993), los distintos momentos de cambio que han afectado a los procesos productivos tanto en Europa Occidental como en el resto del mundo han influido en la manera como se entiende la desigualdad de clase, siendo éste un fenómeno característico de cualquier sociedad compleja. Específicamente en relación a los sistemas neoliberales, existiría una forma de justificar las desigualdades que el mismo sistema produce: “En una sociedad competitiva de mercado el

que tiene más talento y ambiciones —en suma, el mejor— es el que llega más alto y, por lo tanto, el que consigue la mejor parte de las recompensas de las sociedades” (Crompton, 1993, p. 24). A partir de esta noción de desigualdad, cabe preguntarse si en nuestro país la salud mental, al ser un concepto que forma parte de políticas públicas insertas en un contexto político neoliberal, juega algún rol en la manera como se entiende la noción de desigualdad.

De acuerdo al Ministerio de Salud (2011), la salud mental “[e]s un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p. 7). En función de dicha definición, la salud mental daría cuenta de una forma de autovaloración que le permitiría a una persona enfrentar las problemáticas de su vida cotidiana y desempeñarse sin mayores dificultades en su trabajo. Dicho de otra manera, aquello que se pone en juego en esta definición hace alusión a lograr una cierta adaptación al contexto de cada cual mediante la generación de aptitudes que permitan mantener un cierto nivel de productividad y contribución a la comunidad.

Ahora bien, ¿es posible valorar de la misma forma las presiones cotidianas o el tipo de trabajo que enfrentan personas de distintos estratos socioeconómicos en el Chile contemporáneo? Al tomar en cuenta factores como la calidad de la vivienda y del equipamiento público, disponibilidad de transporte, o cantidad de personas que habitan en una misma vivienda, surgen importantes diferencias en el tipo de presiones cotidianas que deben enfrentar cada uno de los segmentos de la población, lo que a su vez redundaría en la facilidad o dificultad que cada sujeto experimente para poder adaptarse a su contexto. Lo mismo podría señalarse respecto al ámbito laboral, en el que también es posible dar cuenta de importantes diferencias en cuanto a valoración y precarización del tipo de trabajo según nivel educacional y estrato

socioeconómico. Así, se puede advertir que será más difícil trabajar de forma productiva y fructífera en trabajos con bajos salarios, a los que habitualmente accede la población menos calificada y de menores ingresos, que además tienden a presentar extensas jornadas laborales, la mayoría de las veces sin contrato y que implican largos tiempos de desplazamiento desde y hacia el hogar. A su vez, probablemente no habrá mucho tiempo disponible para realizar una contribución a la comunidad, al existir preocupaciones más urgentes que atender.

Al considerar la forma como se conceptualiza la noción de salud mental, resulta más claramente visible que las dificultades señaladas en torno a condiciones de vida y precariedad laboral sean transformadas en patologías de salud mental por medio de procesos de medicalización. No es de extrañar entonces, que en el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2002) se hayan constatado diferencias significativas en la prevalencia de vida de patologías como Depresión Mayor, Consumo de alcohol y Trastornos Ansiosos según nivel educacional o nivel de ingresos: “Una relación inversa entre el nivel educacional y la prevalencia de vida fue encontrada para cualquier desorden, comorbilidad y el grupo de los cuadros ansiosos” (Vicente, et al., 2002, p. 532).

Si se retoma el supuesto planteado al inicio de este ensayo, esto es, que en la conceptualización de la salud mental operarían procesos de medicalización de ciertos malestares que tienen su origen en los determinantes sociales que impactan directamente en la calidad de vida de las personas (condiciones de vivienda, trabajo, educación, etc.), se puede suponer que en la forma misma de conceptualizar la salud mental existen importantes sesgos que determinan su desigual dispersión entre distintos segmentos de la población (esto es, mayor prevalencia de trastornos mentales en los sectores de menores ingresos). En consecuencia aquello que cabe preguntarse es qué tipo de respuesta terapéutica se entrega desde los dispositivos de salud a estas patologías, a fin de visualizar si el

modo como se responde a estas problemáticas desde el discurso de la salud contribuye o no a mantener diferencias de clase entre la población.

El malestar y sus respuestas desde la salud mental

Un primer punto que habría que considerar, es que el MINSAL da cuenta de la relevancia de diversos determinantes sociales en la posibilidad de presentar problemas de salud mental. Por ejemplo, señala: “Está demostrada la influencia que en la salud mental ejercen factores sociales como el tamaño del grupo primario de pertenencia, el apoyo social recibido, y las características del ambiente laboral” (Ministerio de Salud, 2011, p. 11). Ahora bien, ¿cómo se ve aquello reflejado en las estrategias de intervención propuestas para estas problemáticas? Puede señalarse que el tipo de intervención que se propone desde los dispositivos de salud mental sigue la misma lógica con la que opera el sistema de salud en general: dos sistemas paralelos, privado y público, que ofrecen principalmente prestaciones tanto de psiquiatría como de psicología a los usuarios que presenten dificultades en el ámbito de la salud mental.

Tal como ya fuera dicho, el modo de responder a la demanda por problemáticas en el ámbito de la salud mental presenta una clara diferenciación según capacidad de pago de quien consulta, siendo los sectores de ingresos medios y bajos quienes junto con presentar los mayores índices de prevalencia de estas problemáticas, recurren con mayor frecuencia a los distintos dispositivos de salud pública. De esta manera, ocurre el fenómeno que quienes más necesitan atención de calidad tienen como única opción de tratamiento dispositivos de salud que presentan serias deficiencias en cuanto a disponibilidad de prestaciones y calidad de servicio. Así, disminuye la probabilidad de recibir una respuesta oportuna, que efectivamente se constituya en una ayuda a quien consulta, situación que junto con el mínimo abordaje de los determinantes sociales

que afectan directamente la incidencia de patologías de salud mental, contribuye a que las patologías en este ámbito tiendan a perpetuarse para este segmento de la población.

Siguiendo el argumento de Dubet (2011) en torno a la conceptualización de las inequidades a partir de la distinción entre igualdad de posición e igualdad de resultados, la manera como se concibe la salud pública jugaría un rol determinante si lo que se quiere es generar igualdad de posición: “Los servicios públicos y su gratuidad son percibidos como una de las condiciones de la igualdad de posiciones. Como correlato, cuando una de esas obras cierra, los habitantes tienen la sensación de haber sido abandonados por la República” (Dubet, 2011, p. 24). De esta manera, se podría sostener que a la base de como se conceptualiza la salud en Chile no se encuentra la intención de generar una igualdad de posición, sino más bien la idea contraria: se refuerza la noción de una atención altamente diferenciada según capacidad de pago, lo que significa que en ningún caso personas con capacidades económicas distintas serán tratadas de la misma forma y en el mismo lugar. Este contexto se vincularía más bien con la concepción de igualdad de oportunidades, en la que de acuerdo a Dubet, las inequidades son justas y aceptables sólo en cuanto reflejen el resultado de trayectorias personales basadas en el diferencial de méritos entre una persona y otra. Siendo las condiciones iniciales similares para todos, las diferencias e inequidades serían el reflejo del mérito de cada uno: “En este caso, el ideal es el de una sociedad en la cual cada generación debería ser redistribuida equitativamente en todas las posiciones sociales en función de los proyectos y de los méritos de cada uno” (Dubet, 2011, p. 12).

En consecuencia, para pensar en la posibilidad de igualdad de oportunidades, ¿es posible suponer que las condiciones iniciales son similares en el contexto en el que se produce la oferta de salud en Chile? Al considerar el hecho que en el ámbito de la salud mental las variables socioeconómicas determinan en gran manera tanto la prevalencia de patologías como el tipo de tratamiento que la persona recibirá para

ellas, se puede señalar que en todo el proceso de generación del malestar, esto es, tanto su conceptualización en términos médicos, como su posterior tratamiento por medio de la diferenciación sistema público/privado, nunca hay una instancia que vaya en la línea de igualar las condiciones en las que se genera o conceptualiza estas problemáticas. Por el contrario, se asume siempre la existencia de un diferencial que está dado por la responsabilidad individual de quien presenta alguna patología. Así, si bien es posible constatar que los determinantes sociales (por ejemplo nivel de ingresos o nivel educacional) son enunciados como factores relevantes a la hora de explicar los diferenciales en cuanto a prevalencia e incidencia en salud mental, no se observa en la práctica algún tipo de intervención que apunte de manera decidida y específica a abordar dichas variables desde el documento elaborado por el Ministerio de Salud (2011).

Dado que desde las políticas en salud mental no existen propuestas que vayan en la dirección a este tipo de intervenciones, se pasará a revisar brevemente el programa *Elige Vivir Sano*, entendido como otro tipo de política pública que, emanada desde el Ministerio de Desarrollo Social, persigue intervenir en torno a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida de las personas, buscando así influir en la posibilidad futura de sufrir patologías tanto de salud mental como de salud en general.

Otra forma de intervención en salud mental: *Elige Vivir Sano*

Al revisar la ley 20670 que da sustento jurídico al programa *Elige Vivir Sano* desde el año 2013 hasta hoy, se constata que en su base subyace la idea de buscar homologar aspectos relativos a la nutrición, el uso del tiempo libre y la relación con la familia entre distintos segmentos de la población, bajo el supuesto que seguir los dictados de *Elige Vivir Sano* en cada uno de estos ámbitos contribuirá positivamente a la obtención de un cierto nivel de salud y con ello, la disminución del riesgo de llegar a tener dificultades médicas futuras. Tal como se lee en

la ley, el programa *Elige Vivir Sano* busca: “Promover hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas” (Gobierno de Chile, 2013). Ahora bien, de acuerdo a esta normativa ¿qué se entenderá por hábitos y estilos de vida saludables? El mismo documento señala:

Se entenderá por hábitos y estilos de vida saludables, aquellos que propenden y promueven una alimentación saludable, el desarrollo de actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como también aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores o conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles. (Gobierno de Chile, 2013)

En la manera como este programa está diseñado, se advierte una serie de supuestos en torno a cómo usar el tiempo libre, qué comer o cómo relacionarse con la familia, que suponen distintos sesgos de clase en relación a dichos ámbitos. Por ejemplo, en cuanto a la alimentación, *Elige Vivir Sano* promueve el consumo de alimentos como pescado, frutas y verduras, alimentos light y ricos en fibras, que permitan disminuir los índices de enfermedad, y de paso, *mejorar* el aspecto físico de la gente al disminuir la obesidad y el sobrepeso. Resulta relevante acá considerar el valor económico y por ende las reales posibilidades de acceso a aquellos productos que justamente se promueven como más saludables. Esto pues de acuerdo a los datos entregados por el estudio *Costo de la Canasta Básica de los Alimentos* desarrollado por el Ministerio de Desarrollo Social (2014), se observa que los alimentos con más grasas saturadas, más calóricos y con mayor cantidad de azúcares tienden a ser los más económicos, con mayor disponibilidad y por ende, más fácilmente accesibles. Golosinas, carbohidratos (pan, masas, papas, arroz), bebidas de fantasía, tienden a ser alimentos de mayor consumo en sectores de mayor vulnerabilidad socio-económica, dado que su valor es menor, requieren menos tiempo de preparación lo que hace su consumo menos complejo, y además se encuentran fácilmente

accesibles en cualquier comercio minorista. Por el contrario, el acceso a pescado, verduras y productos light, junto con ser de mayor precio, requieren mayor tiempo de preparación y además, no siempre se encuentran disponibles en el comercio minorista de dichos sectores, lo que dificulta enormemente su consumo.

En cuanto al uso del tiempo libre, *Elige Vivir Sano* considera como elementos fundamentales: (a) Difundir actividades al aire libre, donde plantea “el contacto con la naturaleza” como parte integrante de una vida saludable; (b) Actividades de desarrollo familiar, recreación y manejo del tiempo libre, asumiendo que las actividades que impliquen recreación mediante disciplinas deportivas o lúdicas y que fomenten la interacción entre los distintos miembros de la familia, ayudarán al bienestar y contribuirán a una vida saludable (Gobierno de Chile, 2013). A partir de este punto, surge como una pregunta relevante cuál es la cantidad de horas disponibles para esparcimiento que presenta por ejemplo un habitante en Santiago, y junto a ello la disponibilidad en cuanto a energía que podría presentar una persona para realizar alguna actividad física durante ese tiempo. En este punto, los datos son reveladores: De acuerdo a la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas “Encuesta Exploratoria del Uso del Tiempo en Santiago” (Instituto Nacional de Estadísticas, 2009), la disponibilidad de tiempo para esparcimiento entre los habitantes del Gran Santiago es en promedio de 2,7 horas diarias para ambos sexos, número que tiende a disminuir en sectores sociales más vulnerables y en población joven, quienes tienden a ocupar sus momentos libres en segundos empleos u otras responsabilidades domésticas. A esto hay que agregar que el promedio de horas de trabajo remunerado es de 9 horas diarias para los habitantes de Santiago, y 3 horas diarias es el promedio para traslados desde o hacia el lugar de trabajo.

Junto con evidenciar una importante dificultad en disponer de un tiempo de esparcimiento, considerando la extensión de las jornadas laborales, el tiempo que se gasta en los traslados

y el hecho que dichos elementos tienden a aumentar en los sectores sociales más vulnerables, los datos revisados permiten preguntarse si el escaso tiempo libre disponible, sobre todo en los sectores más vulnerables, querría ser utilizado en una actividad que requiere un monto de energía importante, como lo es el ejercicio físico. Asociado a lo anterior, resulta relevante revisar cuál es la real disponibilidad de áreas verdes que permitan realizar actividades al aire libre si así se quisiera. Al considerar los indicadores de cantidad de metros cuadrados de áreas verdes por número de habitantes en la ciudad de Santiago de Chile (Ministerio de Medio Ambiente, 2011), es posible darse cuenta que existe una enorme diferencia en cuanto al acceso a dichos lugares, siendo las comunas con mayores ingresos (Vitacura, Providencia, La Reina, Lo Barnechea, Las Condes) las únicas que poseen índices aceptables de acuerdo a la clasificación internacional recomendada por la ONU, cayendo todo el resto en la categoría de deficiente. Así, el acceso a un parque para un habitante de alguna comuna con menores ingresos podría constituir una tremenda dificultad al no existir un número mínimamente adecuado de áreas verdes cercanas a su hogar.

Tal como ha sido señalado hasta acá, las diferencias existentes entre distintos segmentos de la población en cuanto a la posibilidad real de llevar a cabo alguna de las políticas que plantea *Elige Vivir Sano*, permiten plantear la idea que en el modo como en este programa se entiende el concepto de *lo saludable* habría una serie de supuestos que hacen que sea más fácil para el grupo de la población que presenta mayores ingresos llevar a cabo las indicaciones que en él se proponen. Por ende, el ser considerado como una persona sana de acuerdo a estos parámetros, conlleva necesariamente la capacidad de costear productos más saludables, disponer de mayor cantidad de tiempo libre e ir con mayor facilidad a un área verde cercana al hogar. En este sentido es que las nociones de *sano*, de *saludable*, y las prácticas que hay que realizar para llegar a alcanzar dicho estado presentan importantes sesgos de clase, al ser

directamente influidas por factores socioeconómicos.

Al igual que lo visto en las políticas propuestas por el Ministerio de Salud en torno a la salud mental, en el caso de *Elige Vivir Sano* es posible suponer una tendencia a la individualización de la responsabilidad de ser una persona saludable, en el entendido que ésta recaería siempre en quien elige o no vivir de acuerdo a los preceptos que propone el programa. Junto a ello, cabe suponer una tendencia hacia la homogeneización de conductas y hábitos de la población en torno a las que son valoradas positivamente como saludables, a partir de los prejuicios de clase de quienes diseñan el programa. De esta manera, es posible señalar que al igual que lo visto para las políticas de salud mental propuestas por el Ministerio de Salud (2011), en el caso de *Elige Vivir Sano* la forma como se conceptualizan los saberes y prácticas en torno a la salud, presenta en sí misma importantes sesgos que determinan dificultades para el sector de menores ingresos en llevar a cabo dichas prácticas, y por ende cumplir con los criterios aceptables de salud. Lo anterior determina una desigual dispersión en cuanto a la incidencia de factores de riesgo tanto en salud en general, como en salud mental en particular.

Si bien en el caso de *Elige Vivir Sano* no existe una distinción marcada según población atendida en el sector público *versus* sector privado, al ser una política que busca fomentar actitudes y conductas de la población en general, sí se establece una diferencia que determina que para los sectores de menores ingresos la factibilidad real de llevar a cabo las políticas que el programa persigue sea mucho menor, al considerar la relevancia de variables como disposición de tiempo libre, cercanía de áreas verdes, o posibilidad de acceso a ciertos alimentos.

Conclusión

La idea que se ha buscado desarrollar en este trabajo es que la manera como se abordan las problemáticas de salud mental en Chile

presenta importantes sesgos que contribuyen a mantener inequidades entre la población. Dichos sesgos se relacionan específicamente con dos ámbitos. En primer lugar el marco comprensivo desde el cual se aborda el malestar subjetivo, que entiende las problemáticas de salud mental siempre como patologías individuales con etiologías principalmente biológicas, dejando en un segundo plano la influencia de factores contextuales. En segundo lugar, gran desigualdad en cuanto a la calidad y posibilidad de acceso a eventuales modos de intervención terapéuticos, entre los sistemas públicos y privados de salud. Se constituye así un contexto que tiende a mantener importantes diferencias respecto a la prevalencia de dichas problemáticas entre la población chilena, considerando factores como nivel educacional o nivel de ingresos. Esto implica además importantes inequidades en cuanto a calidad y disponibilidad de prestaciones que, según la capacidad de pago de cada individuo, determinan las posibilidades reales de solución de sus dificultades.

Considerando el contexto descrito hasta acá, la pregunta que cabe plantearse es ¿cómo podría pensarse una alternativa que permita disminuir las brechas respecto del diagnóstico y la atención en salud mental entre los distintos segmentos de la población? De acuerdo a la propuesta de Amartya Sen (1995), una manera de conceptualizar las desigualdades entre distintos segmentos de la población implica, más que considerar la disponibilidad de recursos materiales como única variable relevante, tomar en cuenta las libertades de las que dispone una persona para lograr los objetivos que se proponga, lo que significa atender a las capacidades que cada uno posea para llevar a cabo dichos logros por medio de lo que llama el “enfoque-capacidad”. Específicamente, los aportes que este enfoque entrega en torno a la conceptualización de las desigualdades son:

- 1) Se mueve la atención del espacio de los medios en forma de bienes y recursos, al espacio de los funcionamientos constitutivos del ser humano;
- 2) hace posible, aunque no obligatorio, el tomar nota del conjunto de los vectores de funciona-

miento entre los que puede elegir la persona. El conjunto de “capacidades” puede entenderse como la libertad general de la que goza una persona para buscar su bienestar. (Sen, 1995, p. 167)

Tomando en consideración esta propuesta, podría ser posible aplicar sus premisas a la manera como se conceptualiza la salud mental, entendiéndola ahora como una noción que da cuenta de los grados de libertad que posee una persona para llevar a cabo los objetivos que se propone en la vida. Si bien se podría pensar que dichos grados de libertad siempre están determinados por las condiciones materiales en las cuales se desarrolla la existencia de cada individuo, lo que haría suponer que existen diferencias entre sectores socioeconómicos en función de la disponibilidad de recursos materiales, aquello en lo cual se hace hincapié desde esta perspectiva se relaciona con la capacidad de cada uno de hacer algo con los recursos que tiene a mano. Dicho de otra manera, la dificultad que permite salvar el “enfoque-capacidad” al ser aplicado al modo como se conceptualiza la salud mental, es que el eje de la discusión se ubica no ya en el nivel de productividad o en la posibilidad por parte del individuo de hacer frente a las presiones del contexto. Por el contrario, aquello que este enfoque permite poner en relieve son las capacidades que cada individuo posee para arreglárselas con las condiciones materiales en las cuales vive, a fin de lograr los objetivos personales que se proponga.

Es en el diferencial entre las condiciones contextuales y el modo como cada sujeto le otorga sentido y construye una experiencia a partir de dichas condiciones, lo que permite poner de relieve el “enfoque-capacidad” al aplicarlo a la salud mental. De esta manera, son los propios individuos quienes determinan sus objetivos personales, conllevando ello que la valoración respecto a los grados de libertad que poseen, en este caso asociado a su nivel de salud mental, implica necesariamente considerar la propia opinión del individuo en cuestión. Con ello se evita la tendencia a ubicarse como un experto externo que busca delimitar si la perso-

na se adecúa o no a ciertos índices estandarizados de productividad o manejo de la ansiedad lo que, como se ha tratado de mostrar, tiende a generar importantes desigualdades respecto de quienes se adecuan con mayor o menor facilidad a dichos índices.

Aplicar la perspectiva del “enfoque-capacidad” (Sen, 1995) al ámbito de la salud mental supone considerar como variable significativa la propia percepción del individuo respecto de sus capacidades, evitando así los sesgos existentes en enfoques que desde categorías estandarizadas y pre-establecidas, evalúan la buena o mala adecuación de cada individuo a ellas. Dichos enfoques tienden a otorgarle mayor valoración a variables que no se relacionan directamente con las capacidades del individuo, lo que genera a su vez desigualdades que poco tienen que ver con la singularidad de esos individuos y mucho con las condiciones contextuales en las que se encuentran inmersos. Esto resulta especialmente relevante en la manera como se conceptualiza y se aborda la salud mental, si es que se entiende que dicha noción busca dar cuenta de la singularidad del funcionamiento psíquico de cada sujeto más allá de las condiciones contextuales que lo rodeen. En consecuencia, aplicar el “enfoque-capacidad” al ámbito de la salud mental permite atender de mejor manera a la especificidad de cada individuo, evitando con ello medicalizar malestares que en último término se relacionan más directamente a variables contextuales. Sería justamente este problema, la medicalización de problemas sociales, un elemento que permitiría entender las enormes diferencias en cuanto a prevalencia de patologías mentales entre los distintos segmentos socioeconómicos de la población.

En cuanto a posibles políticas públicas relativas a intervención en salud mental, el hecho de considerar las capacidades y potencialidades de cada individuo como variable relevante para la planificación de dichas políticas permitiría generar intervenciones en función de las motivaciones propias de cada uno para lograr sus objetivos. De esta manera se evitaría caer en modelos y algoritmos de trabajo estandariza-

dos, que en la mayoría de los casos fallan en generar motivación para que el paciente se implique en torno a su propio tratamiento, al focalizarse en querer instalar una serie de normas y planificaciones para todos los pacientes por igual, incurriendo en lo que Rose (2012) denomina una “ética somática”: “Se trata de una ética en virtud de la cual la maximización del estilo de vida, el potencial, la salud y la calidad de vida se ha vuelto prácticamente obligatoria, y según la cual se juzga en forma negativa a quienes por cualquier motivo no adoptan una relación activa, fundada, positiva y prudente con el futuro” (Rose, 2012, p. 64).

El “enfoque-capacidad” aplicado al ámbito de las políticas públicas en salud mental ayuda a evitar que dichas políticas terminen siendo un conjunto de normas y pautas de acción estandarizadas sobre cómo vivir, qué comer o cómo ocupar el tiempo libre, y pasen a constituirse en planes de intervención que incluyan las motivaciones singulares de cada individuo. Sin duda el diseño y aplicación de una política pública en salud mental requiere un análisis en mayor profundidad que excede por mucho las pretensiones de este trabajo, no obstante resulta atinente para la hipótesis que

sostiene estas reflexiones considerar que la perspectiva del “enfoque-capacidad” podría contribuir de manera importante en mejorar los índices de adherencia a tratamiento en los distintos sectores de la población, potenciando por igual, pero de manera diferenciada para cada uno, las capacidades y motivaciones propias, más allá del contexto socioeconómico en que dichas capacidades se desarrollen.

En definitiva el desafío que queda por continuar desarrollando en trabajos futuros, es generar un marco comprensivo y líneas de acción que en el ámbito de la salud mental permitan superar eventuales sesgos y distinciones de clase, a fin de contribuir efectivamente en generar mejoras en la calidad de vida de la población. En este sentido, la propuesta que sostiene este trabajo, va en la línea de contribuir al debate en torno a repensar la manera como se conceptualiza la salud mental y con ello posibilitar marcos de acción más inclusivos.

Referencias

- Becerril-Montekio, V. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 2(53), 132-143.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209-232.
- Crompton, R. (1993). *Clase y Estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Barcelona, España: Tecnos.
- De la Mata, I. y Ortiz, A. (2003). Industria Farmacéutica y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 49-71.
- Dubet, F. (2011). *Repensar la justicia social. Contra el mito de la igualdad de oportunidades*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica: Sobre el poder, la prisión y la vida*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.
- Gobierno de Chile (2013). *Ley 20670*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1051410>
- Instituto Nacional de Estadísticas [Chile] (2009) *Encuesta Exploratoria de Uso del Tiempo en el Gran Santiago*. Recuperado de

http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/estadisticas_sociales_culturales/encuesta_a_tiempo_libre/encuesta_uso_del_tiempo.php

- Jiménez, A y Marinho, M. (2013). *El sistema de salud en Chile: ¿Qué puede significar hoy protección social?* Santiago, Chile: CIPER Chile. Recuperado de <http://ciperchile.cl/2013/09/10/el-sistema-de-salud-en-chile-%C2%BFque-puede-significar-hoy-proteccion-social/>
- Labra, M. (2002). La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos Saúde Pública*, 18(2), 1041-1052.
- Larrañaga, O. (1997). *Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno* (Proyecto Cepal/GTZ Reformas Financieras al sector salud en América Latina y el Caribe). Santiago, Chile: Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ministerio de Desarrollo Social [Chile] (2014). *Costo de la Canasta Básica de Alimentos Marzo 2014*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/ipc/14.04%20COSTO%20CBA%20MARZO_5368076f05a1f.pdf
- Ministerio del Medio Ambiente [Chile] (2011). *Informe del estado del medio ambiente*. Recuperado de http://www.mma.gob.cl/1304/articles-52016_colofon.pdf
- Ministerio de Salud [Chile] (2011). *Estrategia Nacional de Salud Mental: Un Salto Adelante. Propuesta para una Construcción Colectiva*. Recuperado de http://www.psicoadultos.uchile.cl/pdf/2011/08/estrategia_nacional_salud_mental.pdf
- Montoya-Aguilar, C. (2013). *La salud dividida. Chile 1990-2010. Ideología, debates y decisiones acerca de la Salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*. Santiago, Chile: Ediciones Ceibo.

- Pérez, C. (2012). *Una Nueva Antipsiquiatría*. Santiago, Chile: LOM.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: UNIPE.
- Sen, A. (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. *Revista Médica de Chile*, 130(5), 527-536.

Recepción: 13-junio-2017

Aceptación: 01-agosto-2017