

Política Nacional del Campo de la Salud Mental

Documento-Propuesta para
Discusión y Acuerdos

Bogotá, D. C., diciembre de 2007



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Política Nacional del Campo de la Salud mental:
Fuerza impulsora del desarrollo
del país y de la garantía de derechos

Elaboración:
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Comité de Políticas

Interventoría:
Aldemar Parra

Revisión de estilo:
Gustavo Patiño Díaz

Diseño e impresión:
Editorial Kimpres Ltda.
Calle 19 Sur No. 69C-17
PBX: 413 6884 • Fax: 290 7539

Bogotá, D. C., diciembre 2007

© Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Salud Pública

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre y cuando
se conserve la integridad del texto y se cite la fuente.

ISBN: 978-958-

Impreso en Colombia



DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

CARLOS JORGE RODRÍGUEZ RESTREPO

Viceministro Técnico

BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA

Viceministra de Salud y Bienestar

ANDRÉS FERNANDO PALACIO CHAVERRA

Viceministro de Relaciones Laborales

ROSA MARÍA LABORDE CALDERÓN

Secretaria General

GILBERTO ÁLVAREZ URIBE

Director General de Salud Pública



**ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE PSIQUIATRÍA**

COMITÉ DE POLÍTICAS

CECILIA DE SANTACRUZ

Coordinadora

CARLOS IVÁN MOLINA

DEYANIRA ORTIZ

SARA ARDILA

JOSÉ A. POSADA

MARÍA CRISTINA AITKEN DE TABORDA

JORGE MCDOUALL

Contenido

Presentación	9
Antecedentes: un recorrido de cuarenta años.....	13
Perspectivas de la Política en salud mental: una mirada vinculante	15
Salud mental: una definición y sus implicaciones	15
Salud mental y derechos: mutuas determinaciones	16
Derechos humanos y salud mental	16
El derecho a la salud mental, dimensión imprescindible de la salud	17
Los derechos de las personas con trastornos mentales	18
Salud mental y capital global: fuerza transformadora.....	19
Implicaciones del enfoque.....	20
Situaciones que aborda la Política: configuraciones complejas.....	21
Vulnerabilidad y vulneración, determinantes y determinaciones de la salud mental	22
Salud mental, un derecho poco atendido	24
Trastornos mentales, personas vulneradas	26
Problemas complejos, respuestas parciales.....	27
Principios de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental	31
Equidad	31
Inclusión	31
Universalidad	32
Corresponsabilidad	32
Supresectorialidad, política de Estado	32
Flexibilidad y construcción permanente	32
Retos que afronta la Política	33

Aceptación.....	33
Aval y recursos	33
Apropiación	34
Objetivos de la Política	35
Objetivo general.....	35
Objetivos específicos	35
Estrategias de la Política	36
Estrategia de gestión social y política.....	36
Estrategia de articulación y concurrencia	36
Estrategia de provisión de intervenciones y servicios	36
Áreas y líneas de acción.....	37
Área 1. Sustentación y viabilidad de la Política.....	37
Área 2. Promoción de la garantía de derechos e inclusión .	41
Área 3. Incremento del capital global.....	46
Corresponsabilidad y respuesta social: a quiénes nos toca	50
Costos, recursos y financiación: un esfuerzo común	52
Etapas para el desarrollo de la política	54
Etapa 0: Configuración y gestión política	54
Etapa 1: Aceptación y apropiación.....	54
Etapa 2: Continuidad y sostenibilidad	54
Bibliografía.....	55

Presentación

Para la mayoría de las personas, la salud mental se asimila a la atención de trastornos mentales a cargo del sector salud. Sin embargo, distintas voces vienen asociando la salud mental con los problemas más graves de los colombianos, especialmente con todas las formas de violencia, pero, a la vez, con las posibilidades para solucionarlos.

Dar respuesta a estas exigencias sociales requiere una comprensión distinta de la salud mental, así como acciones comprometidas y conjugadas por parte de todos los sectores y de todos los ciudadanos para aportar al desarrollo, a la convivencia y al bienestar emocional de los colombianos, lo cual lleva a mejorar integralmente la calidad de vida de todos.

El Ministerio de la Protección Social, asumiendo el liderazgo que le confieren sus funciones actuales y la experiencia, con el concurso de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, presenta esta propuesta como punto de avance para la configuración y concertación de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental.

Este documento busca estructurar una versión final de la Política, resultado de la contribución de todos los sectores y grupos de interés, y convenir y establecer los compromisos para su ejecución. Los derechos humanos, la inclusión, el desarrollo y la noción de capital global, ejes de la Política, constituyen los propósitos comunes en torno a los cuales pueden articularse e integrarse posibilidades diversas y múltiples acciones en curso.

La propuesta que se expone a continuación parte del recorrido sucinto de más de cuarenta años de esfuerzos y presenta el marco conceptual traducido en la exposición de las situaciones y problemas que la Política busca transformar, analizando las soluciones ensayadas.

Luego de exponer los principios que sustentan la Política y sus retos, se plantean las acciones por desarrollar, estableciendo para ello objetivos, estrategias, áreas y líneas de acción, responsables de su logro, de sus recursos y de su cronograma.

Complementan el documento, una amplia bibliografía de referencia y una serie de anexos que da cuenta de los desarrollos normativos y programáticos, nacionales e internacionales, en el campo de la salud mental.

*En últimas, la única dificultad de las gentes
es no ser conscientes de sus propias dificultades.*

Anónimo

Las condiciones de salud mental de los colombianos influyen significativamente en el desarrollo económico y social del país, en el desarrollo y bienestar de individuos, familias y colectivos, en la situación de seguridad y convivencia del país y en las formas de relación que se dan en la vida cotidiana entre sus habitantes. La salud mental hace parte de todos los ámbitos del quehacer nacional y configura la manera como los colombianos entendemos el mundo, nos entendemos, nos relacionamos e interactuamos.

Reconocer explícitamente esta influencia exige asumir que la salud mental afecta en forma relevante la vida presente y futura de los colombianos. Supone, también, considerar la salud mental desde una perspectiva de derechos y de desarrollo, no sólo de atención. En consecuencia, implica que la salud mental constituye un campo que debe ser atendido e intervenido, so pena de perpetuar los problemas que nos agobian, como las violencias, las condiciones de inequidad y circunstancias que interfieren con el desarrollo y la superación de la pobreza.

No intervenir en este campo conduce al crecimiento limitado o al menoscabo de nuestras riquezas económicas, sociales, culturales y simbólicas, es decir, de nuestro capital global; impide, así mismo, alcanzar las condiciones de convivencia y de vida deseadas por todos y contribuye a perpetuar las situaciones negativas que aquejan al país.

Asumir lo anterior implica considerar la salud mental desde el marco de los derechos y del desarrollo y trascender una visión estrictamente asistencial centrada en los trastornos. Supone aceptar que la salud mental es una fuerza transformadora que impulsa y coadyuva al desarrollo, ejercicio y garantía de los derechos, contribuye a la solución de los problemas del país

(conflicto armado y sus secuelas, desastres, pobreza extrema, etc.), mitiga el sufrimiento derivado de las vicisitudes de la vida cotidiana y de situaciones específicas (discapacidad, deterioro de las condiciones sociales, etc.) y posibilita la atención de los trastornos. La salud mental es una fuerza que opera con las potencialidades y recursos de los territorios y sus habitantes, y a partir de sus necesidades y expectativas.

Es un hecho que existe un interés por saldar una deuda acumulada durante años con la salud mental, pasando del planteamiento de principios a la puesta en marcha de éstos. Colombia cuenta con la voluntad, el entusiasmo y los mecanismos para realizarlo, como lo demuestran los muchos y muy valiosos esfuerzos en curso, provenientes de distintas fuentes, con intenciones comunes. Estos recursos potenciarían sus logros si se sumaran, aprovechando las enseñanzas que han dejado más de cuarenta años de empeños del sector de la salud por sacar adelante un cometido que, como la salud mental, lo desborda.

Antecedentes: un recorrido de cuarenta años

Configurar una Política Nacional del Campo de la Salud Mental ajustada a las condiciones actuales implicó revisar cuarenta años de experiencias que Colombia ha acumulado en el tema (de 1965 a 2005). Esta revisión permitió documentar, por un lado, la evolución de la organización institucional y de los servicios de salud mental, y, por otro, la legislación y las tendencias normativas y de políticas sobre el tema.

La responsabilidad institucional ha estado siempre en cabeza del Ministerio de Salud (ahora Ministerio de la Protección Social). Aunque se ha hecho un esfuerzo de modernización y ampliación de la atención con el paso del antiguo Sistema Nacional de Salud al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100) y con la Ley 1122, el Ministerio reconoce que la organización institucional en salud mental no ha experimentado el desarrollo necesario¹.

En lo que respecta a los servicios, la historia puede dividirse en dos períodos: antes y después de la Ley 100 de 1993. En el primer periodo, en el que los servicios eran dependientes del Ministerio de Salud, la tendencia observada fue su incremento, tanto en el sector público como en el privado².

En el segundo periodo, con la Ley 100, los servicios de salud mental adquirieron “independencia del Estado” y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que deben garantizar su viabilidad financiera y su autosostenibilidad. La precaria inclusión de acciones de salud mental en los planes de beneficio —por causa de la desigual competencia con otros servicios de salud, la falta de subsidios a la oferta y la poca importancia que se ha dado en

¹ Esta situación es aún más preocupante desde la perspectiva del campo de la salud mental, si se tiene en cuenta que no se lograron desarrollar estructuras y mecanismos dentro del Ministerio y de los entes territoriales que suplieran, de acuerdo con el nuevo paradigma, aquéllos que desaparecían.

² En esa época funcionaban once hospitales psiquiátricos y se abrieron unidades de salud mental en hospitales generales (que pasaron de cinco en 1973 a más de 20 en 1991 y a 16 en 1997). Había también varios servicios especializados de atención a la farmacodependencia (33 en 1991), servicios de salud mental infantil y de adolescentes, hospitales de día y granjas talleres. Así mismo, se incrementó el número de servicios de carácter privado (30 en 1997), distribuidos en 13 departamentos, aunque localizados en su mayoría en el Distrito Capital (20%), Antioquia y Valle (13,33% cada uno) y Atlántico (10%). Igualmente, creció el número de servicios de consultas externas (191 para 1991, incluyendo los servicios integrados al primer nivel de atención a cargo de médicos generales).

general al tema — ha ocasionado, con algunas excepciones, una reducción paulatina y significativa en términos de acceso y de cobertura oportunos y equitativos.

Posteriormente, la Ley 715 de 2001 concentró sus acciones en actividades de promoción y prevención que deben ser desarrolladas por medio del Plan de Atención Básica (PAB)³. Gracias a ella se fortalecieron las herramientas para la destinación de recursos, aunque en la práctica la atención se limitó poblacionalmente.

Los desarrollos de política de los últimos años (políticas nacionales y regionales de salud mental), por su parte, han coincidido, al menos en lo teórico, en promover una noción de salud mental amplia, resaltar sus implicaciones sociales, mostrar que la salud mental trasciende la enfermedad y el sector salud, vincular la salud mental a las acciones generales de salud y dar realce a lo comunitario y a la atención primaria.

A pesar de ello, las responsabilidades en la práctica se han concentrado en el sector salud y en la atención de los problemas y trastornos mentales. Aunque este hecho se ha querido subsanar acudiendo a la coordinación intersectorial, ésta ha sido limitada y llena de altibajos por causas variadas, entre las que se cuentan intereses personales o grupales y ejes temáticos de moda, entre otros, que han determinado énfasis exagerados en asuntos parciales y abandono precoz de programas y acciones más inclusivas, antes de dar la oportunidad de ofrecer resultados evaluables. Esto se ha reflejado en la ejecución limitada y en el poco impacto de las políticas nacionales hasta ahora formuladas.

Los últimos desarrollos incluyen la formulación, en 1998, de una Política Nacional de Salud Mental de ejecución muy restringida que dio lugar a la elaboración de nuevos lineamientos para 2005, acompañados de una metodología para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. También se han estructurado diversas políticas regionales de salud mental y se han creado asociaciones de personas con trastornos mentales o de sus familiares, congregadas en organizaciones como la Federación Colombiana de Salud Mental.

A pesar de las diversas formulaciones, de su correspondencia y consistencia con los lineamientos ordenados en la abundante legislación y normatividad nacional y en los lineamientos y compromisos internacionales, la implantación de las políticas de salud mental ha tropezado con muchas dificultades y se ha reflejado en una ejecución limitada y en un muy pobre impacto.

Con la intención de cambiar la inequidad del sistema en lo que a salud mental se refiere, la Ley 1122 de 2007 estableció que el Plan de Salud Pública deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, al tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia y a la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio. En ese mismo sentido, el reconocimiento de estas desventajas por parte del Ministerio de la Protección Social, pero también de las oportunidades y fortalezas, lo lleva a proponer esta nueva política en el campo.

³ Según la Circular 018 de 2004 del Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se establecen las prioridades en salud pública para el país y los contenidos del PAB.

Perspectivas de la Política en salud mental: una mirada vinculante

Salud mental: una definición y sus implicaciones

Esta Política concibe la salud mental como un campo complejo —el campo de la salud mental— en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, los problemas, las resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional y de relación de los ciudadanos.

La salud mental y la enfermedad mental no son conceptos contrarios, son expresiones distintas. Se puede carecer de salud mental sin tener una patología mental. Un término que ayuda a comprender este nuevo sentido es *mentalidad* que según los diccionarios significa, además de actividad o capacidad mental, modo de pensar que caracteriza a una persona, a un pueblo, a una generación.

Para esta Política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

La salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto: un fin, en cuanto *bien* con el que se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos, y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar.

Así mismo, constituye una fuerza transformadora que contribuye a modificar condiciones y situaciones de vida a partir de acciones orientadas a cambiar e incrementar los capitales simbólicos, culturales y sociales, los cuales inciden también en el capital económico, generando en conjunto mayor capital global y desarrollo humano y social.

El campo de la salud mental está constituido entonces por las formas en que las personas, como parte de un colectivo, significan la realidad y, en consecuencia, viven en ella. Hacer visibles estas significaciones y su incidencia en los modos de relación y en la resonancia emocional de las personas contribuirá a modificar aquello que requiera ser modificado, para que sea posible una vida en la cual el ejercicio de derechos sea el eje, así como las posibilidades de incrementar, intercambiar y transformar el capital global.

Salud mental y derechos: mutuas determinaciones

Existe una vinculación de mutua dependencia entre salud mental y derechos individuales, familiares, comunitarios e institucionales: la garantía y ejercicio de éstos determinan las condiciones de salud mental, y las condiciones de salud mental determinan, a su vez, su ejercicio y garantía; las limitaciones de salud mental se asocian con la vulneración de los derechos, y la vulneración de los derechos incide negativamente en las condiciones de salud mental.

El respeto de los derechos supone la construcción de una sociedad más equitativa e incluyente que garantice por igual las condiciones para una existencia digna, la participación ciudadana, el uso de bienes y servicios sociales y el acceso a los medios de producción y desarrollo. La constitución de sujetos de derechos es, a su vez, inseparable de la consolidación de las personas como sujetos de responsabilidades o deberes. El reconocerse como sujeto de derechos posibilita el respeto de los derechos de los demás y es, por lo tanto, la condición indispensable para la apropiación de los deberes⁴.

Desde tres facetas pueden analizarse las relaciones entre derechos y el campo de la salud mental: los derechos humanos, el derecho a la salud y los derechos de las personas con trastornos mentales.

Derechos humanos y salud mental

Garantizar los derechos humanos es garantizar condiciones adecuadas para la salud mental. No hacerlo genera vulnerabilidad y exclusión social, que abonan el terreno para que surjan problemas de salud mental⁵, entendidos como la “normalización” de condiciones de vida que vayan en contra de este ejercicio de derechos.

⁴ La Constitución Nacional señala: art. 22: la paz como derecho y deber de obligatorio cumplimiento; art. 95: deberes de la persona y el ciudadano: “1. respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios. 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social. [...]. 4. Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica. 5. Participar en la vida política, cívica y comunitaria del país. 6. Propender al logro y mantenimiento de la paz. 7. Colaborar con el buen funcionamiento de la administración de justicia. 8. Proteger los recursos del país [...]. 9. Contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de conceptos de justicia y equidad”.

⁵ La falta de garantía de los derechos hace referencia a la privación continuada de las opciones, servicios e intercambios en distintas áreas: económica, laboral, política, de salud, educativa y de justicia, o, según Holzmann y Jørgensen (2003), se refiere a: los bienes y servicios (mercados de productos, sustento básico), el mercado laboral (aspectos materiales y no materiales), la tierra, la seguridad y los derechos humanos y sociales.

Condiciones como la guerra, el desplazamiento, la pobreza y las violencias son entendidas en el campo de la salud mental no sólo desde los efectos que generan en quienes padecen estas condiciones, sino también en términos de la sociedad y las relaciones que en ella se producen y que hacen que estas condiciones sean posibilidades humanas.

Existe una clara relación entre los determinantes generales, particulares e individuales y la presencia o ausencia de problemas mentales (Hosman y Saxena, 2005).

Entre los determinantes sociales, ambientales y económicos relacionados con salud mental se encuentran, por un lado, la pobreza, la guerra, la migración, la marginación, la falta de educación, la falta de transporte, la falta de casa, la malnutrición, la violencia, la delincuencia, las condiciones laborales y de empleo, el nivel de ingresos, la presencia de inequidades de género; y, por otro, la participación social y la existencia de servicios sociales, redes comunitarias y apoyo social (Hosman y Saxena, 2005; Petras, 2002; Amable y Benach, 2000 y 2002; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2007; Ramos, 2003).

Entre los determinantes familiares e individuales relacionados con la salud mental se encuentran, por una parte, la desorganización o conflicto familiar, las dificultades de comunicación, la violencia intrafamiliar, la enfermedad mental o el consumo de drogas en los padres, los problemas perinatales, las alteraciones del desarrollo cognitivo o emocional, la enfermedad física, la discapacidad y las destrezas laborales pobres; y por otra, la interacción positiva entre padres e hijos, la crianza adecuada, el desarrollo de habilidades para la vida y de habilidades sociales, entre otros aspectos.

Intervenir los determinantes ha mostrado ser efectivo en la prevención de problemas de salud mental (OMS, 2004). Por ejemplo, mejorar la nutrición, la vivienda y el acceso a la educación, reducir la inseguridad económica, fortalecer las redes comunitarias y disminuir el daño causado por las sustancias adictivas garantizan los derechos fundamentales y mejoran las condiciones de salud mental de la población.

El derecho a la salud mental, dimensión imprescindible de la salud

El derecho a la salud es considerado como un derecho fundamental (Álvarez, 2005) y está consignado en la Constitución: el artículo 49 establece: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. El derecho a la salud en Colombia queda así concebido como el derecho al acceso a los servicios de salud.

El Sistema de Seguridad Social (Ley 100 de 1993), en consonancia con la Constitución, busca materializar ese derecho. Los principios de equidad, solidaridad, obligatoriedad, protección integral, calidad y participación social se plantearon con ese fin, y los planes de beneficios contienen las actividades, intervenciones y procedimientos requeridos para alcanzarlo.

Sin embargo, el sistema no es equitativo en lo que a salud mental se refiere. Aunque pretende garantizar el derecho a la salud, no parece incluir en ese propósito la garantía del derecho a la

salud mental. Las acciones de salud mental en los planes de beneficio del sistema son pobres, a pesar de algunos esfuerzos por incrementar las acciones de promoción y prevención.

La Ley 1122 de 2007 propone avances en este aspecto. El artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio, y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia.

Esta ampliación en los propósitos resulta oportuna para comenzar a responder a la magnitud y al incremento de los trastornos mentales en el país – con su carga definida, indefinida, oculta y futura⁶ (Prieto, 2002) – y para hacer frente a las consecuencias de los trastornos mentales sobre el producto interno bruto (PIB), los costos laborales, educativos y del sistema judicial (Comisión de las Comunidades Europeas, 2005).

Además de esto es necesario considerar las relaciones entre la salud física y la salud mental, dado que lo mental se expresa en el cuerpo, y lo corporal, en la mente. Las diez primeras causas de mortalidad en el mundo así lo ilustran: en cada una de ellas la expresión física tiene su correlato mental, y viceversa (Jenkins, 2005)⁷.

Así mismo, es reconocido que los trastornos mentales influyen en el curso y el pronóstico de diversas enfermedades “físicas” (diabetes, hipertensión, cáncer y VIH/sida). También es claro que los problemas de salud, las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones conducen a distintas respuestas emocionales y pueden ser la base para el desarrollo de trastornos mentales.

Los derechos de las personas con trastornos mentales

Las personas con trastorno mental poseen iguales derechos que los demás ciudadanos y, además, aquellos derechos relacionados con sus necesidades específicas, entre las cuales se cuentan: atención y tratamiento, rehabilitación laboral, psicosocial y apoyo a la integración social, apoyo a sus familias, alojamiento y atención residencial comunitaria, apoyo económico, protección y defensa de derechos (Rodríguez, 2002).

En Colombia, esos derechos y otros referentes a su atención misma han sido ratificados (Resolución 002417 de 1992 del Ministerio de Salud) e incluyen el derecho a no ser discriminadas en el ejercicio y goce de sus derechos, a ser tratadas con respeto y dignidad, a no ser calificadas de enfermas mentales, a recibir atención apropiada, a recibir explicación sobre su diagnóstico y tratamiento, a dar o revocar su consentimiento frente al tratamiento, a la reser-

⁶ La carga definida afecta a las personas y se mide en términos de prevalencia y otros indicadores; la indefinida se refiere a la exigencia económica y social generada a las familias y a las comunidades; la oculta está asociada con la violación de los derechos humanos y la estigmatización, y la futura se expresa en el crecimiento de la población y en la posibilidad de aumento de los problemas sociales y de insatisfacción.

⁷ Las diez primeras causas de mortalidad en el mundo, en su orden, son: consumo de tabaco, nutrición insuficiente o excesiva (hábitos alimentarios), ejercicio aeróbico insuficiente, consumo excesivo de alcohol, falta de inmunización contra agentes microbianos, exposición a toxinas y venenos, armas de fuego, comportamientos sexuales arriesgados, traumatismos por vehículos automotores, consumo de drogas ilegales.

va de su información, a no ser objeto de pruebas clínicas o tratamientos experimentales sin su consentimiento y a recibir o rechazar auxilio religioso.

Sin embargo, la falta de representatividad de las personas con afecciones psiquiátricas hace que en la mayoría de los casos se vean impedidas para reclamar políticas de inclusión y hacer efectivas las garantías de no discriminación surgidas de los instrumentos internacionales de derechos humanos e incorporadas a los textos constitucionales. Se suma a esto el efecto sinérgico enfermedad mental-estigma, que hace que estos grupos se aglutinen en el fondo de la escala económica y cultural, con lo cual su capacidad de incidir se ve aún más disminuida (Acuña y Bolis, 2005).

La intolerancia y la estigmatización de las personas con trastornos mentales se asocian con la vida en la ciudad, donde hoy se ubica casi el 80% de la población, y con la idea que vincula trastorno mental con violencia e impredecibilidad (Ventura, *et al.*, 2003).

Como punto de partida para garantizar los derechos y promover desarrollos legislativos en la materia, tal como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) es necesario modificar las concepciones sobre las personas con trastornos mentales, de forma que esto permita no solamente enunciar los derechos, sino además garantizar que se den. Esto implica un trabajo con el personal de salud, con las personas aquejadas y sus familias y con el público general, para ofrecer nuevas comprensiones del concepto de salud mental, del trabajo en el campo de la salud mental, de las intervenciones y de los afectados.

Es importante abrir espacio a las habilidades o posibilidades de las personas afectadas y sus familias, dejando de lado la deriva social que generan los problemas mentales⁸. Para la persona afectada y su familia, la enfermedad significa perder capital económico, cultural y social (Molina, 2006)⁹.

Salud mental y capital global: fuerza transformadora

Vincular la salud mental con el concepto de capital global¹⁰ permite mostrar y valorar la incidencia de las condiciones de salud mental en el incremento o detrimento de los capitales sociales, simbólicos, culturales y económicos, bien sea a escala del individuo, del colectivo o de la nación.

Este concepto incluye la existencia de capitales diferentes al económico: capitales sociales, culturales y simbólicos, con “tasas de cambio” distintas, pero en constante interacción. Los beneficios obtenidos en un campo, se pueden transformar en bienes aplicables en campos distintos (Bourdieu, 1994). Por ejemplo, modificando las creencias que mantienen la violencia (capital simbólico) se logra mejorar la interacción y las relaciones familiares (capital social) y

⁸ Se puede ver el concepto *deriva social* en Bourdieu et al. (1993, pp. 161-186).

⁹ La relación planteada por Molina (2006) entre el capital global y los problemas mentales ha sido recogida y desarrollada por el grupo de trabajo de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental.

¹⁰ Se toma como referencia el planteamiento de Pierre Bourdieu sobre los capitales, que se desarrollará posteriormente.

ello conduce a mejores condiciones de salud mental y a un incremento en la productividad de la familia (capital económico).

El *capital social* corresponde a las redes, relaciones y vínculos que establecen los individuos en la sociedad, y la familia su espacio primordial (Bourdieu, 2003a); el *capital cultural* hace referencia a las disposiciones permanentes, apropiadas en la interacción con distintos grupos y a su objetivación en productos culturales (Bourdieu, 2003a); el *capital simbólico* comprende las creencias y las valoraciones compartidas y reconocidas en determinado medio (Bourdieu, 2003b)

Problemas como la violencia, la pobreza, la enfermedad mental y el abandono se sustentan en modalidades de relación caracterizadas por un ejercicio de exclusión y sometimiento que generan malestar, sufrimiento y pérdida de posibilidades, más allá del detrimento económico.

Incidir sobre los capitales simbólicos, culturales y sociales apuntando, por medio del señalamiento, la interpretación y la modificación de significados, a lograr otras configuraciones y formas de relación es, por lo tanto, trabajar por la salud mental.

Implicaciones del enfoque

Asumir la salud mental como un campo y como un bien colectivo e individual vinculado a la garantía y al ejercicio de los derechos y a la generación y mantenimiento de capital global, ubica la política como un ejercicio de Estado, más que como un ejercicio de gobierno o de sector; como una política social y económica, no exclusivamente como una política de salud; como una política pública, más que como una política institucional.

Se trata de una política comprensiva que permite y requiere la inclusión y vinculación con otros – grupos, instituciones, sectores, etc. –, mediante ciertos criterios, desde diversas centralidades (siguiendo a Deleuze), y que hace posible la expresión de múltiples iniciativas que apuntan al desarrollo humano, la calidad de vida, la formación de ciudadanía, el establecimiento de relaciones solidarias y la puesta en marcha de intervenciones psicosociales, referentes ineludibles del quehacer en el campo de la salud mental.

Situaciones que aborda la Política: configuraciones complejas

La situación de salud mental se ha descrito tradicionalmente a partir del análisis de la prevalencia e incidencia de los trastornos. Describir las situaciones que aborda una política que concibe el campo de la salud mental como una serie diversa de configuraciones que surgen a partir de la interacción de múltiples factores es algo más complejo.

Para entender y ofrecer respuestas en el campo de la salud mental deben tenerse en cuenta, al mismo tiempo, los siguientes aspectos:

- Los nexos entre salud mental, derechos y capital global.
- Las dimensiones sociales, económicas, culturales y simbólicas y sus relaciones con la salud mental.
- Las posibilidades y necesidades individuales y colectivas.
- Las potencialidades de los territorios.
- Los diferentes ámbitos en que transcurre la vida cotidiana (familiar, escolar, laboral, comunitario).
- La presencia de situaciones específicas (desplazamiento, conflicto armado, desastres, pobreza).
- Las condiciones y circunstancias vitales (momento del ciclo vital, circunstancias como discapacidad y falta de protección social).
- Los referentes cognoscitivos y normativos.
- Las necesidades, expectativas y posibilidades según la generación, el género, la procedencia (rural/urbana) y la etnia.

Atender a esta complejidad implica un ejercicio comprensivo que permite no sólo entender las situaciones que aborda la política, sino también el diseño de acciones individuales y colectivas en pro de la salud mental y de la provisión, disponibilidad y acceso a los servicios y beneficios. En otras palabras, incluir la perspectiva de la salud mental en todas las acciones e intervenciones políticas y sociales que se realicen, reflexionando y preguntando siempre por las implicaciones en la salud mental (en los modos de pensar, las relaciones que se establecen, el bienestar emocional de las personas) de todo aquello que se haga o se deje de hacer.

A partir de este ejercicio se configuran las situaciones abordadas a continuación, de las que surge, y a la vez intenta transformar, esta Política Nacional del Campo de la Salud Mental.

Vulnerabilidad y vulneración, determinantes y determinaciones de la salud mental

Las condiciones y circunstancias de vulnerabilidad, inequidad y vulneración determinan y afectan la salud mental de los colombianos. El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2004) permitió medir de manera adecuada la relación entre condiciones socioeconómicas, estado de salud general, medio ambiente social y grado de vulnerabilidad con la salud mental de la población.

Una intervención por la salud mental implica abordar los determinantes sociales que generan y mantienen las condiciones y circunstancias de vulnerabilidad, no sólo desde la perspectiva de quienes están expuestos a estos determinantes, como ya se ha subrayado, sino también desde la perspectiva de aquellos o aquello que los ocasiona.

Aunque todos los colombianos hemos estado en algún momento en condiciones de vulnerabilidad, inequidad y vulneración de nuestros derechos, estas condiciones se tornan permanentes, continuadas y graves al examen de situaciones como la pobreza y la violencia a las que muchos están expuestos de manera habitual, resultantes de dimensiones estructurales y coyunturales.

Colombia es uno de los países con mayor inequidad en cuanto a la distribución del ingreso, con un coeficiente Gini¹¹ de 0,584 para el año 2005 (CEPAL, 2007). Un poco menos de la mitad de los colombianos vive en condiciones de pobreza, y de éstos, la mitad vive en condiciones de indigencia. De acuerdo con el Censo Nacional de 2005, el 27,63% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI). Estas condiciones determinan inequidades y vulnerabilidades múltiples, que deben ser comprendidas y abordadas no sólo desde la óptica de las “carencias” de algunos, sino también de los “excesos” de otros, y las formas de relación que esto genera.

Las causas más frecuentes de migración de la población colombiana son la pobreza y la violencia. Del 20% de la población colombiana que migra, la mitad lo hace dentro del país y la otra mitad fuera de éste. Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (citado en Medios para la Paz, 2006) Colombia es el segundo país en número de desplazados en el mundo. El desplazamiento forzado se asocia con sufrimiento emocional. Modifica en las personas su forma de vida, su entorno, sus referentes, su papel y las exigencias externas, lo cual es particularmente problemático en los niños, niñas y jóvenes.

¹¹ Se refiere a la diferencia que existe entre los que más tienen y los que menos tienen, en términos de la distribución del ingreso.

En 2003, la violencia doméstica y la violencia armada representaron costos para el país equivalentes al 3,93% y al 7,4% del PIB, respectivamente (Ribero y Sánchez, 2004; Pinto, Vergara y Lahuerta, 2005). Estas cifras ilustran el perjuicio que estos fenómenos producen. La violencia doméstica se asocia con ausentismo laboral de las mujeres, y la violencia armada, con prostitución, trata de personas, disminución de la cobertura escolar y reducción de la cohesión social (Sánchez y Díaz, 2005). Las masacres, por su parte, tienen un efecto simbólico de intimidación y, además, desterritorializan, destemporalizan, desubjetivizan y hacen colectiva la muerte (Franco, 1997 y Pécaut, 1999).

La violencia se torna invisible y banal y sólo las situaciones de gran intensidad son merecedoras de atención –fugazmente–. En cuanto a la temporalidad, además de que se vuelve impensable el futuro, pues el presente mismo está en riesgo, la vivencia del tiempo se caracteriza por la sensación de una repetición constante y la vida se rige por el “acontecimiento”. Los hechos “sorprenden”, no tienen conexión con la historia y se olvidan fácilmente; todos los territorios son percibidos como inseguros, favoreciendo así el encierro (Pécaut, 1999).

La violencia y la pobreza determinan formas de pensar, actuar y sentir que se instituyen y legitiman determinando imperceptiblemente formas de relación y prácticas sociales como la negación o desconocimiento del otro, la polarización social en “buenos y malos” y la insensibilidad frente a las necesidades y sufrimientos de los demás (Martín-Baró 1987 y 1988). Samayoa (1987) denomina estos procesos como de “deshumanización”, término con el cual hace referencia a la pérdida o empobrecimiento en los sujetos de las capacidades de pensar lúcidamente, de comunicarse con veracidad y eficacia, de tener sensibilidad ante el sufrimiento de los demás, del sentido solidario y de la esperanza.

Ante este panorama, debe reconocerse la fortaleza de sujetos, grupos y comunidades para mantener la salud mental, para lidiar y convivir con altos grados de tensión emocional, para afrontar y salir avante en las condiciones mencionadas, y para acompañar, ofrecer y brindar ayuda.

El desarrollo de la política debe contribuir a mitigar, reducir o disminuir el anterior panorama, reconociendo la necesidad de políticas de desarrollo social y reducción de la pobreza y la violencia.

Salud mental, un derecho poco atendido

*Con una visión global en el mundo real
las cosas se desarrollan progresivamente.*

Juan Luis Londoño de la Cuesta (2004)

Colombia tiene uno de los más altos índices de violencia entre los países de América. Se calcula que el 85% se debe a conflictos cotidianos y el 15% a causas políticas. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), las cinco primeras causas de mortalidad en el país son: homicidio (14,9%), cardiopatía isquémica (11,9%), enfermedades cerebro-vasculares (7,3%), infecciones respiratorias inferiores (4,6%) y accidentes de transporte (3,8%). Las muertes por lesiones de causa externa corresponden al 22% del total, y de éstas, el 50% son causadas por arma de fuego (Aguirre, 2007).

Existe una escisión entre “salud física” y “salud mental” en la atención en salud y en muchas de las acciones y programas promocionales y preventivos. Esta situación persiste a pesar de la importante y demostrada influencia de las condiciones de salud mental en las primeras causas de mortalidad en el país, en el curso y el pronóstico de diversas enfermedades “físicas” (diabetes, hipertensión, cáncer y VIH/sida) y en la prevención, recuperación y mejoramiento del estado de los pacientes, de su calidad de vida y satisfacción.

En cuanto a la atención de los problemas y trastornos mentales, actualmente existen en Colombia 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1.980 servicios de psicología, 9 hospitales psiquiátricos estatales y 1.343 camas. Sin embargo, se acusa un acceso limitado a estos servicios que puede deberse en buena parte a las carencias en los planes de beneficios y diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado.

El Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (Ministerio de la Protección Social, 2004) muestra que el 40% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida algún trastorno mental, pero sólo el 8% busca tratamiento en el primer año de aparición de los

síntomas (en mayor proporción las mujeres, si exceptuamos trastornos relacionados con el consumo de alcohol y de drogas). La mayoría se demora en promedio 15 años en buscar ayuda. De este porcentaje, sólo el 15% recibe un tratamiento adecuado.

Sólo 10% de las personas con un trastorno mental, 20% con dos trastornos mentales y 20% con tres o más trastornos mentales reciben atención. Según Zapata (2006), cerca del 15% de habitantes de la calle (indigentes) tienen una enfermedad mental no tratada y no reconocida por la sociedad y el Estado.

Adicionalmente, la vulnerabilidad mental de las minorías étnicas y de migrantes provenientes del campo se ha incrementado ante las consecuencias de la guerra, sin que existan en la actualidad espacios adecuados de intervención que tengan, además, su cosmovisión y recursos culturales.

La Asociación de Hospitales Mentales, en reunión con el Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría llevada a cabo en 2007 señaló entre los problemas para la adecuada provisión de intervenciones en salud mental los siguientes:

- Falta de articulación entre los planes territoriales e institucionales, de rectoría y de instancias receptoras regionales y de recursos económicos con destinación específica.
- Centralización y concentración en el segundo y en el tercer nivel de atención, que impide el adecuado desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Inadecuado suministro de medicamentos.
- Fenómeno de la “puerta giratoria”, junto con la existencia de una pobre red de apoyo y barreras geográficas.
- Concentración en ciertas zonas del personal calificado y escaso control de la idoneidad de quienes trabajan en salud mental.

Ha habido un incremento del “giro cama” y una disminución de los “días estancia”, pero el aumento de la cobertura no implica aumento de la calidad; son escasos el seguimiento y las referencias a otros niveles, y aún es pobre la oportunidad. Las instituciones han enfrentado importantes dificultades económicas y administrativas para su sobrevivencia.

Las mayores restricciones se presentan en los servicios de rehabilitación, partiendo de la base de que los usuarios de los servicios de salud mental superan el gasto promedio de atención en salud. Frente a una demanda de personas con trastornos mentales y conductuales de 30,2%, sólo 13% de las instituciones de salud ofrece servicios de salud mental y sólo 3% combina rehabilitación general y mental (Gómez *et al.*, 2003). Así mismo, el promedio nacional de pacientes atendidos en la modalidad de hospital de día es 13 por institución, servicio que cuenta con dificultades de acceso y de sostenibilidad (De Santacruz y Caicedo, 2002).

Se ha planteado el énfasis en intervenciones comunitarias de prevención, atención y rehabilitación para América Latina y el Caribe (Saraceno *et al.*, 2005). Las direcciones territoriales de salud muestran un trabajo importante pero insuficiente con dicha perspectiva. Dentro de este trabajo pueden señalarse, por ejemplo, algunas acciones promocionales y preventivas

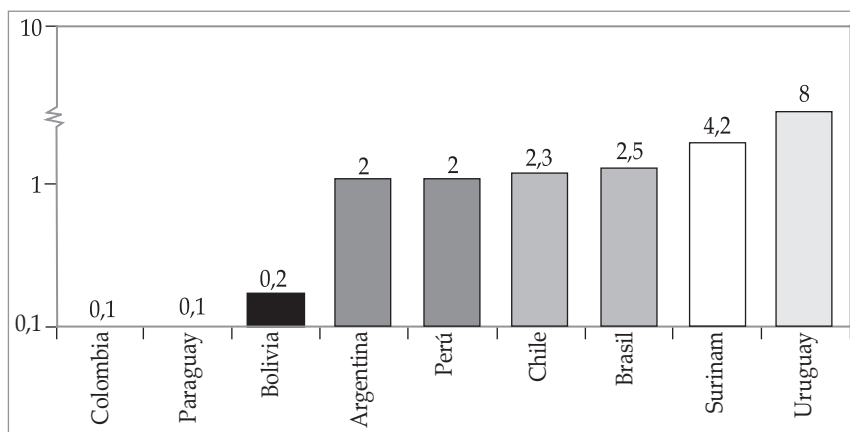
realizadas en coordinación con otros sectores y las acciones del Plan de Atención Básica (PAB) desarrolladas principalmente por profesionales en psicología.

Además de lo señalado, se debe reconocer también otro tipo de factores igualmente importantes al determinar la situación: insuficiencia de componentes relacionados con la salud mental en los programas de formación en ciencias de la salud; interés predominante por los marcos biológicos y las terapéuticas farmacológicas, con lo cual los programas de formación de psiquiatría dejan en un lugar maginal los aspectos relacionados con la atención primaria y la psiquiatría comunitaria; finalmente, debilidad casi generalizada de los profesionales del campo de la salud mental para dar cuenta de la efectividad de sus intervenciones, así como desconocimiento del sistema de salud en el que dichas acciones se inscriben.

La deuda que tiene el país con el campo de la salud mental es evidente. Del presupuesto total de salud, el porcentaje asignado a la salud mental es de los más bajos de la región, sólo similar al registrado en Paraguay y Bolivia (por debajo del percentil 25).

Gráfico 1. Porcentaje del presupuesto de salud empleado en salud mental en países de Suramérica - 2005

Escala logarítmica



Adaptado de: Saraceno et al. (2005).

Trastornos mentales, personas vulneradas

Según una encuesta realizada a personas con trastorno mental y a sus familiares en instituciones de atención en salud mental¹², el 75% de los usuarios considera que no se respetan sus derechos y hace referencia a comportamientos de rechazo, aislamiento, incomprensión, maltrato, agresión, burla y exclusión.

En un estudio realizado en entorno comunitario (Amador *et al.*, 2005), se documentó que aunque existe cierto respeto por la conservación y administración de sus bienes y propieda-

¹² Llevada a cabo en el marco de la elaboración de la Política en distintas instituciones del país.

des, las personas con trastorno mental padecen intolerancia social, discriminación laboral, abandono familiar, aislamiento social, carencia de seguridad social y acceso limitado a los servicios.

En la reunión del Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) y la Asociación Colombiana de Hospitales Mentales, de 2007 (antes citada) se expuso que las personas con trastorno mental son transportadas en condiciones infrahumanas y son estigmatizadas y discriminadas en las instituciones; además, su atención inicial está a cargo de las autoridades civiles y de la Policía y se presentan discusiones respecto a la responsabilidad de su atención entre alcaldías y gobernaciones.

Aunque los niveles de organización y participación de las personas con trastorno mental y sus familiares han aumentado y, de hecho, existe la Federación de Salud Mental, que agrupa a diferentes asociaciones de pacientes y familiares, su papel en los espacios de acción política como los de dirección, seguimiento y veeduría institucional es aún marginal¹³. Algo similar ocurre con mecanismos como la tutela, cuyo papel ha sido simplemente reparatorio y para reclamar el derecho a la atención.

El desarrollo de la política debe generar condiciones que permitan que la abogacía y agenciamiento político desde las comunidades sean una realidad.

Problemas complejos, respuestas parciales

El Ministerio de la Protección Social ha reconocido que el desarrollo de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental sólo es posible si se logra la integralidad, la sinergia y la conjunción de esfuerzos, asumiendo una visión cada vez más comprensiva de la situación, de sus determinantes y de sus determinaciones. En este sentido, los marcos de referencia y las intervenciones son diversos, según los sectores y actores responsables del cumplimiento de cada uno de los derechos.

A continuación se encuentra una visión somera de los intentos de solución a los problemas de mayor trascendencia planteados antes.

Distintas medidas se han desarrollado frente a la pobreza y a la violencia, al igual que para asegurar el derecho a la salud, pero es evidente que las iniciativas — es decir políticas y programas — constituyen soluciones parciales y, por lo general, desarticuladas, que han aceptado o, al menos, no han modificado las desigualdades.

La concepción actual de la protección social, inscrita en el manejo social del riesgo, propone una respuesta más integrada para afrontar los retos simultáneos de aumento de desarrollo económico y reducción de la pobreza, superando la definición tradicional de provisión de seguridad de ingresos a través del mercado laboral, previsión y asistencia social

¹³ Para citar un caso, en Bogotá, donde funcionan los comités locales de discapacidad, no se da una concurrencia efectiva.

(Vergara, 2005). Además, se ha señalado que el enfoque de derechos es compatible con el manejo social del riesgo, pues “el derecho define qué es lo socialmente deseable (o lo socialmente inadmisibles), el manejo social del riesgo permite definir cuál es la estrategia y cómo deben llevarse a cabo las acciones para garantizar el derecho a toda la población de forma permanente y sostenible” (Departamento Nacional de Planeación, 2006).

Sin embargo, no puede dejar de considerarse la paradoja de las políticas sociales actuales: buscan aliviar la pobreza que contribuyen a generar reproduciendo desigualdades sociales y formando sujetos dependientes de las prácticas del Estado y de políticas compensatorias (Satriano, 2006), pues la asistencia social¹⁴, aunque imprescindible y parte de un imperativo ético, constituye un síntoma de la falta de inclusión y de justicia social y, en definitiva, del desconocimiento del derecho al desarrollo para un porcentaje determinado de la población (Artigas, 2005). Plantear como necesidades básicas la culminación de la instrucción primaria, la atención básica en salud y el consumo alimentario restringido implica asumir que un sector de los ciudadanos sólo tiene derecho a realizar sus condiciones de vida en la supervivencia inmediata (Raggio, 2007).

En esta línea, si bien la focalización es un método práctico para superar la exclusión secular de los más pobres, lo que se requiere es su participación directa individual y colectiva en la gestión y dirección de los programas (Sarmiento y Arteaga, 1998). La participación debe ser una posibilidad que reivindique la noción de ciudadanía, y se debe crear conciencia de que los servicios de atención social son derechos ciudadanos (Guendel *et al.*, 2006), no favores¹⁵ o productos del mercado (Chorny 1998).

Se requiere generar propuestas alternativas para el diseño de políticas económicas incluyentes, asumiendo que los sistemas de protección social son elaboraciones sociales y median entre los órdenes económico, político y social, y que el mejor de estos sistemas es aquel que garantiza un trabajo bien remunerado, estabilidad laboral y acceso a los sistemas de seguridad social (Rodríguez, 2007).

Para el Ministerio de la Protección Social debe incrementarse el esfuerzo para ampliar las coberturas en seguridad social sin descuidar la calidad y atender los obstáculos del sistema de protección social: exceso de programas con baja cobertura, sin coordinación y con déficit de recursos; falta de complementariedad entre aseguramiento y asistencia social (Núñez y

¹⁴ El Departamento Nacional de Planeación (2006) aporta las siguientes definiciones:

“Asistencia social (*en sentido amplio*): Es una acción o conjunto de intervenciones dirigidas a proporcionar una ayuda a las familias que carecen de los medios y oportunidades para superar una situación de privación o vulnerabilidad.”

“Asistencia social estatal: Es la acción o intervención del Estado, o prescrita por él, dirigida a garantizar el bienestar de un grupo de la población cuya principal característica es que vive en condiciones de privación y vulnerabilidad socialmente inaceptables. Los acuerdos sociales explicitan la definición de la privación que es considerada como inaceptable. [La característica esencial de la asistencia social estatal es que implica una transferencia dirigida a un grupo identificado y reconocido como pobre o vulnerable (redistribución)].”

“Sistema de asistencia social: Conjunto de actores y organismos tanto oficiales como particulares que interactúan de forma ordenada y articulada con el objeto de proteger a las familias pobres y vulnerables de las contingencias que menoscaban la calidad de vida, con sustento en los acuerdos sociales, la garantía de derechos, con un criterio de corresponsabilidad y sobre los principios de solidaridad y equidad.”

¹⁵ García Canclini, Néstor. (1989/2001) *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México D.F.: Ed. Grijalbo.

Cuesta, 2006); corrupción y deficiencias estructurales en el sector salud, e ineficacia en el seguimiento y la evaluación de resultados, entre otros (Lozano, 2005).

Por otra parte, para atender la problemática del desplazamiento forzado, se estructuró a partir de 1994 el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada (SNAIPD), coordinado por la Red de Solidaridad Social. Acción Social ha venido presentando nuevos programas y realizando diversas acciones en el mismo sentido. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) destaca que la inversión pasó de 74.000 millones de pesos por año a 450.000 millones de pesos, y están destinados este año 950.103 millones de pesos (Acción Social, 2007).

A estas labores deben sumarse, entre otras, la justicia de transición y la creación de la Comisión Nacional de Reparación y Reconciliación (CNRR) y de la Unidad de Justicia y Paz de la Fiscalía General de la Nación.

Sin embargo, variados son los reparos en este contexto: desacuerdos en las cifras de la magnitud del problema, en la normatividad aceptada y en su aplicación; el papel de las víctimas y de los victimarios; las implicaciones y dificultades de la reinserción, y la discusión nacional – en palabras de Naranjo *et al.* (2003) – en torno a dos enfoques para la intervención psicosocial: el psicoterapéutico y el social-comunitario (Naranjo *et al.*). Con base en el enfoque de derechos la intervención psicosocial se define así:

...estrategia que busca mitigar los impactos psicosociales ocasionados por el conflicto y el desplazamiento, así como el fortalecimiento de procesos de construcción de identidades sociales, mediante acciones de gestión social y de apoyos metodológicos para el desarrollo y mejoramiento de estrategias de inclusión sociolaboral, que buscan la reparación de los derechos vulnerados y la recuperación económica, social y cultural de la población, que permitan la reconstrucción de proyectos de vida digna (República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2006).

Respecto al derecho a la salud, las críticas por el alejamiento de la dimensión colectiva de la salud y su tendencia al control individual centrado en la economía y la rentabilidad, campos donde los servicios asistenciales funcionan como bienes privados (Núñez, 2005), deben verse efectivamente contrarrestadas con perspectivas que vinculan la salud con las condiciones de vida, en las que el proceso de deterioro de la salud se asocia con la precariedad de las condiciones de vida.

Estas concepciones vinculan las reformas sanitarias con la mejoría del bienestar social, con la calidad de vida y con efectos positivos sobre la salud de la población; así mismo se centran en la promoción:

La salud entendida de manera positiva propende entonces por que las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan y se desempeñen en las actividades que prefieran, y en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad. Considerar la salud en sentido positivo, como la realización cotidiana

del proyecto vital de los sujetos, implica una construcción intencional e intencionada, es decir política, colectiva, ciudadana, y posible sólo con la participación de toda la sociedad incluyendo al Estado. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006)

Identificar la salud mental dentro de las prioridades para el desarrollo integral de la salud y del bienestar para la nación (Ley 1122 de 2007) es una ganancia, pero resta lograr su aceptación como elemento transversal a todo el Plan Nacional de Salud Pública y vincular las acciones de prevención y atención a las contempladas para las prioridades restantes.

En resumen, algunos de los remedios planteados podrían apoyar la ejecución de la Política, siempre y cuando se traduzcan en prácticas reales. Otros pueden quedarse cortos en concederle suficiente valor a capitales distintos al económico (social, cultural y simbólico) y en propender por las transformaciones imprescindibles para garantizar derechos, inclusión y bienestar. Este es el reto que se propone y propone a todos los sectores involucrados el Ministerio con esta propuesta de Política Nacional en el Campo de la Salud Mental.

Principios de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental

Esta Política se inscribe en un horizonte ético porque, además de las contribuciones técnicas, proyecta modificaciones trascendentales para los problemas más dolorosos y graves del país, en procura de que todos podamos gozar de condiciones de humanización y de vida dignas.

Las intervenciones sociales que propone son mecanismos de intercambio, es decir, de comunicación, modificación de la información, de las maneras de entender la realidad y de relacionarse, a través de los cuales se puede generar confianza, legitimidad y actitudes que operan como “palanca” para el cambio global de una sociedad. En otras palabras, a eso alude la fuerza impulsora y transformadora de la salud mental.

Este horizonte se despliega en los siguientes seis principios:

Equidad

Oportunidad, de acuerdo con las necesidades, para que cada uno de los colombianos pueda beneficiarse de los distintos capitales: culturales, simbólicos, sociales y económicos. Requiere, además de la solidaridad, enfoques redistributivos que permitan superar las disparidades.

Inclusión

Significa hacer parte, pertenecer, en este caso, a una sociedad. Para ello es indispensable poder participar en los distintos intercambios económicos, sociales y políticos, y también ser reconocido y aceptado a pesar de —o precisamente por— las diferencias de género, etnia, identidad sexual, religión y características físicas. La inclusión y los derechos van de la mano.

Universalidad

Los derechos no admiten exclusiones; son para todos. Además, la interdependencia y la indivisibilidad de los derechos conllevan la exigencia de que las necesidades humanas no se reduzcan a las denominadas *básicas*. Las focalizaciones y la asistencia social deben entenderse como medidas transitorias, particularmente en circunstancias críticas, con miras a que no se naturalice ni perpetúe la situación.

Corresponsabilidad

La salud mental es competencia, obligación y ganancia compartida del Estado, la sociedad, la familia y el individuo. No es posible su logro sin el compromiso y participación real de todos, manteniendo la coherencia en el propósito común de promover, mantener y restaurar los derechos y el bienestar emocional.

Suprasectorialidad, política de Estado

Es necesario trascender el alcance de cada uno de los sectores de la organización política y estatal e integrarlos alrededor de propósitos comunes. Una política de Estado se inscribe en los dispositivos estructurales y permanentes de esa organización. Trabajar por la salud mental del país supera con creces las posibilidades de un sector o de las organizaciones sociales y desborda los límites temporales de un gobierno, las normas y las políticas de áreas específicas.

Flexibilidad y construcción permanente

La Política no es un documento terminado; ofrece los lineamientos y supuestos para que se configure, ordene y actualice, en la medida en que se apropia y particulariza en los diferentes momentos, ámbitos y territorios, dado que las situaciones que pretende transformar son cambiantes y provistas de sentido por quienes así la establecen en un escenario histórico-social.

Retos que afronta la Política

Los fenómenos de pobreza, violencia, desplazamiento y corrupción del país representan los primeros retos para el desarrollo de la Política. A éstos se suman los obstáculos a los cuales se han enfrentado en el país las iniciativas por la salud mental: aceptación, aval y recursos, y apropiación.

Aceptación

Acoger la concepción de salud mental planteada por la Política implica cambiar las prácticas usuales en el campo de la salud mental. Ese cambio corresponde a las instituciones del sector salud y de otros sectores, a la sociedad civil y a las personas con trastorno mental y sus familias.

Esta aceptación supone, como primer paso, poder ver en forma crítica las actuales comprensiones sobre la salud mental, así como las posibilidades y limitaciones para que se produzcan los cambios deseados. Además, propiciar la reflexión y los cuestionamientos constantes sobre los efectos de las condiciones de vida que se configuran a diario y que hacen parte de una historia en la salud mental, y a la vez, las posibilidades desde la salud mental de modificar tales condiciones.

Aval y recursos

Un buen número de intenciones se convierten en letra muerta. La última política de salud mental ilustra ese hecho: su difusión fue limitada, al igual que el respaldo programático, de recursos técnicos, financieros y de infraestructura. Además, para su ejecución la Política debe superar la dispersión de recursos y los intereses en su canalización.

Una opción frente a esto es hacer viva la letra de la Política todos los días, propiciando espacios de conversación donde la salud mental esté presente como horizonte y como mecanismo de transformación. La Política sólo vive si se hace visible, y sólo se hace visible si

comenzamos por pensar en aquello que nos es familiar, si comenzamos a volver “exótico lo doméstico” y, por ello, merecedor de un análisis cuidadoso.

El aval y respaldo de la Política sólo serán posibles si cada actor y sector puede comprender su participación y responsabilidad, desde sus particularidades, en la configuración del campo de la salud mental y en el bienestar o malestar del país y sus ciudadanos.

Apropiación

Aunque se han resaltado las transformaciones que deben realizarse, es necesario también modificar la pauta del “cambio constante”. En el país, un problema grave también es que las iniciativas no perduran y se modifican todo el tiempo según los vaivenes de las modas o políticas de turno.

Entonces, a la par de los cambios, se requiere en las instituciones cierta continuidad, facilitada por el reconocimiento de su historia y por pautas de acción y reglas del juego frente a las cuales los ciudadanos sepan cómo comportarse, brindando confianza y ahorro en los costos de transacción.

Objetivos de la Política

Objetivo general

Propiciar la salud mental y su capacidad transformadora conjugando acciones que desde múltiples lugares garanticen el cumplimiento de los derechos, incidan sobre el capital simbólico, faciliten relaciones más equitativas e incluyentes, aminoren el sufrimiento, restauren el bienestar emocional y permitan a los colombianos incrementar su capital global y gozar de una vida mejor en el marco del desarrollo.

Objetivos específicos

- Orientar el quehacer del Estado y de la sociedad civil buscando garantizar, de manera corresponsable, las condiciones para acceder colectiva e individualmente a la salud mental.
- Abordar, mediante un continuo de servicios e intervenciones, las graves consecuencias emocionales de la coyuntura social y política del país, así como los problemas habituales, y prever las dificultades futuras.
- Generar otras comprensiones y sentidos que movilicen los discursos y representaciones fijas y parciales acerca de nuestras realidades, determinando nuevas posibilidades de relación y de actuación.

Estrategias de la Política

Las estrategias o medios de los cuales se vale la Política para el logro de los objetivos, afrontando los retos, son complementarias e interdependientes, así:

Estrategia de gestión social y política

Las mayores dificultades para formalizar y ejecutar políticas y planes de salud mental en el país han sido la falta de compromiso político y el limitado ejercicio de abogacía desde la sociedad civil. La estrategia de gestión política y social de la Política busca superar estas dificultades y constituye el motor para hacerla viable y sostenible mediante una diligencia continuada en la consecución de aval político, técnico y financiero.

La gestión social y política es un ejercicio flexible que se repite y retroalimenta en los escenarios locales y en el ámbito nacional, e implica la participación y concertación de todos los actores relevantes.

Estrategia de articulación y concurrencia

Lograr armonía, integración, complementariedad y cooperación de las múltiples iniciativas actuales por la salud mental y la construcción conjunta de nuevas propuestas es central en la Política. Sólo a través de estas sinergias y sincronías se hacen posibles los impactos deseados.

La apropiación de las comprensiones y prácticas respecto a la salud mental, así como la participación y la corresponsabilidad en ellas son las opciones fundamentales para lograr una respuesta integral a las necesidades del país.

Estrategia de provisión de intervenciones y servicios

La concurrencia de los diferentes sectores, comunidades y organizaciones permite estructurar una gama de intervenciones y servicios conjugando, en torno a objetivos comunes,

recursos provenientes de diversas fuentes, integrados con criterios compartidos y con mecanismos de intercambio y complementariedad.

Con esto se reconocen las potencialidades de distintos actores en la promoción de la salud mental y en el abordaje de los problemas y trastornos, actuales y previsibles. En el caso del sector salud, la atención primaria organiza su contribución.

Áreas y líneas de acción

La Política despliega sus líneas de acción en tres áreas de acuerdo con las situaciones por transformar; líneas cuyo despliegue se sustenta en las tres grandes estrategias descritas antes y contemplan tanto las situaciones presentes (habituales, críticas y coyunturales) como las futuras.

- 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

Área 1. Sustentación y viabilidad de la Política

Línea de acción: Gestión política

El desarrollo de una política, como la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, trasciende necesariamente la elaboración de un documento, pues implica hacer factibles sus planteamientos y contenidos. Para ello es necesario lograr el concurso de los diferentes actores sociales y grupos de interés.

Por esto, el desarrollo de un plan estratégico que de manera sistemática consiga ese propósito resulta fundamental. Sólo a través del compromiso político y programático es posible materializar los propósitos planteados en la Política: que el Estado colombiano y la sociedad en su conjunto apropien y le apuesten a un trabajo por la salud mental de los habitantes del país.

La gestión política de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental incluye, por lo tanto, un trabajo simultáneo en tres dimensiones: estratégica, operativa y social, tanto a escala nacional como a escala territorial.

La dimensión estratégica involucra un trabajo político¹⁶ con los grupos de poder, con el ánimo de establecer las concertaciones necesarias y obtener los avales y compromisos requeridos para el desarrollo de la Política y los planes de salud mental. Esta dimensión incluye también acciones específicas de cabildeo, convencimiento, concertación y negociación en arenas de acción política definidas y con actores específicos.

La dimensión operativa 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 e incluye acciones específicas de coordinación, concertación y acuerdo programático con sectores institucionales y sociales diversos. La Política tiene previstos unos criterios para integrar los diversos esfuerzos que en la materia se realizan.

La dimensión social 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 del país. Incluye, además, el desarrollo de procesos de información y sensibilización a los diversos grupos sociales y un trabajo con medios de comunicación.

Aunque estas dimensiones de la gestión deben abordarse de manera simultánea, no se puede desconocer el peso de la dimensión estratégica como un requisito, por lo menos en un primer momento, para dar impulso a las otras dos dimensiones. No resulta tan efectivo el trabajo en las dimensiones operativa y social si no se garantiza la viabilidad política y presupuestal.

Es también importante anotar que la gestión política y social de la Política es un proceso continuo, incluso nunca acabado. No se trata de fases sucesivas que se agotan. Las variaciones en los actores, en la dinámica política tanto nacional como local, en las prioridades, ofertas y dinámicas de trabajo y en la respuesta social cambiante implican un trabajo permanente en cada una de las dimensiones de la gestión de la política, esfuerzo que se nutre continuamente del trabajo de las otras.

El Ministerio de la Protección Social, como protagonista impulsor de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, pretende por este medio que todos los actores involucrados acojan, apropien, validen, reconozcan y se sientan representados en la Política y, en consecuencia, la adecúen, desarrollen y enriquezcan.

Los resultados del proceso de visibilidad y concertación, considerado como la etapa 0, servirán para retroalimentar y culminar la Política Nacional del Campo de la Salud Mental y para estructurar, en la etapa 1, sus planes de acción.

¹⁶ Aquí se debe distinguir la gestión política, que se refiere a los cuerpos de poder (*politics*, en inglés) de la política pública (*policy*).

Línea de acción: Apropiación-coordinación

El éxito de una política, según Roth (2003), depende de su capacidad de coincidir con una estructura político-administrativa congruente con sus objetivos y medios; de pasar de las políticas de productos a las políticas de problemas; de facilitar la planeación emergente, evolutiva y flexible, y de su capacidad para innovar y asociar múltiples actores a su acción.

Las políticas públicas constituyen un marco de redefinición de un problema que los actores involucrados en su proceso utilizarán en función de sus propias interpretaciones e intereses. La implementación de la política constituye entonces un espacio de lucha para la formulación “real” después de la formulación “oficial” (Rull, 2002). La formulación real, en el caso de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental, se da en los ámbitos nacional, territorial y local; supone la presencia de múltiples involucrados, y requiere la interacción permanente, el reconocimiento de responsabilidades e intereses, la identificación de contribuciones, soluciones, fuentes de recursos y financiación y estrategias alternativas de gestión.

La característica cambiante del entorno da lugar al establecimiento de nuevos mecanismos de organización y articulación menos rígidos y formales (Rull 2002): estrategias reticulares de gestión y métodos alternativos de concertación. Para la Política, éstos se traducen en tres mecanismos fundamentales: las redes, los conversatorios y los proyectos.

Las estrategias reticulares de gestión de la política ofrecen distintas posibilidades de negociación e interacción entre los actores (Klijn, 1998), tales como la conformación de “redes de políticas públicas” y la acción unánime con objetivos compartidos o “políticas en red”, estrategia adecuada para el desarrollo de la Política ya que permite la sinergia y la integración de voluntades.

Las redes se han visto como la solución adecuada para administrar políticas y proyectos donde los recursos son escasos, los problemas son complejos, hay muchos actores interesados, existen interacciones entre actores públicos/privados y centrales/locales y se observa una creciente demanda de beneficios y de participación ciudadana (Fleury, 2006).

Las redes van más allá de ser un instrumento administrativo, pues permiten generar relaciones basadas en la confianza y en los procesos horizontales y pluralistas de gerencia –esfera pública democrática– (Fleury, 2006) y aplicar algunos aspectos de la planeación estratégica situacional. Esto se da porque se acepta una realidad construida (situación configurada por apreciaciones e intereses) y, por tanto, posible de reconstruir, porque se privilegia a los sujetos como actores que deciden y participan y porque se tienen en cuenta varios escenarios en los que hay incertidumbre y sorpresas.

Los conversatorios por su parte, constituyen espacios de intercambio con la participación activa de los actores, en la construcción compartida¹⁷. Se deben propiciar en los consejos y comités existentes¹⁸, buscando, además de las labores habituales de planeación y concertación,

¹⁷ Para Humberto Maturana (2007), no se esperan en estos espacios dobles mensajes como luchar por la paz u objetivos como de-batir o con-vencer al contrario.

¹⁸ Como el Consejo de Ministros, el Conpes, el Consejo de Discapacidad y los consejos locales de política social (Clops).

hacer reflexionar (por lo menos dos veces al año) sobre la Política y su correspondencia con los planes de gobierno y otras políticas públicas.

Un momento obligado para el desarrollo de conversatorios es el Día de la Salud Mental. El Ministerio de la Protección Social coordinará un conversatorio nacional al cual asistirán, entre otros, el Ministerio de Educación, el Instituto Colombiano de Bienestar (ICBF), Acción Social, el Ministerio de Defensa, el secretario del Consejo Nacional de Estupefacientes, el alto comisionado para la Paz, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Hacienda, el Departamento de Planeación Nacional, las universidades, las asociaciones científicas, las asociaciones de pacientes, las EPS, las IPS, etc. Un conversatorio similar se llevará a cabo en cada entidad y en los ámbitos territorial y local.

Los proyectos comunes o colectivos constituyen un recurso para reflexionar e intervenir mediante la práctica efectiva de la inclusión; la participación y la contribución de cada uno son imprescindibles para construir, poner en práctica y evaluar soluciones en torno a objetivos compartidos. Las decisiones colectivas sobre lo que se busca transformar y aquello que se va hacer para lograrlo requieren un proceso de planeación conjunta de los comprometidos con las diferentes tareas que implica. El proyecto colectivo “como unidad de trabajo pedagógico y operativo vincula alrededor de un propósito, recursos, actividades y componentes durante un período determinado y con una ubicación definida para resolver problemas o necesidades de un colectivo, que afrontados de manera individual o desarticulada no obtendrían las ganancias sociales, y el beneficio en las comunidades, de la acción conjunta”¹⁹.

Los proyectos hacen parte de los programas, del Plan Nacional y de los planes locales, van desde los encaminados a la armonización legal y política hasta los de transformación de los hospitales psiquiátricos.

Entre las acciones específicas para promover la apropiación y coordinación, se cuentan:

- Sensibilizar a los candidatos a alcaldías, gobernaciones y corporaciones de elección popular, de tal forma que la Política haga parte de los programas de gobierno y de los planes de desarrollo.
- Hacer gestiones con la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) para insertar la Política Nacional del Campo de la Salud Mental en los planes de capacitación de los alcaldes y gobernadores electos.
- Fortalecer un canal de interlocución con los departamentos y los municipios para avanzar en la formación y seguimiento de la política.
- Brindar asistencia técnica para formular e implementar planes locales de salud mental y para poner en marcha la estrategia de atención primaria.
- Coordinar la agenda de los días de la salud mental para la revisión del código-guía y ajustarlo a la luz de las nuevas configuraciones y soluciones del problema.
- Garantizar que los espacios gubernamentales revisen por lo menos dos veces al año la Política y su código-guía, con miras a que se respeten los principios de la salud mental en las diversas políticas públicas.

¹⁹ Para ampliar, véase De Santacruz, Solano y Caicedo (2004).

Área 2. Promoción de la garantía de derechos e inclusión

Línea de acción: Orientación del quehacer estatal y social

La Política propende por garantizar, promover y proteger los derechos²⁰, como sustrato de la salud mental. Esta es una responsabilidad primordial del Estado a través de sus diferentes instituciones, posible de cumplir sólo a través de la conjunción y armonización de esfuerzos, y de la consideración de que no basta con las condiciones mínimas, sino con aquellas que permiten la humanización. El principio de corresponsabilidad establece acciones para la sociedad civil respecto a la salud mental, las cuales deben sumarse y potenciar las anteriores, según se ha venido planteando.

Entonces, para facilitar y conducir la acción coordinada la Política cuenta con dos herramientas: la *Guía de Salud Mental* y los *Criterios para el Trabajo por la Salud Mental*.

La *Guía de la Salud Mental* es un documento que recoge los principios de la Política y busca permear la acción del Estado en pro de la salud mental. Se basa en el enfoque de derechos, ya que éste hoy define no sólo aquello que el Estado no debe hacer, sino también aquello que debe hacer para lograr una plena realización de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, constituyendo un programa que puede orientar las políticas públicas y contribuir al fortalecimiento de las instituciones democráticas (Abramovich, 2004).

Los *Criterios para el Trabajo por la Salud Mental* son los acuerdos preestablecidos para hacer coincidir las acciones por la salud mental de organizaciones, instituciones y grupos. Estos criterios incluyen, entre otros:

- Reconocimiento de la complejidad.
- Énfasis en lo colectivo, los grupos y su diversidad, sus posibilidades y limitaciones.
- Apoyo e inserción en procesos en curso.
- Promoción de derechos antes que de servicios.
- Intervenciones participativas y sostenibles.
- Intervenciones adaptables a nuevas configuraciones del contexto social.
- Intervenciones que reconozcan la dimensión emocional y simbólica de la vida y de la salud.

Ahora bien, la orientación sinérgica de la Política Nacional del Campo de la Salud Mental constituye una oportunidad para maximizar la calidad, el impacto y la efectividad de otras intervenciones que por la coyuntura que atraviesa el país cumplen un papel determinante en el éxito de las acciones orientadas a alcanzar la paz.

Por esta razón, la Política ofrece la posibilidad de coordinar actividades y recursos en particular en tres áreas relacionadas con la transición hacia la paz y la mejora de las condiciones de vida de todos los colombianos. Estas tres áreas de conexión prioritaria y urgente aparecen aquí:

²⁰ Existe un núcleo de obligaciones comunes frente a todos los derechos: garantizarlos, promoverlos, respetarlos, y protegerlos (Abramovich, 2004).

- El proceso de desarme, desmovilización y reintegración.
- El proceso de construcción de la Política Nacional de Reparaciones para las Víctimas del Conflicto Armado en Colombia.
- La atención a desplazados.

Línea de acción: Inclusión e interacciones de equidad

La inclusión social y las interacciones de equidad persiguen el acceso equitativo al capital simbólico, social, cultural y económico.

Estas acciones vienen ejecutándose en buena parte; sin embargo, requieren fortalecimiento y articulación, por ejemplo, a través de la Ley de Infancia y Adolescencia, de la Política de Juventud o del Plan Nacional de Salud Pública.

- **Acciones en la familia y hogar**

Se busca desarrollar acciones que fortalezcan el hogar y la familia, así como los vínculos de afecto, cuidado y protección, tales como:

- ✓ Proveer jardines infantiles y hogares comunitarios cercanos al lugar de trabajo.
- ✓ Ampliar y flexibilizar la licencia de maternidad, con normas que impidan el despido o la no contratación de mujeres.
- ✓ Promover la paternidad y el papel de otros miembros de la familia, lo cual implica el desarrollo de políticas que no homologuen familia y mujer, pues “esto conduce a que toda la responsabilidad recaiga en la mujer, lo cual a su vez revela la ausencia de una visión integral respecto de todos los miembros de la familia” (Sunkel, 2006).
- ✓ Apoyar e incentivar la “economía del cuidado”²¹ (reconocimientos económicos a las labores de cuidado de las personas mayores, información, sustitución en tareas, espacios de respiro, etc.).

- **Acciones en la escuela**

Se pretende desarrollar acciones orientadas a la inclusión y a la mutualidad, tales como:

- ✓ Propiciar la escolarización (aún en situaciones de desplazamiento) y la equidad en la educación.
- ✓ Erradicar la explotación infantil.
- ✓ Promover relaciones de mutualidad en la escuela: una escuela que sancione el maltrato y el matoneo, que facilite la inclusión y asuma la diversidad.
- ✓ Promover la formación de competencias ciudadanas en la escuela.
- ✓ Promover el enriquecimiento y el intercambio de capital simbólico y cultural en el espacio escolar.

²¹ Actividades, bienes y servicios necesarios para la reproducción cotidiana de las personas. El cuidado se refiere a los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio (Sunkel, 2006).

- **Acciones en el trabajo**

Desarrollar acciones que hagan del lugar de trabajo un escenario promotor de la salud mental, tales como:

- ✓ Reconocer el valor del trabajo como medio de humanización, al posibilitar a los sujetos ser parte de la construcción de la sociedad a través de su accionar.
- ✓ Evitar las desigualdades debidas al género.
- ✓ Avanzar en la cobertura de seguridad social.
- ✓ Potenciar en el trabajo los valores de la cooperación sobre los del éxito individual.
- ✓ Reconocer y actuar frente a los efectos que están generando en las personas e instituciones las nuevas reglas del juego dadas por la flexibilización laboral.
- ✓ Abordar las limitantes que la dinámica laboral actual genera para la inclusión de las personas con necesidad de trabajo protegido.

Línea de acción: Estructuración de un continuo de servicios e intervenciones

Este continuo obedece a la necesidad de responder de manera organizada e integral a las exigencias derivadas del cumplimiento y restitución de derechos, procurando el bienestar emocional, brindando opciones de intervención, determinando las opciones de salud desde la regla de protección integral y dando la debida relevancia a la atención de los problemas y trastornos mentales.

- **Acciones generales**

- ✓ Asesoría y orientación: En la interacción cotidiana, una de las situaciones generadoras de ansiedad es aquella producida por no saber cómo moverse en una situación particular o no conocer las reglas del juego en un contexto determinado. Esta situación se vive, por ejemplo, cuando se es nuevo en el colegio, cuando se llega a una ciudad desconocida y no se conocen las lógicas del transporte, cuando se debe hacer por primera vez un trámite público, cuando se acude a los servicios de salud en una situación de urgencia, etc.

La asesoría y orientación implican el conocimiento del mundo propio para poder situar a otros en él. Conllevan un ejercicio de explicitar, de pasar a palabras las reglas que son vividas y que hacen parte de un conocimiento en acción y también incrementar la trama relacional por el acceso a nuevos contactos (Sluzki, 1996); puede que no se sepa qué hacer, pero seguramente sí se podrá saber quién lo sabe.

- ✓ Acompañamiento y apoyo: La compañía es una de las funciones de la red social (Sluzki, 1996), contar con la compañía de otros facilita la realización de gran parte de las actividades de la vida. Así mismo, el poder ser compañía de otros es algo que contribuye a la estima propia, pues constituye una fuente de reconocimiento.

El acompañamiento abarca una amplia gama que va desde el simple hecho de estar junto a otras personas, hasta poder conversar sobre aspectos preocupantes, intercambiar ideas y

conocimientos, etc. Éste se produce de manera usual entre las personas, y en vista de su utilidad, también ha sido incluido dentro de las estrategias de ayuda “formal”. Cabe recordar una definición de *normalidad* que señala que es la capacidad para resolver los problemas por sí mismo, y si esto no es posible, poder pedir ayuda.

Es importante que se creen o se refuercen las condiciones para que la gente se pueda acompañar y se pueda apoyar no sólo en situaciones difíciles, sino también en las situaciones que son motivo de alegría y gratificación. Es necesario que se valore la compañía en situaciones de “calamidad doméstica” y también de “alegría doméstica” y que las instituciones reevalúen o al menos expliciten las razones de sus reglas frente al “acompañamiento”, por ejemplo, en lo que respecta a las visitas en el curso de una hospitalización.

- **Acciones terapéuticas**

Las intervenciones terapéuticas son aquellas que se llevan a cabo cuando el sufrimiento de una persona o un grupo se da en gran escala y genera incapacidad para el desarrollo habitual de sus actividades.

Existe una amplia gama de modalidades terapéuticas, concordantes con los movimientos teóricos que se han producido en el campo de la salud mental y que son coexistentes. Esta concordancia se ilustra a continuación:

Gráfico 2. Tendencia de los procesos de modernización

Problemas de la relación: Pareja, familia, niños, crisis vitales	Neurosis leves Depresiones Trastornos de conducta	Trastornos del carácter Patología de la adaptación	Enfermedades funcionales Psicosomáticas Adicciones transitorias	Neurosis graves Alcoholismo Drogadicción	Psicosis agudas Psicopatías graves Ciclotimias, etc.	Autismo Catatonías Defectos esquizofrénicos	Demencias Oligofrenias Epilepsias
Relacional, Políticas de salud mental			← Disciplina		←	Objetivismo, medicina mental	
Sociológicos, políticos, farmacológicos			← Saberes y teorías		←	Míticos, médicos, filosóficos	
Psicoterapias, psicoanálisis, intervenciones comunitarias, psicopedagógicas, terapias grupales, terapias motivacionales.			← Prácticas terapéuticas		←	Aislamiento, exclusión social, tratamientos convulsivantes, farmacológicos, físicos, de contención...	
Centros de salud mental comunitarios, servicios de psicopatología de hospital general, hospital parcial, granjas, hostales...			← Institución		←	Asilo, hospital psiquiátrico, colonias de rehabilitación	

Tomado de: Galende, Emiliano. *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires: Paidós, 1994

- **Acciones en salud y atención de problemas y trastornos**

La estrategia de atención primaria resulta propicia para organizar la participación del sector salud en la política, para articular los sistemas de seguridad social y de protección social con los esfuerzos de otras políticas y programas que comparten objetivos y también para facilitar la sinergia en las intervenciones, a través de la conformación de redes y la inclusión en ellas. Además, permite vincular las intervenciones de “salud general” con las de salud mental, y la asistencia psiquiátrica con la intervención psicosocial (Tizón, 1992).

El desarrollo de la estrategia de atención primaria en salud supone:

- ✓ Privilegiar la tecnología apropiada.
- ✓ Promover la participación social.
- ✓ Generar procesos de atención integral.
- ✓ Construir una organización por niveles de complejidad.
- ✓ Incluir el componente de salud mental en las acciones de salud.
- ✓ Desarrollar acciones específicas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- ✓ Establecer sistemas de referencia y contrarreferencia.
- ✓ Implementar servicios de asesoría especializada en salud mental.
- ✓ Incluir acciones dentro de los planes territoriales.

Por otra parte, debe prestarse especial atención a las situaciones de vulneración de derechos y a la coyuntura que vive el país, considerando las siguientes “Recomendaciones del Taller de Discusión: Prioridades en Violencia, Desmovilización, Reinserción y Desplazamiento”, convocado por la Academia Nacional de Medicina (2005):

El apoyo emocional debe integrarse masivamente a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe fomentar la autonomía y la independencia.

La estrategia de abordaje de las alteraciones psicológicas no debe estar centrada en la atención medicalizada ni especializada, sino en una atención primaria integral [...] y contar con el concurso intersectorial y de la comunidad misma.

Resulta indispensable contar con el apoyo de un equipo de especialistas para una labor de consejería y tutoría formativa y para la atención de aquellos pacientes que requieran un tratamiento especializado.

Resulta urgente la reorientación de los servicios psiquiátricos, la inserción del componente psicosocial en la Atención Primaria en Salud [...] para lograr la continuidad y sostenibilidad de las acciones que se desarrollan en las situaciones de emergencia. Ello implica establecer un sistema de atención en red que priorice la atención local, pero que cuente con facilidades de remisión a instancias de mayor complejidad.

Resulta prioritario el incremento, la descentralización y el fortalecimiento de los servicios públicos de salud mental en los territorios más afectados por el conflicto.

Es indispensable incrementar la conciencia de las autoridades de salud sobre los aspectos psicosociales de la asistencia sanitaria, tanto en caso de desastres como en circunstancias habituales.

Así mismo, es fundamental para la política considerar la magnitud y el incremento progresivo de los trastornos psiquiátricos y las limitaciones en el acceso a la atención; también lo es considerar lo que respecta a la provisión y disponibilidad de los servicios y beneficios, particularmente de rehabilitación (una de las áreas más olvidadas), y a la valoración de la persona con trastorno mental como sujeto de derechos, facilitándole el ejercicio de su ciudadanía y su inclusión social. Ello implica:

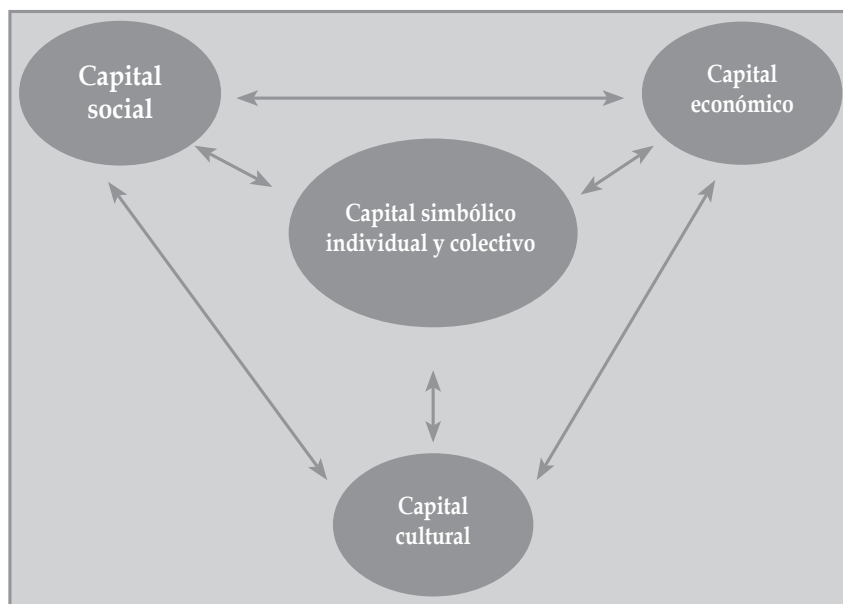
- ✓ Estructurar alternativas viables para la ampliación, adecuación, flexibilización y/o consolidación de la oferta de servicios y programas que garanticen la atención adecuada y oportuna de los trastornos y problemas de salud mental, así como la ejecución de actividades de promoción y prevención.
- ✓ Propender por enfoques integradores; por ejemplo, el psicosocial, que no sólo permite abordar situaciones como el desplazamiento, sino también problemas y patologías mejorando la calidad de vida de las personas con esquizofrenia crónica y otras patologías de larga duración al combinar tratamiento social, psicológico y psicofarmacológico (Thornicroft, 1992; Álvarez, 2002).
- ✓ Ampliar los planes de beneficios del Sistema de Seguridad Social en Salud en los componentes de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación e integración social.
- ✓ Establecer criterios de seguimiento y evaluación, particularmente de impacto, a la gestión institucional (sector público, sector privado, organizaciones no gubernamentales, comunidad) de las acciones de promoción y prevención en salud mental.
- ✓ Realizar estudios económicos y actuariales, partiendo de las investigaciones y encuestas existentes para proponer asignación y distribución de recursos en el Sistema de Seguridad Social en Salud para atención, tratamiento y rehabilitación.
- ✓ Promover la asociación de personas con trastorno mental y sus familias y su participación activa en el cumplimiento de deberes y en la exigencia de derechos.

Área 3. Incremento del capital global

La generación y el incremento de capital simbólico cumplen una función política, puesto que ofrecen nuevos sentidos y comprensiones que determinan la manera de mirar y actuar en el mundo y de relacionarse con los demás, conduciendo a nuevas formas que influyen en el capital cultural, social y económico.

La dimensión simbólica se aborda de diversas formas —aclaraciones, elaboraciones, interpretaciones, señalamientos, etc.— comunes al campo de la salud mental. El trabajo sobre ella, sin embargo, implica el desarrollo de una pedagogía social a través de las siguientes líneas de acción:

Gráfico 3. El énfasis de la Política sobre el capital simbólico



Fuente: Elaboración propia, a partir del trabajo bourdiano.

Línea de acción: Información-comunicación

La información puede contribuir a la ampliación de los grados de libertad de las personas (Matus, 1984), por cuanto ofrece elementos para la toma de decisiones, amplía el conocimiento de las situaciones y permite el desplazamiento a nuevas configuraciones abandonando ideas dominantes y posturas fijas.

Así, una tarea central es poner en evidencia y llevar a cabo un análisis crítico de las condiciones y situaciones socialmente admitidas que permiten y mantienen las exclusiones y la violencia, también las maneras de entender estos problemas y las respuestas que se ofrecen.

Igualmente, se deben desarticular relaciones dadas por ciertas, cuya incidencia tanto en el reconocimiento o discriminación social como en determinados problemas y patologías es clara; por ejemplo: belleza-delgadez; juventud-ausencia de futuro; infancia-incapacidad; vejez-decrepitud; enfermedad mental-incurabilidad.

Por otra parte, es necesaria la divulgación y discusión de la política con los diferentes actores sociales: sólo con un conocimiento de la Política es posible que las acciones puedan encaminarse de acuerdo con sus principios. La participación activa de la ciudadanía en la toma de decisiones es un factor de eficiencia y eficacia en la implementación de las políticas gubernamentales (Santibáñez, 2000).

También es necesario contextualizar la política y poner en evidencia sus implicaciones y alcances. Para ello se deben difundir aspectos como:

- Los derechos humanos.
- Las formas de propiciar relaciones más consideradas que impliquen una preocupación por los otros.
- Los problemas de la salud mental y las formas de hacerles frente.
- Los efectos de situaciones sociales tales como el desempleo, el consumismo y la violencia en las relaciones sociales.
- Las relaciones entre el desarrollo psicológico y los contextos en los cuales éste tiene lugar.
- Las experiencias exitosas de intervención en salud mental.

Es indudable el papel de los medios masivos de comunicación para ubicar la salud mental como prioridad nacional, para promover un cambio en las representaciones sociales sobre la salud mental, el trastorno mental y las personas que los padecen y para generar formas de relación alternativas a las relaciones de dominación o abuso presentes en los ámbitos doméstico, laboral y social. Una estrategia de medios y de relaciones públicas resulta fundamental.

Finalmente, promover la comunicación interpersonal es una forma de reducir la violencia causada o agravada por limitaciones de la comunicación. Si la comunicación se intensifica, los interlocutores pretenden validez en lo que dicen (comprensibilidad, sinceridad, verdad, rectitud) con más frecuencia y estas pretensiones son aceptadas o problematizadas y defendidas (Mockus, 2007).

Así mismo, la comunicación facilita la relación entre derechos y deberes, pues posibilita el descentramiento necesario para comprender la relación existente entre los derechos propios y los de los demás y el seguimiento a unas mismas normas, en medio de la diversidad y el respeto (Mockus, 2007).

Línea de acción: Formación-capacitación

Es necesario producir ajustes en los currículos de las carreras profesionales más involucradas con la salud mental, como medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, sociología, antropología, etc. Fomentar la inclusión de esta concepción de la salud mental en planes de actualización y recertificación resolvería los esfuerzos y los costos que afrontan las instituciones no educativas que con frecuencia llevan a cabo estas tareas.

La socialización de experiencias exitosas resulta una táctica apropiada de coeducación y, a la vez, de construcción de redes alrededor de propuestas propias; redes que pueden funcionar virtualmente, incluyendo y difundiendo los logros locales y poniendo de relieve las particularidades.

La capacitación, para resolver otro de sus problemas, debe ser común a los distintos actores involucrados, de manera tal que contribuya a la articulación y al trabajo conjunto. Así mismo, debe estar orientada por:

- Una concepción integradora de las intervenciones (por ejemplo, un enfoque psicosocial).

- Un énfasis en abordajes colectivos (familia, grupos, comunidades, etc.), pedagogía social y organización comunitaria.
- El reconocimiento del apoyo y la complementación entre grupos, organizaciones y otros actores comunitarios.
- Planes que permitan continuidad, secuencia y equidad.
- El desarrollo de competencias específicas, tales como: acompañamiento, comunicación, intervención en crisis, asesoría, trabajo a distancia, etc.

Línea de acción: Investigación-evaluación

El limitado estado del conocimiento del campo de la salud mental, es aún más notorio en el marco del enfoque investigativo que la Política propone. La investigación y la evaluación sustentan el quehacer reflexivo, sistematizan las acciones e intercambian logros y fracasos. Por ello es fundamental determinar líneas para consolidar el conocimiento y canalizar fondos nacionales e internacionales para la investigación, priorizando proyectos multicéntricos con la participación de universidades e instituciones por medio de convenios.

Estas líneas deben privilegiar:

- La sistematización de experiencias y otras modalidades de investigación/acción para cerrar la brecha entre teoría y práctica, y para desplazar el interés de los diagnósticos y caracterizaciones hacia las soluciones.
- Las modalidades de seguimiento y evaluación ajustadas a las particularidades y posibilidades locales.
- Las alternativas para la transformación de imaginarios y para favorecer la inclusión.
- El abordaje de problemas, patologías y respuestas en nuestro contexto, desde las diversidades de generación, género, vida rural o urbana y etnia.

En cuanto a la evaluación, se nutre de lo anterior y del trabajo permanente. La Política debe evaluarse de manera participativa y en su conjunto, orientada por preguntas tales como: *¿en qué medida la Política favorece una mayor equidad en los ámbitos social, económico, cultural y político? y ¿en qué medida la Política establece mecanismos de participación y deliberación reales, transparentes y efectivos?* (Roth, 2005). O con preguntas respecto al incremento del capital global, al bienestar emocional y a la calidad de las relaciones.

También deben desarrollarse sistemas de vigilancia epidemiológica específicos para salud mental, al igual que estrategias de monitoreo, tales como la estrategia de monitoreo epidemiológico participativo en salud mental (Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1998).

Corresponsabilidad y respuesta social: a quiénes nos toca

Todos los colombianos somos responsables de la salud mental individual y colectiva. Somos corresponsables, pero desde lugares y posibilidades distintas. Tenemos el derecho a gozar de la salud mental individual y colectiva, pero a la vez tenemos el deber de producirla y reproducirla.

Entre los agentes que tienen a cargo la conducción del proceso se encuentran la Presidencia de la República, los ministerios, el Departamento Nacional de Planeación y, en general, todos los involucrados en el Consejo Nacional de Política Económica y Social, entre los que se destaca el Ministerio de la Protección Social debido a su papel coordinador e integrador.

El Congreso también tiene un papel en la formulación de las leyes y normas necesarias, y también la Justicia, el Ministerio Público y la Defensoría del Pueblo, fiscalizando su cumplimiento.

La sociedad, la academia, las organizaciones comunitarias, las instituciones, las empresas, las personas con dificultades y trastornos mentales, las familias, los maestros, los religiosos, los patronos, los trabajadores, los medios de comunicación y la cooperación internacional deben estar involucrados en esta participación sinérgica.

La Política reconoce que los aportes teóricos, técnicos y de otra índole constituyen opciones para ser apropiadas y transformadas en los contextos locales, desde donde se genera conocimiento que orienta posteriores intervenciones. Cobran sentido los mecanismos de información, comunicación e investigación como soporte de tales intercambios. Esta puesta en contexto da sentido a las políticas y programas y convoca la participación desde las propias necesidades, dificultades y posibilidades de la organización social.

Vista así, la participación social es un medio y, a la vez, un fin (Menéndez, 2006); es un indicador de la salud mental de una persona y de un colectivo, al tiempo que constituye una forma para lograr esa salud mental.

Hacer evidentes las responsabilidades y contribuciones hace parte de la Etapa 0 de la Política, dentro del desarrollo del Plan Estratégico, mediante diversas formas para la consulta y el análisis.

Para el sector salud y de la protección social estos compromisos aparecen en el documento correspondiente, en el cual se despliega la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Costos, recursos y financiación: un esfuerzo común

Los cálculos de costos y recursos globales de la política hacen parte del proceso de puesta en común de los actores, por cuanto se ha repetido que la política plantea un escenario de acción transectorial, de redes de políticas y de políticas en red. En este escenario los recursos para el desarrollo de la política son de índole diversa y provienen de distintas fuentes.

Se trata, fundamentalmente, de identificar, reconocer y articular las iniciativas en curso y las faltantes, así como los recursos disponibles y potenciales, tanto institucionales como sociales, que atienden al propósito común de propiciar la salud mental y atenuar el malestar emocional y los trastornos. Los proyectos colectivos logran tal finalidad.

Las fuentes potenciales incluyen recursos de los ámbitos nacional, territorial y local, y también recursos de la cooperación internacional. Entre éstos, son de fundamental importancia los marcos legales y normativos, tanto nacionales como internacionales, que actúan como exigencias para el actuar del Estado y de la sociedad. Revisar sus aportes y vacíos desde una perspectiva de la salud mental es central.

La coordinación y el intercambio entre sectores ofrecen posibilidades de infraestructura, materiales y equipos, y también fortalezas en conocimiento y experiencia. La contribución desde la sociedad civil también es necesaria.

La construcción de asociaciones multiagenciales, multilaterales y nacionales para interactuar con los países (gobiernos y sociedad), en función de un plan estratégico común, deberá ser el camino por construir para sumar esfuerzos y aumentar la efectividad de la cooperación (Guerra de Macedo, 2007).

Ahora bien, para los aspectos más restringidos de la política, relacionados con la atención en salud mental y la atención de los problemas y trastornos, distintos países han realizado avances en este sentido, planteando aproximadamente 10% del presupuesto general de salud. Análisis específicos suponen comparar el porcentaje de la unidad de pago por capita-

ción (UPC) destinado a la atención en salud mental con los asignados a otros problemas y patologías. Estudios que tomaron como criterio los años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD) indican que la carga de las enfermedades neuropsiquiátricas aumentará del 10,5% en 1990 al 15% en 2020 (Gómez-Restrepo, 2005).

Los costos de la intervención del trastorno parten de:

- Establecer las ventajas de un incremento de la cobertura y el abordaje de los problemas mentales con las intervenciones comunitarias.
- Hacer relevantes las experiencias favorables de la intervención comunitaria en términos económicos.
- Dar prelación a servicios de calidad, que generen además el reconocimiento del sistema como eficiente (económica, social, cultural y simbólicamente).

Dentro de las consideraciones en salud desde la atención primaria se privilegian aquéllas centradas en estrategias comunitarias con ventajas identificadas (algunas en nuestro medio) desde un punto de vista económico, como son la disminución de las “estancias cama”, de 50 a 16 días (García y Espino, 2000), y el incremento de la eficiencia de las intervenciones (mayor cobertura con costos iguales o menores (García y Espino, 2000). Así mismo, se buscan las ventajas en la intervención, con efectos económicos indirectos, dadas por:

- La cobertura de patologías prevalentes (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos que no requieren hospitalización, consumo de sustancias).
- La disminución del abandono de pacientes por sus familiares (finalmente son acogidos por el sistema en centros de asistencia permanente o engrosan el grupo de habitantes de calle²²).
- La redistribución del gasto con otros sectores (primordialmente de intervención social y con las familias).

²² Como lo demuestran las personas acogidas antes de la edad requerida en hogares geriátricos contratados por la administración distrital de Bogotá o en hogares para habitantes de la calle.

Etapas para el desarrollo de la Política

Etapa 0: Configuración y gestión política

Su ejecución se establece en el Plan Estratégico; una vez recogidos los aportes de los involucrados, se pretende que culmine con un documento Conpes ratificando el carácter transectorial. La promulgación de la Política se haría el 10 de octubre, coincidiendo con el Día de la Salud Mental.

Etapa 1: Aceptación y apropiación

Abarca la elaboración y puesta en marcha del Plan Nacional de Salud Mental y su inclusión en planes territoriales y en las programaciones locales e institucionales. Así mismo, incluye la elaboración de proyectos específicos y el logro de su financiación. Se harán conversatorios de seguimiento y evaluación en todas las instancias.

Etapa 2: Continuidad y sostenibilidad

Incluye el desarrollo de proyectos y programas, la planeación, el seguimiento y la evaluación permanentes en el marco de los planes elaborados y ajustados.

Bibliografía

- Abramovich, Victor. "Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo de América Latina". *Derechos y desarrollo en América Latina: una reunión de trabajo*. En línea. 2004. Disponible: <http://www.iadb.org/>.
- Academia Nacional de Medicina. *I Foro sobre Paz y Salud Mental en Colombia: 24 y 25 de junio de 2005*. 2005. En línea. Disponible: <http://anm.encolombia.com/>.
- Acción Social. En línea. 2007. Disponible: www.accionsocial.gov.co.
- Acosta, Olga Lucía. "La financiación del sistema de protección social". *¿Está Colombia preparada para proteger a sus pobres? Sistemas de protección social en Colombia, debates de coyuntura social*. 16(2005).
- Acuña, Cecilia y Mónica Bolis. "La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas". Conferencia en Congreso de la Academia Internacional de Derecho y Salud Mental. París, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 4-8 de julio de 2005.
- Aguir, Elina. *El papel de los grupos y de las redes sociales en la elaboración del trauma social y de la violencia familiar*. 2007. En línea. Disponible: www.apdh-argentina.org.ar/salud_mental/trabajos/eticddhh.asp.
- Aguirre, Catherine. *El impacto de las armas de fuego en Colombia CERAC*. En línea. 2007. Disponible: www.cerac.org.co/.
- Aitken de Taborda, María Cristina. *Consideraciones generales para delinear políticas públicas de salud mental*. Consultora de Salud Mental, Organización Panamericana de la Salud en la red. 2007. En línea. Disponible: <http://www.acsam.com.co>.
- Alarcón, Rafael y Uriel Escobar. *Estrés y desarrollo humano*. Pereira: Fondo Editorial de Risaralda, 1997.
- Albarracín, Alma y Rita Rivera. *Marginalidad y ciudadanía. Un abordaje desde la perspectiva de la formación de las subjetividades en un contexto de pobreza estructural*. 2006. En línea. Disponible: <http://www.etica.org.ar/albarracinda.htm>.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. *Por el derecho al desarrollo de la autonomía: Política Distrital de Salud Mental*. 2005. En línea. 2007. Disponible: <http://www.saludcapital.gov.co/seccsalud/polisalud/mental.html>.
- Aldereguía, Jorge. "Salud pública y medicina social. Universidad de La Habana. La medicina social y la salud pública ante los desafíos del siglo XXI". *Revista Cubana Salud Pública*. 21.2(1995).
- Alleyne, George. "Políticas de salud y salud mental en América Latina y el Caribe". *Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina (IRAPAL)*. Panamá: OPS, 1996.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Oficina para Colombia. *Balace de la política pública de prevención, protección y atención al desplazamiento interno forzado en Colombia*. Bogotá: UNHCR-ACNUR, 2004.
- Álvarez, E. "Intervenciones psicosociales en el tratamiento de la esquizofrenia". *Anales de Psiquiatría*. 18.1(2002).
- Amador, Concepción et al. *Situación del enfermo mental en los municipios de Montería, Cereté y Sahagún Córdoba*. 2005. En línea. Consulta: agosto de 2006. Disponible: http://www.unicordoba.edu.co/enlinea/oei/proyectos/2003-CS-06_CONCEPCION%20ELENA%20AMADOR%20AHUMADA.pdf.
- Amable, Marcelo y Benach Joan. "La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública?" *Gaceta Sanitaria*. 14.6(2000).
- "Desempleo, precariedad y desigualdades en salud". *Revista Por experiencia*. 2002, No. 17. En línea. Disponible: www.istas.net/pe/num17.

- Andrade, Dennis y Bernardo Álvarez. "Esta guerra no es nuestra". *Niños y desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá: UNICEF, 2000.
- Aparicio, V. "Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes". *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: AEN, 1993.
- Arango, María Victoria y Carlos Climent. *Manual de psiquiatría para personal de atención primaria*. Washington: OPS, 1996.
- Arango, Sary y Dora Cardona. "Desplazados: elementos para su caracterización". *Revista de Ciencias Humanas*. 28(2001).
- Arboleda, Juan Carlos. *Hospitales mentales: emboscados por el sistema*. En línea. 2007. Disponible: <http://www.periodicoelpulso>.
- Arteaga, C. Ospina. *Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos*. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría. Editorial Noosfera, 1999.
- Artigas, Carmen. *Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales*. Santiago de Chile: CEPAL, 2005.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Resolución 2200 de 16 de diciembre 1966)*. en línea. Disponible: <http://209.85.165.104/search?q=cache:ng1IjG7imPkj:www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm+Acto+Internacional+de+Derechos+Econ%C3%B3micos,+Sociales+y+Culturales&hl=es&ct=clnk&cd=3&gl=co>.
- Babor, Th y J. Higgins-Biddle. *Cómo prevenir los problemas relacionados con el alcohol. Intervención breve. Para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol*. Valencia: OMS y Generalitat Valenciana, 2001.
- Barbour RS et al. "Assessing risk: professional perspectives on work involving mental health and child care services". *J Interprof Care*. 6.4(2002):323-334.
- Barco, Carolina. "Instalación Programa Colombia nos Une del Ministerio de Relaciones Exteriores". *Memorias del Seminario Migración Internacional, el Impacto y las Tendencias de las Remesas en Colombia*. 2005.
- Barrionuevo, Hugo. *Profesionalizar la gestión en salud mental*. En línea. 2007. Disponible: <http://www.isalud.org/documentacion/Profesionalizar-salud-Mental.pdf>
- Bateson, Gregory. "Forma, sustancia y diferencia". *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen, 1998.
- Beecham, J. y M. Knapp. "Costing psychiatric interventions". *Measuring Mental Health Needs*. Londres: Gaskell, 1992.
- Bello, Marta et al. *Relatos de la violencia. Impactos del desplazamiento forzado en la niñez y la juventud*. Bogotá: Universidad Nacional y Fundación Educativa Amor, 2000.
- *Efectos psicosociales y culturales del desplazamiento*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2000.
- Bello, Martha Nubia y Sandra Ruiz. *Conflicto armado, niñez y juventud. Una perspectiva psicosocial*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Fundación Dos Mundos, 2002.
- Beristain, Carlos. "Apoyo emocional a niños y niñas en situaciones de emergencia". *Ayudemos a los niños y las niñas afectados por el conflicto*. Bogotá: Comité Andino de Servicios. et al., 2002.
- Bernal, Raquel y Mauricio Cárdenas. *Race and ethnic inequality in health and health care in Colombia*. Bogotá: Fedesarrollo, 2005. En línea. Disponible: <http://ftp.fedesarrollo.org.co/pub/documentos/WP29.pdf>.
- Bolis, Mónica. *Aftermath of the Caracas Declaration: the development of mental health policies and legislation in Latin America and the English-speaking Caribbean during the last ten years*. Washington: OPS/OMS, 2001.
- Bonilla, Ricardo. *Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia*. 2004. En línea. Disponible: <http://www.colombiajoven.gov.co/documentos/generales/>.
- Bourdieu, Pierre. *La esencia del neoliberalismo*. 2006. En línea. Disponible: <http://www.analitica.com>.
- *Cuestiones de sociología*. Madrid: Istmo, 2003a.
- *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona, Anagrama, 2003b.
- *et al. La miseria en el mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Brock, Dan. "Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica". *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Busso, Gustavo. *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI* (documento preparado para el Seminario Internacional Las diferentes expresiones de vulnerabilidad social en América latina y el Caribe). Santiago de Chile: Naciones Unidas, Cepal y Celade, 2001.
- Calderón, Hernán. *La salud mental en los desastres*. Bogotá: Cruz roja Colombiana, 2002.

- *El maltrato y otras formas de violencia. Elementos para comprender la violencia contra sí mismo y los demás*. Manizales: Seccional de Salud de Caldas, 2001.
- Camelo, Magda y Sara Vargas. *El vínculo secuestrador-secuestrado: una mirada desde el secuestrador*. En línea. 2007. Disponible: <http://www.psicologiavirtual.com/>.
- Cardamone, Giuseppe y Elvio Sisti “Trabajo y rehabilitación psicosocial: una perspectiva histórica”. *Psiquis*. 5.5(1996):110-19.
- Cárdenas, Paola Ximena. *Salud mental y mujer: mecanismos de una interpelación ideológica desde el ciberespacio*. Bogotá: Estudios culturales. Pontificia Universidad Javeriana. En línea. Disponible: http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/.
- Cardona, Dora; Patricia Granada y Diomedes Tabina. *Resiliencia en la vida cotidiana. Estudio de caso Pereira*. Pereira: Gobernación de Risaralda. Aspofame. Instituto Municipal de Salud, 2002.
- Cardoso, Jorge. *El derecho a la salud mental, el más humano de los derechos*. En línea. 2007. Disponible: <http://www.federacionmental.org>.
- Castaño, Bertha Lucía. “El trabajo psicosocial: reflejo de posiciones éticas y políticas”. *Violencia política y trabajo psicosocial: aportes al debate*. Bogotá: Corporación AVRE, 1998.
- Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS) “Técnicas simplificadas para el monitoreo epidemiológico participativo”. *Alerta en Salud*. 1(1998).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama social de América Latina 2.006* Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2007.
- Chicharro, Francisco y José Uriarte. *Gestión clínica y rehabilitación psicosocial. Los nuevos modelos de gestión y la asistencia a la enfermedad mental severa*. Madrid: Aguilar, 2003.
- Chorny, Adolfo H. “Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes”. *Cuadernos Médico Sociales*. 73 (may. 1998), pp. 23-44.
- Climent, Carlos et al. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Urgencias psiquiátricas*. Bogotá: Proyecto ISS-ASCOFAME, 1997.
- Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2005.
- Consultoría para los derechos humanos y el desplazamiento (CODHES). *Boletín*. 7.46(2004). En línea. Disponible: <http://www.codhes.org.co/smensual.php>.
- “Informa”. *Boletín*. 47(2004). En línea. Disponible: <http://www.codhes.org.co/smensual.php>.
- Cohen, Hugo y Graciela Natella (coords.). *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 1994.
- Cohen, Raquel. *Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores*. México: Manual Moderno, 1999.
- Colectivo de Abogados “José Alvear Restrepo”. *Derecho al desarrollo en condiciones de globalización. Estrategia de exigibilidad jurídica de los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia mediante acciones jurídicas en el plano nacional e internacional*. 2001. En línea. Disponible: <http://www.dasb.edu.ec/padh>.
- Comunidad de Madrid. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Servicios Sociales. *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*. Madrid: Comunidad de Madrid, 2003.
- Consejo de la Unión Europea. “Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental” (2003/C 141/01). *Diario Oficial de la Unión Europea*. 17.6(2003).
- Corporación AVRE. *Proceso de formación de terapeutas populares y multiplicadores de acciones psicosociales en el contexto de violencia sociopolítica*. Bogotá: Corporación AVRE, 2002.
- *Guía de orientaciones para la atención en salud mental y trabajo psicosocial a población desplazada en Colombia*. Bogotá: CHF Internacional, Corporación Avre, 2002. En línea. Disponible: <http://www.disaster-info.net>.
- Centro de Estudios Regionales, Cafeteros y Empresariales (CRECE). *Bases conceptuales para la creación de un Ministerio de Protección Social en Colombia*. Bogotá: Crece, 2003.
- Del Campo, Gabriel. *Exclusión social y salud*. 2006. En línea. Disponible: <http://perso.wanadoo.es>.
- Dell’Acqua, Giuseppe. *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental*. En línea. 2007. Disponible: www.triestesalutementale.it.
- Desviat, M. “La asistencia psiquiátrica en el marco de la salud mental actual”. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*. 2000. En línea. Disponible: <http://www.psiquiater.com>.

- Escobar, Uriel et al. *Evolución. Para un trabajo integral en salud. Programa de capacitación para equipos de primer nivel de atención sobre componentes psicosociales de las principales causas de morbilidad en la ciudad de Pereira*. Pereira: Alcaldía de Pereira. Instituto Municipal de Salud, 2002.
- Farruggio, Liliana. *¿Qué querés hacer Paula?* (inédito). Buenos Aires, 2006.
- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP). *Editorial para los enfermos mentales, muerte y miseria*. En línea. Disponible: <http://www.fearp.org/edit107.htm>.
- Fleury, Sonia. *El desafío de la gestión de las redes de políticas*. En línea. 2006. Disponible: www.iigov.org/revista.
- Foix, Jordi. *Inserción, salud mental comunitaria y complejidad. Reflexiones de una experiencia*. 2004. En línea. Disponible: <http://www.eduso.net/res>.
- Franco, Saúl. "Violencia y salud en Colombia". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1.2 (1997).
- "Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de la salud y la seguridad social en Colombia". *Gerencia y Políticas de Salud*. 2(4): 2004.
- Galende, Emiliano. *Psicoanálisis y salud mental: para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- García, G. y Espino, A. "Costes de la reforma psiquiátrica". *La psiquiatría en la España del fin de Siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 2000, pp. 333-359.
- García, Germán. "Proyecto de acuerdo 173 de 2004 por medio del cual se establece la red de salud mental en el distrito capital". En línea. Disponible: http://209.85.165.104/search?q=cache:_NgFEwwbzLUJ:www.segobdis.gov.co/relaciones_concejo_04.htm+establece+la+red+de+salud+mental+en+el+distrito+capital&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=co.
- García, Inés y María Ángeles Cantón. "La promoción de la salud mental en Europa". *Informes estratégicos. La UE y el SSPA*. 1(2005).
- García Canclini, Néstor. *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: Grijalbo, 2001.
- García Novarini, Roberto. *Psicopatología de la desocupación. Sectorial activities-scientific sections contributions from the section. Section on mass media and mental health*. París: Hospital Psiquiátrico Saint-Anne. En línea. 2007. Disponible: <http://www.wpanet.org/sectorial/>.
- Gómez, L. et al. *Resumen del estudio nacional de necesidades, oferta y demanda de servicios de rehabilitación*. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha, 2004.
- Gómez, Pedro et al. *Trastornos psiquiátricos en la atención primaria*. Barranquilla: Publicaciones ESE CARI, 2000.
- Gómez-Restrepo, Carlos. "Prioridades en salud mental". *Primer Foro Sobre Paz y Salud Mental en Colombia*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2005.
- González Uscátegui, René y Itzhak Levav (eds.). *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación*. Washington: OPS, 1991.
- González, Carlos Julio. "Proyecto de ley: La protección de la salud mental en Colombia. Por la cual se establecen normas que regulan la protección de la salud mental y se dictan otras disposiciones". En línea. Disponible: http://direccion.camara.gov.co/camara/site/artic/20060628/asocfile/balance_final_proyectos_de_ley_leg_2005_2006_p1_p2.doc
- Grajales, César. *El dolor oculto de la infancia*. Bogotá: UNICEF, 1999.
- Guadarrama, Gloria. "Gerencia pública y política social en Latinoamérica". *Economía, sociedad y territorio*. 4.13(2003).
- Guendel, L., González, M., Carrera, F. y Osorio, R. *La política social con un enfoque de derecho: una reflexión a partir del caso Costarricense*. En línea. Consulta: 14 de noviembre de 2006. Disponible: http://espanol.geocities.com/tsocial1/tsocial/politica_social_con_un_enfoque_de_derecho.htm.
- Guerra de Macedo, Carlyle. "La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano". 2007. En línea. Disponible: <http://www.clad.org.ve/congreso>.
- Guerrero, Ramiro. "El concepto de la protección social". *Cuadernos de Protección Social*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2006.
- Gutiérrez, Carolina. "Conflicto armado: el mundo perdido de los niños". *De la Urbe Prensa*. 2004. En línea. Disponible: <http://altair.udea.edu.co>.
- Gutiérrez, Thais. *La construcción de representaciones sociales en torno a la política social en el marco de los procesos de globalización actuales*. Maracaibo: Universidad del Zulia, 2001.
- Hernández, E. "Los niños y las niñas frente al conflicto colombiano y las alternativas de futuro". *Reflexión Política*. 3.6(2001).
- Hernández, Luis Jorge. "Evaluación de resultados e impactos de un modelo de salud mental basado en la comunidad en localidades de Bogotá, D. C.". *Revista de Salud Pública*. 2003, vol. 5, No. 3. En línea. Disponible: <http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp>.
- Hernández, Mario et al. *La OPS y el Estado colombiano: cien años de historia. 1902-2002*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2002.

- Herramientas de apoyo psicosocial. *Un aporte pastoral al acompañamiento de las víctimas del conflicto armado*. Bogotá: TeVeRe, 2004.
- Hosman, C; Jane-Llopis E. y Saxena S (eds.). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Oxford: Oxford University Press, 2005.
- Holzmann, Robert y Steen Jørgensen. "Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 21.1(2003):73-106.
- Jaramillo, Luis E. "Intervención psicosocial en situaciones de guerra". *Violencia política y trabajo psicosocial: aportes al debate*. Bogotá: Corporación AVRE, 1998.
- Jenkins, David. *Un manual para el cambio de comportamiento. Información para decisores*. Washington: OMS/OPS, 2005.
- Klijn, E. H. *Redes de políticas públicas: una visión general*. 1998. En línea. Disponible: <http://www.revista-redes.rediris.es/>.
- Kroeger, Axel y Ronaldo Luna. "Salud mental: el papel del médico y la enfermera". *Atención Primaria de salud. Principios y métodos*. México: OPS, Serie Paltex, 1992.
- León, Héctor. "Estigma y enfermedad mental: un punto de vista histórico-social". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*. VI.1(2005).
- Levav, Itzhak (ed.). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: OPS, Serie Paltex, 1992.
- Londoño, Juan Luis "Trabajo, seguridad y flexibilidad". En: Arturo Laguado (ed.). *La política social desde la constitución de 1991 ¿una década perdida?*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- Lozano, Julio Alfredo. "Marco legal y psiquiatría: el ejemplo colombiano". *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Bogotá: CEJA, 2002.
- "Reforma de la Ley 100 a la luz de la salud mental y el proceso de paz". *Foro de la Academia Nacional de Medicina*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 2005.
- Luna, Jairo. *Diagnóstico situacional y análisis de la oferta institucional en salud mental* (documento). Bogotá: República de Colombia, Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, Subdirección de Promoción, Programa de Comportamiento Humano (documento interno), 1997.
- Machinea, José Luis y Guillermo Cruces. *Instituciones de la política social: objetivos, principios y atributos*. Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL, 2006.
- Marion LN, Braun S. et al. "Center for Integrated Health Care: primary and mental health care for people with severe and persistent mental illnesses". *J Nurs Educ*. 43.2(2004):71-74.
- Marset, Pedro y José Sáenz. "La evolución histórica de la salud pública". *Salud pública*. México: McGraw Hill Interamericana, 1998.
- Martín, Pedro. *La toma de decisiones en la intervención social*. 2006. En línea. Disponible: <http://www.ucm.es>.
- Martín-Baró, Ignacio. "El latino indolente. Carácter ideológico del fatalismo latinoamericano". En M. Montero (coord.) *Psicología política latinoamericana*. Caracas: Panapo, 1987.
- "La violencia política y la guerra como causas en el país del trauma psicosocial en El Salvador". *Revista de Psicología de El Salvador*, 28 (abr.-jun. 1988), pp. 123-141.
 - "La violencia en Centroamérica: una visión psicosocial". *Revista de Psicología de El Salvador*. IX.35(1990):123-146.
 - "Guerra y salud mental". *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA, 2000.
- Maturana, Humberto. Conferencia presentada en la Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2007.
- Matus, Carlos. *Planificación, libertad y conflicto: fundamentos de la reforma del sistema de planificación en Venezuela* (exposición ante la Dirección Superior del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de la República de Venezuela). Caracas, 1984.
- *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Adadi, s. f.
- Medios para la Paz. Documento ACNUR. En línea. Consulta: 20 de junio de 2006. Disponible: <http://www.mediosparalapaz.org/index.php%3Fidcategoria%3D2592+acnur+colombia+desplazados&hl=es&ct=clnk&cd=6&gl=co>.
- Menéndez, Eduardo. "Las múltiples trayectorias de la participación social". En Eduardo Menéndez y Hugo Spinelli (coords.). *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar, 2006, pp. 51-80.
- Mesones, Humberto. "Psiquiatría comunitaria. Desinstitucionalización". *ALCMEON* 28. 7.4(1999).
- Millán, Natalia. *¿Quiénes son los pobres? Estrategia de reducción de la pobreza y la desigualdad*. (inédito) Bogotá, 2005.
- Mockus, Antanas. *Armonizar ley, moral y cultura: cultura ciudadana, prioridad de gobierno con resultados en prevención y control de violencia en Bogotá, 1995-1997*. 2007. En línea. Consulta: 12 de enero de 2007. Disponible: <http://www2.iadb.org/sds/doc/2102spa.rtf>.
- Molina, Carlos. "Dimisión del Estado y políticas en salud mental" (diapositivas). 2006.

- “Patologías en el desarrollo de políticas públicas en salud mental, críticas y aportes desde una perspectiva bourdiana”. Tesis del Doctorado en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2006.
- Montenegro, Santiago. *Estimaciones pobreza e indigencia en Colombia 2005, tercer trimestre*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2006. En línea. Disponible: <http://www.presidencia.gov.co>.
- Morata, Francisco. “Necesidades de las familias afectadas”. Durante, Pilar y Blanca Noya (comps.). *Jornadas sobre salud mental: problemas de adaptación e integración social de la persona con enfermedad mental crónica*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- Muñoz, Germán. “Temas y problemas de los jóvenes colombianos al comenzar el siglo XXI”. *Seminario Nacional sobre Seguridad y Convivencia*. Bogotá: Secretaría de Gobierno-Compensar, 2002. En línea. Disponible: <http://www.suivd.gov.co/SNaI>.
- Naranjo, Gloria et al. *Sistematización de experiencias de atención psicosocial en Antioquia. Municipios afectados por el conflicto armado y población desplazada 1999-2003*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud y Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003.
- Nuccete, Eligio. *Derechos humanos y psiquiatría*. 32.2(2004).
- Núñez, Alfonso. “La salud en el contexto de la protección social”. *Congreso Nacional de Seguridad Social Régimen Subsidiado*. Medellín, 2005.
- Núñez, Jairo. “Éxitos y fracasos de la reforma laboral”. *Cuadernos de Protección Social*. 2(2005).
- y Juan Carlos Ramírez. *Determinantes de la pobreza en Colombia*. Bogotá: Naciones Unidas. CEPAL, 2002.
- Núñez, Jairo y Laura Cuesta. *Propuesta para el diseño de un Sistema de Protección Social para Colombia*. Bogotá: CEDE-Universidad de los Andes. En línea. 2006. Disponible: www.economia.uniandes.edu.co.
- Núñez, Jairo y S. Espinosa. *Asistencia social en Colombia, diagnóstico y propuestas*. Bogotá: CEDE, Universidad de los Andes, 2005.
- Observatorio de Coyuntura Socioeconómica, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad nacional de Colombia, Unicef-Colombia. *La familia colombiana: ¿crisis o renovación?* 2002. En línea. Disponible: <http://www.cid.unal.edu.co/observatorio/pdfs/boletin10>.
- Office of the Deputy Prime Minister. *Mental health and social exclusion. Social Exclusion Unit Report*. Londres: Office of the Deputy Prime Minister, 2004. En línea. Disponible: http://www.socialexclusionunit.gov.uk/mental_health/.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y Pontificia Universidad Javeriana. *Desplazamiento interno y atención psicosocial, el reto de reinventar la vida. Un estado del arte*. Bogotá: OIM, 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas (OPS/OMS). Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica*. Washington: OMS, 1990a.
- *Legislación sobre salud mental y derechos humanos (conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental)*. Asturias: OMS, 2003.
- *La introducción de un componente de salud en la atención primaria*. Ginebra: OMS, 1990b.
- *Atlas salud mental*. Ginebra: OMS, 2001.
- Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
- *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS*, Ginebra: OMS, 2005 [En español edita: Editores Médicos (Edimsa)].
- Qué se puede hacer para fomentar y proteger los derechos humanos de los enfermos mentales. En línea. Consulta: octubre de 2006. Disponible: http://209.85.165.104/search?q=cache:WetI0TrcbGQJ:www.who.int/features/qa/43/es/index.html+OMS+LEGISLACION+DERECHOS&hl=es&ct=clnk&cd=4&gl=co&lr=lang_es.
- *Género y salud mental de las mujeres*. En línea 2007. Disponible: www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Guía para el seguimiento de las actividades conducentes a la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Washington: OPS, 1991.
- *Renovación de la atención primaria de la salud en las Américas*. Washington: OPS, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Mental. *Evaluación de la calidad de la atención en salud mental. Lista de componentes básicos, definiciones y cuestionarios*. Washington: OPS/OMS, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud Mental, 1994.
- *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. *Sistematización de experiencias de atención psicosocial en Antioquia*. Bogotá: OPS/Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003a.

– *Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia*. Bogotá: OPS/Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2003b.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). *La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*. Washington: OPS/OMS, 2006.

Pasquale, Evaristo. *Psiquiatría y salud mental*. Trieste: Asterios Delithanassis Editore, 2000. En línea. Disponible: <http://www.triestesalutementale.it>.

Pécaut, Daniel. *Guerra contra la sociedad*. Bogotá: Espasa Hoy, 2002.

Petras, James. *Los perversos efectos psicológicos del capitalismo salvaje. Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental*. 2002. En línea. 2007. Disponible: www.manueltalens.com.

Pinto, María Eugenia, Andrés Vergara y Yilberto Lahuerta. “Costos generados por el conflicto armado interno en Colombia: 1999-2003”. Archivos de Economía, No. 277. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2005.

Pontificia Universidad Javeriana, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, y República de Colombia, Ministerio de Salud. *Guía de atención integral en farmacodependencia* (inédito). Bogotá, 1997.

Posada, José et al. *Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia 1993*. Bogotá: Ministerio de Salud, 1995.

– “Utilidad de un nuevo instrumento para la evaluación de la calidad de la atención en salud mental”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXVI.3(1997).

– “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental, Colombia 2003”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXIII.4(2003).

Prieto, Adriana. *Salud mental: situación y tendencias*. 2002. En línea. 2007. Disponible: www.revmed.unal.edu.co/revistas/v4n1.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP). *El conflicto, callejón con salida. Informe nacional de desarrollo humano, Colombia*. Bogotá: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), 2003.

Ramírez, Manuel et al. “Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida”. *Borradores de Investigación*. 72(2005).

Reimúndez, Gema. *Las víctimas de una reforma inacabada*. 2005. En línea. Disponible: <http://www.economiadelasalud.com>.

Raggio, Liliana. *Evaluación de Programas Sociales desde una perspectiva cualitativa. En torno de la definición de las necesidades a partir de los destinatarios*. 2007. En línea. Disponible: www.ubiobio.cl/cps/.

Ramos, Miguel Ángel. *Salud mental y violencia estructural en varones de sectores urbanos pobres*. 2003. En línea. 2007. Disponible: www.diassere.org.pe/docs/.

Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe, 2005.

República de Chile, Ministerio de Salud. *Normas básicas para la acreditación de servicios de internación psiquiátrica*. Santiago de Chile: República de Chile, Ministerio de Salud, 1995.

República de Colombia. *Ley 319, por medio de la cual se aprueba el protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Protocolo de San Salvador. Bogotá: República de Colombia, 1996.

– *Ley 387 de 1997, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados por la violencia en la República de Colombia*. Bogotá: República de Colombia, 1997.

República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. *Política para el desarrollo de la mujer rural* (documento Conpes Social-23-DNP-UDA-Minagricultura). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 1994.

– *Política nacional para la construcción de paz y convivencia familiar haz paz* (documento Conpes 3077). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2002.

– *Política para la población afrocolombiana* (documento Conpes 3169). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Social, 2002.

– *Hacia la consolidación del Sistema de Asistencia Social Hacia la consolidación del Sistema de Asistencia Social (Delimitación del SAS) diapositivas y Documento técnico de marco conceptual y acciones de corto, mediano y largo plazo para el rediseño de la política de asistencia social*. DNP-DDS-SS. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2006a.

República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Consejo Nacional de Política Económica y Social. *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio* (documento Conpes). Bogotá: Departamento Nacional de Planeación: Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2006b.

- *Bases del Plan Nacional de Desarrollo. 2002-2006.* En línea. Disponible: <http://www.dnp.gov.co>.

República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Misión Social. *Familias colombianas: estrategias frente al riesgo.* Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Misión Social, 2002.

República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. *Estudio nacional de salud mental en Colombia 2003* (informe descriptivo componente adultos, documento para revisión). Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2003.

- *Circular externa número 00018 de 2004.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2004a.
- *Política Nacional de reducción de demanda de sustancias psicoactivas.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2004b.
- “Protección social y pobreza”. Foro Pobreza. Bogotá: Biblioteca Luis Ángel Arango, 2005.
- *Lineamientos de la intervención psicosocial con la población en condición y situación de desplazamiento por la violencia en Colombia 2006-2010.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social, 2006.

República de Colombia, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Seguro Social, Vicepresidencia Prestadora de Servicios de Salud. *La salud mental en el modelo de salud del seguro social* (serie de documentos), Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995a.

- *Atención de urgencias* (serie de documentos), Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995b.
- *Atención hospitalaria* (serie de documentos), Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995c.
- *Caracterización de la situación de salud mental en el Seguro Social* (serie de documentos), Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995d.
- *La actuación en salud mental. Orientaciones generales* (serie de documentos), Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1995e.

República de Colombia, Ministerio de Salud. *Macrodiagnóstico nacional de salud mental. Subsector oficial-directo.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1982a.

- *Manual general de organización. Modelo normativo para unidad de terapia ocupacional en hospital psiquiátrico. Unidad de terapia ocupacional integrada a hospital general.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1982b.
- *Normas de organización de servicios especializados en farmacodependencia y alcoholismo.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1982c.
- *Memorias del III Encuentro Nacional de Servicios de Farmacodependencia y Alcoholismo: Experiencias Disciplinarias, Institucionales y sus Proyecciones.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1983.
- *Memorias del IV Encuentro Nacional de Servicios de Farmacodependencia y Alcoholismo.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1984.
- *Macrodiagnóstico nacional de salud mental. Subsector oficial-directo. 1983-1984.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1985a.
- *Manual de organización y funciones. Modelo normativo para psicología en el programa de salud mental.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1985b.
- *Memorias del V Encuentro Nacional de Servicios de Farmacodependencia y Alcoholismo: Experiencias Disciplinarias, Institucionales y sus Proyecciones.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1985c.
- *Memorias del Seminario Clínico Internacional sobre Adicción a la Hoja de Coca y sus Derivados.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1986a.
- *Memorias del Seminario Internacional Intervención en Crisis Farmacodependencia.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1986b.
- *Rehabilitación en salud mental.* Bogotá: República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección de Atención Médica. División de Salud Mental, 1986c.
- *Macrodiagnóstico nacional de salud mental. Subsector oficial-directo. 1986-1987.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1988.
- *La salud a la luz de la salud mental. Serie.* Bogotá: Ministerio de Salud, 1991.

Textos de la serie:

- *El plan nacional.*
- *El campo de la salud mental.*
- *La transformación de la atención.*
- *La atención primaria.*
- *La rehabilitación integral.*
- *Mujer y salud mental.*
- *Niño y su mundo.*
- *La propuesta de evaluación.*
- *Política Nacional de Salud Mental.* Bogotá: República de Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Programa Comportamiento Humano, 1998.
- *Guía de atención del menor maltratado.* Bogotá: Ministerio de Salud, 2000a.
- *Guía de atención de la mujer maltratada.* Bogotá: Ministerio de Salud, 2000b.

República de Colombia, Seguro Social. Vicepresidencia EPS. Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud. *Manual de acreditación de instituciones de salud mental.* Bogotá, Seguro Social. Vicepresidencia EPS. Gerencia Nacional de Calidad de Servicios de Salud, 1996.

- Reyes, Hugo. "Los derechos de la persona con trastorno mental en el ámbito clínico". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXII.1(2003).
- Ribero, Rocío y Fabio Sánchez. "Determinantes, efectos y costos de la violencia intrafamiliar en Colombia". Documento Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE), No. 44. Bogotá: Facultad de Economía de la Universidad de los Andes. 2004.
- Rincón, Hernán. "Medicina en tiempos de guerra". *Cuadernos de Enlace*. 8(2000).
- Rodríguez, Abelardo. "Atención psicosocial para la persona con enfermedad mental crónica: presente y futuro". *Jornadas sobre salud mental: problemas de adaptación e integración social de la persona con enfermedad mental crónica*. Durante, Pilar y Blanca Noya (comps.). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
- Rodríguez, Jorge y Aristides Hernández. *La relación terapéutica de ayuda. Una guía práctica e ilustrada*. Bogotá: OPS, 2003.
- Rodríguez, Marcela. "Oportunidades para la salud mental dentro del sistema general de seguridad social en salud". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXII.1(2003).
- Rodríguez, Marco Antonio. *Nuevo enfoque de las políticas sociales en América Latina*. 2003. En línea. Disponible: <http://www.uasnet.mx/ests/politicassociallatina.htm>.
- Rodríguez, Óscar. "Protección social y ciudadanía: visión alternativa de las políticas sociales". *unperiódico*, feb. 2007. En línea. 2007. Disponible: www.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/101/.
- Rojas, Jorge y Marco Romero. "Conflicto armado y desplazamiento forzado interno en Colombia". *Niños y desplazamiento forzado en Colombia*. Bogotá: UNICEF, 2000.
- Roth, André-Noël. "Consideraciones para la formulación de las políticas públicas". *Instituto Distrital de Cultura y Turismo (IDCT). Formar para la democracia. Políticas culturales en el distrito capital y sus localidades*. Bogotá: IDCT-Alcaldía de Bogotá, 2003.
- "Transformar la política de las políticas públicas: de la acción burocrática hacia la acción deliberativa". *Revista de la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad del Cauca*, 5. 5-6 (2005).
- Rull, Luis. "Redes de políticas públicas locales y el papel moderador de los medios de comunicación: una aproximación metodológica". *VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. 2002. En línea. Disponible: <http://unpan1.un.org/intradoc>.
- Samayoa, Joaquín. "Guerra y deshumanización: una perspectiva psicosocial". 1987. En Ignacio Martín-Baró. (comp.) *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. El Salvador: UCA, 2000.
- Sánchez, Fabio y Ana María Díaz. *Los efectos del conflicto armado en el desarrollo social colombiano, 1990-2002* (documento CEDE 2005-58). 2005.
- Santacruz, Cecilia de; Estela Medina y Hernán Santacruz. *Capacitación en salud mental*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, Ministerio de la Protección Social, 2003.
- Santacruz, Cecilia de, y María Eugenia Caicedo. *El hospital día en Colombia: sus aportes al tratamiento y a la rehabilitación en salud mental*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Apoyo Fundación Saldarriaga Concha, 2002.
- Santacruz, Cecilia de; Martha Solano y María Eugenia Caicedo. *Los proyectos colectivos. Orientaciones conceptuales y metodológicas*. Bogotá: Ceja, 2004.
- Santacruz, Cecilia de et al. *¿Equidad, calidad, participación social y protección integral en salud mental? Preguntas (sin) para resolver a los diez años de la Ley 100*. Cartagena: Congreso Nacional de Psiquiatría, 2005.
- Santibáñez, Dimas. "Estrategia de modernización de la gestión pública: el paradigma de la racionalidad económica y la semántica de la eficiencia". *Revista Mad*. 2000, No. 3. En línea. Disponible: <http://rehue.csociales.uchile.cl>.
- Saraceno, Benedetto y Francisco Montero. "La rehabilitación entre modelos y práctica". Basauri, V. (coord.). *Evaluación de servicios de salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1993.
- Saraceno, Benedetto et al. "Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18.4-5 (2005).
- Sarmiento, Alfredo. *Misión social, exclusión social, pobreza e inequidad*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 2003.
- y L. Arteaga. "Focalizar o universalizar: un falso dilema". *Cuadernos de Economía*. XVII.29(1998).
- Satriano, Cecilia. "Pobreza, políticas públicas y políticas sociales". *Revista Mad*. 15 (Sep. 2006). En línea. 2007. Disponible: www.revistamad.uchile.cl/15/satriano.pdf.
- Schutz, Alfred. "El forastero. Ensayo de psicología social". *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- Secker, J.; F. Pidd y A. Parham. "Mental health training needs of primary health care nurses". *J Clin Nurs*. 8.6(1999):643-652.

- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.: Dirección de Salud Pública, Área de Análisis y Políticas de Salud, Área de Acciones en Salud y Área de Vigilancia en Salud Pública. *Documento marco. Lineamientos de salud pública para el 2006*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006.
- Seguro Social. *La salud mental en el modelo de salud del Seguro Social* (serie de documentos) (inédito). Bogotá: Seguro Social, 1995.
- Sluzki, Carlos. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa, 1996.
- Solano, Álvaro. *Manual básico de salud mental para agentes primarios de salud, educación y redes sociales. Elementos para una prevención integral*. Medellín: ESE Metrosalud. Secretaría de Seguridad Social. Municipio de Medellín, 1997.
- Solimano, Andrés. "Hacia nuevas políticas sociales en América Latina: crecimiento, clases medias y derechos sociales". *Revista de la CEPAL*. 97(2005):45-60.
- Soto, Jaime et al. *Persona, Estado, poder. Estudios sobre salud mental en Chile 1990-1995. Equipo de denuncia, investigación y tratamiento al torturado y su núcleo familiar*. Santiago de Chile: Equipo Nizkor-Derechos Human Rights, 2005.
- Sunkel, Guillermo. *El papel de la familia en la protección social en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.
- Thornicroft, Graham. *Developing Integrated Systems of WHO Innovative Approaches in Mental Health Care. Psychosocial Interventions and Case Management*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.
- Tizón, J. "Sugerencias y conclusiones provisionales". *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: Doyma, 1992.
- Torres, Mauricio y Natalia Paredes. "El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. Derecho a la salud. Situación en países de América Latina" Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (IDHDD) y Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames). 2004. En línea. Disponible: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/dersal/indice.pdf>.
- UNICEF. *Niñez y conflicto armado. Situación de la infancia. Niñas y niños que necesitan protección especial*. En línea. 2007. Disponible: <http://www.unicef.org.co/08-conf.htm>.
- Valdivia, S. et al. "Use of mental services in Chile". *Pshichiatric Services*. 2004, vol. 55, No. 1. En línea. Disponible: <http://ps.psychiatryonline.org>.
- Varios autores. *A propósito de un análisis secundario del Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas-Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, 1995.
- Varios autores. *Hacia un plan operativo de salud mental para Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, OPS, 2003.
- Vélez, Alba Lucía. "La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud o un proceso alternativo para acceder a servicios de salud?" *Colombia Médica*. 36.3(2005).
- Ventura, René et al. "Consideraciones históricas de la rehabilitación comunitaria en psiquiatría". *Revista Cubana de Medicina Militar*. 32.3(2003):211-218.
- Vergara, Carmen Helena. "Antecedentes de la protección social en Colombia" [Notas de clase]. Washington, 2005.
- White, Michael y David Epston. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós-Ibérica, 1989-1993.
- WHO. *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: social change and mental health*. Geneva: WHO, 1999.
- Zapata, Mario. *Colombia, enferma mental*. En línea. 2006. Disponible: <http://www.esecarisma.gov.co/>.