

CARLOS IVÁN MOLINA BULLA

*Indicadores de salud mental para la población  
en situación de desplazamiento forzado*



Resumen. Este artículo plantea el trabajo desarrollado en la Cátedra Unesco durante el año 2010, en el que prevaleció la construcción de indicadores para el seguimiento a la política pública dirigida a la población en situación de desplazamiento forzado, fruto de la solicitud de la Honorable Corte Constitucional. Con base en los hallazgos de la Cátedra, las recomendaciones de organismos internacionales y los análisis del desarrollo de política pública en salud mental en el país se propone un modelo e indicadores acordes con los elementos anteriores, así como dos ejes adicionales para complementar este proceso en una ocasión ulterior: la contextualización de la propuesta en lo local y sus diferencias, así como realizar un ejercicio prospectivo que tenga en cuenta los elementos antes mencionados, los diferentes actores y contextos.

Palabras clave. Indicadores, salud mental, gobernanza, prospectiva, gestión política.

## INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de la Cátedra Unesco, se han establecido elementos de análisis de la política pública en diferentes campos, uno de los cuales se refiere a la salud mental. Este artículo establece una discusión sobre las metodologías e indicadores propuestos en salud mental para la población en situación de desplazamiento que redunden en el seguimiento de la aplicación estatal de los autos y sentencias de la Corte Constitucional con respecto a la salud mental como componente fundamental del derecho a la salud.

En los años 2008 y 2009 se realizó el seguimiento a la política pública en salud mental que se propuso en el año 2007, proceso en el que se encontraron muy pocos avances en el país (MOLINA BULLA, 2007). Para los años 2009 y 2010, el propósito fue abordar, con base en las propuestas planteadas, el problema de la salud mental en la población afectada por el desplazamiento desde dos puntos: el seguimiento establecido por organismos multilaterales a la implementación de política pública en salud mental y la respuesta a la solicitud específica de la Corte Constitucional sobre el desarrollo de metodologías e indicadores para el seguimiento a los autos y sentencias establecidos.

El artículo aquí planteado recupera el trabajo desarrollado en este último ámbito.

I. OBJETIVOS DE ESTE DOCUMENTO EN LA CÁTEDRA UNESCO:  
A PROPÓSITO DEL PUNTO “REFORMULACIÓN  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Para el requerimiento actual de la Cátedra Unesco y la solicitud de la Corte Constitucional, esta unidad de investigación<sup>1</sup> se ha comprometido con los siguientes objetivos:

1. Realizar una síntesis sobre la evidencia científica recabada en la Cátedra Unesco sobre las consecuencias en salud mental del desplazamiento forzado y en la población refugiada.
2. Establecer la situación actual en el desarrollo de indicadores para el goce efectivo del derecho a la salud mental para la PSD.
3. Proponer una metodología para la construcción de indicadores en Salud Mental para la población afectada.
4. Proponer nuevos indicadores para el goce efectivo e indicadores sectoriales.

A. PLANTEAMIENTO: SALUD MENTAL Y DESPLAZAMIENTO  
FORZADO

I. CONSECUENCIAS EN SALUD MENTAL DEL DESPLAZAMIENTO  
FORZADO Y EN LA POBLACIÓN REFUGIADA<sup>2</sup>

a. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS INDICADORES DE SALUD MENTAL  
PARA LA PSD

Se puede afirmar que, en lo que atañe a la atención a la salud mental de la PSD, los indicadores se encuentran limitados a aquellos complementarios establecidos en el auto 116 (Corte Constitucional, 2008) y en donde se establece evaluar:

- PD<sup>3</sup> que recibieron atención en salud mental en los servicios de psicoterapia individual, familiar, o grupal según tipo de afiliación al SGSSS/ Total PD.

---

1 Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social – CIDS–, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia

2 En el texto original dirigido a la Corte Constitucional se enunciaron los problemas de salud mental asociados al desplazamiento. Éstos se encuentran definidos en CARLOS IVÁN MOLINA BULLA. “Gobernanza y salud mental: dimensión del Estado ante la construcción de política pública en salud mental” (en esta misma publicación pp. 117-132).

3 Personas desplazadas.

- PD que recibieron atención en salud mental en los servicios de atención a síntomas/ enfermedades mentales por causa del desplazamiento, según tipo de afiliación al SGSSS/ Total PD.

Así mismo el indicador complementario:

Número de NNAD (por ciclo vital, sexo y pertenencia étnica) que han recibido o reciben atención psicosocial por tipo de atención/ Total NNAD.

Este indicador requiere además, en su pie de página, que se establezca lo siguiente: “Es necesario discriminar la información solicitada por programa y tipo de atención: psicosocial, psicológica o de salud mental y si es de carácter individual o colectiva”.

El indicador sectorial asociado es, así también:

- Personas que reciben atención en salud mental según diagnóstico y tipo de afiliación al SGSSS/ Personas incluidas en el RUPD que solicitan apoyo psicosocial (ND).

Por lo tanto, en el Auto 92 de 2008, la salud mental es considerada importante y referenciada con especial énfasis en la población de mujeres víctimas del DF. Sin embargo, ante la gravedad de los problemas en salud mental encontrados en la PSD y en población refugiada, los indicadores propuestos resultan insuficientes.

Para soportar lo anterior, además de la evidencia científica recabada (MOLINA BULLA, 2007), encontramos los planteamientos de la Sentencia T-025 de 2010 que da relevancia a los problemas de salud mental en la población, así como la serie de limitaciones en la atención. Aunque no vislumbra indicadores específicos, sí brinda órdenes puntuales y otras complejas, pertinentes para el desarrollo de metodologías e indicadores en salud mental (Corte Constitucional, 2010):

Órdenes complejas.

De la evaluación realizada por esta Corporación a cada uno de los casos reseñados, se desprende que se requiere el diseño e implementación de protocolos, programas y políticas de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado, sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Como surge de la intervención del Ministerio de la Protección Social, los avances efectuados por este Ministerio, en relación con la prestación de asistencia psicosocial a las víctimas del conflicto armado son precarios. En efecto, se evidencia que la atención en salud a este sector poblacional

se circunscribe únicamente a los planes básicos contemplados en el Régimen Contributivo y en Régimen Subsidiado que no incluye entre otras cosas, atención psicosocial mediante profesionales especializados, ni atención de mediana y alta complejidad en el caso del Régimen Subsidiado. De conformidad con el artículo 28 del Acuerdo 03 de 2009, el Régimen Subsidiado contempla únicamente atención de Urgencias para pacientes con trastornos mentales y la consulta ambulatoria de valoración psicológica. Así mismo estos planes carecen aún de la implantación de un enfoque diferencial en la prestación de los servicios de salud teniendo en cuenta factores como el género, la etnia, la edad, las condiciones psicosociales, entre otros factores.

De conformidad con lo anterior, este Tribunal ordena al Ministerio de la Protección Social que, en el plazo máximo de seis meses, contados a partir de la notificación de esta providencia, en coordinación con las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a nivel territorial, diseñe e implemente los protocolos, programas y políticas necesarias de atención en salud que respondan a las necesidades particulares de las víctimas del conflicto armado sus familias y comunidades, especialmente en lo referido a la recuperación de los impactos psicosociales, producidos por su exposición a eventos traumáticos desencadenados por la violencia sociopolítica en el país. Estos protocolos, programas y políticas deben, como mínimo, comprender:

1. Un ámbito de cobertura necesario y obligatorio que le permita enfrentar la realidad fáctica de las víctimas de desplazamiento forzado, en particular las afecciones a su salud mental y emocional así como al proyecto de vida y las relaciones con el entorno familiar, cultural y social.
2. Sistema de promoción y prevención de la salud con enfoque diferencial.
3. Construcción de indicadores de impacto que faciliten el seguimiento y veeduría de su aplicación.
4. En el diseño de programas de atención en salud mental a víctimas de la violencia sociopolítica se deben incorporar estrategias que permitan abordar las secuelas colectivas y daños psicosociales comunitarios generados por los hechos violatorios de alta y mediana complejidad; ya que lo colectivo se convierte en condición para garantizar un entorno adecuado y protector de la salud mental. De igual manera se deben contemplar los entornos culturales e históricos.
5. Es urgente fortalecer la capacitación de los trabajadores de la salud en temas de impactos psicosociales de la violencia sociopolítica, atención psicosocial en el campo de la salud mental y cuestiones relacionadas con el género y otros impactos diferenciales como la etnia y la edad, de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia, especialmente aquellas relacionadas con la afectación por la violencia sociopolítica.

6. Es también primordial garantizar el acceso a los medicamentos, procedimientos diagnósticos y atención por servicios especializados, estén o no cubiertos por el POS, como vía para garantizar servicios oportunos y pertinentes adecuados a las necesidades particulares de la población en situación de desplazamiento. Además debe asegurarse la articulación interinstitucional que permita viabilizar las intervenciones encaminadas al restablecimiento de la salud de las mujeres víctimas, que involucren además las modificaciones pertinentes a los determinantes de su salud, a nivel personal, familiar, comunitario y social.
7. Debe garantizarse que se disponga de profesionales capacitados y cualificados en el área médica, de atención psicosocial y psiquiátrica y de otros profesionales, que después de la evaluación se consideren necesarios, y que se disponga también de los recursos materiales necesarios para el abordaje de la problemática expuesta, durante el tiempo que sea necesario.
8. Estrategias de divulgación que permitan a la población víctima del conflicto armado y del desplazamiento forzado conocer y acceder a los servicios de salud diseñados especialmente para este sector.
9. Estos programas deben contar con indicadores de resultado de goce efectivo de derechos, así como los criterios de racionalidad señalados por la Corte Constitucional en los Autos 092 y 237 de 2008.

En cuanto al goce efectivo del derecho a la salud en su componente fundamental de salud mental, no se encuentran enunciados indicadores relacionados o enunciados.

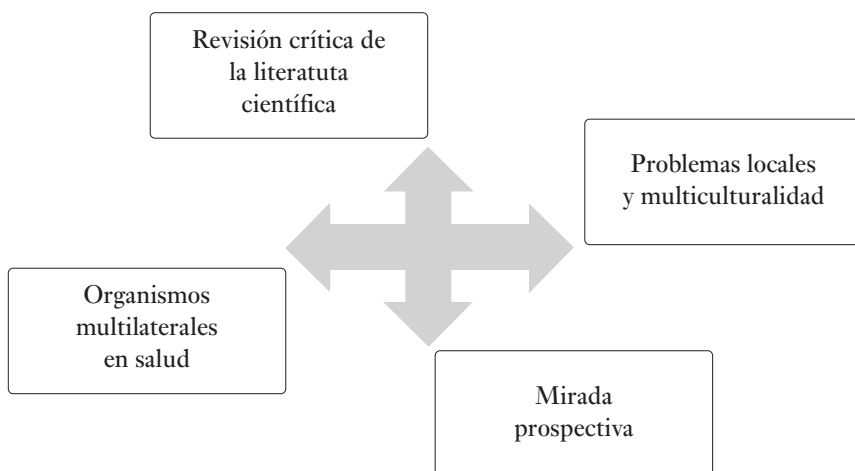
Lo anterior se hace visible cuando en el reporte del Sistema Nacional de Atención Integral Población Desplazada (Acción Social, 2010). El gobierno restringe su actuación en salud mental a la Atención psicosocial (indicador: “Total de personas desplazadas beneficiarias de Atención Psicosocial”) y a la formación en salud mental de algunos médicos en el país para el componente de salud mental en la Atención primaria en Salud o la formación de promotoras:

Se está implementando el Componente de Salud Mental en la estrategia de Atención Primaria en Salud, que propicia la presencia de médicos generales debidamente capacitados para brindar atención en salud mental desde los procesos de baja complejidad, inicialmente fortaleciendo instituciones del primer nivel de atención. De igual manera incluye los procesos que puede desarrollar la misma comunidad, previamente formada para favorecer el mejoramiento de su salud mental. Estos procesos comunitarios se articulan y complementan con los servicios de salud ya existentes.

Es necesario aclarar que la atención psicosocial no implica necesariamente la intervención de los problemas amplios de la salud mental. A pesar de las conexiones del ámbito psicosocial con el de la salud mental, esta última pertenece a un espacio de gestión y responsabilidad específico de la Dirección de Salud Pública en el Ministerio de la Protección Social y dentro de esta Dirección, al Grupo de Salud Mental, conformado para tal fin.

## 2. METODOLOGÍA Y FUENTES PARA LOS INDICADORES DE SALUD MENTAL EN LA PSD

Una propuesta de aproximación a los avances en la garantía del derecho a la salud mental y al desarrollo de indicadores surge de cuatro fuentes, para la elaboración de indicadores. Los indicadores planteados en esta propuesta se basan en dos de ellas:



### *Modelo para la construcción de indicadores en salud mental*

– La primera está basada en una corriente actual de la medicina denominada “Medicina basada en la evidencia”, que a través de la revisión crítica de la literatura científica busca establecer la mejor evidencia existente sobre un problema específico. La revisión de la literatura a propósito de los problemas de salud mental de la población refugiada y desplazada, fue realizada en dos entregas previas de la Cátedra Unesco.



– La segunda, es la consulta a documentos de Organismos multilaterales en salud (OPS, OMS) para una aproximación al trabajo global en torno a la salud mental y la elaboración de indicadores en otros espacios de la salud mental.

Dos fuentes adicionales para la elaboración, que hacen parte de este modelo, pero deben ser consideradas en estudios de campo posteriores, son:

– Una aproximación a la realidad local con la participación de los actores sociales, con el fin de fortalecer la mirada de los problemas locales, no referidos en la literatura científica, la cual se puede ver afectada a la hora de apropiar las divergencias asociadas a la multiculturalidad (p. ej.). Este elemento del modelo requiere de un trabajo de campo adicional del que pueden hacer parte Organismos multilaterales, la comunidad académica y/o las sociedades científicas. No resulta suficiente acudir a los servicios de consulta externa en salud mental, dado que se trata de una población autoseleccionada.

– Una mirada prospectiva<sup>4</sup> sobre la situación. Esto es, la construcción de escenarios (futuros posibles o futuribles) de salud mental para la población en situación de desplazamiento forzado que establezca metas plausibles y coherentes dentro de un plan estratégico dirigido por una visión social compartida de futuro. Esta requiere la construcción con los actores involucrados y resulta propicio elaborarlo en términos de gobernanza multinivel.

### 3. INDICADORES PROPUESTOS

Con el trabajo desarrollado por la Cátedra Unesco (MOLINA BULLA, 2007 y 2009) y las recomendaciones establecidas por la OPS (ver anexo), recomendamos los siguientes indicadores para el goce efectivo del derecho a la salud mental:

a. Específicos (fuente: Cátedra Unesco): todas las personas o familias en situación de desplazamiento fueron evaluadas en salud mental por médicos generales o psicólogos con entrenamiento en tamizaje<sup>5</sup> en salud mental<sup>6</sup>.

i. Todas las personas o familias en SD con problemas de salud mental o impresión diagnóstica de trastorno mental, detectados por los médicos generales o psicólogos, fueron remitidos y recibieron tratamiento por psicología clínica y/o psiquiatría.

---

4 En términos de Estudios de Futuro o prospectiva estratégica.

5 Herramientas de detección temprana de casos en riesgo de tener algún problema de salud mental.

6 El médico general o el psicólogo local detecta el caso, pero no lo trata, a menos que requiera una medida de emergencia en tanto el psiquiatra lo hace.

Todas las personas o familias en SD con problemas de salud mental, o diagnóstico psiquiátrico detectado y asociado a su situación de desplazamiento, recibieron seguimiento al tratamiento indicado por psicología clínica y/o psiquiatría.

b. Generales (fuente: Cátedra Unesco):

1. Implementación por parte del gobierno nacional, a través de un Conpes social, de la propuesta (ya elaborada) de Política Nacional del Campo de la Salud Mental (ESCUDERO DE SANTACRUZ, MOLINA BULLA y AITKEN DE TABORDA, 2008) y que fue desarrollada por la Asociación Colombiana de Psiquiatría y el Ministerio de la Protección Social.

2. Elaboración e implementación por parte de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social de un Plan Nacional de Salud Mental, con un apartado especial para la atención a la PSD.

3. Elaboración e implementación por parte de la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social del Componente de Salud Mental en la Atención Primaria en salud, con un apartado especial para la atención a la PSD.

En cuanto a indicadores complementarios se consideran los siguientes:

a. Indicadores del resultado (fuente: Cátedra Unesco y OPS<sup>7</sup>):

1. Casos de PSD, atendidos en el componente de salud mental de la APS<sup>8</sup>.

2. Casos de PSD, con problemática mental atendidos por personal no especializado en la APS y número referido al psicólogo clínico o médico psiquiatra.

3. Casos de PSD, con problemas de salud mental o trastornos mentales atendidos por entes estatales y entes privados.

4. Casos atendidos por personal especializado.

– Según sexo y edades.

– Según lugar donde se ofrece la atención (hospital, centro de salud, escuelas y espacios comunitarios).

– Según personal que la ofrece: médico psiquiatra, psicólogo clínico, personal paramédico, alumnos de medicina o psicología, residentes de psiquiatría, etc.

5. Terapias grupales: número de sesiones y casos atendidos.

6. Índice de consultas por trastornos psíquicos por población afectada (x 10.000 habitantes)

7. Registro de morbilidad, según la CIE-10.

---

7 OPS habla en este caso de indicadores de proceso.

8 Atención Primaria en Salud.

8. Reuniones grupales comunitarias con personas afectadas, que han sido apoyadas por los servicios de salud: número de sesiones y participantes.

9. Reuniones grupales con niños, niñas y jóvenes afectados, que han sido apoyadas por los servicios de salud: número de sesiones y participantes.

10. Actividades de educación para la salud mental: sesiones y participantes.

11. Atención a miembros de los equipos de respuesta a la situación de salud: casos vistos, terapias grupales, etc.

12. Capacitación:

i. Sesiones de capacitación en salud mental.

ii. Número de participantes, según tipo de personal o de grupos a la cual fueron dirigidas.

iii. Cobertura alcanzada en la capacitación en Salud mental: % de personal especializado, trabajadores de APS, promotoras de salud, enfermeras maestros y personal de los equipos de respuesta capacitados.

b. Indicadores de impacto (OPS y Cátedra Unesco):

Todos los indicadores que siguen, requieren una línea de base o diagnóstico inicial de la situación de salud mental de la población afectada. No es suficiente establecer la frecuencia de trastornos en la población consultante, ya que no representa al total de la población y de acuerdo a la literatura científica, los problemas emocionales de las comunidades refugiadas y/o desplazadas pueden pasar desapercibidos o enmascarados en problemas sociales relevantes como la delincuencia y/o la demanda de sustancias psicoactivas.

1. Modificaciones en los índices de incidencia y prevalencia de patologías relevantes (trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos, otros trastornos de ansiedad, suicidio, alcoholismo, etc.)<sup>9</sup>.

2. Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas capacitadas (trabajadores de la salud y otros) en salud mental.

3. Evaluación de las modificaciones en los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad en salud mental.

4. Modificaciones en la percepción de la población sobre la organización de los servicios de salud mental y su eficiencia.

5. Indicadores escolares (retención y promoción).

---

9 Esto sólo se podrá medir como indicador de impacto si se dispone de una línea basal previa confiable, de lo contrario en muchos casos se observará un incremento de la morbilidad debido a una mayor accesibilidad a los servicios o al mejorar los sistemas de registro (ops).

6. Mejoría de la calidad de vida de la población y otros indicadores indirectos (calidad de vida, socioeconómicos, etc.).

c. Indicadores de sostenibilidad (fuente: OPS)

1. ¿Cuántos de los servicios y procesos abiertos durante el proyecto podrán persistir?

2. ¿Se han fortalecido los servicios del componente de salud mental en la APS y de Salud Mental general en el nivel local y aumentado sus niveles de cobertura? ¿Podrá mantenerse?

3. ¿Cuáles de las acciones realizadas no pueden mantenerse, a pesar de considerarse útiles y necesarias?

d. Otros indicadores generales y de los servicios (fuente: OPS):

1. PSD que están bajo atención psicosocial por diferentes instituciones.

2. Población desplazada que dispone de servicios de salud mental (%) y cuáles no tienen cobertura.

3. Instituciones u organizaciones que aportan servicios y recursos de salud mental.

4. Número y ubicación de los servicios de salud mental en la APS en el territorio afectado.

5. Población por servicio de salud mental.

6. Hospitales psiquiátricos o servicios de psiquiatría en el territorio.

7. Recursos humanos especializados disponibles y su distribución:

i. Médicos psiquiatras.

ii. Médicos generales con entrenamiento en salud mental.

iii. Psicólogos.

iv. Enfermeras con experiencia en salud mental.

v. Terapeutas ocupacionales.

vi. Trabajadoras sociales con experiencia en salud mental.

vii. Alumnos de psicología.

viii. Alumnos de medicina.

ix. Número y composición de equipos móviles formados con personal especializado o con entrenamiento en salud mental.

#### 4. PROPUESTAS FINALES Y CONCLUSIONES: DESARROLLO DE INDICADORES A LARGO PLAZO A PARTIR DE LA GESTIÓN POLÍTICA Y PREVISIÓN HUMANA Y SOCIAL

Como hemos visto, el planteamiento de indicadores establece un trabajo continuo e inacabado. Aprovechamos hasta este punto la experiencia obtenida en la Cátedra Unesco, las recomendaciones en la literatura y de parte de las ONG.

Como se planteó en el apartado 3, desde el modelo descrito se hace necesaria la construcción de los indicadores con base en dos aproximaciones complementarias: la modelación a partir de los diferentes contextos locales y sus actores, en una postura de Gobernanza multinivel (MORATA, 2004) y de gestión política. Así mismo, se requiere la construcción de indicadores de impacto con base en los tres ejercicios anteriores y un ejercicio prospectivo de carácter social: la Previsión humana y social (MEDINA, 2006) (MOLINA BULLA, 2009).

Con base en los elementos planteados en la Gobernanza multinivel se requerirá la participación de los actores sociales involucrados en las intervenciones de la salud mental para el ajuste local de los indicadores y su seguimiento. La diversidad del país obliga a este ejercicio, así como se ha necesitado en el desarrollo de planes departamentales de salud mental (como es el caso de Bogotá, Antioquia, Nariño, etc.).

Este tipo de trabajos han sido fructíferos en tanto han retomado las características departamentales y han convocado a los nodos de decisión (asambleas departamentales, alcaldes, gobernadores) comprometiéndolos con una agenda particular en salud mental). Un ejemplo propicio es el desarrollado por OPS en la cartilla dirigida a alcaldes, para la intervención en emergencia humanitaria, que involucra al gobierno local en la aproximación adecuada a la problemática, así como los recursos con los que podría contar<sup>10</sup>.

Para este propósito, también se han diseñado en el pasado planes estratégicos para el desarrollo de planes y políticas de salud mental en el país (MOLINA BULLA y McDOUVALL, 2008), que promueven la gestión política y que incluyen un trabajo simultáneo en tres dimensiones:

- *La dimensión estratégica*, que involucra un trabajo político con los grupos de poder;

- *La dimensión operativa*, que involucra un trabajo programático, con el fin de establecer sinergias entre los múltiples y diversos esfuerzos que se realizan desde las instituciones y la sociedad civil por la salud mental en Colombia, y

- *La dimensión social*, que involucra un trabajo de comunicación, difusión y discusión con el fin de generar opinión pública, abogacía y las representaciones sociales necesarias para el mejoramiento de las condiciones de salud mental.

Dentro de este ejercicio de gestión política en las regiones existen herramientas desarrolladas para la aproximación a los actores sociales, con la evaluación de sus características y la posición que podrán tener frente al proceso. Así mismo, se puede evaluar la posición de los operadores de salud y de actores

---

<sup>10</sup> Estas recomendaciones de organismos multilaterales se discutirán en un artículo aparte.

adicionales en el espacio social, para el desarrollo de la política pública y los indicadores en salud mental requeridos con el fin de realizar el seguimiento para su implementación.

Para este proceso se requiere, además del trabajo de un grupo gestor que pertenezca al sector salud, la elaboración consensuada del diseño de la estrategia, el desarrollo, el seguimiento y la retroalimentación de la gestión. Para ello se realizan entrevistas con los actores, se define su posición frente al problema y se reasume una actitud amplia para generar las modificaciones que se requieran la o las propuestas. Dado que en el ejercicio de indicadores se requieren acuerdos mínimos, es necesario que la disposición de los actores sociales se establezca con acercamientos no académicos, sino de cabildeo, en entrevistas personalizadas.

En cuanto al desarrollo de un ejercicio prospectivo, se encuentran elementos propicios desde la escuela italiana de la previsión humana y social, antes mencionada.

Desde esta perspectiva se pueden establecer, con un espíritu humanista que viene de la primera parte de escuela francesa de prospectiva, los elementos necesarios para construir una visión compartida de futuro en los avances de política pública de salud mental para población en situación de desplazamiento forzado. Así mismo, se pueden abordar los indicadores relacionados con dicho ejercicio, acordes con la expectativas colectivas, primordialmente en lo que atañe al impacto de las medidas tomadas desde el momento actual a 10 ó 15 años en el futuro.

Los recursos con los que se cuenta, en materia de política pública, son suficientes para establecer un compromiso estatal adecuado con la población general y la población en situación de desplazamiento forzado. La percepción general ha sido la de un compromiso político débil por parte del gobierno, que, a raíz de su cambio reciente, deberá modificarse, so pena de que prevalezca el abandono de la salud mental en Colombia y su población más vulnerable.

#### BIBLIOGRAFÍA

Acción Social. “Informe de Acciones Sectoriales. Sistema de Atención Integral a la población desplazada”, Bogotá, junio de 2010.

ACP y MPS. *Política nacional del campo de la salud mental: documento propuesta para discusión y acuerdos*, Bogotá, Ministerio de la Protección Social, 2007.

DASHIFF, C.; W. DiMICCO, B. MYERS y K. SHEPPARD. “Poverty and Adolescent Mental Health”, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23-32, 2009.

- ESCUADERO DE SANTACRUZ, C.; C. I. MOLINA-BULLA y M. C. AITKEN DE TABORDA. *Política nacional del campo de la salud mental: Propuesta para discusión y acuerdos*, Bogotá, ACP y Ministerio de Protección Social, 2008.
- FRANKS, W.; N. GAWN y G. BOWDEN. “Barriers to access to mental health services for migrant workers...”, *Journal of Public Mental Health*, 33, 2007.
- GLEN, K.; T. RABIH y L. LYNN. “Basic Health, Women’s Health, and Mental Health Among Internally...”, *American Journal of Public Health*, 353, 2007.
- Corte Constitucional. *Corte Constitucional de Colombia*, 13 de mayo de 2008, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/Autos/2008/A116-08.htm>], consultada el 8 de octubre de 2010.
- Corte Constitucional. *Corte Constitucional de Colombia*, 2 de febrero de 2010, disponible en [<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-045-10.htm>], consultada el 8 de octubre de 2010.
- MOLINA BULLA, C. I. “Capital global y política pública en salud mental”, en *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, *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.
- MONTGOMERY, E. y A. FOLDSPANG. “Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees”, *European Journal of Public Health*, 156-16, 2007.