

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA

*Gobernanza y salud mental: dimisión del Estado ante la
construcción de política pública en salud mental*

Resumen. En esta tercera entrega se desarrolla la última fase del ejercicio de la Cátedra Unesco en torno a la construcción de política pública en salud mental para la población general y para la población afectada por el desplazamiento forzado, dada su grave vulneración en esta área. En este camino se recuerdan, en primera instancia, los hallazgos en la literatura científica a propósito de la afectación en salud mental de la población, y se complementa con nuevos estudios y aproximaciones. En segundo lugar, se realiza un seguimiento a la propuesta de Política Nacional del Campo de la Salud Mental que fue desarrollada por la Asociación Colombiana de Psiquiatría –ACP– para el Ministerio de la Protección Social y, en particular, a su plan estratégico, como ejercicio de sostenibilidad política. Finalmente, se establecen los obstáculos, así como las dificultades para el logro de un compromiso estatal y ministerial en cuanto a la salud mental de los colombianos.

Palabras clave. Dimisión estatal, sostenibilidad política, actores sociales, atención primaria en salud mental, plan estratégico.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las indicaciones de la Cátedra Unesco, durante los años 2008 y 2009 se desarrolló el seguimiento al trabajo realizado por la Asociación Colombiana de Psiquiatría –ACP– y el Ministerio de la Protección Social en el marco de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Este seguimiento contempló tanto la propuesta para la comunidad en general, como los aportes para la población en situación de desplazamiento forzado, dada la alta afectación de esta población por problemas de salud mental y trastornos de mentales. De acuerdo con dos trabajos previos en el marco de la cátedra (MOLINA BULLA, 2007 y MOLINA BULLA, 2009), existen situaciones y vulneraciones para la población que han sido subestimadas por el gobierno saliente y que deben ser objeto de intervención a través de la acción política. Es por ello que se hace indispensable el reconocimiento de este problema social relevante, así como el seguimiento a estos esfuerzos en la construcción de política pública de salud mental para la población en general y en especial para la población vulnerada por el desplazamiento.

Dentro de los hallazgos en los dos trabajos anteriores se identificó que:

– Por el hecho mismo de la migración, todas las comunidades que se desplazan presentan una mayor frecuencia de problemas emocionales, algunos indiferenciados, así como un mayor riesgo de trastornos mentales, lo que lleva a considerarlas poblaciones vulnerables en salud mental. Esta situación se ha hecho evidente en estudios sobre migrantes, con una mayor correlación cuando coexiste la migración con dificultades sociales y precipitantes violentos. Además, estos hallazgos, se han confirmado en el espacio local, en los estudios de algunas ONG, como Médicos sin Fronteras.

– La población desplazada y refugiada sufre emocionalmente. Presenta dentro de la población migrante una alta probabilidad de trastornos mentales relacionados con la situación que precipitó su movilización: la violencia; más aún cuando esta violencia persiste, siendo objeto de nuevas vulneraciones (en el trayecto, al ser desplazada, en los sitios de refugio y/o en el sitio de llegada).

– Existía, para el 2006, un vacío de política pública en salud mental; vacío representado por una Política Nacional de 1998, que no fue realmente implementada, y una Ley 100 de 1993, desconocedora de las problemáticas nacionales de salud mental. El Ministerio de la Protección Social abrió entonces (en un momento de toma de conciencia sobre la magnitud de la situación) una licitación para la construcción de una nueva política nacional de salud mental, el desarrollo de esta nueva aproximación a la salud mental en el marco de la Atención Primaria en Salud¹ y un documento de plan estratégico para la implementación de la política, así construida.

– La elaboración de la nueva propuesta es llevada a cabo por la ACP, que ganó la licitación. El autor de este artículo está involucrado y participa activamente en su construcción como miembro de la Asociación y de manera paralela en su seguimiento y lectura del proceso, como parte de la Cátedra Unesco².

– De acuerdo con los elementos de la Cátedra, se trabajó y relató, en las entregas anteriores sobre el curso de este trabajo, la identificación del problema, de los actores, el contacto con las ONG involucradas, así como el reconocimiento de las ideas planteadas. Así mismo, se identificaron las dificultades encontradas en la implementación de la nueva propuesta de política (MOLINA BULLA, 2007 y 2009).

– La propuesta de Política Nacional del Campo de la Salud Mental (ACP y MPS, 2007), cuyo documento fue finalizado en diciembre de 2007, hace relevante a la población en situación de desplazamiento forzado como población vulnerable. En el marco de los tres conceptos enlazados en la dicha política: *salud mental, derechos y capital global*, se logró contextualizar a esta población (así como a la población general) y su grave situación³. Además, de acuerdo con lo planteado,

1 La APS, corresponde a una estrategia global de intervención en salud, multinivel, que está impulsando nuevamente la Organización Mundial de la Salud en todos los espacios de intervención, incluida la salud mental.

2 El aporte directo a los conceptos y desarrollo teórico en la Política Nacional desarrollada, fueron suministrados de manera independiente a la Cátedra.

3 Acudiendo a los conceptos bourdianos, para mayor ilustración se puede consultar el documento de Política en la página de la ACP: [<http://www.psiquiatria.org.co/>].

el desarrollo de cada uno de estos ámbitos requiere de los otros dos, y no es posible desligarlos.

– Es claro que desde estos tres puntos de vista, la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia:

- Resulta gravemente afectada en su salud mental, sin que necesariamente se configure un trastorno; es una población vulnerable en Colombia así como en otros países afectados por fenómenos similares donde no poder acceder a los servicios de salud mental necesarios y proporcionales, afecta sus derechos y el desarrollo de sus capitales.

- La vulneración generalizada de los derechos de la población desplazada, que comienza y se perpetúa en el tiempo, establece una afectación permanente que se ve reforzada con el asistencialismo estatal. La mirada ciega a estas vulneraciones y la perpetuación de las mismas corresponde a una *dimisión del Estado* (BOURDIEU, WACQUANT, CHAMPAGNE y BLASZ, 1999) con respecto a sus responsabilidades para enfrentar la problemática. Esta responsabilidad no se mitiga con pequeñas intervenciones de urgencia y se perpetúa con la reedición de las vulneraciones en sus derechos (incluido el derecho a la salud); vulneraciones que no están siendo controladas por el Estado.

- La descapitalización que sufre la población desplazada no se limita a la pérdida económica (y de tierras); comprende, como en otras comunidades migrantes una *deriva social* y pérdida de:

- i. Capital cultural (el acervo histórico, educativo formal o informal) con el que cuentan a la salida y que no logran reproducir fácilmente a su llegada a los lugares de asentamiento, ante todo a grandes ciudades que no valoran este capital.

- ii. Capital simbólico: representado por el reconocimiento y legitimidad construida con el colectivo al que pertenecían y del que fueron expulsados, más aún si son poblaciones estigmatizadas como colaboracionistas de uno u otro bando.

- iii. Capital social: que es vinculante con el medio y sus integrantes, y que no se limita a los círculos cercanos, inmediatos y personales, sino que también es heredado de la familia extensa y de los padres que los transmiten. Al migrar de manera forzada, este capital construido por generaciones se pierde y solo se mantiene parcialmente al llegar a comunidades de origen similar, como lo intenta la población en situación de desplazamiento

El pobre reconocimiento de estas pérdidas y sus configuraciones internas, establece intervenciones precarias y cortoplacistas que no contribuyen a estrategias globales de comprensión y aproximación al fenómeno.

- En una aproximación directa desde la Cátedra Unesco a los autores de la nueva Política Nacional del Campo de la Salud Mental era evidente, para ellos, el aporte de esta propuesta tanto a la población general, como a la población ob-

jeto. En una serie de preguntas con el Método Delfos (MOLINA BULLA, 2009) se reconstruyó la opinión del grupo sobre los alcances y limitaciones en un ejercicio prospectivo para la población afectada. En aquella ocasión se realizó, además, un ejercicio de divulgación de estas conclusiones en la Mesa de atención psicosocial para la PSD del Ministerio de Protección Social y la OMS-OPS⁴, apoyando a la ACP desde los hallazgos de la cátedra.

En los últimos dos años la propuesta de política pública ha tenido un proceso sinuoso en su implementación, como se podrá ver más adelante, yendo esto de la mano de nuevas consideraciones y planteamientos gubernamentales en torno de la intervención a la población general.

I. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN REFUGIADA Y AFECTADA POR EL DESPLAZAMIENTO: AVANCES DESDE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Dentro de la problemática delimitada en la revisión anterior sobre salud mental y trastornos mentales en la población desplazada y refugiada, se encuentran tanto las consecuencias de la migración, como de la violencia política precipitante (MOLINA BULLA, 2007). Nuevos estudios en la literatura científica han profundizado en el problema.

Tanto durante el trayecto como a su llegada a un destino se hacen manifiestas las dificultades emocionales de las víctimas, entre las cuales predominan aquellas asociadas a la aculturación, problemas de identidad, problemas de conducta en jóvenes, alteración de la dinámica familiar, violencia intrafamiliar, abandono, ingreso a la delincuencia o a otros grupos al margen de la ley. En el trayecto como en el sitio de llegada se incrementan las posibilidades y riesgo de abuso físico y sexual, ante todo en los sitios de asilo o albergues, con el desarrollo de trastornos de estrés agudo y de estrés postraumático, que no son producto del evento desplazante, sino de nuevos eventos violentos.

Así mismo, se asocian trastornos claramente configurados como los depresivos y otros de ansiedad (aparte del TEPT). Adicionalmente se relacionan dificultades de sueño y molestias físicas indiferenciadas. Las mujeres y los niños toleran una alta carga emocional, realizando con frecuencia labores que previamente no desarrollaban, así como sobrellevando la carga de las dificultades familiares, además del estigma cultural en el lugar de llegada y el asociado al género.

4 Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud.

En el caso de los niños, las mayores dificultades en el corto plazo están relacionadas con la adaptación al sitio de llegada, a la escuela y la relación con sus pares; sin embargo, a largo plazo aparecen resaltados los problemas relacionados con el núcleo familiar y, particularmente, el vínculo con la madre (MOLINA BULLA, 2007). Los problemas de aculturación se hacen más evidentes en los niños y adolescentes que, luego de tres años de desplazamiento, se niegan a regresar a su lugar de origen.

En cuanto al núcleo familiar, las mayores dificultades asociadas tienen que ver con las violencias del maltrato hacia los menores, el abuso sexual y el maltrato de género. Los integrantes de la familia deben sobrellevar, además, la carga emocional de las afectaciones de los otros integrantes.

Por otra parte, en los estudios nacionales e internacionales es poco frecuente que se puedan identificar los elementos favorables con los que cuentan las familias en situación de refugio o desplazamiento (connotación positiva); elementos y capacidades entre los que se encuentran la habilidad de las mujeres para gestionar recursos y asociaciones, la de los adultos mayores para transmitir el conocimiento, y la de los menores para recibir y reproducir el apoyo.

Después de la revisión realizada en el año 2006 hay pocos cambios en la literatura con respecto a las vulneraciones en salud mental de esta población, pero sí se establecen confirmaciones y especificaciones relacionadas con la evidencia previa y los conceptos interrelacionados de capital global, salud mental y derechos de la propuesta de política pública.

Un avance lo representan estudios poblacionales⁵ en desplazamiento interno como uno adelantado en Darfur (Sudán) por GLEN, RABIH y LYNN (2007), de acuerdo con el cual el 31% de la población afectada por el desplazamiento llenaba criterios para un trastorno depresivo mayor, 5% reportó ideas suicidas y el 2% había tenido intentos suicidas en el último año. En el 2% de los casos, algún familiar se suicidó en el año anterior⁶.

De acuerdo con este mismo estudio, un análisis por género encontró que el 98% de las mujeres llenaba criterios para un trastorno depresivo mayor, lo cual confirma la alta carga emocional que viven en el proceso de desplazamiento.

No resulta extraño que la mayor parte del apoyo que recibieron para estas dificultades emocionales y mentales fue por parte de consejeros de agencias internacionales y otras ONG, y no del gobierno involucrado.

5 La mayoría de ellos son estudios que reportan la consulta por problemas de salud mental y no son estudios poblacionales. Esto hace que la población esté autoseleccionada.

6 Esta frecuencia de ideas y conducta suicida se añade a lo planteado en la primera revisión realizada.

Lo anterior hace evidente también la pobre intervención estatal, ya sea por la dificultad de recursos, por la dimisión del Estado o ambas.

Por otro lado, en un estudio en jóvenes refugiados en Dinamarca (MONTGOMERY y FOLDSPANG, 2007), se encontró una fuerte asociación entre problemas emocionales, problemas sociales, discriminación y dificultades de adaptación. Esta situación se asocia asimismo con el desarrollo de dificultades de conducta en este grupo migrante. Además, se da un proceso de discriminación en el sitio de llegada, asociado con un comportamiento internalizado, en tanto las dificultades de adaptación social estuvieron relacionadas negativamente con conductas tanto internalizadas como externalizadas. Así como en otros estudios, se hace evidente que la discriminación hacia la población migrante en el sitio de llegada se encuentra asociada con problemas mentales y, ante todo, con mayor frecuencia a trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos, de estrés y a dificultades de conducta asociadas. Este tipo de asociación desfavorable suele estar relacionada con graves problemas de adaptación social no necesariamente asociados a la etnia o la procedencia cultural. Sin embargo, sí se asocia con una educación limitada y con dificultades para la comunicación (mas no con problemas familiares o de relaciones entre pares).

Por otro lado, las dificultades emocionales en jóvenes no parecen estar asociadas con otras situaciones en las que están inmersos como la competencia social, el desempeño académico, sus actividades, las relaciones familiares o la independencia económica, que son también indicadores sociales.

Por último, se han establecido serias limitaciones al acceso a los servicios necesarios para la población desplazada y refugiada, y su atención en salud mental.

En otros países (FRANKS, GAWN y BOWDEN, 2007) este tipo de problemas tiene que ver con las diferentes comprensiones sobre lo mental, la pérdida de credibilidad en el sistema, el estigma, las dificultades para priorizar en salud mental, y el miedo a la autoridad. En el caso de barreras directas, éstas están asociadas a experiencias previas desafortunadas al intentar lograr los servicios como la falta de traductores o intérpretes, el no contar con los recursos necesarios, con el transporte o con el acceso geográfico. A lo anterior se suma que los servicios en salud mental destinados a comunidades pobres, altamente representadas por personas migrantes, suelen tener peores recursos y el personal menos calificado o actualizado en salud mental (DASHIFF, DiMICCO, MYERS y SHEPPARD).

Es por tanto evidente que los hallazgos recientes tiene una alta relación con aquellos planteados por las ONG que han trabajado en salud mental con población desplazada en el país. Las vulneraciones de la salud mental se reproducen en otras poblaciones en condiciones similares, de allí que se deba considerar su

seguimiento e intervención oportuna en esta área, gracias a políticas estatales de salud mental claras y proporcionales al problema.

2. SEGUIMIENTO AL PLAN ESTRATÉGICO PARA LA SUSTENTACIÓN Y VIABILIDAD DE LA POLÍTICA NACIONAL DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

Existe una dificultad general en el desarrollo de las políticas públicas que ha afectado el ejercicio previo de la política nacional de salud mental en el país y en otros contextos, que corresponde y se relaciona con la *sostenibilidad política*⁷ de las propuestas de política pública en los escenarios políticos, y con los actores que toman decisiones y que son puntos nodales en sus desarrollo, como lo plantea MELTSNER (1994). De acuerdo con su planteamiento, el desarrollo de las políticas, siguiendo esquemas habituales, es muy técnico y adolece de la aproximación práctica a los decisores finales de política que pueden asumir diferentes posiciones frente a la misma.

Incidir sobre esta área, al construir política pública, implica establecer los escenarios (no en términos prospectivos, sino de contextos) y los puntos nodales de los grupos de interés, o grupos de presión, a la hora de asumir la propuesta que se quiere desarrollar.

Por tanto, el ejercicio de plan estratégico conllevó un análisis previo de la situación y unas estrategias acordes con las dificultades que se podían prever (p. ej., la pobre respuesta ministerial a los intentos de construcción de política), dado que es necesario reconocer que existen características particulares que se ciñen a la cultura política, los actores políticos y los operadores en salud de la Nación y que definen el curso de la propuesta.

Por lo anterior, el plan estratégico para la implementación de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental contempló los espacios de gestión con operadores de salud, con actores políticos y en medios de comunicación. En un proceso de gestión política de la propuesta que se ha llevado a cabo por parte de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, de acuerdo con los compromisos establecidos se accedió a diferentes espacios nodales, en un ejercicio democrático deliberativo y de Gobernanza, aunque sin el apoyo claro que se esperaba por parte del Ministerio de Protección Social.

Para poder entender que esto ocurriera, es necesario tener en cuenta que la cultura política del país y su idiosincrasia, que impacta tanto a las instituciones

7 En términos de la política del poder.

ministeriales como a todo el gobierno en su conjunto, conlleva elementos tales como el ser individualista-paternalista y el estar regida por poderes soberanos y disciplinares⁸.

Se establecieron, a pesar de lo acontecido, espacios para este desarrollo de la política, dentro de los cuales un equipo coordinador que debería tener al Ministerio de Protección Social a la cabeza, entrevistas semi-estructuradas con actores clave (puntos nodales), conversatorios con operadores y otros actores, así como divulgación en medios de comunicación⁹.

En el año 2007 se elaboró un documento final de Plan estratégico para la sostenibilidad política, consistente con los otros dos documentos entregados al Ministerio de Protección Social (el de política y el de desarrollo sectorial de atención primaria en salud mental), y se inició un trabajo de gestión que ha estado primordialmente liderado por la ACP y su Grupo de Políticas¹⁰, asumiendo como sociedad civil su compromiso social dentro un Estado Social de Derecho¹¹.

3. DESARROLLO ACTUAL DEL PLAN ESTRATÉGICO: GOBERNANZA Y GESTIÓN POLÍTICA PARA LA SOSTENIBILIDAD

Si entendemos que la nueva gobernanza es percibida como “el reparto de las tareas y responsabilidades entre actores públicos y privados en un proceso de interacción más o menos constante” (SIDENIUS, 1999, citado por MORATA, 2004), la construcción de política pública en el campo de la salud mental es consistente con el trabajo iniciado por el Ministerio de Protección social junto con la Asociación Colombiana de Psiquiatría, así como el esfuerzo constante de la Asociación por mantener este propósito.

Por lo anterior se estableció, a través de diferentes abordajes, la *gestión política*¹² de la Política Nacional, aunada a las posibilidades de la propuesta desarrollada y al marco del plan estratégico. Algunos de estos abordajes han dado resultado con diferentes actores dentro del sistema; sin embargo, como también se planteó, la respuesta a la gestión realizada fue variable en el tiempo, como se verá más adelante.

8 Una mixtura y en fases distintas antes, durante y de la post- modernidad con diversidad geográfica, en términos foucaultianos. Para mayor ilustración cfr. MICHEL FOUCAULT. *El poder psiquiátrico*, 2003.

9 Referencia al Plan Estratégico.

10 Para 2009, constituyó el Subcomité de Salud Mental Pública y Social de la ACP.

11 No un “Estado opinión”, impuesto y pseudoidentitario.

12 Gestión con los nodos de decisión, con los actores que detentan poder.

De acuerdo con espacios de actuación multinivel¹³, los avances son los siguientes:

– *Para el apoyo gremial por parte de la psiquiatría.* Se realizaron conversatorios dentro de espacios como las reuniones de comités gremiales, los foros gremiales regionales y el Congreso Nacional de Psiquiatría (de 2006 a 2009). Llama la atención que la posición del gremio psiquiátrico frente a la política, ha sido diversa, cambiante, con una dificultad primordial para salir del marco de la enfermedad mental (para parte del gremio), pero además, y de fondo, con inquietudes económicas en torno a la necesidad de una política que reconozca la situación de los hospitales, los problemas económicos del gremio y el desarrollo sectorial intervencionista dentro de la propuesta de política. Sin embargo, existe un reconocimiento al trabajo realizado con la aprobación del Subcomité de Salud Mental Pública y Social, adscrito al Comité Científico de la ACP. Este Subcomité espera desarrollar los principios establecidos en la Política y continuar con la gestión política de la propuesta.

– *Con operadores de salud.* Se adelantaron reuniones con los entes territoriales de salud, gestionadas por el Ministerio durante 2007. En 2008 se desarrollaron foros regionales como un esfuerzo particular de la Asociación Colombiana de Psiquiatría para la divulgación de la política. En este ámbito ha sido fundamental el apoyo de las regiones al proceso, la evidencia de trabajo en torno a desarrollo de políticas, así como la implementación de APS en salud mental. En la actualidad se hace relevante una mayor apropiación de la propuesta de política para las regiones (Atlántico, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia) que en el Ministerio de Protección Social.

– *Con actores clave.* i. Inicialmente DIEGO PALACIO otorgó el aval ministerial para la propuesta y para este ejercicio de sostenibilidad política de parte del Ministro de Protección Social, y propuso acceder un nivel superior (la vicepresidencia), en tanto reconoció que la Política era suprasectorial y con un componente asociado a los derechos humanos. Sin embargo, este contacto no fue formalizado posteriormente por el Ministerio. El apoyo inicial en el Ministerio de Protección Social se dilató después de entregada la propuesta en diciembre de 2007. ii. Por lo anterior, el grupo de políticas de la ACP, inició otros contactos para impulsar la propuesta¹⁴ y se logró una entrevista con el entonces Procurador General de la Nación, EDGARDO MAYA VILLAZÓN. La Procuraduría –de manera acorde con su función estatal de veedor de los derechos, de la política pública y

¹³ Gobernanza multinivel.

¹⁴ Se intentó un contacto presidencial que no fue fructífero.

sus desarrollos— manifestó su interés en la Política planteando dos espacios de apoyo a la misma: en un foro, convocando a los actores sociales involucrados, y en el Congreso Nacional de Psiquiatría.

– *El foro de la Procuraduría*, desarrollado en septiembre de 2008, precipitó un nuevo pero fugaz interés por parte del Ministerio de la Protección Social ante la presión del Ministerio Público. En cabeza del Viceministro CARLOS IGNACIO CUERVO se retomó la discusión de los documentos elaborados en octubre de 2008, aunque con una limitada lectura de los dos documentos adicionales. La discusión sobre la política con los integrantes del Ministerio, y ante todo la propuesta sectorial entregada (de atención primaria en salud) se ha dilatado hasta el día de hoy.

– Posteriormente, el Procurador participó en la apertura del *Congreso Nacional de Psiquiatría* de 2008 y reafirmó su apoyo. Se puede decir que el apoyo de la Procuraduría fue el mayor logro obtenido en el desarrollo del plan estratégico para la Política Nacional.

– *Con la rama legislativa* se han hecho contactos con por intermedio de MARTA LUCÍA RAMÍREZ, y con otros congresistas. Otros avances en esta área han sido limitados.

– *En la discusión transectorial*: i. El Foro en la Procuraduría General de la Nación logró convocar a entidades de salud, hospitalarias y a otros sectores participantes como el ICBF, educación, Fuerzas Armadas y estupefacientes, quienes en principio dieron su aval al documento Política Nacional y su discusión, rescatando la mirada de salud mental, no centrada en la enfermedad; concepto dentro del cual las actividades de estos otros sectores son coincidentes y demuestran un esfuerzo permanente por la salud mental.

4. ESCOLLOS Y OPOSITORES: DESARROLLO GUBERNAMENTAL PENDIENTE Y FUTURO EN LAS REGIONES

Además de llevar a cabo la discusión sobre una nueva política de salud mental se contempla como escenario indispensable la decisión ministerial de apropiación que actualmente se encuentra detenida. Esta ralentización del desarrollo del trabajo entre actores públicos y privados responde a la vieja manera jerárquica de construir política pública frente a una nueva modalidad concertada y multinivel propia de una nueva gobernanza.

Sólo a través de la apropiación ministerial será posible establecer los acuerdos transectoriales e intrasectoriales sobre el documento de política, la aproximación desde la APS o su componente en salud mental, y el compromiso gubernamental para gestionar la propuesta de política y respaldarla con miras a un documento

CONPES con Planeación Nacional, tal como se había contemplado desde un comienzo, por parte de todos los actores involucrados en la construcción democrática de la política.

Sin embargo, la decisión aún no se ha tomado o no se ha hecho explícita, dilatando el pago *de la deuda que en salud mental* tiene el gobierno con el país y que él reconoce.

Dentro de las razones identificadas para esta posición ministerial se han contemplado las siguientes dificultades:

– Desde el punto de vista ministerial a la propuesta planteada le hizo falta la delimitación de estrategias sectoriales directas. Sin embargo, este desarrollo hace parte del segundo documento entregado al Ministerio y que no fue trabajado por el mismo.

– La relación con otros sectores fue considerada como intromisión en áreas que no correspondían a la Política (lo que va en contra del concepto de Gobernanza). Desde el punto de vista ministerial, la propuesta se extralimita, cubriendo aspectos que no son del sector.

– El cuestionamiento desde la propuesta de política al sistema de aseguramiento, y la capacidad del mismo para realizar los cambios necesarios y así atender las necesidades en salud mental de la población y en particular de la más vulnerable, como es el caso de la Población en Situación de Desplazamiento Forzado, no fue de buen recibo. El Ministerio manifestó no estar dispuesto a la crítica del sistema (2008). Esta mirada responde igualmente a los principios de *autoridad y centralismo*, así como a la *lógica de mercado a toda costa* (MORATA, 2004), que se contrapone al concepto de Gobernanza. Sin embargo, el nuevo contexto mundial en lo social, económico y político pone en tela de juicio este modelo, ante exigencias tan grandes como las que precipita la situación de desplazamiento forzado.

– Plantear la posibilidad y/o necesidad de una política redistributiva fue leído como una idea que se salía del marco político del gobierno Uribe, y un planteamiento demasiado cercano a las ideas de izquierda.

– El planteamiento de una atención primaria (Organización Panamericana de la Salud –OPS–) en salud mental con enfoque de derechos tampoco fue acogida. Se considera, por el gobierno, hablar de un componente de salud mental en la atención primaria en salud

– Los “problemas de segundo orden” (como problemas de la salud), son los que marcan el desarrollo de las sociedades actuales (TODT y GONCALEZ, 2006). Implican una exigencia hacia instituciones que en ocasiones generan más efectos secundarios, dado su funcionamiento jerárquico y burocrático. Es ante estas limitantes que el ejercicio de una nueva gobernanza se hace oportunidad.

Un desarrollo nacional de la propuesta de política pública será posible sólo si se establecen los acuerdos transectoriales e intrasectoriales necesarios, la articulación con otras políticas, una profundización en el documento de política, la aproximación desde la Atención Primaria en Salud con el enfoque que se desee, acorde con las necesidades del país, y el compromiso gubernamental para gestionarla con miras a un documento CONPES con Planeación Nacional, como se había contemplado desde un comienzo en el ejercicio entre la sociedad civil y el Estado.

Queda la duda sobre el verdadero interés del Ministerio y el gobierno saliente en el desarrollo de política pública en salud mental, si este era certero o si todo el ejercicio tuvo como objetivo cumplir con un requisito ante los organismos multilaterales y/o realizar un gasto más del presupuesto. También queda en entredicho su capacidad de gestión ante una situación social que mezcla problemas de primer orden (como *lucha de clases*, según TODT [TODT y GONÇALEZ, 2006]) y de segundo orden como son los problemas de *la salud*.

En el caso de la salud mental de la Población en Situación de Desplazamiento Forzado, queda ceñida a los intentos de atención en el primer nivel con la formación de operadores en salud mental, fruto de la presión de la Corte Constitucional, que parece ser el camino más expedito para que el Gobierno no dimita en sus responsabilidades de construcción democrática.

Los escenarios actuales para el desarrollo de políticas en salud mental se encuentran más ligados a las regiones, poniéndose en juego las decisiones multinivel y los nuevos acercamientos de la sociedad civil a los entes de control y a la Corte Constitucional en busca de decisiones claras en salud mental, con la participación activa de todos los actores, públicos y privados.

Hacia allí encaminaremos nuestros esfuerzos y aprendizajes: una capacidad de aprendizaje que, entendemos, debe ser colectiva si apelamos al concepto de Gobernanza.

BIBLIOGRAFÍA

- ACP y MPS. *Política nacional del campo de la salud mental: documento propuesta para discusión y acuerdos*, Bogotá, Ministerio de la Protección Social, 2007.
- BOURDIEU, P.; L. WACQUANT, P. CHAMPAGNE y G. BLASZ. “La dimisión del Estado”, en P. BOURDIEU. *La miseria del mundo*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 1999.
- DASHIFF, C.; W. DiMICCO, B. MYERS y K. SHEPPARD. “Poverty and Adolescent Mental Health”, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 2009.

- FRANKS, W.; N. GAWN y G. BOWDEN. “Barriers to access to mental health services for migrant workers, refugees...”, *Journal of Public Mental Health*, 33, 2007.
- GLEN, K.; T. RABIH y L. LYNN. “Basic Health, Women’s Health, and Mental Health Among Internally Displaced...”, *American Journal of Public Health*, 353, febrero de 2007.
- MELTSNER, A. “La hechura de las políticas”, en *Antología de las políticas públicas*, Porrúa, 1994.
- MOLINA BULLA, C. I. “Capital global y política pública en salud mental: La pertinencia de la Política Nacional de Salud Mental ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares del desplazamiento forzado”, en M. GUTIÉRREZ QUEVEDO (coord.), *Cátedra Unesco derechos humanos y violencia : gobierno y gobernanza. El desplazamiento forzado interno en Colombia : un desafío a los derechos humanos*. Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.
- MOLINA BULLA, C. I. “Desarrollo e implementación de Políticas Públicas de salud mental y población en situación de desplazamiento forzado: construcción y desafíos”, en M. GUTIÉRREZ QUEVEDO (coord.), *Derechos humanos y violencia: gobierno y gobernanza. El desplazamiento forzado interno en Colombia: un desafío a los derechos humanos*, , Cátedra Unesco, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2009.
- MOLINA BULLA, C. I. “Estudios de futuro: elementos prácticos en ciencias sociales”, en C. MARIÑO (coord.). *Mecanismos judiciales y administrativos de protección de sujetos vulnerados*, Cátedra de investigación científica, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2009.
- MONTGOMERY, E. y A. FOLDSPANG. “Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees”, *European Journal of Public Health*, 2007.
- MORATA, F. “Regiones y Gobernanza multinivel en la Unión Europea”, en F. MORATA. *Gobernanza multinivel en la Unión Europea*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2004.
- Organización Panamericana de la Salud –OPS–. *Organización Panamericana de la Salud*, disponible en [http://www.paho.org/spanish/ad/ths/os/aps-declaracion_regional-sep05.pdf], consultada el 17 de septiembre de 2010.
- TODT, O., y M. GONÇALEZ. “Del gobierno a la gobernanza”, *Isegoría: Revista de Filosofía Moral y Política*, 2006.

