

DESIGUALDAD DE CUIDADOS Y SUS CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL***DESIGUALDADES DE CUIDADOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS NA SAÚDE MENTAL******INEQUALITIES IN CARE AND ITS CONSEQUENCES ON MENTAL HEALTH***

Aridnaj de Oliveira LIMA¹
e-mail: arid.olima@gmail.com

Cómo referenciar este artículo:

LIMA, A. de O. Desigualdad de cuidados y sus consecuencias en la salud mental. **Rev. Cadernos de Campo**, Araraquara v. 24, n. esp. 2, e024017, 2024. e-ISSN: 2359-2419. DOI: <https://doi.org/10.47284/cdc.v24iesp.2.18992>



- | Enviado en: 01/02/2024
- | Revisiones requeridas en: 30/04/2024
- | Aprobado en: 22/07/2024
- | Publicado en: 27/11/2024

Editores: Profa. Dra. Maria Teresa Miceli Kerbauy
Profa. Me. Thaís Cristina Caetano de Souza
Prof. Me. Paulo Carvalho Moura
Prof. Thiago Pacheco Gebara

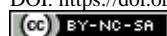
¹ Universidad de Buenos Aires (UBA), Buenos Aires – Argentina. Psicóloga Clínica, doctoranda en Psicología (Universidad Nacional de La Plata - UNLP). Investigadora en el área de Psicopatologías, Epistemología e Historia Conceptual de la Psiquiatría.

RESUMEN: La Pandemia del Covid-19 despertó muchas reflexiones en personas de todas partes del mundo respecto a la salud y consecuentemente a la salud mental. Una de estas reflexiones es sobre la desigualdad de cuidados. La calidad de salud mental que tiene una población está íntimamente relacionada con su calidad de vida y esto incluye los aspectos económicos, educacionales y familiares entre otros. Pesquisas en todo el mundo han mostrado que determinados sectores de la sociedad son más vulnerables a los problemas mentales que otros y eso se evidencia principalmente en las diferencias socioeconómicas, de género y étnicas. Las mujeres, las personas que se identifican como LGBT+, niños y niñas y principalmente las personas de las clases sociales más bajas, son las más propensas a no poder desarrollar una adecuada calidad de salud mental. Esto se debe a distintos factores políticos y culturales desarrollados a lo largo de los años. La inequidad en salud mental se produce por injusticia social y podrían ser evitadas. El presente trabajo tiene por objetivo entender cómo estas desigualdades repercuten directamente en la salud mental, específicamente en el período post pandemia que estamos viviendo en la actualidad, y los desafíos que tenemos de ahora por adelante.

PALABRAS CLAVE: Desigualdad. Cuidados. Postpandemia. Salud Mental. Vulnerabilidad.

RESUMO: A Pandemia do Covid-19 despertou muitas reflexões em pessoas de todas as partes do mundo com respeito à saúde mental. Uma das reflexões é sobre a desigualdade de cuidados. A qualidade de saúde mental que tem uma população está intimamente relacionada com sua qualidade de vida e isto inclui os aspectos econômicos, educacionais e familiares, entre outros. Pesquisas em todo o mundo têm mostrado que determinados setores da sociedade são mais vulneráveis aos problemas mentais que outros e isso se evidencia principalmente nas diferenças socioeconômicas, de gênero e étnicas. As mulheres, as pessoas que se identificam como LGBT+, crianças, adolescentes e principalmente as pessoas de classes sociais mais baixas, são as mais propensas a não poder desenvolver uma adequada qualidade de saúde mental. Isto se deve a distintos fatores políticos e culturais desenvolvidos ao longo dos anos. A inequidade em saúde mental se produz por injustiça social e poderia ser evitada. O presente artigo tem por objetivo compreender como estas desigualdades se produzem e repercutem diretamente na saúde mental, principalmente no período pós-pandemia que estamos vivendo na atualidade com os desafios que temos de agora em diante.

PALAVRAS-CHAVE: Desigualdade. Cuidados. Pós-pandemia. Saúde Mental. Vulnerabilidade.



ABSTRACT: *The Covid-19 Pandemic has awakened many reflections in people from all over the world regarding mental health. One of the reflections is on the inequality of care. The quality of mental health that a population has is closely related to its quality of life and this includes economic, educational and family aspects, among others. Research around the world has shown that certain sectors of society are more vulnerable to mental health problems than others, this is mainly evidenced in socioeconomic, gender and ethnic differences. Women, people who identify as LGBT+, boys and girls, and mainly people from the lowest social classes, are the most prone to not being able to develop an adequate quality of mental health. This is due to various political and cultural factors developed over the years. Inequity in mental health is caused by social injustice and could be avoided. The present work aims to understand how these inequalities have a direct impact on mental health, specifically in the post-pandemic period that we are currently experiencing, and the challenges that we face from now on.*

KEYWORDS: *Inequality. Care. Post-pandemic. Mental Health. Vulnerability.*

Introducción

El presente artículo hace parte del VI Ciclo de Encuentros, Conferencias y Debates sobre Ética, Ciencia y Política, del 1er. Simposio Internacional sobre Feminismos, Interseccionalidad, Justicia Social y Autonomía Relacional, realizado en conjunto por el CIEFI (Centro de Investigaciones en Filosofía), la UNLP (Universidad Nacional de La Plata) y el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), en 29 de noviembre a 2 de diciembre de 2022, Argentina, y tiene por objetivo analizar las consecuencias directas e indirectas causadas por el impacto de la desigualdad de cuidados en la salud mental, principalmente en el periodo posterior a la pandemia del Coronavirus.

La salud no es un tema exclusivo de competencia de las ciencias médicas, sino que también objeto de estudio de otras disciplinas como la Filosofía, Antropología, Sociología, Psicología, entre otras, tampoco es un tema aparte, sino que es parte de todos los demás sectores de la sociedad. A partir de este presupuesto, el presente artículo teje un análisis sobre como los aspectos políticos, sociales, culturales y económicos impactan en la salud, a veces generando desigualdad e inequidad de cuidados, causando grandes daños no solo al individuo sino a la sociedad como un todo, principalmente a determinados grupos sociales que son más vulnerables a los problemas mentales que otros, debidos a las situaciones socioeconómicas, al género y sexualidad, a la edad, a condiciones de discapacidad etc.

El hecho de que la mayoría de las desigualdades podrían ser evitadas hace más grave esta problemática y llama a la reflexión de cómo posicionarnos frente a esto, sea como profesionales, sea como sujetos y actores sociales. Para mejor comprensión del impacto de la



desigualdad de cuidados en la salud mental, es necesario en un primer momento un breve recorrido teórico en torno a los conceptos de salud, enfermedad y cuidados desde la perspectiva de los derechos humanos. El artículo abordará el tema en tres principales aspectos: La salud como un proceso, un derecho y una industria, luego se analizará los discursos sociales en los cuales se fundamentan la concepción de salud mental en la actualidad, los tipos de desigualdades de cuidados, sus causas y consecuencias e inequidad en Salud Mental y concluye con una reflexión sobre el actual escenario de la salud mental en el contexto de postpandemia.

Salud como un proceso, como un derecho humano y como una gran industria

La organización Mundial de Salud (OMS) en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en junio de 1946 en Nueva York por representantes de 61 Estados, y que entró en vigor en abril de 1948, definió como salud al “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque la definición de la OMS, sea ampliamente aceptable, no deja de sufrir varias críticas. Entre ellas, lo que plantea Alicia Stolkiner (2010), de que lo más adecuado sería decir, que se trata de un proceso y no de un estado.

Stolkiner (2010) plantea el tema de la Salud, en tres dimensiones: Como un proceso, como un derecho humano y social, y como una de las más grandes industrias del mundo. Como un proceso, y no como un estado, en el cual se involucran salud-enfermedad-cuidados, donde no se puede considerar sólo la dimensión biológica del sujeto, pero que todos los factores de su vida, sean sociales, culturales, económicos, psíquicos, que forman su subjetividad están en constante interacción. Como explica Urraza (2010), el análisis del proceso salud / enfermedad son conceptos que se construyen socialmente, y no dependen de la existencia de una afección biológica, por lo tanto, varían de un contexto a otro y de una época a otra.

Además de un proceso, la salud es también un derecho intrínseco a todo ser humano. En 1946, la OMS, reconoció por primera vez, el derecho a la salud, como un derecho humano. La aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en 1948, luego de la segunda guerra mundial, afirma que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud y el bienestar, una vivienda, la alimentación, vestidos, asistencia médica y servicios sociales necesarios.”

El *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación* (2006), en su introducción aclara la necesidad de promover la autonomía, al



asegurar que los servicios de salud mental sean accesibles a toda persona que desee usarlos por medio de los principios de la disponibilidad suficiente de servicios e instituciones de tratamiento de la salud mental, de la accesibilidad del servicio para la población en general, sin discriminación ni exclusión y en especial para las personas en situación de vulnerabilidad, así como también de fácil acceso económico y de informaciones con base en el principio de la equidad, de la aceptabilidad, según la cual las instituciones y servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente adecuados y finalmente de la calidad los servicios de forma igualitaria para todos.

Sin embargo, la salud es también una de las más grandes industrias del mundo, cuya naturaleza misma de las industrias de aparatología y farmacología requiere que el consumo aumente, y que personas sanas pasen a ser consideradas personas que necesiten de algún fármaco, sea para evitar un malestar, sea por una enfermedad que ni ella sabía que tenía, sea para prevenir la posibilidad de una futura enfermedad.

Como parte de esa enorme industria de la salud, están algunos actores sociales, entre ellos, las industrias farmacéuticas, los centros de investigación y los investigadores, los médicos, las empresas de marketing, el periodismo científico de divulgación general, las aseguradoras, el Estado y los propios consumidores. Y en se tratando de enfermedades mentales, se agregan todavía más actores: Los centros terapéuticos, hospitales psiquiátricos, hospitales de día, fundaciones y clínicas psiquiátricas, psicólogos, acompañantes terapéuticos, entre otros.

Conforme explica Stolkiner (2012a; 2012b), la expansión de este mercado está acompañada de un discurso neo-biológista que se construye ideologizando los notables avances de la biología, la farmacología y la genética. De esta forma el proceso salud-enfermedad-cuidados, queda reducido a una sola de sus dimensiones, la biológica, “y a eso se suma la utilización clínica del concepto epidemiológico de riesgo (por lo cual se basa el diagnóstico del caso singular en la probabilidad estadística poblacional), para finalizar en un proceso que ha sido denominado *disease mongering* o fabricación de enfermedades” (Stolkiner, 2013, p. 6).

El término *Disease Mongering* (*Tráfico o comercio de enfermedades*), también conocida como “fabricación de enfermedades”, fue acuñado por Lynn Payel, escritora, científica y periodista médica. Con sus libros *Medicina y Cultura*, de 1988 y *Disease-Mongers: Como los médicos, las compañías farmacéuticas y las aseguradoras lo hacen sentirse enfermo*, de 1992, trajo el debate de la producción de enfermedades que hacen enriquecer las organizaciones farmacéuticas en todo el mundo, haciendo de la salud una rentable industria. La



“fabricación de enfermedades” es un tema que está siendo ampliamente investigado y se refiere a la ampliación y promoción, a través de campañas de marketing, del mercado de la industria farmacéutica, que trata de convencer gente sana que está enferma, y gente que solo tiene una enfermedad leve, que está muy mal.

El investigador y periodista australiano, especializado en temas relacionados a la salud, Ray Moynihan, en el libro que escribe con el también investigador y escritor canadiense Alan Cassels, que ha centrado su trabajo en el estudio de las políticas farmacéuticas, *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes* de 2005 denuncian manipulaciones a las que los laboratorios farmacéuticos actualmente someten a las personas, con informes pseudocientíficos, en los que intentan convencerlos de que circunstancias normales de la vida, como el duelo, la menopausia, ansiedad provocada por acontecimientos diarios, y algunas características propias de la infancia, son enfermedades que requieren medicamentos.

Ya en 1976, Iván Illich, crítico radical de la sociedad industrial y defensor de la idea de que ninguna de las instituciones tradicionales de la sociedad industrial está verdaderamente preparada para atender a las necesidades del mundo actual, plantea que la medicina ha sido institucionalizada y llegado a ser una institución carente de valores éticos, y cuyo impacto había alcanzado proporciones de una epidemia. Para él, la construcción social del concepto de enfermedad era definido en cada sociedad por lo que la medicina, la ley y la religión definían como tal. Siendo así, Illich pone la medicina en el mismo nivel de poder que ejerce la religión y la ley sobre una sociedad. Illich (1976) planteaba que es la autoridad de los profesionales sanitarios lo que establece los límites de lo normal y catalogan como enfermedades conductas poco convencionales dentro de la sociedad, clasificándolas de trastornos y tratándolas mediante prescripción de fármacos.

El reconocido psiquiatra húngaro, Thomas Istvan Szasz, crítico de los fundamentos morales y científicos de la psiquiatría, también hace un estudio investigativo de comparación entre el poder que ejerce la religión y ciertas prácticas de la psiquiatría. En su libro *El mito de la enfermedad mental y la fabricación de la locura: Un estudio comparativo de la inquisición con el movimiento de salud mental* dice:

Hoy para ser diagnosticado “enfermo mental” basta que el psiquiatra extraiga de nosotros una “confesión” o que involuntariamente presentemos determinados “síntomas”. A continuación, el paciente-antes hereje-será rechazado como un individuo incómodo o peligroso. El círculo represivo queda cerrado. El sistema para su supervivencia extirpa de su propio cuerpo al Otro (Szasz, 1994, p. 370).



Los discursos en torno a la Salud Mental en la actualidad

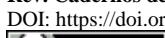
En el ámbito de la salud mental y de la salud como un todo, todavía se observa la influencia del discurso biológico, donde el aspecto biológico se sobresale por encima de otros factores como el psicológico y el social, a la hora de interpretar, definir y tratar a las enfermedades. El conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominan en los conjuntos sociales, desde fines del siglo XVIII fue acuñado como Modelo Médico-Hegemónico por el antropólogo social argentino Eduardo Menéndez, que lo define “como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1990, p. 83).

Eduardo Menéndez contextualiza el Modelo Médico-Hegemónico desde los finales de los '60, caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos tales como ser un modelo ahistorical y asocial. Biológico porque el saber está del lado del médico, y lo biológico predomina sobre los demás aspectos de la vida del sujeto, el cuerpo es fragmentado y aislado de su sociedad, su identidad y su cultura; Ahistorical, porque no considera la historia y la subjetividad de este sujeto; Asocial, porque no considera los aspectos sociales, y económicos; de Eficacia pragmática, porque su objetivo es la mera práctica de la cura, la eliminación de los síntomas; individualista, porque no considera la interdisciplina.

Según Menendéz (2020), este modelo no solo cumple funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimización. Durante todo el siglo pasado, cambios fueron siendo generados y varias críticas hechas principalmente hacia su mercantilización, al constante incremento de costo de atención de la enfermedad y más recientemente de la salud.

Stolkiner (2017) explica que es en la mercantilización que se basan las propuestas del sistema liberal, que tienden a transformar la prestación de salud en una *commodity* y al mismo tiempo realizar una captura de los fondos sociales que se destinan a la salud. Stolkiner sigue su análisis argumentando que el paradigma neoliberal está basado en la idea del “mínimo decente”, que implica que es el Estado quien debe garantizar una prestación de servicios que sea el mínimo decente y que le dé al conjunto de la población una igualdad de oportunidades, pero sólo en las prestaciones más frecuentes y a un costo que no desborde la capacidad de concentración de riqueza.

Siendo así el Modelo Médico Hegemónico, surge como una de las herramientas ideológicas que ha influenciado el fenómeno de patologización de la vida y “fabricación” de enfermedades, es una herramienta positivista, producto de sucesos sociales, históricos,



económicos y políticos, que no trata la enfermedad como parte de un proceso salud/enfermedad, en el cual, los factores históricos, la vida del sujeto, el contexto en el que vive, las condiciones económicas y de higiene, con quién, y cómo vive, su subjetividad, etc., todas las dimensiones de la vida humana, están interactuando.

Menéndez (2020) argumenta que este modelo opera según los países, como sistema privado, oficial o mixto, como un sistema desigual por ser basado en el mercado, o como un sistema que debe cubrir todos los servicios de forma universal y gratuita basado en el Estado fuertemente articulado con la sociedad civil o con una sociedad civil articulada con el Estado, que tiene entre otros objetivos regular, controlar y reorientar. A medida que en las sociedades modernas aumenta la jurisdicción médica, también se aumenta el control del área médica sobre el comportamiento humano, y el control del cuerpo dominante sobre el dominado. Y ese control es asegurado por el Estado.

Para el sociólogo Pierre Bourdieu el cuerpo humano es una producción social y por lo tanto afectado por la cultura, por las relaciones de poder, las relaciones de dominación y las relaciones de clases. El cuerpo es apropiado y vivido conforme a los capitales sociales, culturales y simbólicos del individuo. Bourdieu (1986) habla del cuerpo de los que dominan (cuerpo legítimo) y el cuerpo de los que son dominados (cuerpo alienado), no sólo en el sentido material pero también dominación en el sentido simbólico.

El filósofo francés Michel Foucault (1996) hablaba de una forma específica de gobierno que aspira a la gestión de los procesos biológicos, de la población como forma de control, a la cual denominó Biopolítica. Foucault argumenta que en las sociedades post revolución francesa, el surgimiento de una tecnología individualizante de poder, aspira a producir cuerpos dóciles y fragmentados, controlados y vigilados por las instituciones. Esta sería el efecto del Biopoder. Así como el derecho de vida y muerte en la antigüedad estaba en las manos del soberano, que detentaba tal poder sobre sus súbditos, ahora estaría en manos del Estado.

Frente a los presentes cambios sociales, Menéndez (2020) vislumbra el futuro de la Salud, bajo la perspectiva de lo que él llama de Nuevo Modelo Médico Hegemónico. Analiza tal modelo con las características y funciones actuales de ese modelo a través de algunos de los aportes de la inteligencia artificial, de las investigaciones genéticas y de la robótica, referidas a procesos de salud/enfermedad/atención y prevención, a fin de analizar las posibilidades de que o modelo médico-hegemónico siga perpetuándose o se generen cambios significativos.

Otro importante discurso a ser considerado en el presente análisis es el discurso científico de los manuales diagnósticos. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos



Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), elaborado por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) juntamente con el CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud, son los más importantes, son sistemas de diagnósticos utilizados tanto por servicios públicos como privados de salud mental de América Latina, Estados Unidos y Europa. Su poder ideológico se detenta en ser considerada una herramienta científica a pesar que tal científicidad ha sido ampliamente cuestionada a lo largo de su historia y principalmente luego de su quinta edición de 2014, donde más nítidamente situaciones propias de la vida, pasan a ser consideradas enfermedades.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de desigualdad de salud y desigualdad de cuidados?

Cuando hablamos de desigualdad en la salud, estamos haciendo referencia a un término utilizado para describir las diferencias en la salud de los individuos o de los grupos, a los aspectos cuantificables de la salud que varía según agrupamientos socialmente relevantes. Esta definición no está relacionada con ningún juicio moral, no se refiere a que sea o no justa esta desigualdad, solamente la identifica.

Las desigualdades siempre van a existir y no siempre son productos de problemas sociopolíticos. Hay desigualdades que son naturales, propias de la existencia humana, como, por ejemplo, no es lo mismo la salud de un muchacho de 20 años que la salud de un señor de 70 años, así como no es lo mismo en el caso de una persona que nace con alguna malformación genética que genera problemas en la salud que la que no nace con tal condición. De esta forma, se observa que desigualdad en la salud no es lo mismo que desigualdad de cuidados.

Al contrario del concepto de desigualdad en salud, el concepto de desigualdad de cuidados, se refiere a un tipo de desigualdad en salud que es injusta, producida por fallas, omisiones, negligencias de los sectores responsables. También son llamadas de inequidad, también o de disparidad y se refiere a desigualdades que no son propias de la naturaleza, sino que podrían haber sido prevenidas y evitadas, y el hecho que no hayan sido, es injusto.

Como ya fue explicado anteriormente, la salud mental está directamente relacionada con distintos factores de la vida humana, tales como: Las condiciones socioeconómicas de la familia, que posibiliten alimentación y nutrición adecuada, vivienda con condiciones básicas de higiene, acceso a la educación y a servicios médicos de calidad. Factores que a su vez influyen en el desarrollo de las facultades cognitivas, de los procesos mentales como el pensamiento, atención, memoria, percepción, entre otros, en el desarrollo del sistema nervioso



central, y del perfecto funcionamiento del cuerpo, auxilan en el proceso de aprendizaje, de comprensión, retención y transmisión de los conocimientos; Las condiciones sociales, si hay situaciones de violencias sea física, verbal o psicológica, abusos de distintas especies, *bullying*, maltratos, etc., si hay una familia bien estructurada o disfuncional y si son suplidas las necesidades materiales y emocionales del individuo, como es entorno en que vive, los hábitos y cultura del medio donde el individuo desarrolla sus relaciones interpersonales; Las condiciones culturales en las cuales históricamente determinados grupos están inseridos, si sufren discriminación social, violencia, o no están contemplados dignamente en las políticas sociales etc.

Estos son factores interactúan directamente en la formación de la subjetividad del individuo, formando su personalidad, dificultando el buen funcionamiento de sus capacidades, habilidades e inteligencia sea intelectual o emocional, y el desarrollo pleno de su salud mental, muchas veces produciendo trastorno o enfermedades mentales. Para que se produzca adecuada atención y cuidados en salud mental es necesario que todos estos factores socio-económicos y culturales sean contemplados.

De esta forma se observa como determinados grupos sociales, por ejemplo, de clases económicas más bajas, negros, mujeres, inmigrantes, pueblos originarios, LGBTQ+, están más vulnerables a someterse a la mala calidad de los servicios públicos, de no tener sus derechos reconocidos y están más propicios de ser víctimas de los estigmas sociales que otras personas. Es el pobre que se considera “el enfermo mental” mientras un individuo de otra clase social solamente está pasando por “crisis de ansiedad”, la mujer que es “histérica” mientras el hombre solo está “nervioso”, el inmigrante “loco” mientras un nativo sólo está actuando conforme su cultura. El prejuicio en torno a esos grupos históricamente ha dificultado la gestión de políticas de salud que los beneficie de forma igualitaria, la formación de profesionales y creación de instituciones habilitadas para tratar sus temáticas específicas, dificultando que el acceso a los cuidados de la salud sean aún más evidentes.



Consecuencias de las desigualdades de cuidados en la Salud Mental en el escenario de la Salud Mental post pandemia

Ya presentados los factores influyentes en el proceso salud/enfermedad en la salud mental, pasamos ahora a analizar algunas de las consecuencias subyacentes de la ausencia o falla de la inequidad en salud mental. Luego de la Pandemia, las crisis de pánico, de ansiedades, depresiones, intentos de suicidio entre otras problemáticas aumentaron considerablemente, y hasta hoy repercuten en los consultorios psiquiátricos y psicológicos. En ese escenario las desigualdades de cuidados en salud mental se acentuaron aún más, y con ellas vinieron muchas consecuencias, de las cuales se puede destacar las siguientes:

Los Trastornos y Enfermedades Mentales: La gran parte de los problemas psicológicos y psiquiátricos encontrados en la práctica clínica podrían haber sido evitados. Son problemas fruto de la negligencia sea familiar, sea profesional, sea institucional. Entre los más diagnosticados en la actualidad están las depresiones, trastornos de ansiedad generalizado, fobias obsesivas, entre otros, y muchos los casos de intentos de suicidio.

El Fenómeno de la medicalización: Aunque el problema de la *psicomedicalización*, es decir, del uso de psicofármacos como “solución” problemas propios de la existencia humana y que en los últimos años pasaron a ser considerados enfermedades, no sea exclusivamente relacionado al tema de la desigualdad de cuidados en salud mental, sino que es un tema que atraviesa todos los sectores de la sociedad y que ya desde mediados del siglo XX ven avanzando la agenda de las industrias farmacéuticas, siendo enraizado en las culturas actuales, puede ser considerado como parte del presente análisis una vez que se observa que la desigualdad de cuidados lleva a que muchas persona y grupos por no tener acceso a mejores medios de información, a buenos servicios de salud, o por el propio prejuicio social, son etiquetadas con enfermedades que en la realidad ni existen, es decir, a los problemas naturales que estas personas están enfrentando debido a sus condiciones y historia, se les etiquetan de “enfermedad” que deben ser medicalizadas. Esta no deja de ser una forma de control social, donde Estado y sociedad se esquivan de sus responsabilidades, para poner “la culpa” en una supuesta enfermedad.

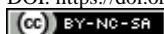


Conclusiones

El presente artículo trajo algunos análisis sobre las desigualdades en salud mental que son producidas de forma injusta ya que podrían haber sido evitadas, o sea, las llamadas inequidades. Esas inequidades no ocurren aisladamente, sino que son productos de un conjunto de factores que interactúan a lo largo del tiempo en una determinada sociedad, por lo tanto de difícil solución, por lo que vamos a apuntar en este artículo a lo que se refiere a la prevención. Prevenir desigualdades en los cuidados de la salud, aunque no sea una tarea sencilla, es posible desde una perspectiva interseccional, y no es solo un tema de responsabilidad del Estado, sino de cada profesional de la salud que directa o indirectamente esté trabajando con los grupos minoritarios. Los cambios no empiezan sino después de una profunda reflexión y análisis de las problemáticas y con la concientización de la necesidad de un trabajo interdisciplinar.

REFERENCIAS

- BOURDIEU, Pierre. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo. En **Materiales de Sociología Crítica**, Madrid, v. 13, 1986.
- FOUCAULT, M. **Historia de la sexualidad**. [S. l.]: Siglo xxi, 2011.
- FRANCES, A. **¿Somos todos enfermos mentales?** Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Barcelona: Ariel, 2014.
- ILLICH, I. *et al.* **Némesis médica:** la expropiación de la salud. [S. l.: s. n.], 1975.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico y atención primaria. **Segundas jornadas de atención primaria de la salud**, [S. l.], v. 30, p. 451-464, 1988.
- MENÉNDEZ, E. L. **Morir de alcohol:** Saber y hegemonía médica. [S. l.]: Alianza editorial mexicana, 1990.
- MENÉNDEZ, E. L. El modelo médico y la salud de los trabajadores. **Salud colectiva**, [S. l.], v. 1, p. 9-32, 2005.
- MENÉNDEZ, E. L. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. **Salud colectiva**, [S. l.], v. 16, p. e2615, 2020.
- MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. **Medicamentos que nos enferman:** y industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes. [S. l.]: Terapias Verdes, 2006.
- SZASZ, T. El mito de la enfermedad mental. In: **El mito de la enfermedad mental**. [S. l.: s. n.], 1973. p. 337-337.



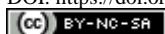
STOLKINER, A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. **Medicina Social/Social Medicine**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 89-95, 2010.

STOLKINER, A. Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. **Propuesta educativa**, [S. l.], n. 37, p. 28-38, 2012a.

STOLKINER, A. Subjetividad y derechos: las organizaciones de usuarios y familiares como nuevos actores del campo de la salud mental. **Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA**, [S. l.], v. 2, n. 4, 2012b.

STOLKINER, A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. **Lerner H, compilador. Los sufrimientos**, [S. l.], v. 10, p. 211-39, 2013.

URRAZA, M. U. La promoción de la enfermedad: el papel de la industria farmacéutica, el papel de la mentalidad médica. In: **Género y salud**: VIII Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud. Instituto de la Mujer, 2007. p. 49-54.



CRediT Author Statement

- Reconocimientos:** O trabalho não possui vínculo direto com nenhuma instituição.
- Financiación:** No cuenta con financiación de ninguna institución.
- Conflictos de intereses:** No hay conflictos de intereses.
- Aprobación ética:** El trabajo respetó los principios de ética durante todo el desarrollo de la investigación y por sus características no hubo necesidad de pasar por comités de ética.
- Disponibilidad de datos y material:** Los datos y materiales utilizados en la obra están disponibles para su acceso, y el lector puede contactarnos directamente por correo electrónico.
- Contribuciones de los autores:** El trabajo es de autoría de un solo autor, quien es responsable tanto de la investigación como de la redacción.

Procesamiento y edición: Editora Iberoamericana de Educación - EIAE.
Corrección, formateo, normalización y traducción.

