

9

**SALUD MENTAL: PROBLEMA
Y RETO DE LA SALUD PÚBLICA**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

INTERFACULTADES:

FACULTAD DE CIENCIAS, FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS,
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE MEDICINA
Y FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CUADERNOS
DEL DOCTORADO**

SALUD MENTAL: PROBLEMA Y RETO DE LA SALUD PÚBLICA

- MARCELA ARRIVILLAGA QUINTERO
Y JAIME COLLAZOS ALDANA
- JOSÉ POSADA-VILLA
- CARLOS IVÁN MOLINA BULLA
- JORGE OSWALDO GONZÁLEZ ORTIZ

Bogotá, abril de 2009

Catalogación en la publicación Universidad Nacional de Colombia

Salud mental : problema y reto de la salud pública / Marcela Arrivillaga Quintero ...
[et al.]. – Bogotá : Universidad Nacional de Colombia. Doctorado Interfacultades
en Salud Pública, 2009
65 p. – (Cuadernos del doctorado ; 9)

ISBN : 978-958-719-153-0

1. Salud pública mental 2. Política de salud – Colombia 3. Psiquiatría social
I. Arrivillaga Quintero, Marcela del Carmen, 1974-

CDD-21 362.20422 / 2009

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

Cuadernos del Doctorado No. 9

Debates en Salud Pública - Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Rector

Moisés Wasserman Lerner

Vicerrector Sede Bogotá

Fernando Montenegro Lizarralde

Decano Facultad de Medicina

Carlos Julio Pacheco Consuegra

Decana Facultad de Odontología

Clemencia Rodríguez Gacharná

Decana Facultad de Enfermería

Raquel Natividad Pinto Afanador

Decano Facultad de Ciencias

Ignacio Mantilla Prada

Decano Facultad de Ciencias Humanas

Fabián Sanabria Sánchez

Coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Saúl Franco Agudelo

Comité Editorial

Saúl Franco Agudelo

Fernando de la Hoz

Rafael Antonio Malagón

Marcela Arrivillaga Quintero

Jorge Oswaldo González Ortiz

Pablo Andrés Martínez Silva

Editora de este Número

Marcela Arrivillaga Quintero

Primera Edición, abril 2009

ISBN: 978-958-719-153-0

Ciudad Universitaria. Unidad Camilo Torres

Calle 44 No. 45-67 módulo 2 oficina 501 PBX: 316 5000 ext. 10908

Programa Interfacultades en Salud Pública

www.dotoradosaludp.unal.edu.co

Correo electrónico: docisp_bog@unal.edu.co

Impresión y encuadernación

NATIONAL GRAPHICS Ltda., abril 2009

Impreso en Colombia- Printed in Colombia

PRESENTACIÓN

Faltan muchas piezas por armar en el rompecabezas salud pública-salud mental. Desde los vacíos propios de cada uno de los campos, pasando por el esclarecimiento de las mediaciones y conexiones entre ambos, hasta configurar las bases para un campo común, faltan muchos pasos para poder saldar esta cuenta pendiente y contribuir mejor al bienestar mental individual y colectivo.

¿Cuándo tenemos buena salud mental? Cuando podemos relacionarnos adecuadamente con los demás y con todos nuestros entornos. Cuando nuestro conocimiento funciona bien y disfrutamos y controlamos nuestros afectos y nuestras emociones. Por tanto la salud mental es un campo esencialmente relacional, de relaciones bidireccionales. Es dependiente de los entornos culturales, sociales, económicos y ambientales, y determinante de la forma como nos relacionamos con ellos. Obviamente en un campo complejo y en permanente construcción se configuran, enfrentan o complementan diversas escuelas, teorías, políticas y prácticas, tal como se evidencia en los materiales que integran este Cuaderno.

Con sus limitaciones propias, las cifras hacen un aporte importante para perfilar la magnitud del problema de la salud mental. En toda nuestra América los trastornos mentales significan la cuarta parte de la denominada «carga de la enfermedad». En Colombia, según datos del Estudio Nacional de Salud Mental de 2003, el 40 por ciento de los entrevistados reconoció haber tenido algún trastorno de salud mental a lo largo de su vida, el 20 por ciento lo padeció en el último año, y el 5 por ciento sufrió un trastorno mental reconocido como grave en el último año. Con un agravante entre muchos: sólo el 28 por ciento de aquellos con trastorno grave había recibido algún tipo de tratamiento. Es decir: más del 70 por ciento de los colombianos y colombianas con trastornos graves de salud mental no tiene acceso a ningún tipo de atención médica. No estamos entonces frente a un problema marginal e insignificante. Estamos ante uno de los problemas que de manera más grave y frecuente, pero en voz baja, contribuye a la infelicidad y a la intranquilidad de las personas, de sus familias y de la sociedad en su conjunto.

Consciente de la importancia del tema y de la gravedad del problema, el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, en coordinación con un grupo de la Facultad de Enfermería de la misma Universidad, ha venido tratando de apoyar una línea de investigación en salud mental con perspectiva de salud pública o, como lo ha propuesto el psicólogo y candidato a doctor en salud pública Jorge Oswaldo González, en Salud Pública Mental. De hecho, tres de los cuatro trabajos incluidos en este número 9 de

la serie institucional Cuadernos del Doctorado fueron inicialmente presentados en la sesión de septiembre de 2008 del ciclo Debates en Salud Pública.

El primer material, Salud mental y salud pública: reflexiones para introducir un debate olvidado, fue escrito con posterioridad al Debate por la psicóloga Marcela Arrivillaga Q. y el psicólogo Jaime Collazos A., ambos candidatos a doctores en salud pública. El documento cumple bien el objetivo enunciado en su título, enfatizando la esencial relación de la salud mental con los campos biológico, cultural, social, económico, político y ambiental, y dejando el espacio abierto para el desarrollo de los procesos mediadores entre dichos campos y los modos particulares de vida con la salud mental. El segundo material, La patología psiquiátrica en Colombia es una síntesis de algunos de los principales hallazgos del Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 en Colombia, elaborado por el reconocido psiquiatra José Posada-Villa, y en el cual llama la atención sobre la frecuencia, magnitud y distribución de los problemas de salud mental en el país, las principales condiciones y situaciones de riesgo, y sobre las graves y alarmantes carencias y limitaciones en el acceso a la atención aun en caso de enfermedades mentales graves. El tercer documento, Política nacional del campo de la Salud Mental, es un recuento de los desafíos prácticos, las dificultades teóricas y metodológicas y las limitaciones políticas del más reciente intento por construir e implementar una política nacional de salud mental, hecho con cuidado y honestidad por uno de sus protagonistas, el psiquiatra Carlos Iván Molina Bulla. Cierra el Cuaderno un texto polémico y provocador del ya mencionado

psicólogo y candidato a doctor en salud pública Jorge Oswaldo González. En él discurre por algunos de los senderos ya recorridos por los conceptos de salud, salud pública y salud mental, para dejarnos en el umbral de la categoría Salud Pública Mental, cuyo andamiaje teórico y posibilidades prácticas está aún por construirse y demostrarse.

El Doctorado Interfacultades en Salud Pública espera que esta contribución preliminar en el tema de la salud mental estimule su discusión teórica, llame la atención sobre la gravedad del problema y su actual desatención generalizada, y anime a los responsables institucionales, a los académicos afines y a quienes padecen en distintos niveles los trastornos analizados a construir políticas y respuestas serias, duraderas y accesibles para todos y todas.

Saúl Franco A.

Coordinador del Doctorado

Bogotá, abril de 2009

SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA: *Reflexiones para introducir un debate olvidado*

Marcela Arrivillaga Quintero¹

Jaime Collazos Aldana²

Las relaciones entre la salud mental y la salud pública han sido un tema poco tratado en el ámbito nacional. Por lo general, cuando se hace referencia a la salud mental se cae en el campo de lo individual, mientras al referirse a la salud pública, necesariamente se alude al campo de lo colectivo. Pareciese que los dos campos fueran independientes el uno del otro, sin relaciones y mutuas determinaciones que bien vale la pena analizar. El presente escrito introductorio al Cuaderno del Doctorado en Salud Pública, que acertadamente se ha dedicado al tema, no es más que un esfuerzo por presentar algunas ideas que permitan iniciar un debate olvidado.

1 Psicóloga; Magíster en Educación, WHO/PAHO Fellow, School of Public Health. University of Texas. Candidata a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Directora Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co

2 Psicólogo, Magíster en Comunicación. Candidato a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jcollazosa@unal.edu.co

Primero hay que referirse al concepto de Salud Mental. Si bien hay que reconocer que existen diferentes enfoques que derivan en distintos modelos de intervención, para aproximar el campo de la salud mental a la salud pública, la primera posición que hay que asumir es la de reconocer que la salud mental está relacionada con diferentes procesos de tipo biológico, cultural, social, económico, político y ambiental. Es decir que trasciende el concepto de enfermedad para situarse en una dinámica más completa y compleja en el orden de las relaciones humanas y sociales. El hecho de reconocer la salud mental como proceso relacionado con los contextos, sin desconocer las individualidades, posibilita un escenario realista de relaciones con la salud pública y un marco de acción integrado con estrategias conformadoras de lo individual y lo colectivo. Con un enfoque de esta naturaleza, se otorga igual importancia tanto a la condición biológica del ser humano y su transformación evolutiva como su pertenencia ambiental, cultural y social a un contexto específico; en otras palabras, la salud mental es una condición determinada también por la posición social, el género, la etnia y las generaciones. De esta forma, la salud mental de individuos, grupos y comunidades se puede situar, evaluar e intervenir en intrínseca relación con las carencias e inequidades sociales, económicas y políticas que atentan contra el derecho a la salud, en el sentido más completo, complejo y abarcador que pudiera pensarse.

En 1998 se adoptó en Colombia la Política Nacional de Salud Mental mediante Resolución 2348. Si bien, la política advierte sobre el riesgo de desligar la salud mental de la salud general, fragmentando al ser humano en una disociación mente-cuerpo que resulta negativa para su bienestar, no conceptualiza el tema en forma integradora con la salud pública. En ese entonces, la política definió la salud mental como la «capacidad de las personas y de los

grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales...»³. Como puede leerse, la definición se centra en la salud mental como «capacidad» y responsabilidad personal, desconociendo las determinaciones materiales directamente relacionadas con la salud. Estos planteamientos se ajustan al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida que el sujeto es concebido como responsable de su propia salud, lo cual abre un importante debate frente a las actuales inequidades en los diferentes sistemas de participación social.

Años más tarde, el gobierno nacional, y específicamente el sector salud, atendiendo a los resultados de los estudios diagnósticos, tales como el Censo de Población DANE 2005, las Encuestas de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2005) y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia (ENSIN 2005), emitió el Decreto 3039 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. En este Plan se establece que la salud mental y las lesiones violentas evitables serían una de las prioridades nacionales en salud. De esta forma, se plantea entonces como meta nacional adaptar los Planes Territoriales a la Política Nacional de Salud Mental vigente. No obstante, a pesar de estar formulado el Plan en un supuesto enfoque de determinantes sociales de la salud, se mantiene el enfoque de riesgo, sin intervención estructural sobre las condiciones del país que afectan directa o indirectamente la salud de los colombianos.

3 COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá : p. 20. 1998.

Infortunadamente, las actuales condiciones del sistema que han mercantilizado la salud, otorgando servicios diferenciales según la capacidad de pago, y en otros casos, excluyendo a determinadas personas del sistema de seguridad social, representan barreras estructurales para la consideración de un enfoque de la salud que incluya la salud mental. En nuestro país, el acceso a los servicios de salud mental es un privilegio de pocos, un tema de interés para ciertos sectores de profesionales, pero sobre todo continúa considerándose como un asunto de carácter individual.

Por el contrario, un modelo de determinación social de la salud cuando hace referencia a la salud mental enfatiza en la necesidad de intervenir en los *contextos sociales*, los *modos de vida* de las comunidades y los *estilos de vida* para procurar el bienestar en las personas. Se trata de un enfoque integrador que va más allá del modelo tradicional de factores de riesgo, el cual se focaliza en el individuo como poseedor de enfermedad, y para el caso de la salud mental promoviendo la psicopatologización, la medicalización desmedida y la escasa, por no decir nula, intervención social sobre la población afectada. Quizá sea esta situación la que obliga hoy a plantearse una mirada amplia de la salud mental teniendo en cuenta el concepto de atención psicosocial, sobre todo en tiempos de violencia, pobreza e inequidad frente a los derechos fundamentales para acceder a una vida con dignidad

Desde el enfoque de la determinación social de la salud como marco para las miradas no sólo ontológicas y epistemológicas sobre la salud, sino también del orden de lo práctico, la salud mental es el resultado de una serie de condiciones favorables para la vida, el equilibrio y el bienestar, teniendo como principios la equidad, la participación social, la corresponsabilidad, la territorialidad, la promoción del desarrollo humano y la integralidad. Su

intervención debe involucrar diferentes campos, sectores e instituciones que se relacionan con el desarrollo humano⁴.

En este orden de ideas, un concepto que resulta vinculante e integrador entre la salud mental y la salud pública es el de los MODOS DE VIDA. Este concepto ha sido utilizado para enfocar las prácticas sociales cotidianas y una inmensa variedad de formas de «andar por la vida» que se modifican en función de las formaciones económico-sociales⁵. El desarrollo de la categoría demuestra en el nivel epistemológico un agotamiento de los macromodelos estructurales y economicistas exclusivamente, y un renovado interés por el estudio de los microprocesos sociales donde temas como el individuo, la dinámica de los pequeños grupos y la cotidianeidad cobran importancia. En el campo de la salud pública el concepto viene asumiendo una posición destacada, en especial se ha hecho referencia a los modos de vida como instancia determinante de los procesos salud-enfermedad, mediada por dos dimensiones intervinientes: los *estilos de vida* y las *condiciones de vida*⁶. Como concepto en salud, el modo de vida reúne un conjunto de rasgos sustanciales que caracterizan distintas formas de la actividad vital de las personas en una determinada posición socioeconómica y cultura, integrando las condiciones objetivas de la materialidad social con todas aquellas prácticas y significados relacionados con la salud

4 DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Instituto Departamental de Salud del Departamento de Nariño. Diseño, implementación, seguimiento y evaluación de un modelo de atención en salud mental para el Departamento de Nariño. Elaborado por: Mc Douall Lombana, Jorge. (2006).

5 DE ALMEIDA FILHO, N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial. 2000.

6 POSSAS, C. Epidemiologia e sociedade : Heterogeneidade estrutural no Brasil. Edit. Hucitec, Sao Paulo : 1989.

individual y colectiva. Así, en relación con la salud mental los modos de vida suponen mediaciones psicológicas que se asocian directa o indirectamente con perfiles protectores o destructivos de salud.

En este sentido, se ha afirmado que «el objeto salud no es primordialmente individual, subjetivo y contingente, ni es primordialmente colectivo, objetivo y determinado; es siempre y simultáneamente el movimiento de génesis y reproducción que hace posible el concurso de procesos individuales y colectivos, que juegan y se determinan mutuamente»⁷.

De esta forma se pueden pensar relaciones y dominios jerárquicos de determinación social de la salud que hacen posible una comprensión integral de diversas problemáticas individuales y de salud mental en el marco de la salud pública. Bajo este modelo la mirada sobre los procesos de salud-enfermedad deben considerarse en un dominio general, que da cuenta del conjunto de la sociedad y de su estructura económica, política y cultural; un dominio particular, referente a los grupos de la población y sus modos de vida, y un dominio singular, correspondiente a los individuos y sus estilos de vida⁸. La aplicación de este modelo en la evaluación y la intervención en salud mental implica el reconocimiento de las relaciones y mediaciones entre estos dominios, con una consideración sobre la transversalidad del ciclo vital como elemento fundamental del modelo.

7 BREILH, J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires : Lugar Editorial; 2003.

8 BREILH, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS). 1994.

La atención integral en salud mental con perspectiva de salud pública reconoce en el *dominio de lo general*, la afectación de procesos estructurales y generales de la vida social en la salud de las poblaciones. Colombia es un país agobiado por la violencia, el conflicto armado, la pobreza, la falta de acceso a recursos económicos para poblaciones vulnerables, el secuestro, el desplazamiento, y los problemas nutricionales, entre muchas otras condiciones. En este contexto, los perfiles epidemiológicos de salud – incluyendo la salud mental– se configuran e intervienen con políticas públicas que den cuenta de un modelo de desarrollo social justo y equitativo. En el *dominio de lo particular*, el análisis de los modos de vida y las condiciones de vida de los grupos y comunidades específicas se convierten en estrategia fundamental para la formulación de propuestas de participación comunitaria, tanto en la construcción de política pública como en la identificación e intervención sobre necesidades concretas y contextualizadas, con alto sentido de reconocimiento de la salud mental como parte del complejo salud-enfermedad. En el *dominio de lo singular* aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los individuos son objeto de evaluación e intervención en ámbitos clínicos. Lo importante en este dominio es conservar la mirada sobre un sujeto social y determinado por la formación socioeconómica, cultural y comunitaria en la que se inserta. Así, la intervención clínica puede mantener su anclaje en la determinación social de la salud y la *atención psicosocial integral* puede constituirse en una alternativa a la ruptura entre las intervenciones psicológicas/psiquiátricas y las intervenciones sociales. En este dominio, no se trata de una «clínica» aislada del contexto, por el contrario, una mirada psicosocial de la salud mental debe articular los procesos colectivos, comunitarios e individuales. «En términos más

amplios, se trata no solo de hacer acciones clínicas en la comunidad, sino que las personas identifiquen los problemas emocionales, relacionales, sociales y económicos en un proceso de reflexión personal-grupal y que a través de la reflexión-acción se contribuya al cambio individual y social»⁹. Varios asuntos son prioritarios para el desarrollo de un modelo de esta naturaleza. En primer lugar, las disciplinas directamente relacionadas con la salud mental de los colombianos, deben resistir la importación de teorías y modelos de evaluación e intervención producidos en otros contextos; a su vez, deben promover el desarrollo científico y el conocimiento de lo individual afincado en nuestras raíces para estar en capacidad de explicar condiciones psicológicas relacionadas con la salud, en función de las inequidades sociales¹⁰. En Colombia, la actividad científica en el campo de la salud mental aún conserva la deuda de construir modelos conceptuales, métodos de investigación y recursos de aplicación, sensibles a las variaciones del contexto, a las estructuras y a la materialidad social.

Pero tal, vez, el primer peldaño para avanzar en la integración de la salud mental con la salud pública es la profunda convicción sobre la complejidad e integralidad de la SALUD, trascendiendo el modelo biomédico y el enfoque de riesgo, tan hegemónico, pero lo más preocupante, tan incrustado en la mentalidad de los tomadores de decisiones. Un modelo de salud mental con real enfoque de determinación va más allá de la identificación, atención y prevención de las «enfermedades mentales», para hacer referencia al mejoramiento de las condiciones y modos de vida de la población que forma parte de la sociedad colombiana. La

9 GARCÍA, J. O. (1992) citado por JARAMILLO, L.E. (1998). Intervención psicosocial en situaciones de guerra. p. 59, En : CASTAÑO, B.L.; JARAMILLO, L.E. y SUMMERFIELD, D. Violencia política y trabajo psicosocial: Aportes al debate. Bogotá: Corporación Avre. 1998.

10 ARRIVILLAGA, M. Psicología y salud pública. Tensiones, encuentros y desafíos. En : Universitas Psicológica, Vol. 8, no. 1; (2009); pp.149-160.

promoción, prevención y asistencia en salud con esta perspectiva requiere el concurso de los sectores de la economía, del trabajo, la educación y la justicia, entre otros, para tener una mirada integral de la salud sin fragmentaciones entre lo individual y lo colectivo.

LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN COLOMBIA

Resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003

José Posada-Villa, MD.¹

Contexto general

El último Censo de Población (DANE, 2005) indicó que Colombia tiene 41.5 millones de habitantes. En las últimas décadas se ha presentado un importante descenso en las tasas de fecundidad, consecuente con la baja en la tasa de crecimiento total, en la tasa de mortalidad infantil y con el incremento de la esperanza de vida. Las principales características de la etapa de transición demográfica por la que atraviesa el país tienen relación con el gran peso de la población joven dentro de la estructura poblacional total, con una reducción del peso de los menores de 15 años y la tendencia al envejecimiento aún moderada. Gracias a estas características demográficas, el país atraviesa por una situación en la que las relaciones de dependencia económica entre la población que está en edad de producir (15-60 años) con respecto a la que no está en dicha capacidad (menores de 15 y mayores de 60) es altamente favorable para el país.

En la actualidad, cerca de la mitad de la población colombiana (49,2%) se encuentra bajo la línea de pobreza y 14,7

1 Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Correo electrónico: latos98@yahoo.com

por ciento está en condiciones de extrema pobreza. Esta situación se da en un contexto de concentración de los ingresos, en donde el 20 por ciento de la población más rica recibe 62 por ciento de los ingresos laborales, mientras que el 20 por ciento más pobre recibe sólo el 3 por ciento.

La inequidad económica se refleja también en el acceso limitado a ciertos bienes y servicios –como educación, salud y vivienda– y en las desigualdades que se manifiestan entre los sectores urbano y rural, entonces la diferencia de ingreso por persona en la zona urbana es casi dos veces y medio mayor a la de la zona rural. En términos de indicadores agregados a escala nacional, la cobertura escolar es de 81 por ciento para los 9 años de educación básica y la tasa de alfabetismo en la población mayor de 15 años es de 76 por ciento. En 2003 la tasa de mortalidad materna fue de 104,9 por cada 100 mil nacidos vivos; la de mortalidad infantil en menores de un año, en 2005, fue de 19 x 1.000 y en menores de 5 años de 26 x 1.000. La tasa de prevalencia del VIH-Sida alcanzó el 0,7 por ciento en 2005.

La existencia del conflicto armado interno es uno de los factores que explica en cierta medida las limitaciones en cuanto a la presencia del Estado en algunas zonas del país, las dificultades de acceso a bienes y servicios que afectan a numerosas comunidades, las restricciones al ejercicio de los derechos políticos y a la participación ciudadana, y algunas de las insuficiencias del sistema de administración de justicia. Junto con el narcotráfico y los cultivos ilícitos, el conflicto ha generado en el país una difícil situación humanitaria, cuya principal expresión es el desplazamiento interno.

Atención de los trastornos mentales

De acuerdo con el documento Política Nacional del Campo de la Salud Mental, el Ministerio de la Protección Social es el responsable institucional de la atención en salud men-

tal en el país, aunque no existe por el momento una cabeza administrativa o estructura institucional que lidere y oriente las políticas, planes, programas y proyectos de salud mental de manera específica. Estas funciones están enmarcadas dentro de los temas de promoción y prevención que maneja la Dirección de Salud Pública del Ministerio.

Con la Ley 100 de 1993 los servicios de salud mental quedaron sometidos a las leyes de la oferta y demanda del mercado de los servicios de salud, hecho que la coloca en situación de desventaja con respecto a otros campos de la atención en salud más rentables desde el punto de vista económico. Esto paulatinamente ha disminuido el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud mental.

En la actualidad, la Ley 1122 de 2007 abre un espacio importante para la salud mental al establecer que el Plan de Salud Pública deberá contemplar 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. Asimismo, al proponer esta nueva Política en el campo de la salud mental, se determinan metas y estrategias para los próximos cuatro años.

En cuanto a la atención de los problemas y trastornos mentales, actualmente existen en Colombia 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1980 servicios de psicología, 9 hospitales psiquiátricos y 2471 camas estatales. Sin embargo, se acusa un acceso limitado a estos servicios, que en buena parte puede ser atribuido a las carencias en los planes de beneficios y a las diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado.

Se han realizado tres investigaciones que examinan la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en el ámbito nacional. La primera investigación de este tipo fue el Estudio

Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, Colombia 1993², que utilizó las Escalas de Zung y el Cuestionario de Auto-reporte o Self-Reporting Questionnaire (SRQ) para hacer tamizaje de trastornos con criterios del DSM III en una muestra nacional. El estudio encontró una prevalencia de vida de 25,1 por ciento para depresión mayor, 9,6 por ciento para trastornos de ansiedad y 7,8 por ciento para abuso de alcohol. El segundo estudio, realizado en 1996 sobre consumo de sustancias psicoactivas, mostró que el consumo de alguna droga ilegal en Colombia, en cualquier momento de la vida, fue de 6,5 por ciento; el consumo en el último año de al menos una de estas sustancias fue de 1,6 por ciento. El tercer estudio, realizado en 2000-2001, evaluó la presencia de depresión en una muestra nacional utilizando una versión revisada del módulo de depresión de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI - Composite International Diagnostic Interview) y encontró una prevalencia de 10 por ciento en los últimos 12 meses y de 8,5 por ciento en el último mes.

Un estudio realizado en 2002 sobre suicidios en Bogotá halló evidencias que sugieren un incremento del riesgo de suicidio en jóvenes entre 1995 y 2000. Otras investigaciones epidemiológicas han estado dirigidas a evaluar la prevalencia y factores de riesgo para problemas de salud mental entre grupos vulnerables específicos, con particular énfasis en las personas desplazadas. Puertas y colaboradores utilizaron el SRQ para examinar trastornos mentales comunes en una muestra de pobres urbanos en la ciudad de Sincelejo, con énfasis especial en la evaluación de necesidades entre la población desplazada de áreas rurales por la violencia política. De la muestra, 27 por ciento reunió criterios para trastornos mentales comunes y 14 por ciento tuvo problemas con el uso excesivo de alcohol. La prevalencia de tras-

2 POSADA, J.A. y TORRES de GALVIS, Y. Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia, 1993. Bogotá : Ministerio de Salud. (1994).

tornos mentales comunes fue significativamente mayor entre personas desplazadas. Harpham y colaboradores³ realizaron estudios de trastornos mentales comunes entre jóvenes (15-25 años) de la población urbana de la ciudad de Cali. A través de los mismos, se observó una alta prevalencia de este tipo de trastornos, cerca de 25 por ciento con alto riesgo asociado al bajo nivel educativo, la pobreza y la exposición a violencia.

Peres-Olmos y colaboradores evaluaron síntomas de trastorno de estrés post traumático (TEP) en una muestra de niños con edades entre 5 y 14 años en el departamento de Cundinamarca. El estudio encontró una alta prevalencia de TEP y una fuerte asociación entre síntomas de TEP y proximidad geográfica a la violencia política en la región. También han despertado interés en Colombia las necesidades de salud mental de la población que fue afectada por desastres naturales, incluyendo un terremoto que impactó la ciudad de Armenia en 1999 y una erupción volcánica que destruyó Armero en 1985.

El ENSM fue diseñado para ofrecer datos sobre un amplio rango de trastornos psiquiátricos y uso de servicios de salud mental en la población urbana colombiana. Teniendo en cuenta las grandes deficiencias en el tratamiento de los trastornos mentales dentro de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, estos datos son esenciales para definir la política nacional de salud mental. Nuestro objetivo en este informe es presentar los hallazgos sobre prevalencia de vida y en los últimos 12 meses de los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, del control de impulsos y por uso de sustancias, así como sobre la utilización de los servicios de salud mental.

3 HARPHAM, T; SNOXELL, S; GRANT, E; RODRÍGUEZ, C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *British Journal of Psychiatry*. 187:161-7. (2005).

Prevalencia de vida de trastornos mentales

La prevalencia de vida de cualquier trastorno diagnosticado en el estudio con criterios del DSM-IV/CIDI fue de 39,1 por ciento. Los trastornos específicos más comunes fueron fobia simple (12,5%), trastorno depresivo mayor (12,0%), trastorno de ansiedad de separación (9,8%) y abuso de alcohol (9,2%). Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes (25,3%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (14,6%). De los encuestados, 17,8% tuvieron dos o más trastornos y 8,3% tres o más (Tabla 1).

Tabla 1.

Prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos en Colombia	
TRASTORNO	%
Trastornos de ansiedad	25.3
Trastornos del estado de ánimo	14.6
Trastornos del control de impulsos	9.6
Trastornos por consumo de sustancias	9.6
<i>Cualquier trastorno</i>	<i>39.1</i>

Para investigar las diferencias de riesgo para trastornos por cohortes, se modelaron variables definiendo grupos de edad de 18-34, 35-49, y 50 años o más, los que fueron utilizados para predecir la prevalencia de vida haciendo un análisis de sobrevivencia en tiempo discreto. Estos grupos de edad corresponden aproximadamente a cohortes de individuos nacidos en los siguientes períodos 1969-1985, 1954-1968 y

antes de 1954, respectivamente. Los ORs fueron estadísticamente significativos en 12 de 22 comparaciones, con una asociación positiva consistente entre cohortes recientes y OR de aparición. En cuanto a los grupos de trastornos examinados conjuntamente, el efecto de cohorte fue significativo para los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos por uso de sustancias y la categoría cualquier trastorno (Tabla 2).

Prevalencia de 12 meses y severidad de trastornos mentales

De los encuestados, 20,1 por ciento tuvieron algún trastorno mental en los 12 meses previos al estudio y 4,9 por ciento tuvieron un trastorno clasificado como grave durante el año previo. La prevalencia de 12 meses de los trastornos del control de impulsos, evaluada sólo en participantes por debajo de los 45 años de edad, fue de 4,4 por ciento. (Tabla 2).

Tabla 2.

Prevalencia y severidad de trastornos según DSM-IV con prevalencia de 12 meses en Colombia								
DIAGNÓSTICO	12 meses		Grave		Moderado		Leve	
	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)	%	(SE)
Cualquier Trastorno de Ansiedad	13,5	0,9	22,3	2,2	43,6	3,0	34,1	2,9
Cualquier Trastorno Estado de Ánimo	6,9	0,5	37,7	3,5	47,8	4,0	14,5	2,2
Cualquier Trastorno control impulso	4,4	0,4	28,8	5,2	38,2	5,1	33,0	5,5
Cualquier Trastorno Uso de Sustancia	2,8	0,4	48,9	7,8	17,4	5,5	33,6	7,7
Cualquier Trastorno	20,1	1,0	23,7	2,1	41,4	2,6	34,9	2,2

Entre aquellos que tenían un trastorno mental, 23,7 por ciento fueron graves, 41,4 por ciento fueron moderados y 34,9 por ciento fueron leves. Los trastornos por uso de sustancias tuvieron la mayor proporción de clasificación como grave (48,9%), mientras que los de ansiedad tuvieron la proporción más baja (22,3%).

Correlatos demográficos de trastornos en últimos 12 meses

Las mujeres tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, mientras que los hombres tuvieron mayor probabilidad de tener trastornos del control de impulsos y trastornos por uso de sustancias. Debido a estos patrones compensatorios, el sexo no es un predictor significativo para trastornos con prevalencia de 12 meses. No se encontraron otros correlatos demográficos significativos para trastornos del estado del ánimo, ansiedad y control de impulsos. Aquellos que eran jóvenes y no casados presentaron mayor probabilidad de presentar trastornos por uso de sustancias. Cuando fueron examinados los correlatos para severidad de la enfermedad entre los que presentaban un trastorno de 12 meses, las personas de más edad, de ingreso familiar bajo o promedio bajo, nunca casados y con educación postsecundaria tuvieron mayores probabilidades de tener una enfermedad de severidad moderada a grave (Tabla 3).

Tabla 3.
Correlatos de trastornos psiquiátricos con prevalencia 12 meses en Colombia

	Estado ánimo	Ansiedad	Control impulso	Uso sustancia	Trastorno grave	Cualquier trastorno
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Sexo						
M	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
F	1,5	1,5	0,6	0,1	0,8	1,1
Edad						
18 - 29	1,3	1,2	1,7	8,5	0,5	1,7
30 - 44	1,0	1,2	1,0	7,3	0,7	1,5
45 - 54	0,8	1,2	,	9,8	0,6	1,2
55d»	1,0	1,0	,	1,0	1,0	1,0
Ingreso						
Bajo	1,3	1,1	0,8	1,4	1,5	1,1
Promedio bajo	1,5	1,2	1,5	1,6	2,2	1,3
Promedio alto	1,0	1,2	0,6	0,7	1,0	1,1
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Estado civil						
Casado/unión libre	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Separado/ viudo/ divorciado	1,0	1,1	1,0	3,8	0,8	3,4
Nunca casado	1,0	1,1	1,3	1,7	1,6	1,1
Educación						
Ninguna + primaria	0,9	1,1	1,1	1,4	0,5	1,2
Secundaria incompleta	1,1	1,5	1,1	1,5	0,4	1,6
Secundaria completa	0,7	1,1	0,6	0,9	0,5	1,1
Post secundaria	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Uso de servicios de atención en salud mental y predictores para recibir tratamiento

De la muestra, 5,5 y 14 por ciento de los que tenían un diagnóstico del año anterior había hecho uso de servicios de salud mental en los pasados 12 meses. La prevalencia del uso de servicios se incrementó con la gravedad de la enfermedad en todos los escenarios de atención. Sin embargo, aún entre aquellos con trastornos graves, sólo 27,8 por ciento recibió algún tratamiento y el escenario más común de atención fue el de los servicios especializados en salud mental (17,5%), seguido por medicina general (9,3%). Sólo 4,6 por ciento de esas personas recibieron atención en sectores distintos al de salud, que incluyen servicios sociales y MAC (Tabla 4).

Tabla 4.
Severidad y tratamiento de trastornos psiquiátricos con prevalencia 12 meses en Colombia

Tratamiento	Cualquier Trastorno	Grave	Moderado	Leve	Sin trastorno
	%	%	%	%	%
Médico general	6,0	9,3	6,1	2,7	1,4
Salud mental	7,7	17,5	5,0	5,1	1,7
Servicio de salud	13,2	25,7	10,5	7,8	3,0
Servicios distintos a salud	1,7	4,6	0,8	0,4	0,5
Cualquier tratamiento	14,0	27,8	10,6	8,2	3,4
Sin tratamiento	86,1	72,2	89,4	91,8	96,6

Nota: Servicios distintos a salud incluye servicios sociales y medicina alternativa complementaria (MAC).

La utilización de servicios en el sector de salud (combinando medicina general y salud mental especializada) se asoció principalmente al hecho de tener ingresos altos, ser separado, viudo o divorciado y tener un trastorno más grave. La mediana de visitas en 12 meses fue de 1,8 (datos no mostrados).

Conclusiones

El ENSM ofrece datos actualizados a nivel nacional sobre la prevalencia y el tratamiento de trastornos mentales en áreas urbanas de Colombia. Del estudio emergen varios hallazgos con implicaciones importantes para el diseño de políticas.

En primer lugar, los trastornos psiquiátricos son comunes en la población general; aproximadamente dos de cada cinco personas experimentaron trastornos en el año previo al estudio.

En segundo lugar, el riesgo para trastornos psiquiátricos en Colombia parece estar incrementándose a través de las cohortes históricas de nacimiento. Se observó un aumento pronunciado del riesgo para trastornos por uso de drogas, aunque no para trastornos por uso de alcohol. Sin embargo, el patrón de incremento del riesgo a través de las cohortes de nacimiento puede reflejar un sesgo por la capacidad de recordación relacionada con la edad. Las personas ancianas deben recordar eventos transcurridos durante un mayor período de tiempo, por lo tanto, puede ser menos probable que recuerden episodios de pobre salud mental ocurridos en épocas tempranas de la vida. Sin embargo, la CIDI emplea varias técnicas diseñadas para minimizar el sesgo por memoria, enfatizando la exploración activa de la memoria en el encuestado.

El patrón de riesgo que se incrementa a través de las cohortes de nacimiento tiene importantes implicaciones para la formulación de políticas. Teniendo en cuenta la naturale-

za crónica de muchos trastornos psiquiátricos, es probable que la actual generación de adultos jóvenes en Colombia experimente una mayor carga de enfermedad durante largos períodos de su ciclo vital, como ha sido el caso en generaciones previas. Por lo tanto, la importancia de los problemas de salud mental y de la atención en salud mental a través del ciclo vital, probablemente, se incrementará en las décadas venideras.

Por otro lado, gran parte de la carga de trastornos psiquiátricos se distribuye entre las personas que sufren los trastornos, sus familias y sus redes sociales. Por lo tanto, una porción cada vez mayor de la actual población colombiana experimentará directa o indirectamente las consecuencias de los trastornos psiquiátricos comparado con períodos anteriores. Es probable que esta amplia exposición a problemas de salud mental produzca cambios cualitativos en cuanto a cómo los colombianos ven el manejo del tema.

En tercer lugar, el tratamiento para trastornos mentales es poco común en Colombia, aún entre aquellos con trastornos mentales graves. Cerca de tres cuartos de los que presentan un trastorno severo y nueve décimos de aquellos con trastornos moderadamente severos, no recibieron tratamiento para sus problemas de salud mental en el año previo al estudio. Este bajo nivel de tratamiento refleja la falta generalizada de voluntad política y administrativa, así como de presupuesto, para la salud mental. Los esfuerzos para incrementar la disponibilidad de tratamiento a través de todos los sectores involucrados en la atención deben ser una alta prioridad para el Sistema General de Seguridad Social Integral y el Sistema de Protección Social. En particular, se deben priorizar y fortalecer las políticas que manejan las necesidades de personas con menores ingresos.

Asimismo, deben tenerse en cuenta varias limitaciones importantes de este estudio. El diagnóstico de los trastornos

mentales estuvo basado en algoritmos de instrumentos fundamentados en la clasificación DSM-IV de trastornos que no son culturalmente específicos. Los intentos para calibrar estos instrumentos diagnósticos en la práctica clínica en Colombia podrían dar una mejor contextualización cultural de los resultados. Aunque el CIDI fue previamente validado en otros países no se han realizado estudios de la validez del instrumento en Colombia.

Finalmente, aunque la encuesta es representativa de las personas que viven en áreas urbanas a nivel nacional, excluye personas sin hogar, que viven en zonas urbanas o rurales sin dirección fija, que son parte de la población desplazada de Colombia, o son población indígena o personas institucionalizadas. Sin embargo, teniendo en cuenta que la vasta mayoría de la población colombiana está incluida en el diseño muestral de la encuesta, esta investigación proporciona bases concretas para el diseño de políticas públicas y la definición de nuevas agendas de salud mental dentro de los programas de desarrollo del país.

Es importante destacar que este informe sólo describe los resultados preliminares de nuestro análisis de los datos del ENSM. Futuros análisis enfocarán en profundidad el estudio de cómo las prevalencias estimadas y los predictores varían a través de las cohortes en las diferentes regiones del país y en los diferentes segmentos de alto riesgo de la población. Los futuros análisis sobre el uso de los servicios de salud mental se enfocarán en las barreras modificables para el acceso a tratamiento, en una observación más detallada de los patrones de uso, en la adecuación de los tratamientos con respecto a las guías publicadas a escala internacional, para que todo ello redunde en la atención adecuada y en la calidad de vida de los usuarios de los servicios y de sus familias.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

CÁCERES, D.C.; IZQUIERDO, V.F.; MANTILLA, L. et al. Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood of Cartagena, Colombia, 2000. *Biomedica*. 22 Suppl 2:425-44. 2002.

DEMYTTENAERE, K. BRUFFAERTS, R., POSADA-VILLA et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders, In : The World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291(21):2581-90. (2004).

MOGOLLÓN PÉREZ, A.S.; VÁZQUEZ NAVARRETE, M.L. y GARCÍA GIL. M del M. Health-related needs of the displaced population due to armed conflict in Bogota. *Revista Esp Salud Pública*. 77(2):257-66. (2003).

POSADA-VILLA, J.A.; AGUILAR-GAXIOLA, S.A; MAGAÑA, C.G. y GÓMEZ, L.C. Prevalence of mental disorders and use of services: Preliminary results from the national study of mental health, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 33(3): 241-261. (2004).

SÁNCHEZ, R., OREJARENA, S., GUZMÁN, Y. y FORERO, J. (2002). Suicide in Bogota: an increasing phenomenon in young populations. *Biomedica*. 22 Suppl 2: 417-24.

TORRES DE GALVIS, Y. y MURRELLE, L, et al. Consumption of dependence-producing substances in Colombia. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. 24:12-21. (1990).

POLÍTICA NACIONAL DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL:
*Espacio de gestión y sostenibilidad política de una
propuesta de Salud mental para el país*

Carlos Iván Molina Bulla¹

El texto presenta la reconstrucción de un esfuerzo grupal de desarrollo de una política pública en salud mental, fruto de una convocatoria estatal hecha en el año 2006 y que se consolida en un documento propuesta en diciembre de 2007: *La Política Nacional del Campo de la Salud Mental*. El proceso está constituido por: una nueva Política Nacional planteada por la Asociación Colombiana de Psiquiatría al Ministerio de la Protección Social, la concertación de un Plan Estratégico para su desarrollo y sostenibilidad, y una propuesta de Atención Primaria en Salud con enfoque de derechos, que desarrolla la política. Con el aval ministerial de la propuesta planteada, se inició la construcción de política con espacios de discusión grupal en la Asociación Colombiana de Psiquiatría [ACP], espacios de presentación ministerial, validaciones con operadores del sector salud y preguntas a usuarios

1 Médico, psiquiatra y epidemiólogo. Candidato a Doctor en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas en la Universidad Externado de Colombia. Docente-investigador CIDS y Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia, docente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario en Bogotá y Miembro activo del Grupo de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Correo electrónico: carlos.molina@uexternado.edu.co

institucionales, entre otros. A partir de estos ejercicios se construyeron tres documentos en torno a dos planteamientos divergentes con respecto a otras políticas de salud mental: la descentración de la salud mental de la idea exclusiva de enfermedad y la transectorialidad de la propuesta. Se constituyó además, en este camino, una comprensión del problema dentro de la cual se plantean una asociación directa entre la Salud Mental, el desarrollo y restitución de los Derechos y el desarrollo de Capital Global. Desde este punto de vista, la salud mental y sus dificultades trascienden al individuo y son también colectivas, los problemas asociados a la enfermedad y su atención por parte del Estado (que ha dimittido en sus funciones y responsabilidades a este respecto) son solo una parte de la grave situación de salud mental del país (y no por esto una situación menor), que requiere la participación y el compromiso de otros estamentos del Estado, más allá del «sector salud» o de «la salud pública». Por otro lado y de manera paralela a esta propuesta de política, se estableció una propuesta de «gestión política» de la política (politics vs. policy), ante el riesgo de caer en «letra muerta» como ha ocurrido con otros esfuerzos. En el camino de este planteamiento se ha acudido, no solo al Ministerio de la Protección Social, sino a otros estamentos, como es el caso del Ministerio Público. Esta es el área de trabajo que más esfuerzo ha requerido y que más resistencia ha encontrado, como ya se vislumbraba al iniciar este ejercicio de construcción de política. Finalmente, se encuentra el desarrollo sectorial de la política, que para el caso particular de la salud se deberá dar en el marco de la APS con enfoque de derechos y para lo cual se hizo entrega al Ministerio de un documento concreto con distintas áreas para el desarrollo de proyectos en el sector. Esta propuesta no ha tenido contestación gubernamental hasta el momento.

En el año 2006, el Ministerio de la Protección Social abre una convocatoria para la construcción de política pública ante las necesidades apremiantes en salud mental del país

(evidenciadas en el Estudio Nacional de Salud Mental y el análisis del acceso a los servicios de salud mental), los múltiples reclamos hacia la Ley 100 en esta área (ley en la que se hizo evidente la *dimisión del estado*² en el campo de la salud mental) y las limitaciones que se hicieron y se hacen aún evidentes en el desarrollo y la *sostenibilidad política*³ de la Política Nacional de Salud Mental de 1998, aún vigente.

A continuación se realiza una aproximación al proceso de construcción de dicha política desarrollada por la ACP; sus dificultades, avances y vicisitudes; estableciendo los éxitos obtenidos y aquellos que se espera obtener en un futuro.

1. La Política Nacional de Salud Mental de 1998: Una propuesta sin sostenibilidad política, ni compromiso estatal.

El panorama con que comienza el ejercicio de construcción de una nueva política se establece con el antecedente de una que no tuvo, ni tiene el interés del Estado para su desarrollo. La desconocida Política Nacional de Salud Mental de 1998 (vigente aún), fue desarrollada para su tiempo por el Ministerio de Salud, bajo la tutela del que fuera en aquel momento su representante en salud mental, el doctor Guido Mauricio Romero. A pesar del esfuerzo efectuado, las propuestas planteadas no lograron su desarrollo, de acuerdo con los actores involucrados y otros análisis:

-
- 2 Dimisión del Estado es un término planteado por el sociólogo francés Pierre Bourdieu y que hace evidente, cuando el gobierno renuncia a sus responsabilidades, con las consecuencias asociadas. Para mayor ilustración se puede acudir al trabajo de investigación *La miseria en mundo* del mismo autor (Fondo de Cultura Económica, 2007)
 - 3 Sostenibilidad política, corresponde a la posibilidad de desarrollo de una política ya elaborada y su implementación. Para una ampliación ver a Arnold MELTSNER, *La hechura de las políticas*. Colección: Antología de las políticas públicas. México : Ed. Porrúa, 1994.

- Falta de divulgación y apoyo por parte del Ministerio.
- El cambio de gobierno, que para el momento, echó por tierra la propuesta; lo cual es característico de regímenes bipartidistas⁴.
- Su carácter de resolución que, ante una Ley 100 desconsiderada con la salud mental, no tenía la fuerza para su desarrollo.
- La incompreensión del carácter prevalente de una política sobre la legislación (en otros términos, el desconocimiento de que la legislación está al servicio de la política pública)
- La pobre gestión en su *sostenibilidad política*.
- Los intereses creados por grupos de presión en torno a un sistema de aseguramiento centrado en el control de sus recursos.
- La desconexión con otras políticas públicas.

Diez años después de haberse realizado ese esfuerzo, el gobierno actual establece un espacio de discusión propicio para retomar el tema «conscientes de la enorme deuda con la salud mental del país»⁵.

2. Una propuesta construida desde el Grupo de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP)

El Grupo de Políticas, perteneciente al *Comité de Políticas y Gremial de la ACP* elabora una propuesta para el desarrollo de la política que es aceptada por el Ministerio. Este grupo,

4 Sobre esta discusión se puede revisar el texto de Vincenzo Ferrari *Derecho y sociedad: Elementos de Sociología del derecho*, traducido por Santiago Perea Latorre. Bogotá : Editorial Universidad Externado de Colombia; agosto de 2006.

5 En palabras de sus funcionarios.

conformado por psicólogas y psiquiatras (Cecilia de Santacruz, Sara Ardila, María Cristina Aiken de Taborda, Deyanira Ortiz, Jorge Mc Douall y Carlos Iván Molina⁶), inició su trabajo con tres elementos y productos a discutir: *la construcción de una política nacional de salud mental, el desarrollo de la política en el marco de la APS y la elaboración de un plan estratégico para dicha política.*

El proceso se desarrolló entre 2006 y 2007 e implicó fases de: *Revisión Documental*: en torno a la normatividad vigente, planes y políticas nacionales e internacionales, documentos para la construcción de política pública en general y de política en salud mental en particular; *Discusión grupal en la ACP*: que se amplió a su junta directiva y a los comités que hacen parte de la misma; *Encuesta a usuarios de los servicios*: que contribuyó a delimitar las dificultades y el estigma al que se ven abocadas las personas con trastornos mentales en nuestro país, estigma que no se limita al rechazo de que son objeto en el sector salud, sino que comprende además otros espacios de su cotidianidad social (en el trabajo, la escolaridad, el ocio, etc.).

De esta discusión surgen las consideraciones básicas sobre el *concepto de la salud mental* para la propuesta que enmarcarían todo el trabajo posterior. Dentro de estas se encuentran:

- La salud mental va más allá de la enfermedad o trastorno,
- Es un derecho y está íntimamente asociada al desarrollo de los derechos,

6 En un comienzo el grupo estaba constituido por 16 psiquiatras y psicólogas de diferentes regiones del país. Luego se fue reduciendo por limitaciones de traslado y responsabilidades profesionales al grupo descrito con la colaboración de algunos colegas en las regiones. El doctor José Posada-Villa, quien había concursado con un grupo y propuesta distintos para esta convocatoria participó durante 2006 y 2007 y luego regresó a apoyar al Ministerio de la Protección Social, en 2008.

- Es un bien colectivo e individual,
- Es de naturaleza simbólica, emocional y relacional,
- Es al mismo tiempo un fin y un medio (en la relación con los derechos con los capitales con el desarrollo del país),
- Es un interés suprasectorial.

Así las cosas, se estableció una discusión del concepto y el desarrollo de política con el Ministerio de la Protección Social en foros sectoriales y entes territoriales (durante el año 2007), que involucra la propuesta, así como los demás documentos asociados. En esta discusión con las regiones se hizo evidente el vacío en salud mental, el desconocimiento o las pérdidas de los desarrollos de la Política Nacional de 1998 y la adaptabilidad que requería la nueva propuesta para las regiones y sus necesidades. La propuesta de política es muy bien acogida por las regiones, pero se exige un mayor desarrollo sectorial, que se ve reflejado en la propuesta que se entregó al Ministerio de la Protección Social.

Todo lo anterior lleva a la elaboración final del documento propuesta de política (primer documento, de los tres elaborados) que es editado por el Ministerio en diciembre de 2007.

3. Documento Propuesta: Política Nacional del Campo de la Salud Mental (Agosto 2007).

A mediados de 2007 se obtuvo un documento para discusión ministerial⁷ *que desarrolla la política acogíendose al planteamiento de la OMS, de acuerdo al cual una política es un «marco filosófico» que establece los lineamientos para el desarrollo del o los planes de salud mental, los programas y los proyectos.* Por tal razón, **la propuesta no es un**

7 Documento disponible en la red, en la página de la Asociación Colombiana de Psiquiatría: <<http://www.psiquiatria.org.co/>>

plan de salud mental (lo cual deberá venir después, bajo la responsabilidad de MinProtección, en el marco de la APS), ni es tampoco un programa de salud mental.

Se constituye en un marco comprensivo de la salud mental que es vinculante con otras áreas del desarrollo social y humano de la Nación:

- **Una mirada ampliada de lo que es la salud mental:** que implica reconocer la *salud mental de todos los colombianos y colombianas, así como* las serias dificultades que en esta área vive el país en:
 - *La salud mental del colectivo colombiano, seriamente afectada:* todos compartimos *un severo problema de salud mental* sin que se configure un trastorno en todos nosotros.
 - Existe *un sufrimiento emocional* que hace vulnerables a las poblaciones (en situación de desplazamiento forzado, desaparecida, secuestrada, amenazada) que, sin desarrollar necesariamente criterios diagnósticos para trastornos mentales, acuden a los servicios del estado (y no solo de salud) por las consecuencias emocionales asociadas a estas dificultades y *vulneraciones* de sus derechos ciudadanos contitucionalmente establecidos.
 - La población afectada por *trastornos mentales*, gente que ha sido históricamente invisibilizada y excluida, también en el sector salud y que había sido –supuestamente– el centro de la política vigente.
- **La salud mental tiene una relación directa con los Derechos humanos y el Capital Global:** en tanto *Derechos*, y fruto de la revisión realizada, así como del ejercicio de indagación establecido con la población afectada, es evidente la relación directa entre la vulneración de los derechos y la afectación de la salud mental, lo que no se limita al com-

promiso del derecho a la salud, sino además los derechos en general y el derecho a la salud mental en particular, de todos los colombianos. Estos derechos, individuales y colectivos se establecen como medio y fin de la salud mental.

• **El Capital Global**, concepto que surge del planteamiento de Bourdieu⁸, se centra en la relación existente entre la salud mental y el desarrollo de cuatro capitales: simbólico, cultural, social y el capital económico. Todo capital individual o colectivo se ve afectado, y afecta a su vez la salud mental en los fenómenos, de deriva social⁹ que se desarrollan en las personas vulneradas en sus derechos, vulneradas emocionalmente y muy particularmente aquellas con trastornos mentales. Se considera, por tanto, la mutua relación entre los problemas de salud mental y la descapitalización, no solo económica, sino en otras áreas y capitales, con particular asociación con la descapitalización simbólica y la deslegitimación (el estigma asociado al trastorno mental). Sin embargo, esta descapitalización no se establece en términos únicamente individuales sino, además, en el colectivo social y la red de apoyo familiar, en particular. El desarrollo de capitales se asocia con el desarrollo de la salud mental y el ejercicio de derechos de manera recíproca. Para conseguir impactar esta mutua relación, la política considera las siguientes necesidades:

- Transformar los sentidos y relaciones (entre las personas y los colectivos): señalando, interpretando, clarificando
- Propiciar las condiciones para una inclusión (real) y el desarrollo de interacciones consideradas.

8 Concepto de Pierre Bourdieu desarrollado en múltiples obras: *La distinción* (1979); *La miseria en el mundo* (1993); *Razones prácticas* (1994).

9 MOLINA, C.I. Capital Global y política pública de salud mental: La pertinencia de la Política Nacional de Salud Mental ante las consecuencias emocionales, individuales y familiares del desplazamiento forzado. En: Cátedra UNESCO: Derechos Humanos y violencia; Gobierno y gobernanza, Universidad Externado de Colombia. Bogotá : 2007.

- Valorando, incrementando y redistribuyendo¹⁰ los capitales Simbólicos, Culturales, Sociales y Económicos
- Aminorando el sufrimiento.
- Asumiendo nuevas formas de comprender e intervenir la salud mental.
- Brindando oportunidades y servicios¹¹.

Solo así se podrán considerar posibilidades de desarrollo que *garanticen el cumplimiento de los derechos; incidan sobre el capital simbólico y de manera indirecta en otros capitales; faciliten relaciones más equitativas e incluyentes; aminoren el sufrimiento; y restauren el bienestar emocional*¹². Por lo tanto, si se desea el desarrollo real de una política nacional de salud mental, deberá cubrir el campo suprasectorial que requiere, so pena de quedar restringida a intervenciones improductivas como las que se pretendieron plantear con propuestas previas.

El alcance de esta política pretende ser amplio, suprasectorial, pudiéndose interconectar con otras políticas nacionales y rescatar los esfuerzos que la política actual no ha podido ni podrá hacer desde su mirada sectorial (muy a pesar de sus propuestas favorables, nunca aprovechadas o perdidas en el tiempo).

Esta Política es dinámica, dado que requiere de la retroalimentación temporo-espacial (los cambios y necesidades que en el tiempo y en las regiones sean necesarias en nuestro país multicultural).

10 En términos constitucionales (rawlsianos) y de seguridad social (beveridgianos).

11 Presentación Política Nacional del Campo de la Salud Mental. En: Foro de Salud Mental, Procuraduría General de la Nación, septiembre de 2008.

12 *Ibíd.*

Para las **acciones directas en el sector salud**, estas se establecen en el documento de desarrollo sectorial en el marco de la APS con enfoque de derechos que fue entregado al Ministerio al mismo tiempo que la propuesta de política¹³, pero que no fueron revisadas por el mismo en ese momento. En este punto, es evidente que el documento de la política se acoge a las recomendaciones de la OMS en el desarrollo de un *marco filosófico*¹⁴. Sin embargo, sí se aleja de la mirada de la OMS en los documentos guía para la elaboración de políticas, en tanto no se centra en la enfermedad y la gestión de la salud mental no se restringe al sector salud.

Dada esta intención suprasectorial de la Política Nacional de Campo de la salud Mental, se configuraron diferentes áreas y líneas de acción, compromiso de todos los sectores y no solo el de salud:

Área 1. Sustentación y viabilidad de la política: Gestión Política y Apropiación / Coordinación: en la cual se da prelación al planteamiento, pero también la gestión de la política en los diferentes sectores, en los entes de control, en la academia y las regiones, para lo que se cuenta con el plan estratégico entregado al Ministerio y que la ACP ha puesto y seguirá poniendo en práctica.

Área 2. Promoción de la garantía de derechos e inclusión: Orientación del quehacer estatal y social; Inclusión e Interacciones de equidad y Estructuración de un continuo de servicios e intervenciones: que reclama de la suprasectorialidad la apropiación de la política, el

13 Pero que infortunadamente solo fue revisado por el Ministerio a finales de 2008, sin que hasta el momento exista una respuesta clara sobre todo su contenido.

14 OMS-OPS; Política, planes y programas de salud mental, En: Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Madrid : Editores Médicos (EDIMSA), 2005.

auto-reconocimiento de los esfuerzos realizados por los sectores y las instituciones en salud mental, en derechos y capital global.

Área 3. Incremento del capital global: Información/ Comunicación; Formación / Capacitación e Investigación / Evaluación¹⁵: promoviendo los espacios de reconocimiento de la salud mental, de esfuerzos regionales y locales, así como la consolidación de una sociedad de conocimiento que no se restrinja a la idea de competitividad económica.

Se hace necesaria la concertación transectorial de estas áreas de acción en salud mental, el reconocimiento de los logros obtenidos en salud mental (no tanto ministeriales, que han sido pobres o regresivos, sino –y sobre todo– locales y regionales) y el establecimiento de esfuerzos mancomunados para evitar la dilapidación de recursos o la desviación hacia otros intereses, que no corresponden a la salud mental.

4. El desarrollo y apropiación ministerial de la propuesta

En esta área, año y medio después, se encuentran pendientes los avances dentro del Ministerio, que concreten un apoyo a la propuesta, que gestionen los elementos necesarios para su desarrollo, y establezcan decisiones de divulgación en los municipios. Un desarrollo parcial se dio a comienzos de 2007 con la inclusión en el Plan de Salud Pública de un apartado que obliga a los municipios al desarrollo de la «Política de Salud Mental», aunque no es claro si el Ministerio se refiere a la propuesta comentada, la propuesta de 1998 u otra distinta¹⁶. Se encuentra pendiente el rol de gestión de la política del Ministerio que está planteado en el tercer producto entregado: *el plan estratégico de la política*.

15 Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Documento Propuesta para Discusión y Acuerdos Bogotá : 2007.

16 Podrían ser los lineamientos de política del FES social.

5. El desarrollo de la Política para el sector salud: Atención Primaria en Salud, con enfoque de derechos

La propuesta para desarrollo sectorial de la política se establece ante la inquietud ministerial de recuperación de la Atención Primaria en Salud. Las regiones contribuyeron al desarrollo de este documento, al cual siguen aportando y apoyando cuando se ha divulgado localmente. Para su desarrollo se tuvo en cuenta lo siguiente:

En primera instancia, la Política Nacional del Campo de la Salud Mental proporciona una mirada distinta de la salud mental y su íntima conexión con los derechos de los ciudadanos, los usuarios, las personas afectadas. *En segunda instancia*, se rescatan las ventajas y grandes limitaciones del modelo de protección social (centrado en el aseguramiento), con respecto a esta mirada distinta de la salud mental para Colombia. *En tercera y última instancia*, la revisión que se hizo da cuenta de las vicisitudes que tuvo la propuesta mundial de APS y las diferentes interpretaciones, varias de ellas limitadas y desafortunadas¹⁷.

Esta última situación, que no se dio solo en el país, obligaba a una reconsideración del modelo y una comprensión de la APS que además de subsanar las formas como había sido entendida, estableciera una línea común con la propuesta de Política del Campo de la Salud Mental. En estos términos, la mirada más acorde con la política y que se pone en discusión es la *APS con enfoque de derechos*, la cual entiende:

(La) Salud como un derecho humano, con una necesidad de responder a determinantes sociales y políticos. (Se requiere de un) Enfoque filosófico (que) permee sectores social y de la

17 Estas miradas desafortunadas corresponden a aquellas que consideraron a la Atención Primaria en Salud como atención de primer nivel, como atención para pobres, o APS como atención de baja complejidad-baja calidad.

salud. (Una APS) Orientada más al desarrollo de políticas «inclusivas, dinámicas, transparentes, apoyadas por compromisos legislativos y financieros» que a aspectos específicos de enfermedad. Prestada por trabajadores de salud, miembros de la comunidad, sociedad civil y grupos de interés.

Los referentes base que se tuvieron en cuenta para el desarrollo de la APS correspondieron a la Protección Social, el Manejo Social del Riesgo y la Salud Pública; pero en la discusión general lo mismo que las regiones, se hicieron evidentes sus limitaciones para abordar el problema.

Por tanto, es indispensable abrir un espacio de discusión en el cual la pregunta es muy sencilla: *¿El problema que vivimos de salud mental se debe adaptar al modelo institucional o el modelo debe encontrar la manera para evolucionar a una configuración que se adapte al problema?*

En agosto de 2007 se obtuvo el documento contratado por el Ministerio, que rescata el análisis antes mencionado y establece una propuesta de APS; documento que fue entregado para discusión. Este contempla finalmente cinco proyectos concretos y sus elementos de desarrollo en el marco de la APS, que coinciden con las *áreas de acción* de la Política general:

1. *Plan estratégico para la sustentación y viabilidad de la política (dentro del sector salud y desde este con otros sectores):* que establece el rol sectorial para la gestión de la Política Nacional y de la propuesta sectorial.
2. *Equidad, inclusión y protección social:* que plantea y permite una mirada que rescata los derechos dentro del sector y los procesos de inclusión asociados, aprovechando además el vínculo con el sector laboral.
3. *Ampliación de las intervenciones, los servicios y la accesibilidad:* que recupera las propuestas de intervención centradas en la comunidad en términos amplios de salud mental con los compromisos de las Declaraciones de Caracas y Brasilia.

4. *Otras opciones para personas con trastorno mental grave y sus familias*: que rescata las experiencias favorables regionales, los procesos de desinstitucionalización que se frenaron con la implementación de la Ley 100 y que requieren ser recuperados o una reconstitución.
5. *Nuevos sentidos, gestión de conocimiento y capital global*: que plantea la necesidad de investigación, evaluación y seguimiento, para promover la recuperación de esas experiencias favorables, la memoria de procesos en curso y la apropiación académica de la Política Nacional en todos los campos del conocimiento aledaños al sector.

En la actualidad estos cinco proyectos, sus elementos y desarrollos siguen disponibles para la discusión en el Ministerio de la Protección Social.

Es un hecho interesante que existan múltiples respuestas regionales a la situación planteada, que hablan bien de esfuerzos locales en el marco de la APS y de la coherencia con la propuesta de política: la respuesta sectorial favorable ha sido más regional que ministerial. Los actores del sector salud ven reflejados sus esfuerzos actuales y del pasado en esta propuesta de APS (donde ha sido difundida por la ACP hasta el momento: Antioquia, Atlántico, Santander)

6. Plan Estratégico para la sustentación y viabilidad de la política

Existe una dificultad general en el desarrollo de política pública, que ha afectado el ejercicio previo de la política de salud mental en el país como en otros contextos. Esta corresponde a la sostenibilidad política de las propuestas de política pública: en los escenarios políticos y con los actores que toman decisiones (política en términos del poder) como lo plantea Meltsner¹⁸.

Incidir sobre esta área, al construir política pública, implica establecer los escenarios y puntos nodales de los grupos de

18 MELTSNER, A. *Op. cit.*

interés a la hora de asumir la propuesta que se quiere desarrollar. Obviamente, existen características particulares que se ciñen a la cultura política de la nación, los actores políticos y los operadores en salud. Esta conlleva un análisis previo de la situación y unas estrategias acordes con las dificultades que se puedan prever en el ejercicio (por ejemplo, la pobre respuesta ministerial).

Por lo anterior, el plan estratégico para la implementación de la política contempló, no solo los espacios de gestión con operadores de salud y en medios de comunicación, sino además un proceso de gestión política de la propuesta que se ha llevado a cabo por parte de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, de acuerdo con los compromisos establecidos en el mismo plan (al cual no renunciamos, como es evidente). Adicionalmente es necesario tener en cuenta que la cultura política del país y su idiosincrasia conlleva elementos como: su ser Individualista-Paternalista y estar regida por una mixtura de poderes soberano y disciplinar¹⁹.

Se establecen entonces espacios para este desarrollo, dentro de los cuales se encuentran: entrevistas con actores clave (puntos nodales), conversatorios y divulgación en medios de comunicación

En 2007 se elabora un documento final de sostenibilidad política, consistente con los anteriores documentos, y se inicia un trabajo de gestión que, aunque debería estar en cabeza del Ministerio, ha estado primordialmente liderado por la ACP y su Grupo de Políticas, asumiendo como sociedad civil, su compromiso social irrenunciable dentro de la *democracia deliberativa* que por la Constitución Política nos brindó.

19 En términos de Michel Foucault. Para mayor ilustración revisar: *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires: 2003.

Este es el desarrollo del plan estratégico que ha hecho el grupo.

7. Desarrollo Actual del Plan estratégico: gestión política para la sostenibilidad.

En el desarrollo de la gestión política las posibilidades para la propuesta efectuada y en el marco del plan estratégico, los abordajes planteados y logrados se han dado con diferentes actores dentro del sistema. Como se planteaba en el plan estratégico, la respuesta a esta gestión ha sido variable en el tiempo, se discriminará por espacios en el campo social donde se ha actuado:

- Para el apoyo gremial de la psiquiatría: se han realizado conversatorios dentro de espacios como las reuniones de comités, los foros gremiales regionales y el Congreso Nacional de Psiquiatría (de 2006 a 2009). La posición frente a la política que ha sido diversa, cambiante, con una dificultad inicial para salir del marco de la enfermedad (para parte del gremio), pero con inquietudes muy claras en torno a la necesidad de una política, la situación de los hospitales y el desarrollo sectorial de la propuesta de política. Ha sido clave el apoyo administrativo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría en este campo. Se encuentran pendientes las reuniones con los comités más cercanos a este desarrollo, en particular el de derechos humanos y de posgrados. Ha sido muy bien acogida por el Comité de Enlace.
- **Con operadores:** durante 2007 se establecieron reuniones gestionadas por el Ministerio con los entes territoriales. En el transcurso de 2008 se desarrollaron foros regionales como un esfuerzo particular de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Ha sido fundamental el apoyo de las regiones al proceso y la evidencia de trabajo en torno a adelanto de políticas así como implementación de APS en salud mental.

• **Con actores clave:**

- Inicialmente se logra el aval para la política y este ejercicio de sostenibilidad política, de parte del Ministro de la Protección Social, Diego Palacio, quien propuso acceder a un nivel superior (la vicepresidencia), en tanto la política es suprasectorial y tiene un componente asociado a los derechos humanos, este contacto no fue formalizado por el ministerio, posteriormente.
- Por lo anterior, el grupo de la ACP inicia otros contactos²⁰ y logra una entrevista con el entonces Procurador General Edgardo Maya Villazón. La Procuraduría –de manera acorde con su función estatal de veedor de los derechos, la política pública y sus desarrollos– manifiesta su interés en la política planteando dos espacios de apoyo a la misma: en un foro convocando a los actores sociales involucrados, desarrollado en septiembre de 2008 y su participación en la apertura del Congreso Nacional de Psiquiatría de 2008. El apoyo de la Procuraduría fue el mayor logro obtenido en el desarrollo del plan estratégico.
- A raíz del logro anterior, el Ministerio de Protección, en cabeza del viceministro Carlos Ignacio Cuervo retoma la discusión de los documentos elaborados en octubre del año 2008. Sin embargo, la discusión con los integrantes del Ministerio²¹ sobre la política, y ante todo la propuesta sectorial entregada, se ha dilatado hasta el día de hoy.
- Con la rama legislativa se han hecho contactos con la doctora Marta Lucía Ramírez. Otros avances, en esta área están pendientes.

20 Se intentó un contacto presidencial que no fue fructífero.

21 Aldemar Parra, José Posada Villa, representantes del Ministerio, entre otros.

- **En la discusión transectorial**
- El foro en la Procuraduría General: con el apoyo de la Procuraduría, se realizó un foro con entidades de salud, hospitalarias y con otros sectores participantes como: ICBF, Educación, Fuerzas Armadas, Estupefacientes; quienes en principio dieron su aval al documento Política Nacional y su discusión, rescatando la mirada de salud mental, no centrada en la enfermedad; concepto dentro del cual, las actividades de estos otros sectores son coincidentes y rescatadas como un esfuerzo permanente por nuestra salud mental.

8. Epílogo: desarrollo gubernamental pendiente; futuro concertado con las regiones.

Además de llevar a cabo la discusión sobre una nueva política de salud mental se contempla como escenario indispensable la decisión ministerial de apropiación que se encuentra nuevamente en vilo. Solo así será posible establecer los acuerdos transectoriales e intrasectoriales sobre el documento de política, la aproximación desde la APS y el compromiso gubernamental para gestionar la política con miras a un documento Conpes Social con Planeación Nacional. Sin embargo, la decisión aún no se ha tomado o no se ha hecho explícita, dilatando el pago *de la deuda que en salud mental* tiene el gobierno con el país. Los escenarios actuales para su desarrollo se encuentran más ligados a las regiones, como lo ha planteado claramente el actual presidente de la ACP, doctor Carlos Miranda. Hacia allí, sin renunciar a otros espacios de discusión nacional que nos siguen abriendo sus puertas, encaminaremos nuestros esfuerzos y aprendizajes.

HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA: *La salud pública mental*

Jorge Oswaldo González Ortiz¹

Introducción

A lo largo de la historia de la humanidad los principales problemas de salud que los seres humanos han encarado tienen que ver con la vida de la comunidad, el control de las enfermedades transmisibles, el control y mejora de ambientes físicos (sanitarios), la provisión suficiente de agua y comida de buena calidad, la provisión de cuidado médico y la reducción de la discapacidad y la miseria. El énfasis que se ha puesto sobre cada uno de estos problemas ha variado a lo largo del tiempo pero de ellos conocemos gracias a la Salud Pública².

Como menciona el profesor Saúl Franco³, «La Salud Pública es un campo inacabado de ideas, preocupaciones, propuestas y trabajos destinados a entender y garantizar el bienestar colectivo»

-
- 1 Psicólogo. Candidato Ph.D. Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: gonzalezortiz2004@yahoo.es
 - 2 FEE, Elizabeth. A history of Public Health. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1987.
 - 3 FRANCO, Saúl. La salud pública hoy : Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia. 2002.

¿Pero qué es la salud?

Comenzaré diciendo que existen diversas acepciones de salud entre las cuales sobresale la que hace la Organización Mundial de la Salud: «es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad»⁴, definición que si bien marcó una pauta a finales de los años sesenta desconoce la complejidad inherente al ser humano⁵, la heterostasis en contraposición a la homeostasis que caracteriza los diferentes procesos biológicos, la dimensión ambiental (con sus diferentes acepciones) que determina y moldea los micro, exo y los macrosistemas sociales⁶ y finalmente la visión patologicista, que necesariamente conlleva a posturas biologicistas que reducen la noción de salud, al tratamiento de la enfermedad.

Por otra parte, retomo distintos autores para quienes el concepto de salud incluye otras dimensiones tales como la ausencia de dolor, el ciclo de vida, el autocuidado, la realización personal, el acceso a los servicios de salud, y el mantenimiento del equilibrio, entre otros. Algunas alusiones incluyen: «grado en el cual las funciones humanas (sensibilidad, procesamiento de datos, movimientos...) son relacionados y el dolor está ausente» (Lifson); «capacidad del organismo para mantener un balance apropiado para su edad y necesidades sociales en las cuales esté razonablemente libre de notoria insatisfacción, incomodidad, enfermedad o incapacidad y comportarse en una forma que promueva la sobrevivencia de la especie así como la realización y gozo del individuo» (Blum); «capacidad del organismo para

4 VILELLA; citado por CASTELO-BRANCO, A. Sexualidad humana :Una aproximación integral. Buenos Aires: Panamericana. 2005.

5 MORIN, E. Introducción al pensamiento complejo, Barcelona : Gedisa. 1990.

6 BRONFENBRENNER, U. La ecología del desarrollo humano. Barcelona : Paidós. 1979.

mantener un balance en el cual pueda estar razonablemente libre de sufrimiento innecesario, incomodidad, incapacidad o limitación de la acción incluyendo la capacidad social» (Romano); «expresión de armonía entre el ambiente, las formas de vida y los varios componentes de la naturaleza de los hombres» (D.Dubos); «ajuste personal óptimo para una total y fructífera vida creativa (Hoyman)⁷. Para Frenk (1997) «la salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo»⁸.

Al igual que la sociedad de la que forma parte, la salud es dinámica, es transcultural, es cambiante, como el ser humano; es transdisciplinaria, puesto que se nutre, se apoya, opera y avanza a la par y gracias a la contribución de otras disciplinas. No se restringe ni se limita a los preceptos de una disciplina sino que avanza en la búsqueda de nuevos conocimientos gracias al aporte de la ciencia, la técnica y la tecnología.

¿Y qué se entiende por Salud Pública?

En 1990, Milton Terris propuso una nueva definición la cual establece que: «la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear

7 GONZÁLEZ, JO. La salud pública. Notas de Clase. 2005.

8 FRENK, J. La salud de la población: Hacia una nueva Salud Pública. México : Fondo de Cultura Económica. pp. 24-25. 1997.

el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud»⁹.

Sin embargo, el término salud pública históricamente ha estado cargado de significados ambiguos, diversos autores se han pronunciado sobre su inconformismo al respecto. Gioconi (1994), menciona que «la politización de la práctica de la Salud Pública, indirectamente estimulada por las posturas de Navarro, ha provocado un enorme daño en los diferentes países. Se ha confundido la legítima actividad política, con sus reglas y campo de acción, con actividades con clara base técnico-científica, como son las que se realizan en las diferentes áreas de la Salud Pública».

En la historia han sido importantes cinco connotaciones de la salud pública¹⁰:

1. Equipara el adjetivo pública con la acción gubernamental, esto es, con el sector público; y es así como hoy en día las direcciones departamentales, seccionales y distritales de salud tienen departamentos de salud pública.
2. Incluye no sólo la participación del gobierno sino de la comunidad organizada, es decir, el *público*.

9 TERRIS, M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington D.C.: OMS/OPS. 1992.

10 FRENK, J. La nueva salud pública. En: OPS. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Publicación Científica N° 540. Washington, D.C.: OPS/OMS: 75-93.1992.

3. Identifica la salud pública con los llamados *servicios no personales de salud*, es decir, aquellos que se aplican al ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación de las masas de modo que acepten los programas de salud) y que, por lo tanto, no son apropiables por un individuo específico. Pero vale la pena resaltar que su acción se limita, dada la noción restrictiva de *Salud* a la que he hecho referencia, justamente al tratamiento y abordaje de las principales patologías que afectan la comunidad, y que registran los sistemas de vigilancia epidemiológica existentes.
4. El siguiente uso va un poco más allá del tercero, al que añade una serie de servicios personales de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil).
5. Por último, la expresión *problema de salud pública* se usa a menudo, sobre todo en el lenguaje común, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

También existen asociaciones entre estos diferentes significados. Por ejemplo, en algunos países industrializados ha habido una tendencia a que el sector privado preste la mayor parte de los servicios terapéuticos personales, mientras que el sector público ha asumido la responsabilidad de los servicios preventivos y no personales, los cuales suelen ocuparse de problemas que se producen con alta frecuencia, lo que ha reforzado la noción de la *salud pública* como un subsistema separado de servicios proporcionados por el estado y paralelos a la corriente principal de la medicina curativa de alta tecnología.

Esta visión limitada aún permea algunos intentos recientes de redefinir la salud pública. Existen dos vertientes en tales intentos: 1. La que se deriva del impulso que el concepto de atención primaria a la salud ha recibido a partir de la re-

unión de Alma Ata en 1978, identificando, explícita o implícitamente, a la salud pública con la atención primaria; y 2. La que ha surgido en los países industrializados ante la superación de las enfermedades infecciosas comunes y el auge de las enfermedades crónico-degenerativas, la «nueva salud pública» que se ocupa de la promoción de la salud a través del cambio de los estilos de vida, en contraste con la salud pública tradicional, que actuaba sobre los aspectos biológicos del individuo y el medio ambiente¹¹.

A pesar de esta segunda vertiente y de los avances logrados, el problema está en el hecho de no disponer de información válida, confiable, oportuna y completa de los indicadores de salud mental de la población, lo que conlleva al desconocimiento de las condiciones que afectan la convivencia y la calidad de vida, y la falta de políticas públicas basadas en datos válidos, confiables, completos y oportunos que permitan la realización de acciones apropiadas, por ejemplo frente a los trastornos del estado de ánimo como la depresión y a trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia, por poner tan solo algunos ejemplos. Tradicionalmente la Salud Pública se ha dedicado en forma exclusiva a aquellos eventos de carácter biológico, de tipo sanitario y bajo una visión medicalizada de la salud. Lo cual nos lleva a plantear la necesidad de una nueva salud pública, que sin pretender parafrasear a Frenk, sea más incluyente, más integral y menos reduccionista.

Y quiero destacar aquí que ante la necesidad expresada en el presente artículo, algunos comentarios que hace Soberón (1997) sobre la «nueva salud pública» formulada por Frenk (1997) pueden ayudar a identificar aquellos elementos necesarios para una nueva visión o tal vez un nuevo paradigma:

1. Lo fundamental para connotar la materia que concierne

11 FRENK, J. La salud de la población... 1997. *Op. cit.* pp. 24-25

a la salud pública es el nivel de análisis poblacional; 2. la salud pública es punto de encuentro de lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción; 3. el universo de la salud pública comprende: áreas de aplicación (poblaciones, problemas, programas en salud materno-infantil, gerontología, salud mental, salud dental, salud ambiental y ocupacional, salud internacional, entre otros); objetos de análisis (condiciones de salud y respuesta social para contender con ellas); y bases científicas (ciencias biológicas, ciencias sociales, ciencias de la conducta); 4. la intrincada relación entre los factores determinantes de la salud hace indispensable, para su entendimiento, en cuanto a su peso específico en el estado normal o patológico, que su área de influencia sea visualizada en distintos niveles: sistémico, estructural, doméstico e individual; 5. la compleja respuesta social organizada, es decir, la forma en que la sociedad responde para atender las necesidades de salud, tiene como principales protagonistas al gobierno, a los trabajadores de la salud, tanto del sector público como del privado y a los propios usuarios de los servicios; las diversas modalidades que pueden identificarse en los distintos países resultan de la manera como esos protagonistas se acomodan con respecto a tres funciones primordiales: financiamiento, regulación (modulación, prefiere llamarle Julio) y prestación de los servicios; 6. la producción, la reproducción y la utilización del conocimiento son partes fundamentales en el ámbito de la salud pública. Precisamente su vinculación y fomento hacen que la salud pública ofrezca la recompensa, a quienes la cultivan, de que es posible llevar el proceso de la investigación a la acción hasta sus últimas consecuencias: el bienestar del ser humano¹².

12 SOBERÓN G. 1997. Prólogo. En: J. FRENK *La salud de la población...Op. cit.* pp. 6.

¿Qué se entiende por Salud Mental?

La Salud mental es la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad¹³. La salud mental incluye: bienestar subjetivo, autoeficacia percibida, autonomía, competencia, independencia intergeneracional, potencial emocional, trastornos mentales y del comportamiento. También, «falta de desórdenes mentales»¹⁴.

¿Es la salud mental un tema o un problema de Salud Pública?

A pesar de que las autoridades de salud reconocen que los trastornos mentales y el abuso de sustancias constituyen importantes problemas de Salud Pública, investigaciones realizadas en los últimos años sobre su prevalencia, repercusión y costos asociados demuestran que se ha subestimado su magnitud. Se calcula que el número de personas con trastornos mentales en la región de las Américas aumentará de 114 millones (1990) a 176 millones en 2010. Ya en el año 2000 este tipo de trastornos representaba 24 por ciento de la carga de enfermedad en la región, la depresión es el principal componente de esa carga. Al analizar estas cifras se debe tener en cuenta que los problemas de salud mental afectan tanto a los adultos como a los niños: cerca de 20 por ciento de los niños y adolescentes sufren de trastornos que exigen el apoyo o la intervención de los servicios de salud mental y sufren el estigma social y la discriminación

13 Health and Welfare Canadá (1988), citado por SDS. 2001.

14 The World Health Report 2001: Mental Health: New understanding, New hope.

que acompañan a este tipo de padecimiento. Según el informe sobre la salud en el mundo (2002), el abuso de alcohol es el factor de riesgo que más influye en la carga de enfermedad en las Américas (más de 10% de la carga de morbilidad general) ocasionó como mínimo 225.000 defunciones en el año 2000 y representó 10'250.000 años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹⁵.

En la actualidad, el alcohol continúa siendo el factor que más contribuye a los accidentes de tránsito y a la muerte por lesiones de causa externa y violencia, y es la causa de innumerables enfermedades crónicas. Aunque la frecuencia del consumo de drogas ilícitas en la región es mucho menor que la de alcohol, se observa una tendencia ascendente y se asocia con la transmisión de la infección por el VIH y otras enfermedades infecciosas debido al uso de drogas inyectables¹⁶.

Pero la pregunta es: ¿de qué información disponen las autoridades locales, departamentales y nacionales de salud pública, por ejemplo sobre el trastorno de hiperactividad con o sin déficit de atención (TDHA), el retardo psicomotor, la trisomía 21 (Síndrome de Down), los trastornos de la conducta alimentaria (como Anorexia y Bulimia), la enfermedad adictiva, la discapacidad cognoscitiva, sensorial y motora, los trastornos del sueño, o los intentos de suicidio, entre otros?

Es por ello que se plantea como una necesidad urgente e incluyente que los Departamentos de Salud Pública, gubernamentales y no gubernamentales, además de realizar el monitoreo, la vigilancia y el control de las enfermedades

15 *Ibid.*

16 ROSES, M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. Editorial Panamericana Journal of Public Health, vol.18 no.4-5 Washington (oct./nov. 2005).

transmisibles, infecciosas, inmunoprevenibles, transmitidas por vectores, etc., incluyan también aquellos eventos relacionados con la salud mental, que permitan establecer las principales características epidemiológicas, el diseño de sistemas de vigilancia epidemiológica, los niveles de prevención, orienten las acciones de intervención, ayuden a establecer los costos, sociales familiares, psicológicos, económicos, y la carga que representa para la comunidad y para el sistema de salud.

Por todo lo anterior, y con el fin de tener en nuestro país una Salud Pública Mental (SPM) incluida, participativa y operativa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se propone la creación del Instituto Nacional de Salud Mental de Colombia (INSMC), organismo adscrito al Ministerio de la Protección Social que articularía acciones a nivel intersectorial, interinstitucional, y aportaría información y gestión hacia los siguientes fines:

- El diseño de políticas públicas inclusivas y complementarias.
- El aseguramiento del acceso universal a servicios costo-efectivos apropiados, incluyendo la atención primaria en salud y la promoción de la salud mental en los servicios de atención.
- El aseguramiento del adecuado cuidado y protección de los derechos humanos para pacientes institucionalizados con desórdenes mentales severos.
- El diseño, implementación, evaluación y seguimiento de sistemas de vigilancia en salud pública mental.
- La evaluación y monitoreo de la salud mental de las comunidades, incluyendo poblaciones vulnerables tales como niños, mujeres y ancianos.

- La promoción de estilos de vida saludables y reducción de los factores de riesgo para desórdenes mentales y conductuales.
- Apoyo para la vida familiar estable, cohesión social y desarrollo humano; búsqueda de las causas de los desórdenes mentales y conductuales, el desarrollo de tratamientos efectivos y el monitoreo y la evaluación de sistemas de salud mental.
- El fortalecimiento de la investigación en salud mental.

ÍNDICE

Presentación

Saúl Franco Agudelo 7

SALUD MENTAL Y SALUD PÚBLICA:

Reflexiones para introducir un debate olvidado

Marcela Arrivillaga Quintero

Jaime Collazos Aldana..... 11

LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN COLOMBIA

Resultados del Estudio Nacional

de Salud Mental, Colombia 2003

José Posada-Villa, MD..... 21

POLÍTICA NACIONAL DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL:

Espacio de gestión y sostenibilidad política de una

propuesta de Salud mental para el país

Carlos Iván Molina Bulla 35

HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA:

La salud pública mental

Jorge Oswaldo González Ortiz 53

9

**CUADERNOS DEL DOCTORADO
SALUD MENTAL: PROBLEMA
Y RETO DE LA SALUD PÚBLICA**

Se terminó de imprimir en Bogotá D.C.
Colombia en abril de 2009

Esta primera edición consta de 500 ejemplares
en propalibros beige de 90 gramos, se compuso
en tipo Óptima y fue impreso en NATIONAL GRAPHICS Ltda,
para la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.