

EVIDENCE THAT COUNTS.
EPISTEMIC INJUSTICES IN THE GLOBAL MENTAL HEALTH AGENDA

ADRIANA MURGUÍA LORES

ORCID.ORG/0000-0001-7317-4077

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Centro de Estudios Sociológicos

amurguia@politicas.unam.mx

IVÁN ELIAB GÓMEZ AGUILAR

ORCID.ORG/0000-0001-9371-5037

Universidad Autónoma Chapingo

Disciplinas Humanísticas

igomeza@chapingo.mx

Abstract: *Biomedicine constitutes an expert system that has garnered important attention regarding the epistemic injustices that it spawns. A considerable amount of literature has been produced, which analyzes both medical knowledge and practice, and the perpetration of epistemic injustices of different classes. This article tackles a particular case in this realm: Global Mental Health, a multilateral and interinstitutional enterprise whose main goal is to scale mental health attention, so it reaches vulnerable populations of all regions. The analysis targets the epistemic assumptions that underlie the expert knowledges which coalesced in the construction of this agenda, the concepts of health-sickness processes that they generate, and a discussion of why said concepts are epistemically unjust.*

KEYWORDS: EPISTEMIC INJUSTICES; GLOBAL MENTAL HEALTH; PSYCHIATRY; HEALTH ECONOMY; EPIDEMIOLOGY

RECEPTION: 06/14/2022

ACCEPTANCE: 08/08/2023

EVIDENCIA QUE CUENTA. INJUSTICIAS EPISTÉMICAS EN LA AGENDA DE LA SALUD MENTAL GLOBAL

ADRIANA MURGUÍA LORES

ORCID.ORG/0000-0001-7317-4077

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Centro de Estudios Sociológicos

amurguia@politicas.unam.mx

IVÁN ELIAB GÓMEZ AGUILAR

ORCID.ORG/0000-0001-9371-5037

Universidad Autónoma Chapingo

Disciplinas Humanísticas

igomeza@chapingo.mx

Resumen: Uno de los sistemas expertos que ha recibido más atención en relación con las injusticias epistémicas a las que da lugar es la biomedicina. Se ha producido una importante literatura que analiza tanto el conocimiento como la práctica médicos, y la comisión de injusticias epistémicas de diferentes clases. En el artículo se analiza un caso particular de este ámbito: la Salud Mental Global, un esfuerzo multilateral e interinstitucional cuyo principal objetivo es escalar la atención en salud mental para atender a las poblaciones más vulnerables de todas las regiones. El análisis se centra en los supuestos epistémicos que subyacen a los saberes expertos que confluyeron en la construcción de esta agenda, las concepciones sobre los procesos de salud-enfermedad a los que dan lugar dichos saberes, y argumenta por qué dichas concepciones son epistémicamente injustas.

PALABRAS CLAVE: INJUSTICIAS EPISTÉMICAS; SALUD MENTAL GLOBAL; PSIQUIATRÍA; ECONOMÍA DE LA SALUD; EPIDEMIOLOGÍA

RECEPCIÓN: 14/06/2022

ACEPTACIÓN: 08/08/2023

INTRODUCCIÓN

La reflexión filosófica y teórico-social sobre las injusticias producto de la valoración inequitativa de los conocimientos que poseen diferentes actores sociales no es reciente. El problema ha sido ampliamente analizado en —por citar dos campos importantes— diversas variantes del marxismo y las teorías feministas.¹ Sin embargo, éste no había sido un tema de interés para la filosofía analítica, dada su tradicional lejanía de las dimensiones sociales y políticas del conocimiento. Este panorama ha experimentado un giro importante durante las últimas décadas. Diversos programas de epistemología social analítica han producido múltiples análisis sobre las dimensiones sociales y políticas de la producción, justificación y evaluación de los conocimientos desplegados en las sociedades contemporáneas. La obra que Miranda Fricker comenzó a publicar en las últimas décadas del siglo pasado sobre las *injusticias epistémicas* (IE) se ubica en este ámbito, y ha generado una vasta literatura, tanto sobre las condiciones que propician las diferentes clases de estas faltas (Fricker, 2006; 2007; Dotson, 2011; Medina, 2011; 2013; Polhaus, 2012; Kidd, Medina y Pohlhaus, 2017), como sobre los contextos sociales en los que se producen dichas prácticas (Dieleman, 2012).

En este escenario, la relación entre la biomedicina y la comisión de IE ha sido ampliamente investigada. Esto obedece a que la medicina² se ha convertido en uno de los sistemas expertos más influyentes en las sociedades contemporáneas.³ Su globalización y penetración en un número creciente de ámbitos de la vida de millones de personas así lo evidencian.⁴ Su influencia

¹ Aunque no podemos explicitar los argumentos desarrollados en estas tradiciones, baste decir que, a pesar de sus diferencias y recientes convergencias, el marxismo y las teorías feministas coinciden en la necesidad de analizar críticamente los mecanismos mediante los que las estructuras sociopolíticas y las relaciones de poder influyen en las creencias, la producción y evaluación del conocimiento.

² Reconocemos que los sistemas médicos son muy plurales. Al hacer referencia a la medicina, nos circunscribimos a la biomedicina, salvo que indiquemos lo contrario.

³ En la definición del sociólogo Anthony Giddens, un sistema experto es “un sistema de logros técnicos y experticia profesional que organiza grandes áreas del medioambiente material y social en el que vivimos hoy” (1990: 27).

⁴ Por ejemplo, la influencia que tienen las concepciones médicas en ámbitos como el desarrollo infantil, la nutrición, la actividad física, la sexualidad, el bienestar psíquico, entre otros. Esto evidencia cómo la desinstitucionalización y difusión de sus concepciones y prácticas posibilita su penetración en la vida cotidiana de millones de personas en contextos muy diversos.

desborda la distinción entre la salud, la enfermedad y el tratamiento de esta última. Informa las concepciones que tenemos acerca de la naturaleza humana y la identidad e integridad personales; qué daños y sufrimientos son evitables; las maneras en que se pueden preservar y/o potenciar capacidades físicas y mentales, así como sus dimensiones éticas y políticas insoslayables (Rose, 2006).

La contribución de la medicina a la curación de enfermedades, al aumento de la esperanza de vida, a evitar o atenuar el sufrimiento producido por muchas condiciones, y a la disminución de muertes evitables son innegables, y eso explica que el acceso a la atención se haya reconocido como un bien que debe guiarse por principios de justicia distributiva y derechos humanos (Zúñiga-Fajuri, 2011). Sin embargo, los beneficios de este sistema experto se han desarrollado a la par de características susceptibles de crítica desde muy diversos ángulos. Su creciente tecnificación y especialización cosifican a las personas tratadas (Reiser, 2009); su desarrollo al amparo del poder político estatal lo ha convertido en instrumento esencial de la vigilancia biopolítica de las poblaciones,⁵ desvalorizando los sistemas médicos tradicionales; su relación con intereses económicos desvirtúa la investigación biomédica y la práctica clínica, ello conduce a que el acceso a los tratamientos sea muy inequitativo, tanto entre los individuos al interior de los países, como entre los estados nacionales.⁶

Dadas estas condiciones, las posibilidades de que se cometan IE relacionadas con la producción de conocimiento y la práctica de la medicina en las

⁵ Aunque la obra de Foucault no inauguró la reflexión acerca del uso político de la biología humana, a partir de sus elaboraciones esta problemática se convirtió en un amplio campo de investigación. El autor usó el término biopolítica por primera vez en las conferencias dictadas en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro sobre la *Historia de la Medicalización*, en las que planteó sus tesis sobre la medicina moderna como una tecnología sociopolítica (Foucault, 1977). Para una genealogía del término, así como una reflexión respecto de alcances de la concepción foucaultiana, véase López, 2013.

⁶ La vinculación de la medicina con intereses económicos ha incrementado exponencialmente debido a diversos factores. Entre los más destacados se encuentran: 1) La farmacologización. Este problema es tan acusado, que se ha convertido en un campo de investigación por sí mismo, y es muy discutido en el ámbito de la salud mental. (Bianchi, 2018). 2) El crecimiento de los seguros y la atención privados relacionados con la falta de atención universal en los servicios públicos, y a la precarización de estos últimos registrada durante las últimas décadas. (Fleury, 2003).

sociedades contemporáneas son múltiples. En este trabajo, nos ocupamos de un ámbito particular: la agenda de la Salud Mental Global (SMG), un desarrollo ubicado en el contexto de la importante transformación registrada durante las últimas décadas en la gubernamentalidad de la salud pública transnacional. Dicha transformación ha multiplicado los actores y saberes que participan en la producción de conocimiento, el diseño de políticas y las formas de intervención en salud a nivel supranacional. La SMG se dirige a la creación de condiciones epistémicas y materiales para mejorar el acceso a la atención en salud mental de las poblaciones vulnerables de todas las regiones del mundo. Sus proponentes argumentan que dicha atención ha estado históricamente muy por debajo de las necesidades de dichas poblaciones; por tanto, la necesidad de *escalarla* es impostergable (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007; Patel, Boyce, Collins, Saxena y Horton, 2011; Patel, Saxena, Lund, Thornicroft, Baingana, Bolton, Chisholm, Collins, Cooper, Eaton, Herrman, Herzallah, Huang, Jordans, Kleinman, Medina-Mora, Morgan, Niaz, Omigbodun, Prince, Rahman, Saraceno, Sarkar, De Silva, Singh, Stein, Sunkel y Unützer, 2018).

El objetivo central del artículo es argumentar que los indicadores que sostienen la evidencia sobre la incidencia/prevalencia de los trastornos mentales⁷ que están en el origen del llamado de la SMG están contruidos de una forma que propicia diversas clases de IE. Con este objetivo, la reflexión desarrolla la siguiente estructura: 1) Describimos la propuesta de Miranda Fricker sobre las IE y retomamos algunas puntualizaciones realizadas por José Medina, en particular la referente al papel de la ignorancia activa como una causa de las IE; ambos planteamientos permiten una aproximación más adecuada al tipo de IE producida en territorios especializados como el de la medicina, en general, y en la psiquiatría, en particular, como lo muestra la literatura al final de la sección. 2) Para analizar nuestro caso, describimos el entramado epistémico que sostiene a la SMG; resaltamos que las *reformulaciones* recientes de la SMG no hacen frente a las críticas planteadas al proyecto, sino más bien

⁷ Al usar el término trastornos mentales seguimos la denominación del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Estadunidense de Psiquiatría, dada la profunda influencia que tiene su nosología en la disciplina y en la SMG. Se trata de una decisión metodológica, que no nos compromete con el estatuto ontológico de los fenómenos aludidos. Por la misma razón, traducimos literalmente, sin señalamiento alguno, los términos utilizados por los autores que citamos.

realizan un ejercicio de ignorancia activa que culmina en la recurrencia de las IE propiciadas. 3) Concluimos puntualizando el tipo de IE que genera la SMG, concernientes a las brechas hermenéuticas que reproducen una visión patocéntrica de la salud mental, y la desconfianza epistémica debida a la desatención a las críticas a su agenda. Ambas IE bloquean o constriñen el circuito de validación que debiera difundirse entre quienes tienen autoridad de intervenir en el diseño de acciones para la atención y el cuidado de la salud mental y quienes no pueden hacerlo, en su calidad de sujetos con menor credibilidad.

INJUSTICIAS EPISTÉMICAS: DE LOS PLANTEAMIENTOS INICIALES A SU APLICACIÓN EN LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRÍA

En su libro *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, Fricker distinguió dos clases de IE: las testimoniales y las hermenéuticas. Las primeras refieren a intercambios que suponen la interacción; las segundas, al nivel estructural de los procesos de significación social. En esa obra, la autora dedicó mayor atención a la injusticia testimonial, la cual se produce cuando un prejuicio conduce a un oyente a otorgar un nivel injusto de credibilidad al conocimiento de un hablante. Este desnivel puede ser deflacionario cuando se niega la capacidad del hablante en su calidad de sujeto epistémico (más común a su juicio); aunque también puede ser que se otorgue una credibilidad mayor a la que amerita, lo cual deviene en la concesión de una autoridad epistémica inmerecida. De manera que las injusticias testimoniales, por déficit o exceso, se producen, a decir de Fricker, en la economía de la credibilidad.

Las injusticias hermenéuticas constituyen fenómenos estructurales en los que se entrelazan la desigualdad social con la epistémica. Esta clase de IE se produce cuando un grupo no participa equitativamente en la producción de significados sociales, debido a la marginación/invisibilización de su(s) experiencia(s), y/o a las desventajas epistémicas que resultan de las condiciones sociales desfavorables que sufren, con el resultado de que dicho grupo no puede hacer inteligible(s) —incluso para sí mismo— su(s) experiencia(s). Esta clase de marginación hermenéutica se produce por la existencia de *lagunas conceptuales* en el repertorio de las formas colectivas de comprensión de la sociedad (Fricker, 2007). Otro tipo de inequidad hermenéutica, vinculada

con la desigualdad social, constituye la otra cara de la moneda: “la injusta ventaja que tienen los grupos privilegiados en la ‘estructuración’ de nuestro *entendimiento* del mundo social” (Fricker, 1999: 192. Énfasis en el original).

En *Epistemic Injustice...*, la autora describe lo que denomina el caso primario de injusticia testimonial, donde la operación de prejuicios en un intercambio dialógico resulta en la concesión deflacionaria de credibilidad. La decisión no es azarosa: las características que Fricker identifica en los casos de exceso de credibilidad no requieren un análisis detallado, pues no producen daños epistémicos a los sujetos a quienes se les atribuye una credibilidad mayor de la que su conocimiento amerita. Si bien la autora no sostiene que el exceso de credibilidad esté exento de la posibilidad de producir IE, el tipo de daños producidos por estas dificultades no son su objeto de análisis. La autora ilustra el argumento con el caso de una médica general que, al ser requerida por un paciente, se encuentra en la disyuntiva de responderle a sus inquietudes, las cuales, admite, escapan de la esfera de su competencia y demandan el juicio de una especialista. El exceso de credibilidad otorgado a la médica general produce una situación poco deseable para ella, ya que la coloca en la disyuntiva de pretender solucionar la duda —sabiendo que esto acarrea riesgos, pues no se concibe como la fuente de conocimiento requerida por la situación— o bien, no responder a las preguntas planteadas por su paciente (2007: 43).

Para Fricker, la situación no califica como una IE, ya que no deriva en perjuicio alguno respecto del testimonio de la médica. En su planteamiento, el estudio de las IE consiste no sólo en detectar las causas que las producen, sino también en dar cuenta de los daños éticos y epistémicos hacia los sujetos que las padecen. Fricker (2007) detecta el daño epistémico cuando las personas ven devaluada su credibilidad a causa de prejuicios identitarios y son injustamente evaluadas respecto a su capacidad como sujetos de conocimiento de modo que su testimonio se degrada y su aportación al circuito de conocimiento no se reconoce, lo cual resulta en su cosificación.⁸ Definido así, el exceso de credibilidad otorgado a la médica general no deriva en un

⁸ Gaile Pohlhaus (2014) cuestiona esta caracterización y sugiere una aproximación distinta al daño epistémico primario. Para ella no se trata de una cosificación, sino que el daño producido trunca la subjetividad del hablante.

daño epistémico, pues el paciente no duda de su posición como sujeto epistémico competente.

Frente a este análisis, José Medina (2011, 2013) afirma que la escisión entre exceso y déficit de credibilidad sostenida Fricker es debatible, porque la devaluación de un testimonio es correlativa al exceso otorgado a otros actores involucrados en un intercambio. Dado que la credibilidad es producto de una interacción que supone comparaciones y contrastes, escindir su exceso o déficit obstaculiza comprender los daños resultantes de las evaluaciones erróneas del conocimiento que poseen otros agentes (Medina, 2013: 61).

Además, la devaluación de la credibilidad de un hablante no siempre está asociada con la operación pre-doxástica de los prejuicios de identidad, como plantea Fricker. Puede ocurrir el caso de que la devaluación sea resultado de un ejercicio de resistencia interna por parte del oyente. Esta crítica abre la posibilidad de teorizar un fenómeno desapercibido: la ignorancia activa (IA) (Polhaus, 2012; Medina, 2013).⁹

De acuerdo con Medina, la IA constituye una meta-ignorancia resultado de la adopción de actitudes epistémicas erróneas de segundo orden (2013: 58), impidiendo al sujeto que las encarna dar cuenta de los sesgos y limitaciones de su interpretación del mundo. La IA deriva en la comisión de IE porque, al reproducir actitudes que suponen vicios epistémicos, obstaculiza la capacidad de cuestionar las ventajas de *posicionalidad* y *relacionalidad* ostentadas por determinados sujetos en los contextos sociales donde se desenvuelven, de modo que no son capaces de atender sus potenciales fallos al momento de atribuir una baja credibilidad a ciertos testimonios. El concepto de IA ilustra que los fallos y errores de interpretación van más allá de las operaciones pre-doxásticas derivadas de los prejuicios de identidad por parte del oyente, pues en ocasiones también responden a su mal equipamiento interpretativo.

Las consecuencias teóricas generadas por esta concepción de la IA son diversas. En lo concerniente a la evaluación de cómo se despliegan las IE, amplía la indagación de sus causas, pues invita a revisar puntualmente el tipo de

⁹ Mientras Pohlhaus (2012) habla de Ignorancia Hermenéutica Deliberada (*Willfull Hermeneutical Ignorance*), Medina delinea el caso de la Ignorancia Activa (*Active Ignorance*). Ambos planteamientos describen fenómenos paralelos e incluso complementarios, sin embargo, por cuestiones de espacio omitimos abordar sus conexiones y nos centramos en la puntualización del segundo.

vicios epistémicos encaminados a determinados horizontes de interpretación que generan una mayor credibilidad, y opacan o devalúan otros cualitativamente diferentes. Asimismo, revisa la formulación original de Fricker acerca de la distinción entre las IE testimoniales y hermenéuticas, e indaga tanto los mecanismos de reproducción, como las formas de entreverse. Respecto al diseño de estrategias que contrarresten las IE, el planteamiento invita a expandir potenciales rutas de corrección, en especial en dirección a lo que detona la emergencia y reproducción de los vicios epistémicos, los cuales, como insiste Medina, no tienen un origen meramente psicológico, sino también social (2013).

Si bien la propuesta de Medina no ofrece una lista exhaustiva de los vicios epistémicos, sí señala algunos indicativos de las condiciones que impiden a ciertos sujetos dar cuenta de sus fallos interpretativos, como la arrogancia, la apatía y la mentalidad cerrada. Para el autor, la arrogancia epistémica es la falta de disposición para aprender de otras perspectivas de entendimiento, asumiendo que la suya no necesita corrección alguna (2013: 31). La indolencia epistémica apunta a la actitud desinteresada de ciertos sujetos por conocer otras perspectivas, pues los beneficios obtenidos por sus posiciones y relaciones sociales les permiten excluirse de la indagación de otras formas de entendimiento (2013: 33-34). Finalmente, la mentalidad cerrada refiere a la nula disposición para pensar que las cosas pueden ser de otra manera.

La IA impide a los sujetos que la reproducen corregir interpretaciones inadecuadas, y la expresión de los vicios descritos responde a la serie de acuerdos sociales basados en la atribución de competencia epistémica a determinados sujetos (Medina, 2013: 58). Las resistencias internas son producto de la credibilidad excesiva otorgada a determinados sujetos y su comprensión del mundo. Para el autor, la credibilidad está atada a los grupos sociales y, de manera específica, al reconocimiento que algunos detentan en detrimento de otros, patentizado cuando apelan a su autoridad. Medina sostiene que estos grados de credibilidad se refuerzan por hábitos recurrentes al ubicar en posiciones específicas a ciertos grupos sociales con respecto a otros (2013: 63). En última instancia, estos desequilibrios se mantienen gracias al “imaginario social”, desde donde se alienta la comisión de IE, en tanto que ahí:

[...] se anclan la inhabilidad de ver y escuchar ciertas cosas, formas de insensibilidad que limitan las capacidades epistémicas y de comunicación de

los miembros de ciertos grupos, e impiden un entendimiento genuino de sus experiencias, problemas y situaciones. (2013: 72)

Medina busca expandir el planteamiento original de las IE propuesto por Fricker. Si bien el trabajo de esta última permitió comprender cómo los prejuicios de identidad tienen efectos negativos respecto de ciertos testimonios, también admite revisión el cómo recorta la realidad para ubicar los escenarios de los intercambios testimoniales, que consiste en la inclusión de dimensiones sociales y culturales, así como de las trayectorias de los sujetos involucrados.

En el caso de la SMG, considerar la IA como causa de la IE obliga a poner en el centro la economía de la credibilidad presente en los diferentes escenarios que involucran los intercambios testimoniales entre los expertos que proponen el modelo —que cuentan con un importante poder identitario producto de una larga trayectoria sociocultural, material y tecnológica—, y los actores a quienes va dirigido: personas usuarias, los actores locales de diverso tipo encargados de implementar las estrategias del modelo, y aquellos que han planteado críticas sobre los riesgos y fallos en el diagnóstico que fundamenta al proyecto. Se abre así la posibilidad de expandir el análisis y pensar que revertir la perpetración de IE presentes en este ámbito debe ir —más allá de la apelación a las virtudes epistémicas del oyente-experto— al reconocimiento de los testimonios de quienes no han sido correctamente atendidos.

LOS CASOS DE LA MEDICINA Y LA PSIQUIATRÍA

El exceso de credibilidad constituye una vía abierta para indagar contextos sociales donde pueden perpetrarse IE de carácter testimonial, hermenéutico, y las formas en que se coproducen. En esta dirección, y en relación con la práctica médica, se han analizado la desestimación del personal de salud a los testimonios de los pacientes y el correlativo exceso de credibilidad de los expertos que origina microagresiones epistémicas ubicuas en la clínica (Freeman y Stewart, 2019); los prejuicios identitarios y de participación¹⁰ que operan

¹⁰ Los prejuicios de participación cierran el espacio para las dudas, preguntas e incluso reiteraciones en los intercambios testimoniales; evidentemente, están muy presentes en la atención médica, cuando el personal de salud monopoliza los juicios acerca de lo que resulta relevante conocer (Hookway, 2010; Sakakibara, 2023).

como fuentes de IE testimoniales y hermenéuticas (Kidd y Carel, 2017); las barreras lingüísticas que impiden la adecuada evaluación del conocimiento de los pacientes sobre sus condiciones (Peled, 2018); la mediación de las tecnologías biomédicas como fuentes de IE de diversas clases —testimoniales, en el caso de la desestimación de los síntomas descritos por las personas afectadas en favor de los signos producidos tecnológicamente (Murguía, 2019), y también como productoras de *capturas epistémicas* cuando a la información ambigua de dichas tecnologías¹¹ se les otorga el estatuto de conocimiento (Reynolds, 2020)—; las injusticias propiciadas por el capacitismo (Peña Guzmán y Reynolds, 2019), entre otras problemáticas.

Una subdisciplina médica, la psiquiatría, ha recibido especial atención en términos de las IE a las que da lugar. Como afirman Paul Crichton, Ian Kidd y Havi Carel —quienes han analizado ampliamente la relación entre la medicina y las IE—, las personas que sufren trastornos mentales son muy susceptibles a esta clase de daños:

Hemos argumentado en el pasado que las personas con enfermedades físicas son vulnerables a las injusticias epistémicas. Aquí sugerimos que las personas con desórdenes mentales pueden ser susceptibles de aún mayores injusticias epistémicas que las personas con enfermedades físicas. Esto se debe a la alta prevalencia y poder de los estereotipos negativos asociados a las enfermedades psiquiátricas. (Crichton, Kidd y Carel, 2017: 65)

Los prejuicios y discriminación de que son objeto las personas diagnosticadas con algún trastorno mental las convierten en blanco de injusticias en ámbitos sociales muy diversos, afectando el respeto a sus derechos, y sus posibilidades de contribuir a la comunidad (Kurs y Grinshpoon, 2018). Estos prejuicios se reproducen en las instituciones donde reciben atención.

Anke Bueter analiza las injusticias a las que da lugar la clasificación psiquiátrica, porque estructura tanto la comprensión de los fenómenos bajo su jurisdicción, como la interacción entre las personas involucradas en su aten-

¹¹ Cuando nos referimos a tecnologías médicas, adoptamos una concepción amplia que abarca desde el instrumental utilizado en las consultas, los manuales diagnósticos y las historias clínicas, hasta los complejos sistemas de imagen, prueba y diagnóstico que existen en la actualidad.

ción. Su argumento es que el personal de salud —quien cuenta con poder identitario— ignora los recursos epistémicos y lingüísticos desarrollados por los usuarios de los servicios, a pesar del conocimiento adquirido por estos últimos. La autora afirma la necesidad de incorporar la experiencia y los testimonios de las personas que reciben atención en los procesos de revisión de las clasificaciones psiquiátricas, porque su exclusión genera injusticias testimoniales anticipadas (Bueter, 2019), una distinción tomada de Fricker (2007). A nuestro juicio, el problema es más amplio, porque éste sería un claro ejemplo de cómo se relacionan el nivel hermenéutico, el testimonial y la ignorancia activa.

Una problemática adicional de la atención en el ámbito de la salud mental, en muchas ocasiones, es considerar los testimonios únicamente como evidencia de la sintomatología de las afecciones, desestimando la vivencia de las personas. Esto conduce a que dichos testimonios sean particularmente susceptibles a la comisión de IE (Sakakibara, 2023).

Las críticas analizadas pueden hacerse a la SMG respecto a la relación entre psiquiatría e IE. A éstas se suman las dificultades estudiadas por antropólogos médicos y psiquiatras transculturales relacionadas con la aplicabilidad de las categorías psiquiátricas a contextos culturales distintos de donde fueron concebidas, pues las concepciones sobre la mente, las personas, la enfermedad y el bienestar, pueden ser inconmensurables respecto de las de la biomedicina y la psiquiatría. Estas diferencias, además, obstaculizan la construcción de datos epidemiológicos confiables (Summerfield, 2012; Lovell, Read y Lang, 2019), los cuales debían escalar la atención en la agenda.

Esta variabilidad produce una serie de obstáculos importantes. No sólo se trata de la posibilidad de *traducir* los trastornos que padecen personas en contextos culturales diversos a las categorías psiquiátricas, sino también de comprender las dolencias e intervenirlas adecuadamente sin desestimar las *vivencias* de las personas afectadas (Becker y Thomas, 2015: 519). Surge entonces tanto la posibilidad de producir IE relacionadas con la falta de competencia del oyente para comprender el testimonio del hablante (Sakakibara, 2023), como el peligro de pasar por alto el conocimiento de primera persona de quienes sufren un padecimiento (Scrutton, 2017). Estos problemas han llevado a los críticos de la SMG a cuestionar su pertinencia, considerándola una expresión de neocolonialismo epistémico dirigido a la medicalización y farmacologización del denominado Sur Global (Mills y Fernando, 2014; Ingleby, 2014).

Frente a estas críticas, nos interesa subrayar que, si bien la psiquiatría constituye un pilar de la SMG, tal como afirman sus proponentes, ésta está “*firmente enraizada en la disciplina de la salud global, no en la psiquiatría*” (Patel citado en Bemme y D’Souza, 2014: 858. Énfasis nuestro). Esta afirmación resulta muy importante, pues enuncia claramente que la crítica a la SMG no se puede reducir a los problemas epistémicos de la psiquiatría y su aplicación transcultural. La comprensión de los fundamentos epistémicos, vínculos institucionales, alcances materiales de la SMG, así como de las IE producidas, requiere de la consideración de una diversidad de actores, instituciones, saberes y prácticas se ensamblan dinámica y provisoriamente en formas inéditas de gubernamentalidad de la salud pública supranacional. En este contexto, actores como el Banco Mundial, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), fundaciones que aportan importantes recursos económicos, así como las comunidades donde se implementan las acciones (dado que la SMG alienta la incorporación de sus miembros en la atención), adquieren un peso inédito. En el siguiente apartado describimos la emergencia epistémica de este ensamblaje, para reflexionar acerca de las IE involucradas en sus concepciones.

EL ENTRAMADO EPISTÉMICO DE LA SMG

Como hemos señalado, la SMG es una agenda multilateral cuyo objetivo es incrementar la atención de los problemas de salud mental en todo el mundo, desde su lanzamiento, a inicios de este siglo, se ha hecho énfasis en las necesidades de las poblaciones de los países de ingreso bajo y medio (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007). Este ensamblaje es resultado de la participación de diversos actores sociales: instituciones académicas, organismos internacionales (de salud y financieros), y de la sociedad civil (Patel, 2012; Gómez, 2021). Quienes la promueven afirman que su propósito es atender dos cuestiones fundamentales. Por un lado, la generación de mayor conocimiento y difusión acerca de los problemas de salud mental, dadas sus perniciosas consecuencias para el bienestar de la población mundial; por otro, impulsar acciones que contribuyan a revertirlas, incidiendo en el complejo proceso de brindar atención a las poblaciones que se estima así lo requieren, principalmente en los países con las características mencionadas (Prince Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007; Patel,

Boyce, Collins, Saxena y Horton, 2011; Patel, Saxena, Lund, Thornicroft, Baingana, Bolton, Chisholm, Collins, Cooper, Eaton, Herrman, Herzallah, Huang, Jordans, Kleinman, Medina-Mora, Morgan, Niaz, Omigbodun, Prince, Rahman, Saraceno, Sarkar, De Silva, Singh, Stein, Sunkel y Unützer, 2018). En este sentido, desde los primeros llamados (Prince Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007) se sostiene *la urgencia* de visibilizar la prevalencia de los padecimientos en salud mental, así como de establecer soluciones innovadoras para la atención de las poblaciones afectadas, en muy diversos contextos, se parte de afirmar que, los recursos materiales y humanos destinados a ello han estado históricamente muy por debajo de lo necesario (Patel, Minas, Cohen y Prince, 2014). Los actores participantes de la SMG fundamentan estas afirmaciones y propuestas en saberes expertos de diversos campos, entre los que destacan la Salud Global (SG), la epidemiología y la psiquiatría. En lo que sigue describimos los principios epistémicos de estas experticias constitutivas de la agenda analizada, las cuales, pese a sus diversas reformulaciones, continúan siendo el centro que sostiene el llamado.

CUANTIFICAR LA SALUD GLOBAL

Si bien el término SG emerge a mediados del siglo pasado (Chen, Li, Lucero-Prisco 3rd, Abdullah, Huang, Laurence, Liang, Ma, Mao, Ren, Wu, Wang, Wang, Wang, Yan y Zou, 2020), actualmente se relaciona con la práctica de nuevas concepciones acerca de salud mental y su atención. Así, más que a un territorio, lo global refiere a un proyecto organizacional que apela a la necesidad de integrar esfuerzos con diversos orígenes institucionales (Bemme y Kirmayer, 2020). Su consolidación obedece al trabajo de organismos multilaterales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM). La intervención de este último resultó fundamental desde la década de 1990 en al menos dos aspectos. En primer lugar, fomentó una serie de informes a partir de los cuales se comenzó a estimar la importancia económica de la inversión en la atención de la salud (World Bank, 1993). En segundo, desarrolló métricas para la estimación estandarizada de las condiciones de salud de las poblaciones y su impacto económico. A este respecto destacan los DALY's (*Disability-Adjusted Life-Years*), una métrica que ofrece la posibilidad de cuantificar la carga mundial de la enfermedad (Murray, 1994). Los DALY's constituyen una medición temporal que estandariza

las consecuencias de los padecimientos en términos de inhabilitación en la vida laboral de las personas. A partir de las estimaciones generadas con esta tecnología de conocimiento, se puede racionalizar en qué áreas de la salud resulta prioritario que gobiernos, organismos multilaterales y organizaciones filantrópicas, inviertan esfuerzos y recursos para el mejoramiento de la SG. Su diseño fue condición de posibilidad de la globalización de la salud pública y, a esta escala, las intervenciones se evalúan en términos de estimaciones de costo-beneficio. Estas herramientas:

[...][fueron] concebidas para generar conversaciones uniformes y estandarizadas sobre la mejor manera de intervenir, la mejor manera de conceptualizar la salud y la enfermedad, cómo contabilizar mejor, cómo rendir cuentas de la mejor manera [...] en un mundo en el que las intervenciones se pueden proyectar como *problemas de escala y medición más que como problemas de costumbres, cultura o de voluntad política nacional*. (Adams, 2016: 6. Énfasis nuestro)

Diversas genealogías en torno de la métrica de los DALY's han señalado que su emergencia no estuvo exenta de disputas internas entre diferentes grupos de economistas (Maldonado y Moreira, 2019); tampoco pueden obviarse los supuestos políticos y morales subyacentes a esta forma de concebir los daños a la salud (Rose, 2018). Esto es importante considerarlo, pues la discusión crítica sobre los DALY's no se relaciona exclusivamente con la validez de la métrica, sino también con su función en tanto recurso epistémico para determinados fines y prácticas de diversas instituciones, además de perspectivas expertas, las cuales consideran prioritario cuantificar el tiempo de incapacidad laboral que generan las enfermedades en las personas. Es decir, se trata de un punto de vista estrictamente económico. Éste es el subtexto presente en la descripción de las posibilidades abiertas por la estandarización de la evidencia sobre la que se diseñan intervenciones globales. Para uno de los desarrolladores de los DALY's, éstos ofrecen la ventaja de ser una medida para conocer dónde resulta pertinente invertir y focalizar recursos para la atención de grupos vulnerables, así como hacia dónde dirigir la investigación en salud (Murray, 1994). Sin embargo, la métrica universaliza la productividad para el mercado como indicador de salud, la SMG se ciñe a este principio. Sus promotores utilizan la noción de *carga de la enfermedad* para señalar la gravedad de los escenarios posibles al no atender los problemas de salud

mental. Insisten en que los DALY's ofrecen evidencia incontrovertible para estimar las afectaciones sociales producidas por estos padecimientos (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007). Como se puede inferir de la breve genealogía descrita, la métrica no advierte un conjunto diverso de consecuencias sociales que genera la atribución de padecimientos a segmentos de la población, sino que se limita a estimar las de este carácter. Defensores y promotores de la SMG, como Vikram Patel, no desconocen este tipo de críticas respecto de la visión estrecha de los DALY's para justificar el llamado. Sin embargo, reconocerlas no significa considerarlas, y en un claro ejercicio de IA, Patel se limita a replicar que, pese a las críticas planteadas, sólo las métricas utilizadas permiten comparar a nivel global las consecuencias de los “padecimientos mentales” que justifican el llamado de la SMG (Patel, 2014: 779).

INTERVENIR LOS TRASTORNOS MENTALES GLOBALES

La existencia de la SG y la posibilidad de construir datos mediante la utilización de las métricas descritas constituye una condición indispensable para la emergencia de la SMG. En 2007, la prestigiosa revista médica *The Lancet* presentó los resultados de una comisión especial, cuyo propósito (siguiendo dichas técnicas epistémicas) era estimar las consecuencias de los problemas de salud mental a nivel global, así como proponer cambios en las tendencias de atención (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007). Los resultados supusieron un cuestionamiento a los posicionamientos que había sostenido la OMS acerca del tema. La crítica principal, resumida en el título del primer estudio de la comisión, *No health without mental health*, consistía justamente en mostrar evidencia respecto al subregistro de la carga de la enfermedad producida por los trastornos mentales. Allí se afirma que dichos trastornos aumentan la carga de la enfermedad porque están asociados a un mayor riesgo de padecer otras condiciones, o ser consecuencia de ellas (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007). El informe de *The Lancet* desvelaba una mayor prevalencia de los trastornos mentales que la registrada en los informes de la OMS (WHO, 2005), y afirmaba la necesidad de diseñar acciones para atenderlos, así como la urgencia de llevar atención a las poblaciones de los países que históricamente han carecido de recursos para hacerlo.

Estos estudios fueron pioneros en mostrar el problema de la salud mental a partir de un enfoque global, desde su publicación los principales promotores han fomentado una agenda de investigación y promoción de la atención amplia y compleja. Cuatro años después del informe inaugural, la misma comisión presentó los avances logrados por el primer llamado (Patel, Boyce, Collins, Saxena y Horton, 2011), entre los que destacan la formulación de una agenda de prioridades de investigación llamada *Grand Challenges in Global Mental Health*; el lanzamiento por parte de la OMS del programa *mental health Gap Action Programme* (mhGAP), y la articulación del Movimiento por la Salud Mental Global. Los dos últimos implican escalar las acciones de intervención. Por ejemplo, el mhGAP tiene por objetivo promover acciones que permitan cerrar la brecha de atención respecto de “los trastornos de salud mental y consumo de sustancias” (WHO, 2008), mediante cabildos con gobiernos y organizaciones internacionales dispuestas a incrementar el financiamiento para tal fin, así como el diseño de *intervenciones clave* en países de ingreso bajo y medio. En relación con estas últimas destaca la *Guía de intervención mhGAP* (WHO, 2016), que consiste en un algoritmo de diagnóstico para reconocer los que se consideran los principales problemas de salud mental (como la ansiedad y la depresión), las adicciones o padecimientos neurológicos comunes. La *Guía...* tiene el propósito, además, de ampliar la atención, pues se pretende que sea utilizada por no especialistas (incluido personal no sanitario capacitado con este fin), en comunidades donde los recursos materiales y humanos son limitados. Por su parte, el movimiento busca hacer eco del llamado de *The Lancet* a través de acciones coordinadas por una red de instituciones, organizaciones y personas.¹²

En 2018, un nuevo documento de la comisión especial destaca la inclusión de las metas de la SMG en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) de 2015. Sus autores afirman que esta incorporación fue resultado de un notorio avance de las perspectivas globales sobre salud mental en los casi diez años transcurridos desde su primer informe (Patel, Saxena, Lund, Thornicroft, Baingana, Bolton, Chisholm, Collins, Cooper, Eaton, Herrman, Herzallah, Huang, Jordans, Kleinman, Medina-Mora, Morgan, Niaz, Omigbodun, Prince, Rahman,

¹² Para una revisión de los preceptos del movimiento, véase: <https://www.globalmentalhealth.org/>

Saraceno, Sarkar, De Silva, Singh, Stein, Sunkel y Unützer, 2018). A decir de sus proponentes, la nueva versión incorpora las críticas planteadas a las versiones iniciales mediante tres cambios sustanciales: i) la adopción de un enfoque dimensional de la salud mental,¹³ ii) el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud mental, que convergen con los biológicos, y iii) la adopción del marco de los derechos humanos como eje rector de la agenda de la SMG.

En realidad, dichos cambios no plantean el abandono de los pilares que sostienen el llamado de la SMG, lo cual produce importantes contradicciones en el último informe. En primer lugar, incurre en la comisión de IA que auspicia diversas IE, pues la agenda se sigue apoyando en las mediciones que posibilitan los DALYS, basadas en categorías diagnósticas cuestionadas. Es decir, la carga de la enfermedad registrada sigue justificando el llamado a la acción, pero, en esta última versión, se admite que debe revisarse la universalización de las categorías utilizadas.

En segundo lugar, como han apuntado algunos de sus críticos, si bien comenzaron a reconocerse las acciones de atención que desarrollan actores locales sin recurrir a la perspectiva biomédica, en realidad las acciones de intervención difundidas y a las cuales se destinan recursos desde el modelo de la SMG, son aquellas basadas en dicha perspectiva, dejando en el plano discursivo la inclusión de otras acciones y perspectivas, pues se hace muy poco para ejecutar y formalizar a las mismas (Bemme y Kirmayer, 2020: 9) y convertirlas en un eje estructural del proyecto que estipula una escala *global*.

Finalmente, otro ejercicio de patente IA, en esta nueva versión, se relaciona con el marco de los derechos humanos que dice adoptar. Como señalan sus críticos, se produce una inconsistencia importante al apelar al derecho a la atención, porque se omite el de los usuarios a seleccionar los servicios que desean utilizar (Cosgrove, Mills, Karter, Mehta y Kalathil, 2020). En el fondo, el cambio parece más una simplificación que tomar con seriedad el marco de los derechos humanos, pues la SMG traduce los síntomas de la

¹³ Esto implica tres presupuestos: a) concebir el *bienestar* como horizonte previo a cualquier definición de salud mental; b) adoptar un modelo de *puesta en escena*, lo que supone utilizar las diversas clasificaciones diagnósticas disponibles y c) admitir que la universalización de los *trastornos mentales* puede revisarse en contextos locales. Para un análisis comparativo de los informes, véase Gómez, 2021.

opresión y la desigualdad sociales a estadísticas de trastornos mentales, sin hacerse cargo de lo que realmente postula la visión del derecho a la salud: analizar los obstáculos productores de mecanismos de opresión social que impiden su garantía (Cosgrove, Mills, Karter, Mehta y Kalathil, 2020: 626).

LA EPIDEMIOLOGÍA DOMINANTE

La descripción de los saberes que fundamentan la SMG requiere también de la consideración de las características de la epidemiología dominante, pues ésta ha sostenido durante más de un siglo el discurso y la práctica de la medicina a nivel de las poblaciones, y constituye el antecedente de la concepción economicista de la salud/enfermedad que guía las políticas y programas referidos de la SG y la SMG. Subrayamos que dicha epidemiología prioriza cierta concepción de los individuos como objeto de conocimiento e intervención, extendida y profundizada en la SG y la SMG.

La revolución de la teoría microbiana en la concepción sobre la etiología de las enfermedades produjo una transformación radical en el seno de la medicina entre finales del siglo XIX y principios del XX. Estos cambios condujeron a que la mirada médica se volcara al cuerpo de los individuos como *locus* de la enfermedad, desplazando al higienismo decimonónico —desestimando las condiciones sociales como causa de las enfermedades—, ello derivó en la individualización y biologización de la epidemiología (Lupton, 1997). La individualización se refiere a que el objeto de conocimiento de esta disciplina se define por los factores y procesos ocurridos a nivel de los individuos, que después se agregan estadísticamente; la biologización, a que las características y procesos biológicos de los individuos se convierten en el principal objeto de diagnóstico e intervención (Diez Roux, 2007; Gomez-Lus y González, 2010; Murguía, 2021a).

La desaparición de las condiciones sociales como causa de las enfermedades en la epidemiología condujo a que desde diferentes ámbitos —de las ciencias sociales, de la epidemiología misma, de la medicina social— haya propuestas, desde hace más de medio siglo, para su reincorporación (Murguía, 2021b). Esta inclusión dio lugar a la emergencia y consolidación de la epidemiología social, en la cual se han desarrollado diferentes programas de investigación, donde destaca —dada la influencia discursiva que ha adquirido a nivel internacional— el propuesto por la Comisión sobre los De-

terminantes Sociales de la Salud de la OMS creada en 2005, que argumenta la necesidad de considerar los determinantes estructurales y condiciones de vida como causa de las enfermedades.

Los distintos programas de epidemiología social han producido evidencia robusta acerca de la relación positiva entre condiciones sociales adversas y malos resultados de salud; en cómo los determinantes sociales producen inequidades respecto a estos últimos, tanto entre los individuos dentro de un estado nacional, como entre los estados (Solar e Irwin, 2006; Phlean, Link y Tehranifar, 2010). A pesar de estas contribuciones, desde su consolidación, la epidemiología individualista/biologicista ha constituido la base de las políticas e intervenciones en salud pública, tanto en los sistemas de salud estatales, como en los organismos internacionales. Esta disciplina constituye otro de los saberes expertos constitutivos de la SG y la SMG. La consideración de las causas sociales como causas de las enfermedades conduce al reconocimiento de que las poblaciones vulnerables de los países de ingreso medio y bajo -precisamente aquéllas privilegiadas por la agenda- están más expuestas a sufrir los padecimientos, objeto de su intervención, como consecuencia *precisamente* de dichas condiciones:

Los individuos modernos enfrentan una multitud de dificultades y problemas sociales. Los factores supra-individuales de estas dificultades incluyen: empleos precarios y desempleo; falta de vivienda segura; violencia mental, emocional, psíquica, sexual, espiritual, racial y digital, y el trauma producido por los desastres climáticos. El fracaso de no conectar las fuerzas socio-estructurales en la vida de las personas... resulta en un vínculo teórico débil entre la aflicción mental y emocional y la injusticia social... vista desde la profundidad y magnitud del sufrimiento humano global, el psicocentrismo promueve respuestas ingenuas o superficiales a los problemas sociales y económicos. (Rimke, 2016: 9)

El psicocentrismo constituye la ampliación del individualismo al ámbito de la salud mental; es decir, una concepción que considera que las causas de los trastornos mentales se encuentran en las características de los individuos.¹⁴ Como sostiene Heidi Rimke (2016), esta individualización respon-

¹⁴ A pesar de la falta de marcadores biológicos que fundamenten la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos.

sabiliza a las personas de múltiples efectos adversos para la salud emocional, teniendo origen en una diversidad de condiciones sociales violentas, excluyentes e injustas a las que están expuestas sistemáticamente las personas. Dicha atribución tiene consecuencias teóricas y éticas negativas: partir del psicocentrismo impide explicar de manera adecuada la relación entre el sufrimiento emocional y las condiciones de vida, además es injusto porque estas últimas no son producto de las capacidades/decisiones individuales.

CONCLUYENDO: LA AGENDA DE SALUD MENTAL GLOBAL Y LAS INJUSTICIAS EPISTÉMICAS

Hemos argumentado que comprender las implicaciones de la SMG requiere reconocer el calado de las transformaciones de la salud pública y la emergencia de la SG. De manera crítica, lo importante es destacar que, independientemente de los preceptos que sostiene la SG en torno al acceso universal y la consideración de la salud como un derecho, se ha configurado una nueva forma de concebirla, resultado de las concepciones sobre el tema alentadas por un conglomerado de instituciones multilaterales, dentro de las cuales destaca el BM, así como organizaciones filantrópicas de gran envergadura. Estas instituciones posicionan una lectura particular de la salud donde, como señala Katherine Kenny (2015), ésta se comodifica y se concibe en términos de *capital humano*, al que se aplican criterios racionales de inversión. Así:

La inversión en salud se convierte entonces en un proyecto económico orientado hacia el futuro especulativo, conocido a través de una serie de técnicas de previsión y preocupado por optimizar las tasas de rendimiento de la inversión en la propia vida, especialmente a través de prácticas de autoinversión. (Kenny, 2015: 11)

Nos parece central enfatizar que, cuando en la SMG se habla de evidencia científica (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips y Rahman, 2007; Patel, Boyce, Collins, Saxena y Horton, 2011; Patel, Saxena, Lund, Thorncroft, Baingana, Bolton, Chisholm, Collins, Cooper, Eaton, Herrman, Herzallah, Huang, Jordans, Kleinman, Medina-Mora, Morgan, Niaz, Omiqbodun, Prince, Rahman, Saraceno, Sarkar, De Silva, Singh, Stein, Sunkel y Unützer, 2018, WHO 2008), ésta tiene las características —individualis-

mo, cuantificación, desestimación de las condiciones sociales y culturales— antes descritas. A esta concepción se le atribuye un exceso de credibilidad —necesaria para poner en práctica actitudes de IA— para nombrar y universalizar el problema de la prevalencia de trastornos mentales en función de la discapacidad laboral que producen en las personas. Esto es resultado de la configuración de un entramado que concibe a la salud mental no sólo desde el foco médico, por la vía de la aplicación de categorías diagnósticas psiquiátricas, sino también de la conjunción del modelo epidemiológico dominante y de concepciones provenientes de la economía de la salud, que en conjunto subyacen al modelo de la SG, así como su pretensión de identificar de manera precisa los nichos en los cuales se deben invertir recursos económicos y humanos con el fin de paliar las consecuencias de los problemas de salud.

Resulta necesario considerar este horizonte de entendimiento, pues a partir de él se enarbolan, para el caso de la salud mental, una serie de acciones de atención que a juicio de sus defensores ofrecen una vía de solución a los efectos nocivos de los problemas más comunes en este ámbito. Sin embargo, como argumentaremos, dichas acciones reproducen las limitantes constitutivas de las experticias a las que recurren para justificar su pertinencia, lo que da lugar a clases específicas de IE.

Las consideraciones desarrolladas validan la crítica de José Medina (2011, 2013, 2017) sobre la escisión entre IE hermenéuticas y testimoniales. Como afirma el autor, estas últimas se comprenden cabalmente a condición de que se consideren los contextos socioculturales donde tienen lugar los intercambios. Esto implica que la relación entre una persona con algún padecimiento mental y otra involucrada en la prestación de servicios está siempre mediada por saberes expertos, tecnologías de conocimiento y constreñimientos/habilitaciones institucionales, además de prejuicios asociados a los padecimientos.

Las IE que producen las concepciones que fundamentan la SMG involucran la IA, porque dichas concepciones desestiman de las críticas de las cuales han sido objeto tanto la psiquiatría, como la epidemiología dominante, y más recientemente, las métricas que fundamentan la SG, así como las críticas dirigidas a los reduccionismos a los que dan lugar estas disciplinas. Éstos constituyen, en términos de Kidd y Carel (2018), injusticias hermenéuticas reproductoras de una visión patocéntrica que privilegia una comprensión naturalista de la salud; es decir, descontextualiza a las personas de sus con-

diciones de vida. Este hecho es claramente advertible en la expansión de las categorías psiquiátricas, que no han dejado de dilatarse y multiplicarse en las sucesivas ediciones del Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (Haslam, 2016). Esta expansión supone la consideración de respuestas comprensibles a situaciones adversas como trastornos mentales, individualizando problemas que, en muchas ocasiones, tienen origen en condiciones socioeconómicas y culturales.

Asimismo, la aplicación de los DALY's a la estimación de la incidencia/prevalencia de los trastornos mentales que fundamentan los llamados de la SMG es reductiva porque supone equiparlos a enfermedades físicas, lo cual es erróneo, dadas las particularidades de lo que la psiquiatría aprehende a través de sus categorías diagnósticas, fenómenos que tienen, como ya argumentamos, dimensiones fenomenológicas y culturales irreductibles. Estas métricas participan también de la individualización de los problemas (y por ende de su atención), debido a la noción de salud mental psicocéntrica que las fundamenta.

A nuestro juicio la IE que caracterizan Kidd y Carel se vincula estrechamente a otra recién denominada por Heidi Grasswick (2018) *injusticia de la confianza epistémica*. Si la apuesta de la SMG es resultado de la confluencia de los saberes expertos descritos antes, entonces sus expectativas se fundan en los alcances y éxitos atribuidos históricamente a ellos. Pero si en el despliegue de esta agenda no son atendidos lo que Grasswick denomina indicadores de desconfianza epistémica, es decir, las limitantes evidenciadas sobre estos saberes (que abarcan desde las críticas académicas al saber psiquiátrico, aquellas producidas por los usuarios de servicios de salud mental; los cuestionamientos de la epidemiología social a la individualista, hasta los juicios negativos sobre la reducción de la salud a métricas económicas), equivale a omitir “la historia documentada de fallos al proveer conocimiento significativo” (Grasswick, 2018: 85) a las comunidades a donde dirigen tanto el conocimiento como la práctica de la SMG. A este respecto, nos parece muy significativa la descripción de cómo se llevaron a cabo los trabajos de la Comisión que condujeron al reporte de 2018:

[...] la Comisión no fue multidisciplinaria o inclusiva de una amplia variedad de partes interesadas. De los 28 autores del reporte, 21 tenían antecedentes médicos o clínicos, sólo un psiquiatra contaba con entrenamiento en antro-

pología médica, y sólo se identificó a un usuario de los servicios. Aunque la Comisión apenas hace referencia a investigaciones o conocimiento de usuarios/sobrevivientes, el trabajo de usuarios, sobrevivientes y personas con discapacidades psicosociales se remonta a décadas, abarca el globo y se relaciona con un amplio rango de problemas, que incluyen el apoyo de pares, la defensa jurídica, las inequidades estructurales, y la investigación y producción de conocimiento. (Cosgrove, Mills, Karter, Mehta y Kalathil, 2020: 626)

El evidente daño producido por las IE de las que da cuenta esta crítica, en última instancia, radica en una desestimación de una variedad de conocimientos y experticias que podrían enriquecer una noción plural de atención a la salud mental en diversos contextos. Una no individualista, que renuncie a la expectativa de una comprensión universalizante de comportamientos y malestares, otorgando un espacio apropiado a la diversidad de las dimensiones sociales y culturales en la génesis de los padecimientos, las muy diversas formas en que las personas los experimentan, así como en la posibilidad de implementar intervenciones adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, Vincanne (2016), *Metrics: What Counts in Global Health*, Durham, Duke University Press. [<https://doi.org/10.1215/9780822374480>]
- Armstrong, David (1995), “The rise of surveillance medicine”, *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, núm. 3, pp. 393-404.
- Bemme, Doerte y Laurence J. Kirkmayer (2020), “Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion”, *Transcultural Psychiatry*, vol. 57, núm. 1, pp. 3-18. [<https://doi.org/10.1177/1363461519898035>]
- Bemme, Doerte y Nicole D’Souza (2014), “Global Mental Health and its discontents: An inquiry into the making of *global* and local scale”, *Transcultural Psychiatry*, vol. 51, núm. 6, pp. 850-874. [<https://doi.org/10.1177/136346151414539830>]
- Becker, Anne y Jennifer J. Thomas (2015), “Eating pathology in Fiji: Phenomenologic diversity, visibility, and vulnerability”, en Laurence J. Kirkmayer, Robert Lemelson y Constance A. Cummings (eds.), *Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience and Global Mental Health*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 515-543.

- Bianchi, Eugenia (2018), “Saberes, fármacos y diagnósticos. Un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad”, *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol. 8, núm. 2, pp. 214-257. [<http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v8.n2.11>]
- Bueter, Anke (2019), “Epistemic injustice and psychiatric classification”, *Philosophy of Science*, vol. 86, núm. 5, pp. 1064-1074. [<https://doi.org/10.1086/705443>]
- Chen, Xinguang, Hao Li, Don Eliseo Lucero-Prisno 3rd, Abu S. Abdullah, Jiayan Huang, Charlotte Laurence, Xiaohui Liang, Zhenyu Ma, Zongfu Mao, Ran Ren, Shaolong Wu, Nan Wang, Peigang Wang, Tingting Wang, Hong Yan y Yuliang Zou (2020), “What is global health? Key concepts and clarification of misperceptions: Report of the 2019 GHRP editorial meeting”, *Global Health Research and Policy*, vol. 5, núm. 14, pp. 142-147. [<https://doi.org/10.1186/s41256-020-00142-7>]
- Crichton, Paul, Havi Carel y Ian J. Kidd (2017), “Epistemic injustice in psychiatry”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 41, núm. 2, pp. 65-70. [<https://doi.org/10/1192/pb.bp15.050682>]
- Cosgrove, Lisa, China Mills, Justin M. Karter, Akriti Mehta y Jayasree Kalathil (2020), “A critical review of the *Lancet Commission* on Global Mental Health and sustainable development: Time for a paradigm change”, *Critical Public Health*, vol. 30, núm. 5, pp. 624-631. [<https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1667488>]
- Dieleman, Susan (2012), “An interview with Miranda Fricker”, *Social Epistemology*, vol. 26, núm. 2, pp. 253-261. [<https://doi.org/10.1080/02691728.2011.652216>]
- Diez Roux, Anna V. (2007), “En defensa de una epidemiología con números”, *Salud Colectiva*, vol. 3, núm. 2, pp. 117-119. [<https://doi.org/10.18294/sc.2007.131>]
- Dotson, Kristie (2011), “Tracking violence, tracking practices of silencing”, *Hypatia*, vol. 26, núm. 2, pp. 236-257. [<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x>]
- Freeman, Lauren y Heather Stewart (2019), “Epistemic microaggressions and epistemic injustices in clinical medicine”, en Benjamin R. Sherman y Stacey Goguen (eds.), *Overcoming Epistemic Injustice. Social and Psychological Perspectives*, Londres/Nueva York, Rowman & Littlefield, pp. 121-137.
- Fleury, Sonia (2003), “¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina”, en Carlos Molina y José Núñez (eds.), *Servicios*

- de Salud en América Latina y Asia*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 3-40.
- Fricker, Miranda (2007), *Epistemic Injustice. Power and Ethics of Knowing*, Oxford/Nueva York, Oxford University Press. [<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>]
- Fricker, Miranda (2006), “Powerlessness and social interpretation”, *Episteme*, vol. 3, núms. 1-2, pp. 96-108. [<https://doi.org/10.3366/epi.2006.3.1-2.96>]
- Fricker, Miranda (1999), “Epistemic oppression and epistemic privilege”, *Canadian Journal of Philosophy*, vol. 29, suplemento 1, pp. 191-210. [<https://doi.org/10.1080/00455091.1999.10716836>]
- Foucault, Michel (1977), “Historia de la medicalización”, *Educación Médica y Salud*, vol. 11, núm. 1, pp. 1-25.
- Giddens, Anthony (1990), *Consequences of Modernity*, Oxford, Cambridge University Press.
- Grasswick, Heidi (2018), “Understanding epistemic trust injustices and their harms”, *Royal Institute of Philosophy Supplement*, vol. 84, pp. 69-91. [<https://doi.org/10.1017/s1358246118000553>]
- Gómez-Lus, María L. y José González (2010), “La Teoría microbiana y su repercusión en Medicina y Salud Pública”, en Emilio Bouza, Juan J. Picazo de la Garza y José Prieto Prieto, *Louis Pasteur. Una vida singular, una obra excepcional, una biografía apasionante*, Madrid, Kos, pp. 1-30.
- Gómez, Iván (2021), “Salud Mental Global. Dilemas más allá de la medicalización”, en Adriana Murgía (coord.), *Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 233-256.
- Haslam, Nick (2016), “Concept creep: Psychology’s expanding concepts of harm and pathology”, *Psychological Inquiry*, vol. 27, núm. 1, pp. 1-17.
- Hookway, Christopher (2010), “Some varieties of Epistemic Injustice: Reflections on Fricker”, *Episteme*, vol. 7, núm. 2, pp. 151-163.
- Ingleby, David (2014), “How ‘evidence-based’ is the Movement for Global Mental Health”, *Disability and the Global South*, vol. 1, núm. 2, pp. 203-226.
- Kenny, Katherine (2015), “The biopolitics of global health: Life and death in neoliberal time”, *Journal of Sociology*, vol. 51, núm. 1, pp. 9-27. [<https://doi.org/10.1177/1440783314562313>]
- Kidd, Ian J. y Havi Carel (2018), “Healthcare practice, Epistemic Injustice, and naturalism”, *Royal Institute of Philosophy Supplement*, vol. 84, núm. 1, pp. 211-233.

- Kidd, Ian J. y Havi Carel (2017), “Epistemic Injustice and illness”, *Journal of Applied Philosophy*, vol. 34, núm. 2, pp. 172-190. [<https://doi.org/10.1111/japp.12172>]
- Kidd, Ian J., José Medina y Gaile Pohlhaus (2017), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, Nueva York, Routledge.
- Koplan, Jeffrey P., T. Christopher Bond, Michael H. Merson, K. Srinath Reddy, Mario H. Rodriguez, Nelson K. Sewankambo, Judith N. Wasserheit y Consortium of Universities for Global Health Executive Board (2009), “Towards a common definition of global health”, *The Lancet*, vol. 373, núm. 9679. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)]
- Kurs, Rena y Alexander Grinshpoon (2018), “Vulnerability of individuals with mental disorders to Epistemic Injustice in both clinical and social domains”, *Ethics and Behavior*, vol. 28, núm. 4, pp. 336-346. [<https://doi.org/10.1080/10508422.2017.1365302>]
- López, Cristina (2013), “La biopolítica según la crítica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis”, *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporánea*, vol. 1, núm. 1, pp. 111-137.
- Lovell, Anne H., Ursula M. Read y Claudia Lang (2019), “Genealogies and Anthropologies of Global Mental Health”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, núm. 4, pp. 519-547. [<https://doi.org/10.1007/s11013-019-09660-7>]
- Lupton, Deborah (1997), *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*, Londres, Sage Publications.
- Maldonado, Oscar y Tiago Moreira (2019), “Metrics in Global Health”, *Historical Social Research*, vol. 44, núm. 2, pp. 202-224. [<https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.2.202-224>]
- Medina, José (2017), “Varieties of hermeneutical injustice”, en Ian J. Kidd, José Medina, Gaile Pohlhaus (eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, Nueva York/Londres, Routledge, pp. 41-52.
- Medina, José (2013), *The Epistemology of Resistance: Gender and Racial Oppression, Epistemic Injustice and Resistant Imaginations*, Nueva York, Oxford University Press.
- Medina, José (2011), “The relevance of credibility excess in a proportional view of Epistemic Injustice: Differential epistemic authority and the social imaginary”, *Social Epistemology*, vol. 25, núm. 1, pp. 15-35. [<https://doi.org/10.1080/02691728.2010.534568>]

- Mills, China y Fernando Suman (2014), “Globalising health or pathologising the Global South? Mapping the ethics, theory and practice of Global Mental Health”, *Dissability and the Global South*, vol. 1, núm. 2, pp. 188-202.
- McDonald, MaryCatherine (2019), “Returning to the ‘There is’: PTSD, Phenomenology and systems of knowing”, en Benjamin Sherman y Stacey Goguen (eds.), *Overcoming Epistemic Injustices: Social and Psychological Perspectives*, Londres, Rowman & Littlefield, pp. 139-152.
- Murguía, Adriana (2021a), “Introducción. Riesgo y medicalización, un breve recorrido”, en Adriana Murguía (coord.), *Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 7-34.
- Murguía, Adriana (2021b), “Epidemiología(s) y causas sociales de los procesos de salud/enfermedad”, en Adriana Murguía (coord.), *Enfrentar la adversidad. Riesgo y medicalización en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 35-60.
- Murguía, Adriana (2019), “Injusticias epistémicas y práctica médica”, *En-claves del Pensamiento*, vol. 13, núm. 26, pp. 55-79.
- Murguía, Adriana, Teresa Ordorika y León Lendo (2016), “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 23, núm. 3, pp. 635-651. [<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>]
- Murray, Christopher J. L. (1994), “Quantifying the burden of disease: The technical basis for disability adjusted life years”, *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 72, núm. 3, pp. 429-445.
- Patel, Vikram (2014), “Why mental health matters to global health”, *Trans-cultural Psychiatry*, vol. 51, núm. 6, pp. 777-789. [<https://doi.org/10.1177/1363461514524473>]
- Patel, Vikram (2012), “Global Mental Health: From science to action”, *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 20, núm. 1, pp. 6-12. [<https://doi.org/10.3109/10673229.2012.649108>]
- Patel, Vikram, Harry Minas, Alex Cohen y Martin Prince (eds.) (2014), *Global Mental Health: Principles and Practice*, Nueva York, Oxford University Press.
- Patel, Vikram, Niall Boyce, Pamela Y. Collins, Shekhar Saxena y Richard Horton (2011), “A renewed agenda for global mental health”, *The Lancet*, vol. 378, núm. 9801, pp. 1441-1442. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61385-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61385-8)]

- Patel, Vikram, Shekhar Saxena, Crick Lund, Graham Thornicroft, Florence Baingana, Paul Bolton, Dan Chisholm, Pamela Y. Collins, Janice L. Cooper, Julian Eaton, Helen Herrman, Mohammad M. Herzallah, Yueqin Huang, Mark Jordans, Arthur Kleinman, Maria Elena Medina-Mora, Ellen Morgan, Unai-za Niaz, Olayinka Omigbodun, Martin Prince, Atif Rahman, Benedetto Sarceno, Bidyut K. Sarkar, Mary De Silva, Ilina Singh, Dan J. Stein, Charlene Sunkel y Jürgen Unützer (2018), “The Lancet Commission on Global Mental Health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 392, núm. 10157, pp. 1553-1598. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)]
- Peled, Yael (2018), “Language barriers and epistemic injustice in health care settings”, *Bioethics*, vol. 32, núm. 6, pp. 360-367. [<https://doi.org/10.1111/bioe.12435>]
- Peña-Guzmán, David y Joel M. Reynolds (2019), “The harm of ableism: Medical error and epistemic injustice”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 29, núm. 3, pp. 205-242.
- Phelan, Jo Carol, Bruce G. Link y Parisa Tehranifar (2010), “Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications”, *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 51, suplemento, pp. 28-40. [<https://doi.org/10.1177/0022146510383498>]
- Prince, Martin, Vikram Patel, Shekhar Saxena, Mario Maj, Joanna Maselko, Michael R. Phillips y Atif Rahman (2007), “No health without mental health”, *The Lancet*, vol. 370, núm. 9590, pp. 859-877. [[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)]
- Pohlhaus Jr., Gaile (2014), “Discerning the primary epistemic harm in cases of testimonial injustice”, *Social Epistemology*, vol. 28, núm. 2, pp. 99-114. [<https://doi.org/10.1080/02691728.2013.782581>]
- Pohlhaus Jr., Gaile (2012), “Relational knowing and Epistemic Injustice: Toward a theory of willful hermeneutical ignorance”, *Hypatia*, vol. 27, núm. 4, pp. 715-735. [<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01222.x>]
- Reiser, Stanley (2009), *Technological Medicine: The Changing World of Doctors and Patients*, Chicago, Chicago University Press.
- Reynolds, Joel (2020), “What if there’s something wrong with her? How biomedical technologies contribute to Epistemic Injustice in healthcare”, *The Southern Journal of Philosophy*, vol. 58, núm. 1, pp. 161-185. [<https://doi.org/10.1111/sjp.12353>]

- Rimke, Heidi (2016), "Introduction-mental and emotional distress as a social justice issue: Beyond psychocentric", *Studies in Social Justice*, vol. 10, núm. 1, pp. 4-17. [<https://doi.org/10.26522/ssj.v10i1.1407>]
- Rose, Nikolas (2018), *Our Psychiatric Future*, Cambridge, UK, Polity Press.
- Rose, Nikolas (2006), *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*, Nueva Jersey, Princeton University Press.
- Solar, Orielle y Alec Irwin (2006), "Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the commission on social determinants of health", *Health Promotion Journal of Australia*, vol. 17, núm. 3, pp. 180-185. [<https://doi.org/10.1071/he06180>]
- Sakakibara, Eisuke (2023), "Epistemic Injustice in the therapeutic relationship in psychiatry", *Theoretical Medicine and Bioethics*. [<https://doi.org/10.1007/s11017-023-09627-1>]
- Scrutton, Anastasia P. (2017), "Epistemic Injustices and mental illness", en Ian J. Kidd, José Medina y Gaile Pohlhaus (eds.), *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*, Nueva York/Londres, Routledge, pp. 347-355.
- Summerfield, Derek (2012), "Afterword: Against 'global mental health'", *Transcultural Psychiatry*, vol. 49, núms. 3-4, pp. 519-530.
- World Bank (WB) (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, Nueva York, Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO) (2005), *mental health: facing the challenges, building solutions: report from the who european ministerial conference*, Copenhagen, World Health Organization Regional Office For Europe. [<https://apps.who.int/Iris/Handle/10665/326566>]
- World Health Organization (WHO) (2008), *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: Scaling up Care for Mental, Neurological and Substance use Disorders*, París, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2016), *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0*, Italia, World Health Organization.
- Zúñiga-Fajuri, Alejandra (2011), "Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud", *Convergencia*, vol. 18, núm. 55, pp. 191-211.

Adriana Murguía Lores: Licenciada y maestra en sociología, doctora en Filosofía de la Ciencia por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora Titular del Centro de Estudios Sociológicos y tutora del Posgrado en Filosofía de la Ciencia en la misma universidad. Sus líneas de investigación son: estudios sociales de la medicina, epistemología social.

D. R. © Adriana Murguía Lores, Ciudad de México, julio-diciembre, 2023.

Iván Eliab Gómez Aguilar: Profesor Investigador de Tiempo Completo en la Universidad Autónoma Chapingo. Doctor en Filosofía de la ciencia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Integrante del padrón de tutores del posgrado en Filosofía de la Ciencia de la UNAM y del Social Epistemology Review and Reply Collective. Sus líneas de investigación son: epistemología social, injusticia epistémica y filosofía de la salud mental.

D. R. © Iván Eliab Gómez Aguilar, Ciudad de México, julio-diciembre, 2023.