

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA¹ C.I.D.S.

*Desarrollo e implementación de Políticas Públicas
de Salud Mental y Población en Situación de
Desplazamiento Forzado. Construcción y desafíos*

¹ Médico Psiquiatra Epidemiólogo, Doctorante de Sociología Jurídica e Instituciones Políticas U.E.C., Docente Investigador del Área de Salud y Sociedad del Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Miembro del Sub-comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, ACP.

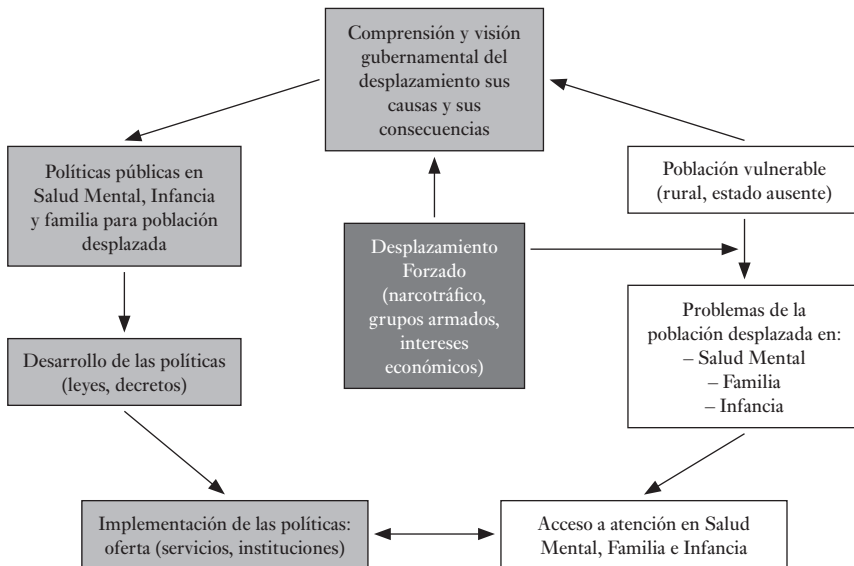
Resumen. Dando continuidad al proyecto de la Cátedra UNESCO, este artículo aborda y hace énfasis en el desarrollo de políticas públicas en salud mental para la PSD. En particular se establecen algunas de las dificultades que se han dado en el campo de la salud mental y su intervención y que se han hecho explícitas en la Mesa Nacional de Psicosocial (Ministerio de Protección Social). Por otro lado, se analiza el desarrollo actual de la Política Nacional del campo de la Salud mental, preguntando a sus autores la manera como ésta podría aportar a la intervención y apoyo de la PSD ante los vacíos encontrados en trabajos anteriores y en la Mesa Nacional mencionada.

Palabras clave. Política Pública, Salud Mental, Capital Global.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que se ha construido en esta área responde a dos líneas de aproximación a las problemáticas en salud mental en la Población en Situación de Desplazamiento (PSD) Forzado, como se observa en el modelo de la Figura 1.

FIGURA 1. MODELO PLANTEADO PARA LA COMPRESIÓN Y DESARROLLO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL



La primera línea estratégica abordada (a la derecha) corresponde a la identificación de los problemas en salud mental de la Población en Situación de Des-

plazamiento Forzado y el planteamiento de un proyecto de investigación que se acoja a esa primera aproximación al problema.

En este camino, en el año 2006 se realizó en primera instancia una aproximación teórica al tema de desplazamiento forzado-refugiados por la guerra y la asociación existente con problemas de salud mental en la literatura científica internacional y nacional. Producto de esta revisión sistemática se elaboró el artículo *Capital global y política pública en salud mental: La pertinencia de las Política Nacional de Salud Mental ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares del desplazamiento forzado*, el cual hace parte del primer libro de la Cátedra UNESCO en la materia (MOLINA BULLA, 2007: 411-435). En este artículo se hace además una crítica inicial a la Política Nacional de Salud Mental (1998) y a la legislación en salud vigente.

El segundo producto, de esta misma línea de trabajo y estratégica, corresponde a la elaboración y gestión del proyecto de investigación: *Políticas públicas y condiciones de salud mental de la familia y la infancia en la población afectada por el desplazamiento forzado*, el cual se encuentra pendiente de financiación².

Gracias a esta primera línea estratégica, se han podido identificar problemas en el campo de la Salud Mental de la Población en Situación de Desplazamiento, dentro de los que se encuentran:

- Problemas emocionales (compromiso de las áreas individual, relacional y desarrollo de trastornos mentales) y familiares de la PSD, los cuales están claramente establecidos en la literatura científica mundial (tanto en víctimas de desplazamiento interno, como en refugiados).
- Dificultades en la delimitación de las consecuencias (sociales, simbólicas, culturales y no solo económicas) del sufrimiento emocional asociado al desplazamiento y la condición de refugio.
- Trastornos mentales que se pueden asociar a la migración y al desplazamiento forzados que no son incorporados claramente en las políticas e intervenciones planteadas en la actualidad para la PSD en Colombia y por ende en las intervenciones estatales.
- Existe un vacío del conocimiento en Colombia en cuanto a la afectación emocional, mental y familiar, salvo por documentación indirecta derivada de la población consultante, lo que podría representar una subestimación de la afectación real, más aun si se tiene en cuenta el subregistro actual de la población desplazada.

2 Gestionado ante Colciencias, la OXI y la Cátedra UNESCO.

- Existe en los ámbitos mundial y regional una consideración limitada de las fortalezas individuales y familiares para afrontar las crisis y los recursos sociales con los que las personas cuentan y que podrían ser apoyadas³, lo cual provoca además una actitud asistencialista de los Estados y quizás de algunas ONG involucradas.

- Existe también una mirada restringida de la salud mental, al considerarla únicamente como el estudio, identificación e intervención de trastornos mentales y como oficio e interés particular de psicólogos y psiquiatras.

- Se observa una carencia y/o disonancias relacionadas con la construcción de la Política Nacional de Salud Mental de 1998 (vigente para el momento de elaboración de este artículo) y la legislación en salud (como la Ley 100) en lo que se relaciona con la salud mental para los colombianos en general y la atención de la PSD en particular.

- Es pobre la aproximación al concepto de multiculturalidad y su relación con la salud mental, problema que ha sido identificado en estudios internacionales y cuando se intenta intervenir la salud mental en migrantes, refugiados y PSD. En nuestro país esta situación se hace más evidente y relevante.

Por otro lado, como segunda línea estratégica de investigación se ha realizado una aproximación a los espacios de discusión de lineamientos de las políticas públicas en salud mental, en el camino planteado por la Cátedra UNESCO. De acuerdo con este modelo, se deben identificar las políticas públicas de interés, los actores sociales que intervienen en la construcción de estas políticas y realizar una gestión para la construcción de las mismas.

En políticas nacionales, los dos escenarios gestores que se han podido identificar y que involucran de manera directa o no la salud mental y la PSD⁴, corresponden a:

- La Mesa Nacional de Atención Psicosocial-(Ministerio de Protección Social) para Población en Situación de Desplazamiento: mesa en la que se discuten y presentan las intervenciones psicosociales dirigidas a esta población y los avances logrados en la materia.

- La elaboración de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental (Ministerio de Protección Social-Asociación Colombiana de Psiquiatría): la

3 Como es el caso de la gestión que han logrado parte de la PSD afrodescendiente en la localidad de Suba, en Bogotá D.C.

4 Aunque desde un punto de vista amplio, la salud mental está impactada por las políticas públicas de otros sectores y viceversa.

Asociación Colombiana de Psiquiatría, mediante contrato con el Ministerio de Protección Social, elaboró la nueva Política Nacional de Salud Mental denominada: Política Nacional del Campo de la Salud Mental

I. NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO

Dentro de los problemas ya identificados en el desarrollo e implementación de la Política Nacional de S.M. de 1998 (MOLINA BULLA, Op. Cit.: 428-429) se encontraron primordialmente dificultades en la coherencia entre la concepción de los problemas en salud mental de la PSD, la legislación, las políticas elaboradas y su implementación.

Es así como el desarrollo de políticas públicas en salud mental no ha tenido en cuenta el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud, OMS, para la cual una política de salud mental es:

“Un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación a otras políticas sanitarias y sociales. Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo, por ejemplo, entre cinco y diez años” (OMS/OPS, 2005: 12).

Aunque la nueva política nacional involucra este concepto y a pesar del aporte que hace para el desarrollo de lineamientos de política en salud mental a nivel mental, la visión de la OMS también puede ser objeto de críticas desde diferentes perspectivas y para la intervención de la PSD.

Por un lado encontramos que la visión del problema (a pesar del rescate del término “salud”) se centra y se ha centrado finalmente en atender *la enfermedad* antes que mejorar u optimizar *la salud*. Esta mirada particular responde a lo que CANGUILLEN (2004: 76) indicó como la influencia y predominio de la medicina positivista, a la medicalización (patologización) de la salud y de la vida (SCHAEFER, 2006: 371-372) y a los dilemas en torno a los límites entre salud vs. enfermedad y normal vs. anormal. El ampliar la mirada resulta más conveniente a la hora de abordar la salud mental y PSD.

Por otro lado, las políticas de salud mental dejan de lado los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, como ha sido planteado por una comisión de la misma OMS (1999: 1-3). La propuesta de esta comisión considera funda-

mental la diferencia existente entre desigualdades (por ejemplo diferencias en términos geográficos, raciales, ambientales y que se pueden o no intervenir) e inequidades (producto de la injusticia social, la pobreza o las intervenciones del estado desiguales), situaciones que son evaluables en la PSD y además primordiales en tanto la vulneración de los derechos corresponde a un factor atribuible a los determinantes del segundo orden.

II. PRIMER ESPACIO DE DISCUSIÓN: MESA NACIONAL DE PSICOSOCIAL PARA PSD

La Mesa Nacional, convocada por el Ministerio de Protección Social, establece de lineamientos de política de atención psicosocial a PSD e involucra actores clave (Ministerio de protección social, OG, ONG), evaluando las intervenciones psicosociales a la PSD y generando una coordinación de acciones en esta área⁵.

A. PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN LAS SESIONES SOBRE SALUD MENTAL

En primera instancia, en la participación en la Mesa Nacional se pudo identificar que existen vacíos en las metas para las intervenciones planteadas en general para PSD (no solo en Salud mental), lo cual se encuentra sustentado por investigaciones contratadas por el Ministerio de Protección Social con la Universidad Nacional (BETANCOURT et al, 2006).

Ante esta circunstancia en las intervenciones, la precaria restitución de derechos para la PSD (a pesar de la exigencia de la sentencia T025) y los vacíos en política pública de salud mental se planteó en las Mesa y las sesiones de la Cátedra UNESCO una posible dificultad a futuro: *el riesgo de cronificación de la población desplazada: los desplazados crónicos*, a lo que contribuiría:

- La falta de metas planteadas.
- La lectura limitada del problema de desplazamiento forzado.
- La perpetuación del conflicto que vive el país.
- El pobre reconocimiento político del desplazamiento como un problema relevante.

5 Dentro de los actores que participan se encuentran, entre otros: Ministerio de Protección Social, OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud Médicos sin Fronteras-España, Acción Social, Pastoral Social, CHF Internacional, ICBF, SENA, MEN, OIM, INS, Asociación Colombiana de Psiquiatría.

- Intereses creados en torno a su atención⁶.
- Para el caso de la salud mental, se sigue considerando que la idea es solo la atención del trastorno.
- Existen disparidades en la discusión interinstitucional de lineamientos de política (OMS, MPS y otras ONG).
- No existe una política nacional de salud mental vigente que aclare los lineamientos y filosofía requeridos, para una intervención acorde con la situación de la PSD (ni de la población colombiana en general).

A partir de los problemas identificados surgen además una serie de inquietudes en torno a la construcción de lineamientos de política pública:

- ¿Existe una filosofía (y/o construcción ética clara) para el desarrollo de políticas de salud mental que sustente la intervenciones generales y específicas para PSD?
- ¿Cuáles elementos de la cultura política actual afectan el desarrollo de políticas de salud mental?
- ¿Cómo afectan otras políticas, sectoriales o no, el desarrollo de lineamientos de política para PSD?

III. SEGUNDO ESPACIO DE DISCUSIÓN: LA PROPUESTA DE LA POLÍTICA NACIONAL DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

La Asociación Colombiana de Psiquiatría, y en particular el Grupo de Políticas, en contrato con el Ministerio de Protección Social, ha elaborado una nueva Política Nacional, que debe reemplazar la Política Nacional de Salud Mental del año 1998 y lleva por nombre *Política Nacional del Campo de la Salud Mental, Documento-Propuesta para discusión y Acuerdos* (Ministerio de Protección Social-ACP, 2007: 37).

Del Grupo hacen parte la(os) doctora(es):

- CECILIA DE SANTACRUZ, psicóloga, Coordinadora del Comité.
- MARÍA CRISTINA AIKEN DE TABORDA, psiquiatra.

6 Este riesgo, guardando la distancia necesaria en cuanto a las características de la población, se asimila a lo que ha ocurrido con anterioridad con poblaciones que hacen parte de *instituciones totales*, en donde todo parece solucionarse a los ojos institucionales, pero el problema fundamental persiste: el desplazamiento, quienes lo producen y la vulneración de derechos.

- JOSÉ POSADA, psiquiatra.
- JORGE MC DOUALL, psiquiatra.
- DEYANIRA ORTIZ, psiquiatra.
- SARA ARDILA, psicóloga.
- CARLOS IVÁN MOLINA, psiquiatra (autor de este artículo).

Desde la mirada de esta nueva política pública, la salud mental se asume de una manera más amplia, cercana al término coloquial de “mentalidad sana” y que exige de todos los involucrados, de todos los funcionarios, de todos los colombianos y no solo del sector salud una labor por su salud mental; promueve un desarrollo humano y social más favorable, armónico y de compromiso, ligando la salud mental al desarrollo de la nación, la garantía de los derechos y el logro de *Capital Global*.

En cuanto a la garantía de derechos, la relación es estrecha y en doble vía ya que es impensable la salud mental sin el ejercicio pleno de los derechos y viceversa. La Política hace relevantes resultados de estudios en el área en los que se encuentra una relación directa entre los problemas de salud mental y los trastornos mentales con la vulneración sistemática de los derechos.

El concepto de *Capital Global* es asumido por la nueva política, ampliándolo al ámbito de la salud mental y considerando que su adquisición o despojo está relacionado íntimamente con la falta de garantía de derechos de la población colombiana, así como el mantenimiento de la salud mental. La relación entre estos tres aspectos de la vida individual y familiar no es determinista y/o causalista: es de carácter circular.

Desde un punto de vista adicional, el desarrollo del *capital global de los individuos, del colectivo, de la Nación* no se limita al desarrollo económico y la disminución de inequidades en este campo, sino que se amplía a otros capitales que requieren ser objeto de *redistribución: culturales, simbólicos y sociales* (MOLINA BULLA, Op. Cit.: 427).

Además, desde la perspectiva planteada en la nueva política, la enfermedad mental es un apartado importante mas no único, que requiere seguimiento y recursos, pero que no agota el grave problema de *salud mental* que comparte la Nación. Solo comprendiendo su alcance, esta política podrá ser fructífera.

Entonces, para el desarrollo de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, se han establecido unas áreas y líneas de acción dentro de las cuales se requiere enmarcar su desarrollo, coherente con su propuesta transectorial. Dentro de éstas se encuentran:

“*Área 1.* Sustentación y viabilidad de la Política. Líneas de acción:

- Gestión política.
- Apropiación-coordinación.

Área 2. Promoción de la garantía de derechos e inclusión. Líneas de acción:

- Orientación del quehacer estatal y social.
- Inclusión e interacciones de equidad.
- Estructuración de un continuo de servicios e intervenciones (generales, en salud y atención de problemas y trastornos).

Área 3. Incremento del capital global. Líneas de acción:

- Información-comunicación.
- Formación-capacitación.
- Investigación-evaluación.

Para el sector salud en particular, y ante el requerimiento de especificidad en las intervenciones, se han planteado cinco proyectos para el Ministerio de Protección Social:

1. “Plan estratégico para la sustentación y viabilidad de la política.
2. Equidad, inclusión y protección social.
3. Ampliación de las intervenciones, los servicios y la accesibilidad.
4. Otras opciones para personas con trastorno mental grave y sus familias.
5. Nuevos sentidos para generar capital global”.

Dentro de estos cinco proyectos se ha contemplado un abordaje en el futuro de diferentes espacios políticos y de sustentación; del ejercicio de los derechos y ampliación del concepto de protección social; de intervenciones con tratamientos específicos en psiquiatría y psicología, y en la construcción teórica en torno al capital global. Es dentro de estos proyectos, en particular dentro de los proyectos 2 y 3, que se requiere un énfasis para la PSD, como veremos más adelante.

IV. LA NUEVA POLÍTICA DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL ANTE LA PSD

Con este marco y propuesta de política, que en principio sería propicio para aproximarse a la PSD, se desarrolló un ejercicio con el Grupo de Políticas de la ACP, que responde a una serie de inquietudes sobre el abordaje desde la Políti-

ca Nacional del Campo de la Salud Mental para la Población en Situación de Desplazamiento Forzado, así como el modelo de política pública planteado en la Figura n.º 1.

Los resultados de esta encuesta se transcriben a continuación:

1. *¿Cuál es el reconocimiento de la P.S.D. y sus dificultades en salud mental en la nueva Política Nacional?*

Dra. SARA ARDILA: “El desplazamiento se reconoce como uno de los problemas del país, y se tiene en cuenta en tanto hace parte del “contexto” en el cual se desarrolla y a partir del cual se configura la política.

Así mismo, frente al problema del desplazamiento lo que se propondría desde la política son varias cosas: uno, su reconocimiento como sujetos de derechos, y que la atención recibida no sea un “favor”.

“También se plantearía que un aspecto central desde la política sería mirar cómo “se piensa o se comprende” esta situación por parte de diversos actores, y cómo estas formas de pensar inciden en lo que se hace y en lo que no se hace frente a este problema.

“Por otro lado, hablar de “dificultades de salud mental” es diferente a hablar de trastornos mentales, tal y como lo señala la política. El problema de salud mental de estas personas estaría dado por las formas de relación que se dan a partir de esta condición, y por las configuraciones en la subjetividad que también desde allí se generan”.

Dr. JOSÉ POSADA VILLA: “En mi concepto, la política reconoce el problema de P.S.D. como una de las violencias y uno de los aspectos que están determinando la salud mental de buena parte de la población colombiana. Sin embargo, por su enfoque, no propone soluciones focales a este tipo de problemática y más bien asume que, en la medida en que se implemente la política como un todo, se irá mejorando la situación de salud mental del pueblo colombiano, incluyendo a las P.S.D”.

Dra. MARÍA CRISTINA AIKEN DE TABORDA: “(La política) reconoce que el no respeto de los derechos (a la seguridad, salud, vida digna...), como es lo que ocurre de manera aguda en la PSD, genera condiciones que atentan contra la salud mental de la misma. Por ello es que una auténtica Política del Campo de la Salud Mental no puede desconocer esta realidad creciente como una situación crítica, que amerita un encaramiento comprehensivo multisectorial.

“Además resalta la importancia de comenzar a evaluar el fenómeno del desplazamiento y sus consecuencias como un fenómeno que no puede seguir siendo “normalizado” y desconocido.

“Finalmente, establece una clara relación de lo que este fenómeno y sus repercusiones implican en términos de interferencia con el desarrollo humano, individual y colectivo y por ello en el desarrollo global del país.

“Establece una clara relación entre presencia de problemas emocionales (e incluso de trastornos) y :

- a) La agudización de factores de riesgo que la población desplazada ya tenía antes de desplazarse (por su pobreza, ciclo vital, amenaza previa, etc.).

b) La presencia de nuevos riesgos por su condición de desplazamiento (pérdida de tejido social, pérdidas personales y familiares, además de la condición en que es colocado en el contexto al que llega = rechazo, nuevos maltratos, pobreza, hacinamiento, aún menores posibilidades de acceso a servicios, presencia de problemas en el núcleo familiar que afectan a los mas vulnerables, falta de oportunidades...)

Dra. DEYANIRA ORTIZ: “La política está pensada para toda la población y en ese sentido los grupos particulares están incluidos. La condición de desplazamiento genera unos riesgos adicionales. Estas personas presentan una vulneración grave de sus derechos y el acompañamiento que requieren exige la participación amplia de diversos sectores del país como lo considera la política”.

Dr. JORGE MC DOUALL: “Se reconoce la PSD como una de tantas poblaciones sujeto de la política en tanto que su condición implica una vulneración a su bienestar emocional”.

Dra. Cecilia de Santacruz: “El reconocimiento fundamental se hace desde la consideración de que al desplazamiento (y otras problemáticas sociales relevantes), subyace una dificultad de salud mental, en términos *no de una enfermedad*, sino de las relaciones humanas, de la mentalidad, en cuanto quienes generan el desplazamiento y la aceptación implícita o explícita que pueda socialmente hacerse de éste, supone el desconocimiento del otro, una posición de poder y de exclusión violenta. En este sentido, se trata de un problema colectivo que impacta el capital global del país.

“De otra parte, plantea la restitución de los derechos cuando éstos se vulneran, la reparación y la disminución del sufrimiento dentro de un enfoque psicosocial.

“Por último, si en casos particulares se presentara algún tipo de psicopatología, debe atenderse en el marco del SGSSS y de la estrategia de atención primaria”.

2. *¿De qué manera el desarrollo de la nueva PNCSM beneficia a la PSD y en particular a la familia y la infancia en esta situación?*

D. S. A.: “Primero, reconociendo qué es lo que se viene haciendo, y si esto es acorde con los principios éticos de la política. De lo que se trata es de no “empezar siempre de cero”, sino de reconocer que ya se vienen adelantando muchas acciones, pero que muchas de éstas son a veces desconectadas, repetidas o no significativas para las personas.

“Frente a la familia y la infancia, lo que diría la política es que desde las políticas o programas ya existentes, o desde las instituciones encargadas de la atención de esta población, sería necesario realizar una “lectura” de éstas desde la perspectiva de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, para ver si éstas se ajustan o no a lo planteado”.

D. J. P. V.: “En la medida que se logren aportes sustanciales al capital global a través de la praxis de la salud mental, tanto de manera directa como indirecta se beneficiaría la PSD. Por otra parte, solo cuando se logra la implementación intersectorial de la política, estaría realmente aportando al problema de una manera contundente”.

D. M. C. A. T.: “Considerándola como una población que debe ser objeto de intervenciones prioritarias para:

1. Restaurar lo mas urgente y mejor posible los derechos conculcados.
2. Vigilancia especial desde el punto de vista social y en salud para la detección precoz de riesgos (nuevos y antiguos), con el objeto de contrarrestarlos o disminuirlos.

3. Realizar las intervenciones necesarias para restaurar el equilibrio emocional (fortalecimiento de autoestima y capacidad de resiliencia, elaboración de duelos, etc. y eventualmente detección precoz y tratamiento de situaciones críticas y de trastornos).

“(La política) hace énfasis en la familia como núcleo socializador primario y en la infancia y adolescencia como población especialmente vulnerable”.

D. D. O.: “Si logramos sintonizar recursos, desde fuentes diversas es probable generar acciones que trasciendan lo exclusivamente asistencial, que tengan continuidad, que permitan restablecer o conseguir condiciones dignas, que generen posibilidades de prevención de situaciones de desplazamiento, que intenten revertir situaciones que perpetúan el fenómeno, etc.”.

D. J. M.: “La política es un marco de referencia, que orienta el desarrollo de iniciativas. En esa medida si la política resulta ser coherente con la realidad, permitirá que los programas para PSD sean a su vez más coherentes y consistentes”.

D. C. S.: “La beneficia por cuanto su aporte es el de las redes de políticas, contemplando para el logro de transformaciones, las de infancia y juventud (también la de vejez), las dirigidas a familia, las de equidad de género, las laborales y particularmente las que conciernen a la pobreza, el desplazamiento y relacionadas. Privilegia la función de cuidado y socialización de las familias, buscando apoyo de diversa índole para garantizar tales funciones”.

3. *¿Cuáles son los espacios de desarrollo político (de políticas públicas y de gestión política) de la nueva PNCSM para la PSD? ¿Existen obstáculos identificados para este desarrollo?*

D. S. A.: “Considero que esto no se ha empezado a hacer, pues sería función del Ministerio de la Protección Social, en la medida en que es la institución encargada de coordinar y articular la misma. Aunque desde la Asociación de Psiquiatría se han adelantado algunas acciones, el trabajo fundamental de desarrollo político aún no se ha hecho.

“Aun así, algunas personas han participado en la mesa de atención psicosocial sobre desplazamiento y de manera también informal se ha conversado con instituciones, como Médicos sin fronteras (en donde se trabaja con esta población) sobre la política. Ahora bien, desde el grupo de atención psicosocial del ministerio se han presentado algunas dificultades. Primero, por la falta de comunicación dentro del ministerio mismo, pero también porque una situación, que no se puede obviar, es que la política es diseñada desde la asociación de psiquiatría, gremio frente al cual los “psicosociales” tienen muchos prejuicios (a veces infundados, pero muchas veces con mucha razón)”.

D. J. P. V.: “Solo está “en veremos” la posibilidad de que desde la Vicepresidencia de la República y desde el Departamento Nacional de Planeación Nacional se pueda integrar a través de los diferentes ministerios y sectores involucrados y con un documento CONPES que le daría presencia y viabilidad en todos los sectores. No veo que se involucre de manera directa espacios tan importantes como las iglesias y las fuerzas armadas (fuerzas militares: ejército, armada y fuerza aérea; y la policía). Solo de manera general se plantea involucrar el cuarto poder (los medios de comunicación)”.

D. M. C. A. T.: “Todos los espacios sociales. Señala responsabilidades de todos los entes estatales y de la sociedad civil. Existen políticas públicas que supuestamente deberían estar cobijando a esta población de manera prioritaria, lo cual no ocurre, pues la manera como se canaliza su atención plantea más bien barreras y discriminaciones (“carnetización”, maltrato y demora en los procesos para demostrar su condición, no garantía de su seguridad).

Da la impresión de que la gestión política de la atención específica y pertinente de esta población se hace al margen de los estamentos oficiales que tienen de suyo responsabilidades con ella. (No sé cómo explicarlo, es como si fueran extraterrestres que hubieran aterrizado, con culpa por ello, en nuestro territorio y hubiera que crear servicios especiales para ellos que no tienen ninguna relación con los derechos que tienen todos como colombianos). No se consideran como víctimas de un desastre muy complejo”.

D. D. O.: “Considero que los espacios para la PSD son los mismos contemplados para toda la población, es decir, los diferentes ministerios, el Congreso, los medios de comunicación, las organizaciones políticas, científicas, gremiales, comunitarias, etc. En relación con los obstáculos, me parece que el recurso en salud y seguramente en otras áreas de servicio está formado en atención al daño o con ideas de acercamiento a las comunidades sin percibirse parte de la misma y con aproximaciones dispersas, repetidas, de pincelada, que muchas veces generan dependencia permanente y uso inadecuado de recursos. El trabajo en grupo y transdisciplinario también es algo en lo que tenemos muchas dificultades aún. El cambio reciente de funcionarios del Estado puede ser un obstáculo pero también una oportunidad”.

D. J. M.: “En teoría, el Ministerio del Interior y de Justicia podría constituirse en un espacio propicio, al igual que Acción Social y por supuesto el Ministerio de la Protección Social; sin embargo, no se percibe un compromiso político genuino para su desarrollo, al que se suman interferencias originadas en intereses particulares, dispositivos de poder que impiden hacer viable y apropiable la política, falta de capacidad técnica y competencias por los recursos”.

D. C. S.: “Esos espacios se dan en la articulación de los procesos orientados a alcanzar la paz: atención al desplazamiento, desarme, desmovilización y reintegración. Política Nacional de Reparaciones para las víctimas del conflicto armado en Colombia, y en los enfocados a prevenir la continuidad y nueva ocurrencia de estas situaciones.

“Los obstáculos son primordialmente los de coordinación y actuación conjunta”.

4. *¿Cuáles son los espacios de desarrollo e implementación sectorial (en salud) de la nueva PNCSM para la PSD? ¿Existen obstáculos identificados para este desarrollo?*

D. S. A.: “Además del papel coordinador y articulador del sector salud (por ser el encargado histórico de la salud mental), se ha planteado que la estrategia desde el sector es la de la atención primaria (entendida ésta en varios sentidos, como por ejemplo la inclusión de la perspectiva de salud mental planteada en la política en todas las acciones de salud, pero no sólo en las acciones sino en la forma misma de pensar la salud en el país, así como en acciones específicas desarrolladas en varios proyectos). Las dificultades han sido la difusión de responsabilidad en el Ministerio (de protección Social) para sumir su papel coordinador, así como el hecho de que aún no se ha aprobado la propuesta de atención primaria”.

D. J. P. V.: “Estos espacios son: el CNSSS, que próximamente va a ser reemplazado por la CRES. Por otra parte, el Plan Nacional de Salud Pública da un espacio interesante. Igual sucede si trabajamos en coordinación con Psicosociales de la Dirección de Promoción Social del Ministerio y con el Grupo de Emergencias y Desastres del mismo. El mayor obstáculo está dado por la debilidad institucional interna del Ministerio: poco personal, falta de un punto focal de salud mental, falta de coordinación entre direcciones”.

D. M. C. A. T.: “La garantía de satisfacción de su atención humanitaria por el tiempo que sea necesario (que no es de responsabilidad exclusiva del sector –salud– pero éste, y más como Ministerio de la Protección Social a su cabeza, debe reclamar, concertar, complementar, presionar, etc.).

La garantía de su atención integral en salud, lo cual incluye la atención de su salud mental (prevención, diagnóstico precoz y apoyo o tratamiento necesarios) atención integral que debe brindarse en los servicios de salud habituales (no como acciones aisladas contratadas sin criterios claros, sin continuidad ni pertinencia, a menudo insuficientes en su cobertura o patologizantes). Para ello, en el país entero, los equipos de los servicios de salud (incluidos, obviamente los profesionales de la salud mental) requieren una formación y una capacitación pertinentes, dado que la PSD es una realidad cotidiana universal y su atención va a seguir siendo una necesidad por largo tiempo. Una vez ocurrido el desplazamiento seguirá siendo necesaria la intervención intensiva de equipos de socorro (que involucren en su accionar el componente de salud mental) pero a muy corto plazo, esa población debe seguir siendo atendida en la red de servicios de salud y los demás servicios sociales regulares (educativo, por ejemplo) que cuenten con la suficiente competencia para ayudar a esta población en su proceso de reconstrucción”.

D. D. O.: “La reglamentación de la 1122 es un espacio para ello, así como las diferentes dependencias del MPS, los viceministerios, el modelo de atención primaria. Traducir en acciones las orientaciones de la política no es fácil, pero en la medida en que en la agenda pública la situación sea visible y tenga dolientes las cosas tendrán que moverse”.

D. J. M.: “En el marco del SGSSS no existen de manera explícita los contenidos y reglamentaciones que permitan el desarrollo de la política. Hay que trabajar en este punto”.

D. C. S.: “El sector salud concreta su papel en cada una de las áreas y líneas de acción de la PNCSM, siguiendo la lógica de la estrategia de atención primaria. Los obstáculos son básicamente los de asumir la transformación que la nueva comprensión plantea, además de recursos si no se logra el trabajo sinérgico”.

5. *¿Cómo afecta la cultura política actual a la discusión de la nueva PNCSM para el caso de la PSD?*

D. S. A.: “La cultura política se mueve por los “temas que están de moda”. El problema es que el desplazamiento, al ser una condición ya crónica del país, pues no tiene mucho interés político, pese a que por la actuación de muchos organismos internacionales en este asunto, la atención al mismo ha tendido a mantenerse”.

D. J. P. V.: “Fundamentalmente la dificultad estriba en que el Estado marcha por el lado del Manejo Social del Riesgo y la Política no le hace mucho caso a esta orientación de trabajo en lo económico y social. En mi criterio, esto va a generar dificultades. Otro aspecto importante es que la mayoría de los involucrados proponen formular la política a través de protocolos o guías directivas y de obligatorio cumplimiento para los entes territoriales y la política está concebida en lo macro, para que se vaya adaptando y adoptando en lo micro. Otro problema es que no hay estructuras en lo “meso” que den orientación y apoyo.

Por otra parte, Bogotá, D.C. (un tercio de la población) se siente harina de otro costal”.

D. M. C. A. T.: “Existe tendencia a minusvalorar, ocultar o aun desconocer la realidad de la PSD. Además, el actual proceso contra los victimarios ha removido heridas no intervenidas y reactivado situaciones de amenaza”.

D. D. O.: “Existe gran intolerancia a las participación de sectores de izquierda porque se los asimila a comunismo, subversión, vandalismo y demás. A pesar de eso me parece que existe una creciente conciencia de lo social, la inequidad, los derechos, la deuda social y creo sirve para ambientar la discusión de la política”.

D. J. M.: “Un consonancia con el punto tres, se agregaría que en la medida en que los actores que detentan poder de decisión para el desarrollo de la nueva política, no tienen interés en el tema, toda vez que se percibe muy abstracto, poco viable y altamente costoso. Adicionalmente, el temor puede estar en que no se percibe que haya “resultados para mostrar” con su desarrollo, así como que las poblaciones potencialmente beneficiarias no constituyen una fuente de “capital electoral”.

D. C. S.: “La mayor dificultad es la comprensión de la salud mental y del desplazamiento dentro del marco expuesto, superando la perspectiva de patología y de victimización, al igual que la parcelación de las políticas y sus intervenciones”.

6. Una limitante general, identificada por la Cátedra UNESCO en las intervenciones de los problemas de la PSD, es la falta de metas claras al momento de implementarlas. ¿Cómo se puede manejar este tipo de inconvenientes con la PNCSM y su desarrollo?

D. S. A.: “Pues considero que desde la política y sus principios se podría tener un marco para la acción, es decir, un propósito al cual deban responder tales acciones”.

D. J. P. V.: “La forma necesariamente es dando la focalización adecuada en PSD, pero la política es reacia a la focalización”.

D. M. C. A. T.: “Las metas deben definirse en cuanto a :

- Restitución de derechos, lo cual implica proveer las condiciones para reconstruir proyectos de vida individuales y colectivos y en esto no se está trabajando suficientemente (en contraste con lo que se está ofreciendo, y en algunos casos haciendo (Antioquia) con los victimarios.
- Restitución de la estabilidad emocional a través de intervenciones suficientes y pertinentes (no necesariamente tratamiento) que engloben a todos los que lo necesiten (detectados por vigilancia directa de la comunidad)”.

D. D. O.: “Tenemos la idea de cambios dramáticos con esfuerzos puntuales, de corto plazo y sin articulación. Todo debe ser exitoso como condición para no abortar las acciones. Considero debe existir una planeación que vaya desde unos propósitos, y su viabilidad hasta la auto-evaluación, investigación y difusión de experiencias. Además suficiente capacidad para tolerar la frustración que en múltiples momentos tendrá que asumirse”.

D. J. M.: “La política puede orientar las acciones mas no definir las metas de un plan o programa específico”.

D. C. S.: “Dado que la PNCSM es básicamente una construcción flexible y que se reconfigura de manera permanente, el establecimiento de metas constituye un ejercicio que se lleva a cabo con otros y que se ajusta en el tiempo y según los contextos cambiantes, su claridad obedecería a esa posibilidad de adecuación más que a la determinación de logros fijos”.

7. *¿Existen, desde su punto de vista, limitaciones en el modelo de políticas planteado a la hora de abordar los problemas en salud mental, la construcción de políticas públicas en este campo y la situación de la PSD? ¿Cuáles?*

D. S. A.: “Un problema es que las políticas se piensan como sectoriales, lo cual lleva a duplicidad de acciones o a que nadie haga ciertas cosas porque “no es de su competencia”. Otro problema es el de la lógica actual de las políticas sociales referido a la “focalización” que, digamos, implicaría sí una atención a las personas en situación de desplazamiento (por estar muy jodidas) (sic), pero a su vez implican una ruptura del tejido social en la medida en que se crea justamente la idea de que sólo si se está muy mal el Estado se acuerda de las personas, creando dificultades entre la población misma, pues igual de pobres o con problemas de violencia son las comunidades receptoras de estas personas, y a ellos muchas veces no se les presta atención. Y esto es parte de la lógica de las políticas”.

D. J. P. V.: “Las limitaciones son de tipo político (la voluntad política de los diferentes sectores involucrados en el problema para aceptar el enfoque propuesto en la política), administrativa (la dispersión de enfoques, talento humano y recursos) y técnica: la diversidad de enfoques y de lo que se entiende por psicosocial. El otro limitante a tener en cuenta es que se vea la propuesta de la política como proveniente de psiquiatras”.

D. M. C. A. T.: “No”.

D. D. O.: “La política se considera que debe ser dinámica, de forma que atienda condiciones cambiantes, complejas, diversas. Estar en capacidad de hacer esa lectura e innovar en las acciones y en los paradigmas ha sido tradicionalmente difícil. Estamos acostumbrados a que nos digan qué hacer, así censuremos la prescripción. La magnitud del problema resulta muchas veces paralizante y las personas que hacen frente a la situación terminan sintiéndose desbordadas”.

D. J. M.: “La política se ha planteado con un elevado nivel de abstracción, que hace difícil su comprensión entre los que van a ser sus operadores. 2. La política tal y como se ha planteado asume un nivel de desarrollo conceptual, metodológico, tecnológico y operativo en el país que, a mi juicio, aún no existe y no es viable. De manera que habría que trabajar en estos dos sentidos”.

D. C. S.: “Aunque entiendo el énfasis en familia e infancia, en el modelo presentado no se aprecia la contribución de otras políticas, tampoco la de la “sociedad civil” y las mismas poblaciones denominadas vulnerables y desplazadas. Igualmente, lo relativo a derechos más allá de servicios e instituciones”.

CONCLUSIONES

La Política Nacional del Campo de la Salud Mental se consolida como una oportunidad para el desarrollo de programas y proyectos transectoriales que promuevan una mirada más amplia de los problemas y de las soluciones, no solo en salud mental. Para la PSD deberá resultar una herramienta coherente para abordar muchas de sus necesidades y exigir del Estado una actitud similar.

Es claro, con las apreciaciones del Grupo, que:

- La PNCSM establece un marco filosófico y de política pública sin asumir aún una delimitación de programas y proyectos específicos.

- Reconoce a la PSD como área prioritaria de trabajo y abordaje de la problemática de Salud Mental, de derechos y de capital global, lo que supera el problema de los Trastornos Mentales.

- Considera que la intervención en salud mental de la PSD no se limita al tratamiento médico ni reemplaza el restablecimiento de los derechos vulnerados que, de no ser intervenidos por el Estado, perpetuarán las afectaciones en salud mental individual y colectiva.

- Promueve rescatar la experiencia ya obtenida en otros espacios de intervención en salud mental, así como políticas con “mentalidad saludable” en otros sectores, sobre todo si vienen del ámbito local y municipal.

- La salud mental es un área que supera al sector salud y que involucra a otros sectores y al resto de la sociedad, perspectiva desde la cual se hacen evidentes las dificultades para reconocer que el problema del conflicto armado, los intereses involucrados en su generación-perpetuación y el desinterés de muchos de nosotros con respecto a sus consecuencias.

- Se hacen evidentes las condiciones de la PSD como población vulnerable, así como las dificultades y riesgos de *cronificación desde el punto de vista de la salud mental individual y colectiva*, lo cual conlleva un reto adicional, que no ha sido abordado de manera suficiente.

- Establece una relación entre la violencia, la desterritorialización, la vulneración de los derechos, la inequidad en la distribución/redistribución del capital global y los problemas de salud mental

- Es del caso obtener en el futuro una concretización de las herramientas a través de las cuales se va a desarrollar esta política, las cuales se encuentran incluidas en los proyectos ya mencionados pero cuyas metas se deben concretar con los operadores de salud y la población (gobierno y gobernanza).

- Existen limitantes en la *cultura política*⁷ para el desarrollo de políticas públicas a largo plazo, las cuales se hacen susceptibles a la situación del momento y al gobierno de turno, lo que adicionalmente conlleva consecuencias en la elaboración de políticas *políticamente*⁸ más incluyentes.

7 En términos de “politics”: poder.

8 La gestión política de la política pública.

- Sin embargo, un espacio favorable de discusión de ésta como de otras políticas seguirá siendo el nivel local y la regional, contexto más cercano al problema y que ha resultado en otros espacios más efectivo.

- Queda pendiente la discusión sobre lo incluyente que pueda ser la PNCSM en términos de multiculturalidad y reconocimiento de la diversidad en el país. Si es una política flexible podrá reconocer los matices en la comprensión de lo que es la salud mental en ámbitos específicos.

EPÍLOGO

En coherencia con el planteamiento de la Cátedra UNESCO, se requiere, para la nueva fase de este proyecto de investigación, realizar un seguimiento al desarrollo de la nueva Política Nacional en el marco específico de intervención de la PSD.

En cuanto a la primera área de aproximación planteada, al final del año 2007 se desarrolló una discusión inicial de la Política Nacional en la Mesa de Atención Psicosocial en PSD, reunión que se plantearon los hallazgos de esta investigación. Además de generarse inquietudes sobre la implementación de la política con los proyectos específicos, se generaron dudas por parte de los participantes a propósito de la cultura política nacional y su permeabilidad para el desarrollo de políticas públicas *nacionales* que trasciendan las políticas *gubernamentales* a las que estamos acostumbrados. Las dudas también se encuentran relacionadas con los espacios en la legislación actual para la PSD. Este tipo de discusión abre el terreno para el desarrollo de la próxima etapa de indagación.

AGRADECIMIENTOS

Para el desarrollo de este artículo fue primordial la colaboración y participación activa del Grupo de Políticas de ACP, así como el espacio de discusión propicio de la Mesa Nacional de Psicosocial con JORGE CASTILLA ECHENIQUE (OMS-OPS) y SOFHYA GUTIÉRREZ (Minprotección).

BIBLIOGRAFÍA

BETANCOURT, PAOLA; ANA DAZA, JUAN PABLO FAYAD (2006). “Identificación de lineamientos y recolección de experiencias de trabajo, desarrollados por CHF, Cruz Roja y e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– en atención, intervención y acompañamiento psicosocial a la Población en Situación de Desplazamiento y víctima de la violencia social” [Presentación en Power Point]. Universidad Nacional, Minprotección, OMS.

- CANGUILLEM, GEORGES (2004). *Escritos sobre Medicina*, Sede Mutaciones. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- CÁTEDRA UNESCO (2007). “Derechos Humanos y violencia: Gobierno y Gobernanza: El desplazamiento forzado interno en Colombia un desafío a los derechos humanos”. Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL-ACP (2007). *Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Documento-propuesta para discusión y Acuerdos*. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.
- (2007a). *Protección social y atención primaria en salud*. [Documento de trabajo]. Bogotá.
- OMS/OPS (2005). “Políticas Planes y Programas en Salud Mental”, en *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS*. Ginebra: Editores Médicos Edimsa.
- OPS (1999). “Resúmenes metodológicos en epidemiología”, en *Boletín Epidemiológico: 20 años*, Volumen 20, n.º 3.
- SHAEFER, RICHARD (2006). *Introducción a la sociología*. España: Editorial McGraw-Hill, sexta edición.