

APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

SILVIA CRISTINA CAICEDO MUÑOZ¹

ANTECEDENTES

Las políticas de salud y el desarrollo del proyecto de la garantía del derecho a la asistencia médica por la vía de la integración o de la coordinación de los servicios aparece como elemento obstaculizador de la participación comunitaria en salud. De hecho, la reforma del Estado por la vía de la descentralización a pesar de mostrarse como consenso entre diversos sectores sociales en lo político, administrativo y fiscal y la proximidad a las decisiones públicas sobre las demandas de la población, no ha logrado el objetivo de rediseñar el gasto público, descongestionar el nivel central y hacer más “eficiente” la asignación de recursos.

Más aún, si se analiza el área de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la estrategia de Promoción de la Salud, las políticas para su control y seguimiento han decaído; aunque ya habían sido identificadas como problemas de salud pública cuando se comenzó a hablar de la “transición epidemiológica y demográfica”(Restrepo, 2002).

Es decir, la política de salud no está articulada al propósito de crear salud, a una nueva concepción de la salud pública *“capaz de superar el reduccionismo de las externalidades, para avanzar hacia la “intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas”, como se afirma en el proyecto de las FESP”*. Pues entender la ello es considerar la cotidianidad de las personas, la construcción social que de ella se hace, determinada por necesidades, condiciones, estilo de vida y por las respuestas sociales organizadas; ya que, enfermar y sanar no son solo procesos biológicos, son fenómenos sociales que resultan de la interacción compleja de la realidad².

Los principios de la política en salud son la “equidad, entendida como de cada cual según su capacidad y a cada cual según su necesidad para efectos de poder dar en la práctica y en la vida real esa equidad, la solidaridad, igualdad de la condición humana”. Luego, una salud pública que reconozca las especificidades del conflicto armado y su impacto en la salud de las personas favorecería estrategias de reorganización de los recursos disponibles y el logro de metas de bienestar, de salud y de superación de las inequidades. Respondería a una integración que trasciende la definición conceptual a lo técnico—científico y lo ético—político, así: atención preventiva, de curación y rehabilitación para la atención a las personas y simultáneamente a los colectivos.

Ahora bien, con la reforma del Estado por la vía de la descentralización política, administrativa y fiscal establece en la agenda pública colombiana el problema de la salud mental como elemento emergente en tanto que, se anuda interdependientemente a los índices de violencia en la comunidad; las dificultades para establecer estrategias de resolución de conflictos, el consenso sobre el tema genera perspectivas conceptuales subjetivas, la salud mental se asume como problema público dados las alteraciones sobre situaciones problema (discapacidad consecuencia de la guerra, o minas

¹Psicóloga. Estudiante de la Maestría en Políticas Públicas y Gestión, Universidad del Valle –Cali. Asistente de Docencia y de Investigación en la Facultad de Ciencias de la Administración. Universidad del Valle.

² La teoría de los bienes también permitía diferenciar lo privado y lo público en materia del financiamiento de los sistemas y establecer una nueva relación entre Estado y mercado. Los servicios básicos, como se entendía la APS en Colombia, podrían estar incluidos dentro del concepto de bien público, junto con los de altas externalidades, esto es, los servicios colectivos de prevención de enfermedades prioritarias y de promoción de la salud. Estos últimos serían los servicios dirigidos a grupos demográficos, con inclusión de la inmunización, la nutrición, el control de la fecundidad, la disminución del consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas, el mejoramiento del entorno familiar y del medio ambiente externo, la lucha contra insectos vectores de enfermedades, y la prevención de VIH/SIDA (BM, 1993: 74).

antipersona, desplazamiento forzado y estrés postraumático); y por el carácter dinámico de la misma, se hace necesaria la intervención.³ No obstante, los escasos referentes desde el Ministerio como el Estudio Nacional de Salud Mental o el Estudio Nacional de Demografía y Salud muestran la necesidad de pensar en calidad de vida, tal como sucedió en la coyuntura de los programas y acciones del Ministerio de Salud durante la administración de los antes militantes del AD-M19, en la Promoción de la Salud, tales como los programas de atención al ambiente, salud básica, municipios saludables, comunicación para la salud y participación social en salud (Colombia MS/OPS, 1992b; OPS/OMS, 1996: 373-377)⁴.

¿LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL: UNA FORMA DE LA POLÍTICA PÚBLICA SOCIAL EN SALUD MENTAL?.

La prestación del servicio en salud, específicamente el referido a la mental, ha sido más evidente a través de la denominada atención psicosocial, lo cual es también un problema público en Colombia. En tanto, la prestación del mismo es una política pública que ha requerido la intervención del Estado con la implementación de la Ley 100 y ahora, con el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

En ese orden de ideas es necesario mencionar que las consecuencias de la violencia en Colombia, no son solo las muertes, heridas y discapacidades físicas, sino también las huellas, marcas psíquicas, quinésicas que quedan en las vidas de los sujetos; es decir, si bien se puede afirmar que la violencia⁵ como conglomerado de eventos traumáticos eleva la morbilidad por trastornos psíquicos, en especial depresión, ansiedad, estrés agudo y estrés postraumático; no se puede caer en determinismos donde aquellos “*problemas emocionales y de conducta humana*” puedan enmarcarse solo como trastornos o psicopatología diagnosticable, sino que deben entenderse como reacciones lógicas ante eventos de gran significación. En tanto, estos fenómenos tienen, ante todo, una dimensión humana y por ende, su enfoque y abordaje tiene que ser amplio e incluyente desde las perspectivas social, psicológica y médica⁶.

Lo cual justifica, en un primer momento, las implicaciones del término atención psicosocial, entendiéndose como “el proceso de acompañamiento personal, familiar y comunitario, que busca restablecer la integridad emocional de las personas, así como de sus redes sociales (...)”⁷ e incluyendo “la atención que se ofrece por personal especializado (psiquiatras o psicólogos), así como la primera ayuda psicológica y otras formas de asistencia o acompañamiento que pueden y deben ser ofrecidas por personal no especializado (trabajadores de Atención Primaria en Salud, voluntarios, maestros, agentes comunitarios, etc.). Es necesario destacar el “apoyo al apoyo”, como la modalidad de trabajo con el personal no especializado de la comunidad al cual se le ofrece información y capacitación, así como apoyo emocional ante sus propias problemáticas. Este personal resulta clave, pues actúa en la primera línea de contacto con la población y se convierte en

³ Valdivieso del Real, Rocío. *Políticas públicas. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales* Universidad Nacional de Educación a Distancia.

⁴ Se aceptaba, entonces, que los servicios financiados con recursos públicos podrían ir más allá de los pobres, a través de una nueva concepción de la salud pública. No sobra insistir: ésta sería entendida como los servicios colectivos orientados a prevenir enfermedades con altas externalidades y promover la salud de las poblaciones. Además, los conceptos de bien privado y bien mixto permitirían que los otros servicios, especialmente los curativos, fueran financiados de manera privada por los individuos y las familias que pudieran pagar (BM, 1993: 8-11).

⁵ En: Violencia y lesiones de causa externa. Plan de Salud Nacional.

⁶ Al reconocer el concepto de atención psicosocial, se posibilita la materialización de la salud mental como problema público, dado que, los desordenes y problemas sociales, el miedo y aflicción, y las enfermedades psíquicas. Connotan en muchos casos el papel del profesional especializado, más que de atención directa es de asesoría y orientación, o en otros casos de transferencia de tecnología.

⁷ Ibid. pp 3.

un agente o promotor psicosocial⁸ en la salud mental como necesidad pública que demanda la población, pues el modelo de atención de la salud actual no da satisfacción a la asistencia y a la atención de las problemáticas sanitarias emergentes de nuestra sociedad actual. Pero no es la única opción eficiente.

Y en segundo momento, las líneas de Política que rigen la salud pública en general, pues en lo referente a las enfermedades crónicas y algunos factores de riesgo asociados con estilos de vida, son prevalentes los trastornos de la salud mental⁹ y del consumo de sustancias psicoactivas¹⁰. Las encuestas periódicas y estudios específicos sobre el tema de violencia intrafamiliar han puesto en evidencia un problema de gran magnitud que suele pasar desapercibido o no es denunciado. La violencia verbal es la modalidad más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar con una tasa nacional de notificación de 184 casos por cada cien mil habitantes, son mayores contra las mujeres entre 10 y 25 años. El 30% de los 200 mil casos de lesiones por causa externa que se registran en el Instituto de Medicina Legal cada año, corresponden a lesiones por violencia intrafamiliar (INML/ENDS).

De hecho, si se revisan los propósitos del plan nacional de salud pública, hay ausencia de un modelo sanitarista integral¹¹, en relación a mejorar el estado de salud de la población Colombiana, evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana. Es solo hasta el 2007 cuando se reconoce que el fallo de la intervención del Estado en la prestación del servicios en salud requiere reestructurar las responsabilidades de la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

Siendo esto una muestra de intervención para el control de limitaciones a las empresas privadas, pues se fijó el servicio, pero incrementaron las acciones de tutela para reivindicar derechos de los ciudadanos, la morbilidad no ha disminuido y, la inequidad y la universalidad de la cobertura del servicio no han dado los resultados más óptimos en la eficiencia de la económica mixta que caracteriza el sistema de salud en general. En otras palabras, no resulta extraño que al interior del Plan Nacional en Salud se presente un capítulo exclusivo sobre los principios orientadores de universalidad, equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y

⁸ Organización Pan Americana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa de Emergencias y Desastres. *Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia*. Resultado de una experiencia de Cooperación OPS/ECHO/ONGs. Santa Fe de Bogotá – Colombia. Julio 2001.

⁹ “De acuerdo con el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, al menos un 40,1% de la población Colombiana ha padecido alguna vez en su vida de algún trastorno mental y la prevalencia anual es del 16,0%, siendo los trastornos de ansiedad y los relacionados con el estado de ánimo, las más frecuentes entre las mujeres y los trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas más prevalentes en los hombres.

¹⁰ En cuanto al abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, este mismo estudio muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias psicoactivas en mayores de 18 años es del 10,6%, siendo el abuso de alcohol el principal problema con una prevalencia de vida de 6,7%, lo que indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. Por otra parte, una de cada 100 personas abusa de sustancias ilegales y una de cada 200 tiene dependencia de éstas; siendo las drogas de mayor prevalencia de vida la marihuana en un 11,1%, seguida de la cocaína en 3,7% y los tranquilizantes en 2,6%

¹¹ Al respecto, el Plan Nacional de Salud pública en su intento por corregir el fallo del mercado por el óptimo de Pareto, acentúa que las prioridades nacionales en salud son: a) La salud infantil; b) La salud sexual y reproductiva; c) La salud oral; d) La salud mental y las lesiones violentas evitables; e) Las enfermedades transmisibles y las zoonosis; f) Las enfermedades crónicas no transmisibles; g) La nutrición; h) La seguridad sanitaria y del ambiente; i) La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral; j) La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

étnica, Participación social, Intersectorialidad.

No obstante, actualmente la eficiencia que buscó el Estado con la prestación de servicios en salud por el sector privado deriva en reconocer el papel económico del Estado y en comprobar que los mercados privados pueden no generar unos resultados eficientes y como puede responder el Estado a estos fallos del mercado. Es aquí donde es cuestionable nuevamente el servicio de salud mental, dado que, las intervenciones quedan en mi opinión fragmentadas o son deslegitimadas de los procesos políticos como sucede como el programa “Psicólogos en las Escuelas”. El cual posibilitaba el acceso de la población escolarizada en lo público a servicios de prevención primaria tal como se señala al inicio de este texto.

Más aún, desde la perspectiva de la economía del Bienestar, el Estado al tener Co-responsabilidad en la toma de decisiones que inciden en los beneficios de la población colombiana y al ser representado por la entidad territorial parecen dar prioridad a la ineficiencia en la asignación de Recursos para la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan de salud pública, cuando no dan continuidad a programas constitutivos de Política social a la población vulnerable. Así:

“La promoción de la salud y la calidad de vida: constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva”.

Aunque la financiación de Recursos para las acciones de promoción de la salud y de la calidad de vida favorecerían la construcción de espacios que promuevan la actividad física, la movilización social para el desarrollo de habilidades benéficas a la salud y la promoción de estilos de vida saludable, el fomento y evaluación de políticas públicas saludables, el fomento de la participación social y la reorientación de los servicios hacia las acciones de promoción y prevención; puede ser con los recursos del Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones – SGP, los recursos propios de las entidades territoriales para las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, con los recursos destinados a la prestación de servicios de la unidad de pago por capitación - UPC de cada régimen (contributivo o no) y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud – EPS del régimen contributivo, por afiliado compensado para acciones de promoción y prevención.

Ahora bien, el Plan Nacional de Salud Pública responde a políticas multilaterales al recoger compromisos adquiridos en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos. En él se reconoce que en la definición de políticas y la planificación en salud pública es la convergencia de procesos técnicos y políticos, así como la existencia de diferentes modelos metodológicos para hacerlo, sea el caso, del modelo mixto en el cual se retoma elementos del modelo racionalista (utilizado en las décadas del 60 y 70, sugiere seguir estrictamente etapas cronológicas y propone una práctica que no responde a solucionar situaciones complejas y de alternativas diversas que se requieren en el análisis) pero reduce las posibles alternativas a partir de criterios de priorización (valores del sistema, de los grupos de interés y del contexto) que permiten seleccionar áreas de acción, desde un modelo incrementalista

que otorga peso a la naturaleza política de la planificación y plantea que solo es posible realizar pequeños cambios para alcanzar los objetivos propuestos, los cuales dependen del contexto.

Así, en el Capítulo IV denominado “situación de salud” se señala que el análisis de la situación de salud del que parte el Plan Nacional de Salud Pública, es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de análisis y permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes:

“incluye la aproximación sucesiva a la realidad por medio de la caracterización epidemiológica de los problemas prioritarios de salud de cada subgrupo poblacional y los factores asociados a la ocurrencia de dichos problemas, y el reconocimiento de las desigualdades en términos de sexo, edad, raza, factores genéticos, distribución geográfica, acceso y uso de servicios de salud y factores de inclusión o exclusión social, para dar cuenta de las inequidades”.

En cifras, lo anterior se traduce en las encuestas de calidad de vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, y en las categorías de: salud, enfermedades, trastornos o lesiones, disfunciones o discapacidades, con las cuales se afirman:

“(…) que la situación de salud de la población Colombiana plantea grandes problemas característicamente asociados a la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes; así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles, aunada a un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las características socioeconómicas de países en desarrollo en donde confluyen condiciones de salud de extrema pobreza con riesgos asociados a la industrialización y globalización, a los procesos de urbanización y distribución espacial de la población; con impactos generados por los cambios en hábitos de consumo y comportamiento, los cambios en los sistemas de salud y educación, los cambios en la estructura social y económica, y la situación de conflicto armado registrados en las últimas décadas”

Metodológicamente la política pública en salud descrita en el Plan Nacional de Salud Pública conserva como lineamiento, según el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población residente en el territorio Colombiano; por medio de la articulación de tres tipologías: a) poblacional: refiriendo las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad; b) determinantes: entendidos como un conjunto de factores que inciden de forma directa en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. Planteando que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud. Este abordaje pretende intervenir aquellos factores de riesgo que sean modificables; c) gestión social del riesgo: el cual se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.

Para finalizar como propuesta de solución considero necesario vincular los temas del sector salud con los temas de otros sectores y con la política económica y social, fomentando estrategias de

atención primaria en los individuos y las comunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social que faciliten el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

De tal manera que, se favorezca un proceso de autoconsciencia colectiva sobre la calidad de vida, desde la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones; siendo esta percepción una alusión al principio general de la soberanía del consumidor. Tal como lo señala el Plan que aún no se ha puesto en marcha:

“Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integra las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud (...) Mediante estas acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos”¹².

Por consiguiente, constituyendo un mecanismo de mercado descentralizado en cuanto a la toma de decisión que tenga paralelamente una estrategia de veeduría ciudadana y de participación, adjunto a programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para intervención primaria (La prevención de los riesgos) de cada unos de los responsables del funcionamiento del sistema ARP, EPS, IPS, Entidades territoriales, la nación y hasta el Sistema de Bienestar Familiar.

Retomando al Plan Nacional de Salud Pública sería fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias: “La gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario”

Con programas de atención primaria se desarrollarían procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, aplicación y apropiación del conocimiento, una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa para lograr una transformación positiva de la realidad y tendría como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

LA POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL ACTUAL

La política pública de salud mental para Colombia descrita en el 2005 señala un conjunto de acciones intersectoriales, que incluye objetivos, principios y recomendaciones para su “adecuada” incorporación al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS evidenciando los hallazgos del *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003*, es decir, derivó en el reconocimiento de analizar los costos de eventos prioritarios en salud mental (trastornos del estado de ánimo, la depresión unipolar y los trastornos de ansiedad -el ataque de pánico-); dado que su fin es reducir la carga que representan los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar las capacidades del Estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática, dentro del contexto del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹² Capítulo III. Líneas de política.

Ahora bien, las recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el sistema de seguridad social en salud, se entienden, desde el modelo del Pluralismo Estructurado (Álvarez, 2000; Londoño, 1997), tal como se señala en *Los Lineamientos de política de salud*, y configura funciones en el sistema de salud, correspondientes con la forma en que el Estado gestiona:

a) Modulación: establece, implanta y monitorea las reglas de juego para el sistema de salud, así como imprime en el mismo una dirección estratégica, por lo tanto: **a)** se maneja la asignación de recursos, analiza y redefine el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud- POS, Plan de Atención Básica- PAB, y las acciones individuales del POS en el tema de salud mental; **b)** Inclusión de la atención en el primer nivel de atención, incluyendo disponibilidad y entrenamiento de profesionales en detección y tratamiento; **c)** Fortalece el primer nivel de atención en el área de la salud mental y de prevención de la enfermedad mental, desmontando gradualmente los grandes hospitales psiquiátricos; **d)** Iguala el POS-Contributivo y POS-Subsidiado en lo concerniente a salud mental; **e)** Mejora acceso y cobertura a medicamentos esenciales incluidos en el POS para la población “no vinculada”, hace preciso montar subsidios; **f)** Ajustados los paquetes de beneficios y equilibrio entre los dos regímenes de afiliación, se sugiere realizar evaluaciones periódicas; y **g)** Asignación de recursos para enfermedades de alto costo como la esquizofrenia.

b) Acción intersectorial: **a)** Define competencias y líneas de coordinación entre entidades adscritas y vinculadas al Ministerio de la Protección; **b)** Define la agenda de investigación para la política de salud mental.

No obstante, la situación de salud al considerarse desde el Ministerio de la Protección Social (2005) como un proceso analítico-sintético con diversa tipología y que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como los factores asociados y sus determinantes, da relevancia a la asociación entre la situación de salud de la población colombiana y la transición demográfica propia de una sociedad en proceso de modernización con tasas de mortalidad, natalidad y crecimiento decrecientes, así como las características propias de la transición epidemiológica con una progresiva reducción de las enfermedades transmisibles. Así como, sustenta la formulación y aprobación del Plan de Salud Mental Territorial por parte de las direcciones territoriales de salud, representado en intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el plan obligatorio de salud – POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales, sin desligarse de los propósitos del Plan nacional de salud pública (Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.; evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica; y, disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana).

Por tanto, el Ministerio de la Protección Social previa consulta a expertos y concertación con los actores del sector salud, formula el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, cuyo propósito es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud pública, en especial las conferidas por el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política y los artículos 154 de la Ley 100 de 1993, 42 de la Ley 715 de 2001 y 33 de la Ley 1122 de 2007. Ya que, generalmente se busca proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren la condiciones de salud de la población, asimismo, que las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, sean coherentes con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores y, se deleguen responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial. Luego, aquellos diferenciales en la situación de

salud que dependen de la variación en el grado de desarrollo regional y local, se destacan de los diferenciales de grupos poblacionales que comparten por condiciones étnicas, culturales o sociales mayores vulnerabilidades que las observadas en la población general.

Ahora bien, los lineamientos de política de salud mental para Colombia esgrimen la materialización de una política desde la estructura de institucional Colombiana, la cultura (inclusión social), la legislación y el análisis de costos; basándose en la identificación de principios de política y propósitos en salud mental, en la construcción de líneas de acción (organización y provisión de servicios, inclusión Social, recursos humanos, vigilancia de eventos y servicios, investigación en asuntos prioritarios de salud mental y recomendaciones para la adecuada incorporación de la salud mental en el sistema de seguridad social en salud).¹³

En primer lugar, el concepto de capital humano reconoce las consecuencias de la diversidad de economías en la pluralidad educativa y de habilidades, por ende, en los niveles de trabajo; lo cual hace concluir que la producción de una economía se produce al sumar capital físico más el trabajo capacitado. Solo cuando los individuos logran acumular capital humano al dedicar tiempo al aprendizaje de nuevas habilidades (conocimiento), en vez de trabajar. Pero esto no se da en la sociedad colombiana, los profesionales de la salud no tienen designación de tiempo, financiado, para dedicarse a acumular habilidades y así contribuir al crecimiento del progreso tecnológico. No siendo suficiente que se designe la participación de servidores públicos del Ministerio de la Protección Social y de los servicios de salud, así como expertos del sector académico e investigadores del país; la promoción de investigaciones orientadas a comprender la problemática de la salud mental desde una perspectiva articuladora del momento con los procesos históricos, que le permitieron su configuración, es necesaria.¹⁴

Aún cuando en las *Líneas de acción*, se estipule normativamente *la Organización de Servicios de Salud Mental* con la prestación de servicios desde la estructura organizacional, producción de servicios resultado de la relación entre insumos y estructura organizacional y, un producto o resultado correspondiente a cambios positivos en la salud de la población (Londoño, 1997); y se describa que en el tema de los *Recursos Humanos* la producción de servicios de salud implica una relación directa entre los usuarios y el personal de salud. No se puede seguir desconociendo que la provisión de servicios de salud mental, es un fenómeno complejo de interacción de variables individuales, sociales y ambientales, que exigen modelos integrales de atención orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales; no por el contrario solo la estabilización del gasto a través de la reducción de los funcionarios o la delegación de funciones estatales a privados.

Es más, si la provisión de servicios de salud mental en el contexto de sistema de salud de Colombia, propone tres tipos de abordajes dirigidos a la población en general (Promoción de la salud y prevención primaria en salud mental), poblaciones en condiciones de vulnerabilidad psicosocial (Intervenciones específicas de prevención de factores de riesgo) y población con trastornos mentales (Detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), es de vital importancia considerar el capital humano con el que se cuenta, el que se necesita y el que se puede llegar a tener, evaluando tendencias de la enfermedad mental, aspecto que también es deficitario en la actualidad; pues los estudios a la fecha solo responde a la necesidad de adherirse a las exigencias o estándares mundiales que los países deben cumplir, desconociendo o excluyendo, si se quiere, la multiculturalidad, contradictoriamente no favoreciendo la existencia del estigma al que se enfrentan las personas con

¹³ Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. Editorial: Gráficas Ltda., Cali. Diciembre de 2005. pp. 6, 31 pps.

¹⁴ Urrego Mendoza, Zulma (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Revista colombiana de psiquiatría. Asociación colombiana de psiquiatría. Bogotá. vol. XXXVI, número 002, ISSN (versión impresa 0034-7450. Colombia); pg. 307, 13 pgs.

una enfermedad mental y sus familias, es un obstáculo para el temprano y adecuado tratamiento.

Por ejemplo, la investigación en asuntos prioritarios de salud mental¹⁵ debería facilitar sobrepasar los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental (Colombia 2003), y el análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental (trastornos del estado de ánimo, la depresión unipolar y los trastornos de ansiedad -el ataque de pánico-), para analizar la relevancia o no de la discapacidad-enfermedad-violencia. Dicho en otras palabras, al relacionarse la Salud mental con emociones, pensamientos y comportamientos, los pequeños problemas de salud mental pueden afectar la cotidianidad familiar y comunitaria, tal como quisieran o como se espera.

Ahora bien, como se supone que los ingresos crecen en el tiempo, entonces se podría suponer el alcance del desarrollo del sistema, entendido como: a) Asignación de recursos, al analizar y redefinir el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud-POS, Plan de Atención Básica- PAB, y las acciones individuales del POS en el tema de salud mental; b) Inclusión de la atención en el primer nivel de atención, incluyendo disponibilidad y entrenamiento de profesionales en detección y tratamiento; c) Fortalecer el primer nivel de atención en el área de la salud mental y de prevención de la enfermedad mental, desmontando gradualmente los grandes hospitales psiquiátricos; d) Igualar el POS-Contributivo y POS-Subsidiado en lo concerniente a salud mental; e) Mejorar acceso y cobertura a medicamentos esenciales incluidos en el POS para la población “no vinculada”, hace preciso montar subsidios; f) Ajustados los paquetes de beneficios y equilibrio entre los dos regímenes de afiliación, se sugiere realizar evaluaciones periódicas; y g) Asignación de recursos para enfermedades de alto costo como la esquizofrenia.

Sin embargo, las bajas tasas de inversión, los bajos niveles de logros educativos y bajos niveles de tecnología en Colombia, repercute en acumulación de habilidades y está relacionada en forma íntima con las políticas e instituciones gubernamentales. Y los *Propósitos de una política en salud mental como:* a) Promover la salud mental de la población colombiana; b) Prevenir el impacto negativo de los problemas psicosociales sobre los individuos, familias y comunidades colombianas; y c) Reducir el impacto negativo de los trastornos mentales sobre los individuos, familias y comunidades. Con sus respectivas *Líneas de acción:*

1. Organización de Servicios de Salud Mental. La prestación de servicios comprende tres aspectos: estructura organizacional, producción de servicios resultado de la relación entre insumos y estructura organizacional y, un producto o resultado correspondiente a cambios positivos en la salud de la población (Londoño, 1997).

2. Provisión de Servicios de Salud Mental. En un fenómeno complejo determinado por la interacción de variables individuales, sociales y ambientales, se exigen modelos integrales de atención orientados a la protección de la salud mental, la promoción de la salud, la prevención de factores de riesgo y la atención adecuada de los trastornos mentales. Para la provisión de servicios de salud mental en el contexto de sistema de salud de Colombia, se proponen tres tipos de abordajes dirigidos a la población en general (Promoción de la salud y prevención primaria en salud mental), poblaciones en condiciones de vulnerabilidad psicosocial (Intervenciones específicas de prevención de factores de riesgo) y población con trastornos mentales (Detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

4. Inclusión Social. El estigma al que se enfrentan las personas con una enfermedad mental y sus familias, es un obstáculo para el temprano y adecuado tratamiento.

¹⁵ Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. Gráficas Ltda., Cali. Lugar de edición: Editado por el Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social / 2005. Diciembre de 2005. Número de páginas: pg. 6, 31 pgs. <http://minsocial.gov.co>

5. Recursos Humanos. La producción de servicios de salud implica una relación directa entre los usuarios y el personal de salud.

6. Vigilancia de Eventos y Servicios en Salud Mental. Con excepción de la información provista por las encuestas periódicas, no se dispone de información rutinaria que oriente la toma de decisiones en salud mental, pese a la existencia de fuentes primarias como los registros de atención médica. El desarrollo e implementación de modelos de vigilancia en salud mental incorporado al sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA, plenamente justificada por la magnitud del problema en Colombia y la necesidad de disponer de sistemas de monitoreo en la aplicación de una política nacional.

7. Investigación en Asuntos Prioritarios de Salud Mental.

Hacen cuestionar qué se intenta en la política de salud mental con los costos de atención de eventos prioritarios de salud mental, ya que, se calculan costos totales por evento tipo (depresión unipolar: trastorno del afecto y ataque de pánico: trastorno de ansiedad) y severidad de la atención de primera elección y las intensidades de uso de recursos consumidos (salarios, infraestructura, medicamentos y exámenes de laboratorio), según los precios en el mercado y teniendo en cuenta el efecto de las variaciones factibles de la atención en aquellos rubros con un alto peso en el costo total de la atención, tratando de permanecer en el análisis de sensibilidad, donde se adicionan o suprimen recursos del proceso de atención, considerados factibles de cambio y con peso económico importante, sin afectar la efectividad y se obtienen escenarios para observar el nivel el aumento o reducción del costo.

De otro lado, resulta claro que la búsqueda de los objetivos de universalidad, solidaridad y eficiencia, pregonada por quienes concibieron e impusieron la reforma de la salud y seguridad social, no ha hecho más que acentuar las desigualdades en cuanto al acceso al servicio social básico. Ello se debe precisamente a que con la introducción de los criterios de productividad, rentabilidad y costo-eficiencia, que rigen la actividad del sector privado, no puede resolverse el acceso a los servicios sociales básicos de la población. Por eso, ni las políticas sociales ni las reformas a la salud y la seguridad social pueden divorciarse del modelo de desarrollo vigente.

En suma, la estructura que he denominado soporte de la política de salud mental en Colombia responde a una distorsión del modelo de crecimiento neoclásico, si bien aparece descrita, la realidad evidencia otra situación; pues tiene bajas tasas de inversión en capital físico, no se favorece la acumulación de habilidades y el nivel tecnológico es bajo, los logros educativos no compensan el servicio o la cobertura¹⁶. Asimismo, los Principios de política en salud mental, esenciales de Seguridad Social y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, propuestos en la Ley 100 de 1993, son: eficiencia, universalidad, solidaridad, unidad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad. Para el abordaje de la salud mental, los siguientes: **a)** Continuidad (servicios regulares y temporalizados); **b)** Integración funcional (trabajo concertado interinstitucional e intersectorial de la salud); **c)** Respeto por las diferencias (por las diferencias étnicas, culturales, sexuales, de género, generacional, político y religioso); **d)** Promoción y protección de los derechos humanos (marco normativo buscando evitar estigma y discriminación); **e)** Participación de los pacientes, las familias y las comunidades (involucrar la red de apoyo y rol del cuidador). Pero al hacer un análisis general de la enfermedad mental, la relación entre los profesionales de la salud, las organizaciones que prestan el servicio y los usuarios soportan la importancia de analizar el modo como el capital humano y la institucionalidad median y, posiblemente aportan a la viabilización de una política pública social en salud mental. De la misma manera que la relación social-enfermedad mental puede ser transformada a través de los conceptos de capital social e institucionalidad, tanto por los valores, intereses y estándares para vivir surgidos

¹⁶ Consuelo Ahumada. Política social y reforma de salud en Colombia 2006. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Área de salud y sociedad. Medellín 2006

en la construcción conceptual de enfermedad entre los usuarios, los profesionales de la salud y administrativos de las organizaciones prestadoras de servicios en salud, como por el modo de comprensión y asunción de la enfermedad en las redes sociales circulantes al sujeto enfermo.

Pues en perspectiva de la economía institucional, los tropos culturales son ejes centrales en la construcción y redefinición de la enfermedad mental. Por un lado, la estructura de servicios en salud determinan que la psicología o psiquiatría corresponde al nivel II y II de atención, su derivación a tal servicio es baja y limitada en el acceso; y por el otro, los profesionales de la salud y administrativos asumen una realidad desde el dispositivo de salubridad con preceptos biologicistas para comprender a partir de principios ideológicos como: “bienestar psíquico y corporal”, o desde la *ayuda* que se ofrece con la prestación de servicios. Aún, en la institucionalidad se señalaría que las relaciones entre usuarios, profesionales de la salud y administrativos constituyen simbólicamente un acuerdo, la salud; pero emerge la dicotomía de la enfermedad en la eficacia y eficiencia del servicios, de la misma manera que se constituye como un criterio cuestionador al supuesto acuerdo abstracto sobre el tratamiento de el enfermedad o mejor, el bienestar. Dando por supuesto que a su vez, expone una ideología de consumo en el campo de la salud en Colombia donde los medicamentos son los elementos más visibles y están ligados a la legitimación del poder desde procesos de dominación simbólica que ejercen las organizaciones privadas sobre los sujetos.

Dicho de otra manera, el capital social pone de manifiesto las deficiencias en el cumplimiento de su función mediadora y, una contradicción de la institucionalidad soporta la exclusión de lo comunitario. Esto es una muestra de la deformación de la perspectiva sinérgica (Woolcock y Deepa; 12), el apoyo entre actores públicos y privados es deficitaria, la complementariedad entre la comunidad, entiéndase redes de apoyo, y la disposición estatal para subsanar tales desencuentros en la concepción de enfermedad y salud mental, así como en su abordaje comunitario, si quiera en el ámbito garantista de derechos. Más aún, cuando la enfermedad mental en la población colombiana puede describirse como un cuestionamiento a la tradición clínica dicotómica de *lo médico y lo psíquico*.

Más aún, si se revisa la línea de política número 5 que refiere a la Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, en el cual se enmarca la política pública de salud mental es factible mencionar que la gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública, busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias. Es decir, la gestión es el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, responsabilidades y funciones en salud pública de los actores en el ámbito nacional, territorial e institucional, público, privado y comunitario.

Lo cual facilita afirmar que, al menos como prescripción normativa del Estado hacia los entes territoriales, esta línea de política permite promover el liderazgo de las entidades territoriales de salud y los demás actores institucionales para fortalecer la capacidad de la autoridad de salud territorial en el desempeño de las competencias de salud, permite generar escenarios para apoyar el ejercicio de rectoría y gobernabilidad del sector, para mejorar la capacidad de coordinación, regulación, planificación, conducción, vigilancia, evaluación y comunicación de los riesgos en salud y de los resultados y efectos de las políticas de promoción de la salud y la calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación de la salud.

Y mediante acciones de gestión se identifican las necesidades locales y se articulan las respuestas en los espacios cotidianos donde transcurre la vida de las personas, con el fin de promover el ejercicio del poder por parte de los sujetos para transformar las prácticas de vida y potenciar el desarrollo de autonomía que conduzca al mejoramiento de la calidad de vida y el ejercicio pleno de los derechos.

Puesto que la gestión integral se apoya en un conjunto de procesos, estrategias, procedimientos, intervenciones, actividades, herramientas, instrumentos, capacidades y habilidades gerenciales, técnicas, operativas, logísticas, de información y comunicación enmarcadas en los principios de calidad. Articula procesos de planeación, seguimiento y evaluación de las competencias de salud pública individuales y colectivas y los mecanismos de control de la gestión con calidad, y el seguimiento para el logro de las metas definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. Además, fomenta la comunicación en salud, como estrategia que permite corregir las asimetrías en el manejo social del riesgo, generar redes de protección social, lograr equidad y aumentar la calidad de vida en la población Colombiana.

En cuanto a la financiación, tanto el plan nacional de salud pública, como el plan de salud mental para entes territoriales, concurren en recursos de múltiples orígenes, tanto de carácter fiscal y parafiscal como recursos de crédito, en todos los niveles de administración del Estado, destinados de tal forma que los recursos disponibles en el sector salud financien estrategias de promoción de la salud tales como, las de información, educación y movilización social para el desarrollo de habilidades favorables a la salud y la promoción de estilos de vida saludable, el fomento y evaluación de políticas públicas saludables, el fomento de la participación social y la reorientación de los servicios hacia las acciones de promoción y prevención. Y en tal sentido, las acciones de promoción de la salud competen a todos los actores del sector de la salud y a sus fuentes de financiación: Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos que se destinen de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para el desarrollo de programas nacionales de promoción y prevención; los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones - SGP y los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación de las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

Al ser la salud mental un objetivo de las prioridades nacionales en salud para el periodo 2007–2010, se estipula como meta nacional: Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006). Lo que supone las siguientes estrategias para mejorar la salud mental:

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de las políticas y planes de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- b. Promover el desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario, orientadas a mejorar las competencias de los individuos, las familias y la comunidad en la promoción de la salud mental y la prevención y control de la violencia intrafamiliar.
- c. Apoyar las iniciativas actuales para la salud mental y reducción de sustancias psicoactivas otros actores locales, la construcción conjunta de nuevas propuestas, buscando sinergias y sincronías junto a las entidades promotoras de salud - EPS, Ministerio de Educación, Ministerio del Interior y Justicia, Ministerio de Cultura y Deporte, secretarías de desarrollo social, personerías, organizaciones internacionales y organizaciones de base comunitaria.
- d. Formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios conformados por actores institucionales (juez, inspector de policía, personero, docentes, policía, promotoras de salud, personal de salud, etc.) y comunitarios (líderes, madres comunitarias, pastoral social etc.) y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de

la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.

- e. Desarrollar estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con patología mental controlada.
- f. Promover capacidades en empresas y centros educativos para la detección de síntomas de trastornos mentales y reorientación a los servicios de atención.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud

- a. Incorporación del componente de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas en otros programas sociales y de salud pública relevantes tales como: Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI, familias en acción, comedores comunitarios, programas de crecimiento y desarrollo, escuelas de familia y escuelas saludables, programas para desplazados.
- b. Promover la conformación de una red comunitaria en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezca el tratamiento integral en salud mental, participación de la familia y grupos de autoayuda.
- c. Diseñar e implementar un modelo de atención primaria en salud mental.
- d. Ampliar el espectro de intervención de riesgo - población en salud mental para diagnóstico, tratamiento oportuno en trastornos de niños, adolescentes y de la demencia y la enfermedad de Alzheimer.
- e. Garantizar el acceso a diagnóstico temprano y tratamiento, y al suministro de medicamentos.

Línea de política número 4. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento

- a. Fortalecimiento de la vigilancia de los eventos más prevalentes en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencia, así como actualización de los diagnósticos departamentales.
- b. Promover actividades de capacitación en salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas, a los referentes institucionales de los niveles departamental y municipal, a los gestores locales de salud mental y a los grupos comunitarios.
- c. Realizar estudios de costo efectividad e impacto en la unidad de pago por capitación de las intervenciones prioritarias en salud mental.

En suma, si bien es cierto que a partir del año 2003 con el estudio nacional de salud mental, y en consideración al estudio mundial de salud llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, el Estado colombiano ha intentado definir el problema de la salud mental y su reconocimiento como tal en la salud pública, aún, no se han materializado totalmente en beneficio de la población colombiana lo descrito en los lineamientos de política de salud mental (2005). Si por política pública puede entenderse, como lo señala Vargas el *“conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables”*, entonces supone tomas de posición que involucra una o varias instituciones estatales, principios políticos en salud como la equidad, la solidaridad y igualdad de la condición humana, de la misma forma que el reconocimiento del contexto social colombiano (especificidades del conflicto armado). Sin embargo, el impacto en la salud de las personas, la reorganización de los recursos disponibles y el logro de metas de bienestar, de salud y

de superación de las inequidades no responden actualmente a una atención integral (atención preventiva, intervención y rehabilitación tanto individual como colectiva) desde lo conceptual, lo técnico—científico y lo ético—político, en salud mental.

Por el contrario, la política de salud mental aun en su intención de articularse al propósito de crear salud mental, expone dificultades para superar el reduccionismo de las externalidades económicas¹⁷ en la intervención colectiva, y centrarse en la cotidianidad, la construcción social que de ella se hace, determinada por necesidades, condiciones, estilo de vida y por las respuestas sociales organizadas; pues, enfermar y sanar no son solo procesos biológicos, son fenómenos sociales resultado de la interacción compleja de la realidad.

Más aún, la política de salud mental durante el período del gobierno departamental de Angelino Garzón 2004-2007, se articula con dificultad al desarrollo del proyecto de la garantía del derecho a la asistencia médica por la vía de la integración o de la coordinación de los servicios; pues la reforma del Estado por la vía de la descentralización a pesar de mostrarse como consenso entre diversos sectores sociales en lo político, administrativo y fiscal y la proximidad a las decisiones públicas sobre las demandas de la población, no ha logra el objetivo de rediseñar el gasto público, descongestionar el nivel central y hacer más “eficiente” la asignación de recursos a la salud pública, por ende, con menor posibilidad a la salud mental.

Adicionalmente, la descentralización administrativa y la privatización con la Ley 100 de 1993, configura la aplicación de una política social que se necesita analizar tanto en la atención, entendida como cobertura, como en la demanda, y así determinar la satisfacción del bienestar psicológico y su coherencia con el contexto socio-cultural colombiano. Dado que, con la reforma del Estado la descentralización política, administrativa y fiscal, si bien, establece en la agenda pública colombiana el problema de la salud mental como elemento emergente en tanto que, se anuda interdependientemente a los índices de violencia en la comunidad; las dificultades para establecer estrategias de resolución de conflictos, el consenso sobre el tema genera perspectivas conceptuales subjetivas; la salud mental no se asume como problema público dados las alteraciones sobre situaciones problema (discapacidad consecuencia de la guerra, o minas antipersona, desplazamiento forzado y estrés postraumático) y el carácter dinámico que requiere intervención. En últimas, queda en cuestionamiento el modelo del programa de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, por la instauración dicotomía de cuerpo-mente, las insuficiencias del sistema de salubridad pública, el desconocimiento/exclusión de otros saberes que explican la relación reciproca o la continuidad de la psiquis(mente) y el cuerpo en la emergencia y permanencia de la enfermedad.

Por consiguiente, la política pública en salud mental no es garante de derechos si la caracterización de la problemática en salud mental en Colombia es solo a través de los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, específicamente los trastornos de la vida adulta, de ansiedad, los afectivos y por uso de sustancias psicoactivas; necesita ampliar su espectro, por ejemplo a la priorización de la reducción del impacto en salud de la violencia y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Tal como lo menciona la Organización Panamericana de la salud al señalar que la nueva salud pública debía resolver esta diversidad a favor de una estrategia regional de universalización de la salud, de equidad en la oferta y en el acceso a los servicios de salud, en particular, de la garantía de los servicios esenciales en este campo entendidos como

¹⁷ La teoría de los bienes también permitía diferenciar lo privado y lo público en materia del financiamiento de los sistemas y establecer una nueva relación entre Estado y mercado. Los servicios básicos, como se entendía la APS en Colombia, podrían estar incluidos dentro del concepto de bien público, junto con los de altas externalidades, esto es, los servicios colectivos de prevención de enfermedades prioritarias y de promoción de la salud. Estos últimos serían los servicios dirigidos a grupos demográficos, con inclusión de la inmunización, la nutrición, el control de la fecundidad, la disminución del consumo de tabaco y de otras sustancias adictivas, el mejoramiento del entorno familiar y del medio ambiente externo, la lucha contra insectos vectores de enfermedades, y la prevención de VIH/SIDA (BM, 1993: 74).

derecho fundamental(OPS, 1992a: 270-272).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woolcock, Michael; Deepa, Nayaran. Capital social: implicaciones para la teoría, la investigación y las políticas sobre el desarrollo, 24 pp.
2. Organizaciones, aprendizaje y cambio. En: Cambio institucional. Cap. IX. pp. 99, 20 pp.
3. Bardhan, Pranab. Conflictos distributivos, acción colectiva y economía institucional. En: Fronteras de la economía del desarrollo. Pp. 264. 12 pp.
4. Naím, Moisés. Las instituciones, el eslabón perdido de las reformas económicas. En: Aspectos institucionales del crecimiento. Capítulo 5. pp. 481. 28 pp.
5. Hoff, Karla; Stiglitz, Joseph. La teoría económica moderna y el desarrollo. En: Fronteras de la economía del desarrollo. Pp. 390. 50 pp.
6. Caicedo, Silvia C; Dávila, Andrés M (2006). La enfermedad psicosomática como forma y modo de lo urbano en el contexto del Distrito de Aguablanca. Trabajo de grado para optar al título de psicólogo. Universidad de San Buenaventura. Cali. Facultad de Psicología. Pp 151. 323 pp.
7. Urrego Mendoza, Zulma (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Revista colombiana de psiquiatría. Asociación colombiana de psiquiatría. Bogotá. vol. XXXVI, número 002, ISSN (versión impresa 0034-7450. Colombia); pg. 307, 13 pgs.
8. Decreto No. 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social.
9. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social. Gráficas Ltda., Cali.. Diciembre de 2005. pg. 6, 31 pgs. Acceso a: <http://minsocial.gov.co>.
10. Ahumada, Consuelo (2006). Política social y reforma de salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Área de salud y sociedad. Medellín.
11. Galindo, Miguel Ángel; Malgesini, Graciela. Capítulo 1. Modelos Neoclásicos Unisectoriales. En: Crecimiento económico principales teorías desde Keynes.
12. Freeman, Christopher (2004). Sistemas de innovación y crecimiento continental, nacional y subnacional. Interrelación y crecimiento económico. En: Revista Economías. No. 56, 2.0 Cuatrimestral.
13. *Organización Pan Americana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa de Emergencias y Desastres. Lineamientos básicos para la atención psicosocial a poblaciones desplazadas como consecuencia del conflicto en Colombia. Resultado de una experiencia de Cooperación OPS/ECHO/ONGs. Santa Fe de Bogotá – Colombia. Julio 2001.*
14. La organización panamericana de la salud y el estado colombiano. Cien años de historia, 1902 - 2002. Eduardo Alvarez Peralta. Representante OPS/OMS en Colombia. Hernández A, Mario; Obregón T, Diana. Universidad Nacional de Colombia: OPS/OMS/Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2002. 400 pp