

PARTICIPACIÓN, POLÍTICAS PÚBLICAS, DISCAPACIDAD MENTAL/PSICOSOCIAL Y ESTIGMA: barreras y retos

Carlos Iván Molina Bulla*

RESUMEN

En la aproximación realizada a la construcción de políticas, planes y programas de salud mental en trabajos previos se han hecho evidentes las dificultades asociadas a la participación de las personas y familias afectadas por problemas, trastornos mentales y discapacidad mental/psicosocial. Es relevante en estos hallazgos el desconocimiento de los derechos a la salud mental, las barreras actitudinales y las oportunidades de gestión, a pesar de los recientes intentos del estado colombiano por mitigar estos obstáculos y dificultades de acceso. En lo que se refiere al desarrollo e implementación de políticas de salud mental y discapacidad, es evidente la baja implicación de la comunidad con discapacidad mental/psicosocial. Este artículo aborda la investigación realizada de 2016 a 2017, la cual ahonda en la exclusión de esta población, las dificultades para su inclusión en el ejercicio de construcción de política pública, el estigma asociado y las barreras identificadas por la comunidad: individuales – en las personas afectadas-, institucionales, grupales y sociales, así como los efectos nocivos en su acceso a una ciudadanía plena y al ejercicio de democrático participativo. Se hace además énfasis en las dificultades para la participación territorial de estos colectivos y su invisibilización.

173

Palabras clave: *Discapacidad mental. Participación. Política pública. Estigma. Derechos. Territorio.*

* Médico Javeriano, psiquiatra y epidemiólogo de la Universidad del Rosario. Candidato a Doctor en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas de la Universidad Externado de Colombia. Docente investigador del Área de Salud y Sociedad de Universidad Externado de Colombia. Email: carlos.molina@uexternado.edu.co. Twitter: ivanmol70

RESUMO

Na aproximação realizada sobre a construção de políticas, planos e programas de saúde mental em trabalhos prévios, tornaram-se evidentes as dificuldades associadas à participação das pessoas e famílias afetadas por problemas, transtornos mentais e incapacidade mental/psicossocial. É relevante, nesses achados, o desconhecimento dos direitos à saúde mental, as barreiras atitudinais e as oportunidades de gestão, apesar das tentativas recentes do Estado colombiano de mitigar estes obstáculos e dificuldades de acesso. No que se refere ao desenvolvimento e implantação de políticas de saúde mental e sobre incapacidade, é evidente a baixa implicação da comunidade com a incapacidade mental/psicossocial. Este artigo aborda a investigação realizada de 2016 a 2017, que aprofunda sobre a exclusão desta população, as dificuldades para sua inclusão no exercício da construção de política pública, o estigma associado e as barreiras identificadas pela comunidade: individuais – nas pessoas afetadas -, institucionais, grupais e sociais, assim como os efeitos nocivos no seu acesso a uma cidadania plena e ao exercício democrático participativo. Dá-se, além disso, ênfase às dificuldades para a participação territorial destes coletivos e sua invisibilização.

174

Palavras-chave: *Incapacidade mental. Participação. Política pública. Estigma. Direitos. Território.*

PARTICIPATION, PUBLIC POLICIES, MENTAL/ PSYCHOSOCIAL DISABILITY AND STIGMA: hurdles and challenges

ABSTRACT

In approaches on prior papers about policies, plans and mental health programs it became visible the difficulties related to participation of people and families undergoing problems, mental disorders and mental/psychosocial disabilities. It is noticeable, in those papers, the unawareness of rights to mental health, attitudinal hurdles and management opportunities, despite Colombian government attempts at mitigating those hurdles and access difficulties. Regarding development and implementation of mental health and disabilities policies, it is noticeable little community implication to mental and psychosocial disabilities. This paper tackles the investigation conducted from 2016 to 2017, that deepens on this population exclusion, the difficulties for their inclusion in the construction of public policies, the stigma associated to them and the hurdles identified by the community: individual – people affected -, institutional, group and social, as well as the harmful effects on their access to full citizenship and the democratic exercise of participation. It is also highlighted the difficulties to territorial participation by those people and their invisibility.

175

Keywords: *Mental disability. Participation. Public policies. Stigma. Rights. Territory.*

1 INTRODUCCIÓN

Este artículo aborda el desarrollo que ha tenido el concepto de discapacidad mental-psicosocial en el campo normativo colombiano y el contacto existente entre el discurso académico, el político-normativo, el institucional y el comunitario para el desarrollo de

políticas públicas en salud mental y discapacidad. Se aborda el desarrollo de espacios participativos para la construcción de esta política pública y su situación actual. Se desea dar cuenta, además, de estos espacios de desarrollo normativo y los espacios grises en la construcción del concepto de salud mental, de discapacidad mental y psicosocial en dicha normatividad. Así mismo, en las intervenciones sociales planteadas, así como la consistencia –o inconsistencia– existente en la construcción de sentido en torno a las políticas de salud: la política de discapacidad y la política de salud mental. Aborda, además, las dificultades en la comunicación estatal centro-periferia, y el proceso de desarrollo limitado en diferentes ámbitos de la gestión y de la administración de las intervenciones para la población afectada en su salud mental y con discapacidad psicosocial.

176

Metodológicamente corresponde a una labor de indagación documental y con actores sociales de la comunidad que han participado en el desarrollo del campo y en los campos propuestos sobre el desarrollo normativo. Se concluye en torno a la evolución más reciente del concepto de discapacidad mental/psicosocial y se asocian estos hallazgos con los actores convocados.

Ahora bien, establecer una delimitación sobre la discapacidad en el campo de la salud mental implica considerar que este ejercicio tiene diferentes aproximaciones, aun cuando desde una mirada o un presupuesto de linealidad histórica pareciera tener una trayectoria continua en el campo social y político.

En cambio, el planteamiento y aproximación que en este artículo se desarrolla, es que la construcción en torno a este tipo de conceptos no necesariamente sigue líneas continuas, sino que es el producto espiral de espacios de discusión, espacios sociales no necesariamente convergentes, en ocasiones contrapuestos.

Para el caso en cuestión, el del concepto de discapacidad mental/psicosocial, es el resultado de la interacción de por lo menos: un ámbito político-normativo, uno institucional, otro académico y uno socio-comunitario; los cuales se alimentan de manera discontinua en sus productos. Son ámbitos que en ocasiones se contraponen, con frecuencia se opacan entre sí.

Adicionalmente, estos ámbitos que interactúan los construyen actores *de carne y hueso*, personas que asumen posiciones y toman decisiones, acciones sociales – en términos de la sociología jurídica-, no siempre racionales y que en ocasiones se contradicen en el tiempo, a pesar de que sus planteamientos surjan de argumentaciones racionales.

1.1 La salud mental y la discapacidad como campos de construcción social

Realizar una aproximación a los conceptos de salud mental, discapacidad y conflicto armado lleva de entrada a aceptar las dificultades que implica, no solo una aproximación de carácter académico, sino también la delimitación e indagación de dichos conceptos en los ámbitos institucionales, gubernamentales y de poder que no responden a las mismas necesidades que el mundo científico. La construcción del Campo² de la salud mental se configura además como un espacio o territorio de conflicto en nuestra cultura, desde la descripción, interpretación y control que se ha hecho de la *locura* en Occidente. Este espacio de conflicto está plenamente descrito en el trabajo desarrollado por Michel Foucault en el abordaje arqueológico de la historia de la locura, la genealogía del poder psiquiátrico, la influencia de la construcción jurídica-normativa en la indagación y examen sobre lo mental, así como las diferentes formas de control y el poder en Occidente. (FOUCAULT, 1994, 2003, 2011, 2012).

177

2 En términos de Pierre Bourdieu.

1.2 Propuesta metodológica

La primera inquietud en esta investigación corresponde a plantear una propuesta comprensiva y metodológica, y con base en ellas realizar una aproximación documental que intenta recoger la forma como, en la normativa estatal, se ha dado cuenta de la discapacidad mental, así como la comprensión que se ha dado también, en este espacio normativo, del concepto académico y/o institucional de dicha discapacidad, encontrando puntos comunes y divergencias. Todo ello antes de acudir, en otra fase de la indagación, a los actores/agentes que construyen la política pública. La segunda fase de esta indagación corresponderá entonces a una aproximación a cómo en la actualidad y desde los actores/agentes en el Campo de la salud y la discapacidad se construye la normatividad y la política pública. También a la mirada institucional sobre la discapacidad mental, en particular desde el punto de vista de los agentes involucrados que toman decisiones gubernamentales.

178

Para nuestra propuesta, en términos teóricos, pero también pragmáticos planteamos, por ejemplo, que el contenido y el discurso al que se acoge el Estado no es necesariamente al del ámbito de *científico o académico*, es en cambio el contenido/discurso que desde la tradición política o del poder de turno se establece. De manera asociada, la relación con otros discursos -académicos, científicos, sociales- es de corto plazo, y dicha relación/comprensión/interpretación se plantea de acuerdo con la forma hegemónica de proyecto político de Estado que se haya acordado previamente, como se ha visto en aproximaciones desde la sociología jurídica. La relación del Estado con la academia se consolida como la búsqueda de apoyo a su propia mirada hegemónica y la gestión del proyecto político para un país o un plan de gobierno. Por tanto, es comprensible que el discurso aprovechado por el poder de turno es aquel que responda a sus intereses o a su modelo de estado, lo cual es -o deberá ser-

consistente con sus planes de gobierno y desarrollo. Esta es una postura política que se puede considerar consecuente políticamente, aun cuando no esté necesariamente contextualizada para las necesidades de un país (FERRARI, 2006) o con las recomendaciones de la academia o la sociedad civil en general.

La segunda premisa de esta propuesta metodológica corresponde a aceptar (si se quiere provisionalmente, como en todas las ciencias) que la construcción de sentido en y entre diferentes ámbitos o campos sociales (como el político y el académico) es convergente y divergente a la vez, ya que no siempre se tienen los mismos objetivos, ya que tiene propósitos finales distintos. Esta relación o la manera como se establece tienen incidencia fundamental en la construcción de política pública y en general en el espacio socio-normativo. Un ejemplo de lo anterior, en el campo de la salud mental, lo describe Thomas Szasz al analizar, por un lado, a la psiquiatría británica, que se ubicaba en los años 60 del lado de los intereses de la comunidad y los pacientes, en tanto la psiquiatría soviética lo hacía del lado de un modelo de estado, considerado totalitario. (SZASZ, 1994).

179

Corresponde a la necesidad de establecer políticas públicas conceptualmente coherentes con el proyecto de estado, pero a su vez a la necesidad práctica de la sostenibilidad o factibilidad *política* (política en términos del poder) de las políticas públicas, más allá del discurso técnico o el fundamento académico (MELTSNER, 1972). Esta factibilidad se construye más allá de los elementos técnicos, a partir de nodos de decisión o grupos de interés que asumen posiciones particulares sobre las políticas, a favor o en contra y que determinan su desarrollo. Es el caso del desarrollo de la política de seguridad social en los Estados Unidos, la cual no tuvo el desarrollo esperado en diferentes periodos de gobierno, producto de la presión del gremio médico, las casas farmacéuticas y la disposición política de cada momento. (STOKES, 1998).

Un ejemplo en Colombia, de este tipo de encuentros y desencuentros, se presenta en el desarrollo limitado de la Política Nacional de Salud mental de 1998, construida por un gobierno, que fue luego criticado de manera explícita por el siguiente gobierno³. Lo anterior no permitió la divulgación e implementación de dicha política y su desconocimiento es general en el país, a pesar de ser aún la política nacional de salud mental vigente. (MOLINA-BULLA, 2007).

Por tanto, si contemplamos lo múltiples determinantes que se establecen en la construcción de una política pública en salud mental, podemos establecer, en términos de una indagación científica los siguientes elementos sobre las construcción normativa: los espacios en los que se desarrollan, los puntos de contacto que tienen, la alianzas o conflictos de los agentes/actores y grupos de interés, algunos límites, así como las implicaciones que tienen estas convergencias y divergencias en el espacio de construcción de dicha política pública.

180

Así mismo, se debe contemplar la normatividad y la aproximación realizada por diferentes actores que toman decisiones para el Campo de la salud mental y para el caso sobre la discapacidad mental dentro de dicho campo. Podríamos entender así que la discusión de políticas públicas es un espacio-resultado discontinuo con múltiples voces que se construyen dinámicamente, que están determinados por unos actores y ante todo agentes con intereses particulares como lo identificaba Pierre Bourdieu en diferentes campos del espacio social, incluso en el oficio del científico. (BORDIEU, 2003).

La pregunta que se establece aquí es entonces ¿Cómo se ha desarrollado la participación en el Campo de la salud mental/

3 El gobierno de Ernesto Samper Pizano fue seguido por el gobierno de Andrés Pastrana Arango.

discapacidad psicosocial de cara a la construcción de la normatividad en Colombia y en particular una política pública en este campo?

2 TENDENCIAS: del bienaventurado, al lisiado, al degenerado, al minusválido, al discapacitado, al diverso en el campo de la salud mental

En primera instancia recordamos el desarrollo del concepto y la delimitación histórica de la discapacidad mental, que se mueve dentro de perspectivas y tendencias cambiantes como se ha planteado en trabajos previos (MOLINA-BULLA, 2017).⁴ Estas perspectivas se complementan a partir nuevas aproximaciones, propuestas teóricas y documentales de autores como Ferreira (2010), Martín Cotino (2013), y Cruz-Velandia *et al.* (2015).

Se consideran algunas nociones adicionales e históricas en torno a la discapacidad mental no agotadas del todo y fuertemente arraigadas en el presente de nuestra cultura iberoamericana:

181

- La mirada mágico-religiosa, en donde la discapacidad mental está emparentada con las bienaventuranzas, el pecado, la mujer, la brujería y la mala fortuna. Es todavía un *permanente estado de maldición, de gracia o de desgracia*. Esta mirada es importante a la hora de un abordaje territorial y no urbano de las políticas públicas.
- La mirada eugenésica, desde la cual la discapacidad estaba asociada con la *anormalidad/degeneración/cronicidad* atribuible a la estructura biológica individuo/linaje/familia alterados (FOUCAULT, 2003). Su intervención implicó mecanismos de *exclusión/eliminación* (FOUCAULT,

4 MOLINA-BULLA. Construcción de la Política pública para la población con discapacidad mental, víctima del conflicto armado: espacios y actores. 2017.

2012) que además impactaron la vida social y la política colombiana (CARRIZOSA MOOG, 2014).

- La mirada rehabilitadora, con raíces en la anterior, cuyo ideal es la optimización individual desde la intervención de la lesión o el déficit que acude a la mirada anatómico-clínica. Esta perspectiva se considera es potenciadora y reivindica el derecho a una mejor calidad de vida. Sin embargo, corre el riesgo de ser una mirada medicalizada y segmentadora de los individuos, sus órganos, sus funciones y sus capacidades.
- La mirada basada en un modelo biopsicosocial, de derechos y de inclusión, que se asoció para la discapacidad mental con los movimientos de reforma psiquiátrica (ESPINO; GARCÍA, 1998). Buena parte de esta mirada se encuentra relacionada con la mirada garantista de la Declaración de Caracas de 1990, para el caso de la discapacidad mental/psicosocial (ESPINO; GARCÍA, 1998). Ha sido criticada por el riesgo de banalización y superficialidad en su aproximación.
- La mirada basada en habilidades divergentes y la negación de la discapacidad. Esta es una mirada no causalista, que no centra su énfasis en el problema o atribuye el problema a la sociedad y a la medicina alopática. Desde esta perspectiva vale la pena que las capacidades de poblaciones en condiciones divergentes sean visibilizadas, gestionadas, agenciadas.

En contraste, el desarrollo que se reconoce de la discapacidad en general en la normatividad actual es: un modelo médico-biológico, uno social, uno político-activista, un modelo universal y uno biopsicosocial (CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y

SOCIAL, 2013). De allí que la aproximación aceptada en la política pública actual sea primordialmente biopsicosocial:

Es posible establecer un lazo entre los distintos niveles (biológico, personal y social) que sustentan la discapacidad y desarrollar políticas y actuaciones dirigidas a incidir de manera equilibrada y complementaria sobre cada uno de ellos. Se facilita, además, gracias a esta visión integradora, el establecimiento de una diferenciación entre los distintos componentes de la discapacidad, por ejemplo, entre las deficiencias, las actividades personales y la participación en la sociedad, lo cual nos clarifica la naturaleza de las actuaciones que son requeridas y los niveles a los que dichas actuaciones han de estar dirigidas. (COLOMBIA, 2013)⁵.

Esta aproximación es consistente con una comprensión estatal de la discapacidad que se acoge a los lineamientos y compromisos internacionales, sin renunciar al modelo de estado actual de seguridad social y corresponsabilidad.

183

3 SOBRE EL DESARROLLO SOCIO-NORMATIVO Y SUS LIMITACIONES EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL Y LA DISCAPACIDAD

Ahora bien, al profundizar en el desarrollo normativo en salud mental y discapacidad mental/psicosocial, encontramos diferentes manifestaciones:

1. En primera instancia, en el marco legal para la salud mental, la Ley 1616 de 2013 (COLOMBIA, 2013) asume la *discapacidad mental* como una condición en la que:

5 COLOMBIA. Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2013.

Una persona padece limitaciones psíquicas o de comportamiento; que no le permiten en múltiples ocasiones comprender el alcance de sus actos, presenta dificultad para ejecutar acciones o tareas, y para participar en situaciones vitales. La discapacidad mental de un individuo puede presentarse de manera transitoria o permanente, la cual es definida bajo criterios clínicos del equipo médico tratante. (COLOMBIA, 2013).

2. En segunda instancia, la interpretación gubernamental y legislativa actual del derecho a la salud se restringe al derecho a unos servicios como se establece en la ley estatutaria de la salud de 2015 y no se considera como otros derechos fundamentales (COLOMBIA, 2015). Toma importancia esta relación Ley de salud mental, Ley estatutaria y Estado a la hora de preguntar en un futuro a los agentes que son responsables de desarrollar la Ley en el espacio gubernamental, (1) sobre el proceso de reglamentación e implementación de lo planteado en la ley de salud mental y cómo ha sido el ajuste de la política de salud mental, (2) el desarrollo del Consejo Nacional de Salud Mental y los Consejos Departamentales, y (3) la ampliación de los planes de atención, todavía pendientes.

3. En tercer lugar, la Ley Estatutaria de Discapacidad (COLOMBIA, 2013) que, por ejemplo, menciona la discapacidad mental en las definiciones, al hablar de la habilitación y rehabilitación o al hablar del derecho a la salud mental para las personas con discapacidad:

Personas con y/o en situación de discapacidad:
Aquellas personas que tengan deficiencias físicas, **mentales**, intelectuales o sensoriales a mediano y largo plazo que, al interactuar con diversas barreras incluyendo las actitudinales, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones

con las demás. [...] Todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su **capacidad física, mental y vocacional**, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la habilitación y rehabilitación, se implementarán, las siguientes acciones [...] [...] d) **Desarrollar políticas y programas de promoción y prevención en salud mental** y atención psicosocial para la sociedad. (COLOMBIA, 2013).

Habla de la prevención de la salud mental, lo cual es contradictorio⁶ y no aborda la prevención de los trastornos o las discapacidades mentales transitorias o permanentes, prevención fructífera en términos universales, selectivos o indicados y que se ha consolidado en otros documentos de política pública. (BOGOTA, 2016).

185

Como se planteó en el VII Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) de 2016, en el Campo de discusión normativo de la discapacidad y en particular en la normatividad estatal, la discapacidad mental se encuentra desterritorializada con respecto a la discapacidad en general. El discurso prevalente sobre la discapacidad gira en torno a las discapacidades física, intelectual y sensorial. La discapacidad mental/psicosocial está enunciada pero luego se limita nuevamente al déficit intelectual. La relación que guarda esta situación con la construcción de la noción de discapacidad puede dar luces sobre la manera diferencial que se da en el tratamiento a cada ámbito de la discapacidad.

⁶ lo que se previene no puede ser la salud, sino los problemas de salud mental, los eventos en salud mental, los trastornos mentales o la enfermedad.

4. En un cuarto lugar, conocer el desarrollo de concepto de salud mental y psicosocial en el campo institucional se logra establecer a través del desarrollo de Políticas públicas, planes y programas en salud mental y se ajusten (o no) a la normativa nacional o internacional (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2006). Sin embargo, en ocasiones estos documentos se desarrollan sin mayor discusión teórica y en cambio prevalecen otros elementos técnicos aledaños, argumentos administrativos, de presupuesto, la corriente política que esté al frente del Estado o fruto del vaivén de político. Esto se ha hecho evidente en el trabajo en las mesas de servicios y con organizaciones sociales con el Ministerio de Salud desde 2006. Se encuentra evidenciada en las tres propuestas de políticas nacionales de salud mental contratadas por el gobierno y que no se llevaron a efecto. Ninguna propuesta gubernamental en Colombia ha logrado reemplazar la Política Nacional de Salud Mental de 1998, ya desactualizada y ajena a la población actual. La política pública de salud mental ha sido fallida y susceptible a las pugnas políticas entre gobiernos o los obstáculos administrativos, como lo manifiesta el Ministerio de Salud y trabajos anteriores (MOLINA-BULLA, 2011). Por ahora, en lo que refiere a la Política Nacional de Salud Mental de 1998, aún vigente, la discapacidad es contemplada como uno de los “factores críticos” para su desarrollo y reconoce limitaciones en su intervención:

4.8 Carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, que cuenten con el apoyo intersectorial, principalmente dirigido a **grupos poblacionales con discapacidad**, para así limitar las secuelas y cronicidad que pueden dejar. (COLOMBIA, 1998).

Un elemento interesante para señalar en la argumentación de la política de 1998 es acudir -como se planteó antes- a elementos académicos y epidemiológicos para justificar el desarrollo de la política:

Los datos señalan que aproximadamente el 12% de la población presenta algún tipo de discapacidad o limitación física, mental o sensorial (8), la mayoría de los cuales no tiene acceso a los servicios sociales. Las discapacidades por trastornos mentales ocupan un lugar bastante importante dentro de la carga de enfermedad y discapacidad, teniendo en cuenta causas tales como el retardo mental, la epilepsia, y los trastornos emocionales. (COLOMBIA, 1998).

El contacto en este caso, con el campo académico es limitado entonces y está planteado en torno a la discapacidad como elemento de la carga de enfermedad y no en tanto la intervención a la discapacidad en sí misma o una política explícita sobre la discapacidad mental, aún menos sobre la discapacidad mental asociada al conflicto armado. Prioriza además la discapacidad asociada a "retraso mental"⁷ y epilepsia sobre otras discapacidades.

187

5. En quinto lugar, lo más cercano a un lineamiento de política de salud mental en Colombia se encuentra consignado en el Plan Decenal de Salud Pública (COLOMBIA, 2013). Establece una *Dimensión convivencia social y salud mental*, con dos componentes, uno de "promoción de la salud mental y la convivencia" y otro de "prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia". En este último se da importancia a lo relacionado con el conflicto armado y los

7 Discapacidad intelectual o trastorno intelectual.

efectos de la violencia. Sin embargo, en ningún apartado del plan se contempla la discapacidad mental/psicosocial⁸.

6. Por otro lado, la Política Nacional de Discapacidad tiene un mayor desarrollo frente a la de salud mental, lo que se encuentra planteado en el Documento Conpes 116 de 2013 (CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL, 2013), el cual avanza en la comprensión de la discapacidad y adicionalmente establece compromisos en torno a su intervención asociada al conflicto armado. En el proceso de seguimiento se establecen parámetros explícitos para su desarrollo y el compromiso intersectorial. Sin embargo, en lo que se refiere a la población con discapacidad mental/psicosocial se hace nuevamente evidente un rezago con respecto a la discapacidad general ya que está en las estadísticas citadas por la política y se menciona en la necesidad de medicamentos, pero no ahonda en otros elementos (COLOMBIA, 2013). Será indispensable aclarar con los actores el desarrollo de la política en lo que se refiere a salud mental y en términos de discapacidad mental. Al observar la trayectoria legislativa de 2009 y 2013 y la política nacional de discapacidad se hace más evidente el avance en este campo, lo que contrasta con el desarrollo limitado de la política nacional de salud mental que abordábamos antes. Aun es del caso conocer si, en el espacio práctico del desarrollo de las políticas de discapacidad, el tema de salud mental es relevante.

188

⁸ A diciembre de 2017, existe una propuesta de CONPES de salud mental y de política de salud mental, pendientes desde 2013.

7. Finalmente, una Política de Participación Social en Salud (PPSS) se estableció a través de una resolución 2063 de junio 9 de 2017. Sus ejes estratégicos corresponden a un fortalecimiento institucional, empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales en salud, impulso a la cultura de la salud, Control social en salud y Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión. (COLOMBIA, 2017).

4 EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN DESDE LA COMUNIDAD Y LOS ACTORES: barreras y retos

En un segundo momento de esta investigación se realizaron entrevistas a representantes de asociaciones de personas con discapacidad mental/psicosocial (o con trastorno mental) y sus familias, personas que han participado en procesos de construcción legislativa y de política pública en este campo.

189

Aunque puedan existir limitaciones en este ejercicio participativo, las asociaciones de pacientes reconocen un esfuerzo gubernamental por generar espacios de desarrollo, aunque discontinuos.

Existen, para estos representantes, limitantes en el desarrollo de las políticas públicas en salud, de discapacidad y en salud mental. En particular, plantean que:

1. Existen serias dificultades en la implementación de las políticas en general, y la reglamentación de las leyes y en hacer efectivo del derecho a la inclusión y a la salud. A pesar de leyes y políticas desarrolladas, el verdadero acceso a los derechos es limitado, ya que se realizan reuniones ministeriales que no trascienden de las mismas.
2. En cuanto a la política de salud mental y a pesar de los espacios de participación logrados, ha resultado

desesperanzadora la prolongación del proceso de construcción de la política. A pesar de la construcción actual de un CONPES de Salud Mental, la trayectoria de construcción no es muy favorable, ya que ha sido discontinua. Adicionalmente, esto contrasta con algunos logros en la política de discapacidad, en la aproximación conceptual, el enfoque y avances.

3. Ha existido una mayor participación en el desarrollo de las leyes 1616 – salud mental- y 1618 -discapacidad- de 2013 que en el desarrollo de la política de salud mental, con más gente participando y más acogida estatal. Sin embargo, persisten problemas de la reglamentación de ambas leyes, de discapacidad y de salud mental.

4. Un ejemplo de desarrollo participativo amplio y continuo está representado por la Ley 1616 de salud mental, para la cual fueron convocados gremios y asociaciones de pacientes en un ejercicio horizontal de discusión.

5. En el caso de la discapacidad psicosocial/mental, los espacios participativos han sido más difíciles de desarrollar, debido a:

a. Algunos grupos con discapacidad excluyen a otras discapacidades como el caso de la discapacidad mental/psicosocial.

b. Existe una sobreestimación de las demás discapacidades en la agenda pública, frente a la mental

c. Identifican dificultades para integrar el tema de salud mental en el nuevo Plan de Atención Integral en Salud -PAIS- de 2016, y en los procesos de desarrollo de la agenda pública.

d. Se han establecido problemas en la interpretación del derecho a la atención y a la rehabilitación en salud mental desde la interpretación que hacen algunos actores de una perspectiva social de los derechos. Esta mirada asume como aproximación excluyente de la diferencia la mirada médica, la rehabilitación en salud mental y la rehabilitación en general. El modelo médico es en ocasiones rechazado.

Sin embargo, las asociaciones de pacientes consultadas consideran primordial el trabajo en torno a derechos y autonomía, pero sin arriesgar el tratamiento de los trastornos. En palabras del representante de la Asociación Colombiana de Bipolar “el tratamiento es el 10% del trabajo” [...] “un 10% indispensable” para poder avanzar en otros aspectos primordiales en la vida de las personas con discapacidad mental/psicosocial y sus familias.

191

e. Problemas con la participación de algunas personas en crisis: Admiten que han existido situaciones de difícil manejo en los espacios de participación, dado que:

i. Personas en crisis pueden alterar el curso de las reuniones.

ii. “Resentimientos” con el tratamiento psiquiátrico: “Somos pesados”. Reconocen que el dialogo con personas con discapacidad psicosocial puede ser muy difícil y se presentan conflictos.

iii. Problemas con la actitud hacia el tratamiento y hacia las intervenciones: Para poder participar es indispensable estar “estable” para garantizar una

participación adecuada y aceptar que el tratamiento es una fracción de la mejoría: el 10% desde la perspectiva de TAB.

f. Existen problemas que siguen siendo de difícil manejo, cruciales para continuar la participación y el reconocimiento social. Identifican, primordialmente, el problema de la desvinculación laboral y los diferentes problemas que suscita esta situación, más allá de tratamiento. Así también, los conflictos familiares.

g. Ha sido básico en el ejercicio participativo en salud mental “no engancharse en discusiones infructuosas” y evitar entrar en una posición de demanda continua de atención.

h. Algunos representantes de grupos de salud mental y de discapacidad se representan a sí mismos y sus propios intereses. Además, existen en ocasiones representantes “predilectos” de parte de la institucionalidad que sesgan las decisiones.

i. Existen pugnas persistentes en cuanto a la aceptación o no de tres tipos de intervención: Internación forzada, la terapia electro-convulsiva o la interdicción -posiblemente para desmontar-.

j. No es clara la intervención en comunidad por parte del Estado: la RBC (Rehabilitación basada en comunidad), de manera que la comunidad se haga incluyente. No hay además espacios socio-comunitarios de intervención.

6. Para empezar a solucionar los elementos mencionados en el proceso participativo, los representantes consideran estas asociaciones:

a. La tranquilidad del diagnóstico es mejor que la incertidumbre del malestar. Rescatar de la percepción mágica del trastorno que tiene aún influencia en los pacientes y las familias.

b. La comunicación familia-médico para acompañar... "no se escucha lo que se vive" Se requieren valoraciones e intervenciones contextualizadas (Visitas domiciliarias); acompañamiento y tratamiento continuado cercano a las familias y encontrar otras soluciones posibles que no son necesariamente en salud. Intervenciones más cercanas a la realidad y en contacto con la comunidad.

c. Promover a través de la participación, la disminución de costos y carga estatal y para las familias al centrar los cuidados en la comunidad.

d. Impulsar la intersectorialidad en los procesos estatales y la comunicación ministerial, ya que es evidente que existen pugnas al interior del Estado.

e. Modificar gradualmente a la academia e ir despsiquiatrizando el centro de la atención "las pepas no son la solución", el tratamiento psiquiátrico como parte de la solución y no el fin.

f. Empoderar a las familias en el proceso y manejarlo, para no terminar de entorpecer la atención; una mayor participación dentro de las asociaciones y no negar la enfermedad

193

g. Comprender que la política pública no es sólo del estado, sino que también es responsabilidad de los "dolientes", de las familias y su responsabilidad. Hacer partícipe a las familias disminuye la carga final del estado. No priorizar el conflicto con el Estado, con sus decisiones o con sus actores.

h. Aumentar la cantidad de representantes de salud mental, maduros y estables, desde la misma población, que perciban claramente la perspectiva social de los derechos, sin abandonar el tratamiento y sin dejar de exigir al Estado sus responsabilidades.

Es evidente que, para las asociaciones, encontrar espacios de participación exige un esfuerzo particular en el campo de la salud mental y en el de la discapacidad. A pesar de las dificultades planteadas en el desarrollo de estos espacios participativos, ha sido gradualmente favorable el desempeño de las asociaciones en los procesos asociados a construcción de política pública, aunque en mayor medida para las políticas de discapacidad general y en menor medida las políticas de salud mental.

194

4.1 Participación social en los territorios

En cuanto al desarrollo territorial de la participación en Discapacidad y en salud mental, es variable o nula. En el caso de la Asociación de Bipolares, son ciudades ejemplo en Colombia, con un desarrollo participativo: Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga, Cartagena, Cúcuta y Cali con muchas dificultades.

Llama la atención que en algunas ciudades existe una alta frecuencia de trastornos, pero así mismo, dificultades para aceptar la problemática de salud mental, lo que limita la participación. Se

agregan ahora movimientos de anti-psiquiatría que presionan en contra de los tratamientos.

También existe un problema identificado con las familias, y es que muchas de ellas que evitan la participación debido al estigma asociado a los trastornos mentales y a la discapacidad. Desde la perspectiva de las familias evitan el estigma y ser cuestionadas desde el diagnóstico por su entorno social, más reducido en las regiones, evitando la participación de sus familiares con discapacidad psicosocial ellas mismas. El estigma es, de acuerdo con las asociaciones, más marcado en las regiones que en las ciudades más centrales.

Para el caso de la Asociación de autismo, por ejemplo, la participación territorial va hasta el momento muy mal y atrasados. En las regiones no hay mayor desarrollo de la discusión, ya que el autismo no es claro para las personas, para las familias o para los operadores. Por tal razón es mezclado fácilmente y confundido con la discapacidad intelectual. Se requiere mayor atención regional que nacional, ya que el asistencialismo bloquea de nuevo procesos de participación, así como el acceso a los derechos.

195

La perspectiva social de los derechos es más lejana en las regiones y así mismo la participación.

4.2 Discapacidad, participación y conflicto armado

En cuanto a la discapacidad asociada al conflicto armado colombiano, los actores sociales que han participado en la construcción de política pública plantean un proceso de movilización gradual de las personas que han sido víctimas, pero en la que se han presentado dificultades para ingresar en procesos participativos y para la movilización con diferentes problemas frente a otras personas con discapacidad. La atención no está garantizada y las consecuencias del conflicto son evidentes. Han contado con el apoyo de las organizaciones

de personas con discapacidad mental psicosocial, pero la atención estatal no es cercana, en múltiples ocasiones negada, aplazada o delegada.

Adicionalmente, el modelo de atención a víctimas es ante todo psicosocial, no garantiza la atención en salud y no es claro para las víctimas del conflicto armado en cuanto al acceso a las intervenciones necesarias.

5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aproximación a la participación y el desarrollo de políticas públicas en salud mental se ha establecido en trabajos anteriores (MOLINA-BULLA, 2011) desde una perspectiva de Gobernanza y en el desarrollo previo de aproximaciones desde el campo de la salud mental y el capital global planteado por Pierre Bourdieu. (MOLINA-BULLA, 2007).

196

Otros autores han abordado la discusión de la discapacidad en el desarrollo de política pública como plantean trabajos de abordaje teórico y documental que oscilan entre una postura desarrollista de las políticas de discapacidad en Colombia (CRUZ-VELANDIA et al., 2015), de crítica al modelo médico y rehabilitador en España (FERREIRA, 2010) y de carácter crítico sobre el concepto de discapacidad desde una mirada foucaultiana. (MARTÍN COTINO, 2013).

Sin embargo, hace falta avanzar en la aproximación directa y contextualizada en cada región a la comunidad que participa en los procesos de política pública, a sus perspectivas y sobre todo si se aborda la discapacidad mental/psicosocial en los territorios, ya que prevalece el discurso sobre otras discapacidades y los desencuentros en torno a este tema.

En este artículo se aborda la aproximación a las organizaciones sociales de pacientes y sus familias que han participado en este tipo de procesos de construcción política y legislativa. Ellos dan cuenta

de las múltiples dificultades para el desarrollo de la política pública en salud mental y en discapacidad, a pesar de los esfuerzos propio y aquellos planteados por el estado.

Aún con las limitaciones descritas, desde el año 2011 con la Ley 1438 de reforma a la salud y la Ley 1616 de salud mental y La ley 1618 de Discapacidad, se ha hecho posible empoderar gradualmente el proceso de participación en un desarrollo dispendioso en el cual los logros han sido reconocibles, aunque parciales. Muchos compromisos gubernamentales están pendientes frente a este tema en medio de lo cual el desarrollo intersectorial y territorial es muy limitado.

Se confirman además los hallazgos de 2016 de acuerdo con los cuales la discapacidad mental/psicosocial guarda un lugar secundario frente a otras discapacidades, así como las discapacidades asociadas al conflicto armado.

Para finalizar, un ejercicio de construcción ampliamente participativo en esta investigación que fue rescatado corresponde la construcción de la Ley 1616 de salud mental, recordada por haber planteado una priorización de las organizaciones sociales para la construcción del proyecto de ley, para su discusión y puesta a punto. Los actores y movimientos consultados reconocieron la disposición de agente legislativo y su asesor legal para la participación de las asociaciones de pacientes de manera horizontal, frente a otros actores: del campo científico, asistencial y normativo; en igualdad de condiciones.

Está participación ha precipitado una disposición a la movilización social y la generación de nuevos movimientos sociales en salud mental, en discapacidad y la intención de aunar esfuerzos para la construcción conjunta en Colombia. También representa una evidencia de cómo es posible construir política pública y gobernanza de manera conjunta.

Es del caso proponer, por último, el abordaje del desarrollo participativo en el desarrollo iberoamericano de políticas pública y su seguimiento a más largo plazo

REFERENCIAS

BOGOTÁ. Secretaría Distrital de Salud. **Política Distrital de salud mental**. Obtenido de: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Politica_Salud_Mental.pdf. Enero de 2016).

BORDIEU, Pierre. **El oficio del científico**. Barcelona: Anagrama. 2003.

CARRIZOSA MOOG, Jaime. Eugenésia y discriminación en Colombia: el papel de la medicina y la psiquiatría en la política inmigratoria a principios del siglo xx. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, v.43, n. 1, p.58-63, 2014.

COLOMBIA. Presidencia de la República de Colombia. Congreso de la República. **Ley 1616 del 21 de enero 2013**. Obtenido de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>. Acceso em: 21 jan.2013.

COLOMBIA. Presidencia de la República de Colombia. Congreso de la República. **Ley Estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013**. Obtenido de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201618%20DEL%2027%20DE%20FEBRERO%20DE%202013.pdf>. Acceso em: 27 fev. 2013.

COLOMBIA. Congreso de la República. **Ministerio de salud**. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf. Acceso em: 16 fev. 2015.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Política Económica y Social. **Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social**. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/CONPES166.pdf>. . Acceso em: 9 dez. 2013.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Política Nacional de Salud mental** (Resolución 2358 de 1998). Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/

RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf. Acceso em: 18 jun. 1998.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de 3 de 2013). **Plan Decenal de salud, 2012-2021**. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>. Acceso em: 14 mar. 2017.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Política de Participación Social en Salud**. Bogotá, Colombia: Ministerio de de Salud. 9 de Junio de 2017.

CRUZ-VELANDIA, Israel; GARCÍA-RUIZ, Solangel; RODRIGUEZ-PRIETO, Indira; ROJAS-CÁRDENAS, Andrés. Configuración política de la categoría discapacidad en Colombia: relación Estado y ciudadanía. **Revista de la Facultad de Medicina**, v. 63, supl.1, p. 25-32, 2015.

ESPINO, Antonio; GARCÍA, José. **La psiquiatría en la España de fin de siglo**: un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos S.A, 1998.

FERRARI, Vincenzo. **La Sociedad y el derecho**: Elementos de la sociología del derecho. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2006.

FERREIRA, Miguel. De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. **Política y Sociedad**, v. 47, n. 1, p. 45-65, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Historia de la Locura en la Época Clásica**. (Primera reimpresión- (Original en Francés,1964) ed.). Bogotá, Colombia: Fondo de Cultura Económica, 1994.

FOUCAULT, Michel. **El poder psiquiátrico**. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica, 2003.

FOUCAULT, Michel. **La verdad y las formas jurídicas**. Barcelona: Gedisa. 2011.

FOUCAULT, Michel. **El poder, una bestia magnífica**. Sobre el poder, la prisión y la vida. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 2012.

MARTÍN COTINO, Alejandro. Biopolíticas actuales en discapacidad: La estrategia de inclusión. **Liberabit**, v.19, n. 2, p. 235-241, 2013.

MELTSNER, Arnold. Political Feasibility and Policy Analysis. **Public Administration Review**, p. 859-867, 1972.

MOLINA-BULLA, Carlos Iván. Capital global y política pública en salud mental. En: GUTIERREZ, M., Catedra Unesco. **Derechos humanos y violencia: Gobierno y gobernanza**. El desplazamiento forzado interno en Colombia Bogota: Editorial de la Universidad Externado de Colombia, 2007. p. 411-435.

MOLINA-BULLA, Carlos Iván. Gobernanza y salud mental. Dimisión del estado frente a la construcción de política pública en salud mental. En: Gutiérrez M.. Cátedra UNESCO. **La investigación y la gobernanza**. Reorientación de las políticas públicas sobre el desplazamiento forzado. Bogotá: Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia, 2011. p. 177-132.

MOLINA-BULLA, Carlos Iván. **Construcción de la Política pública para la población con discapacidad mental, víctima del conflicto armado**: espacios y actores. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2017.

200 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Políticas, planes y programas de salud mental**. Madrid: Editores Médicos, S.A. Edimsa, 2006.

STOKES, Susan. Patologías de la democracia deliberativa. En: ELSTER, J. **La democracia deliberativa**. Barcelona: Editorial Gedisa, 1998. p. 161-181.

SZASZ, Thomas. **El mito de la enfermedad mental**. Bases para una teoría de la conducta personal. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

Recebido em 27/11/2017

Aprovado em 19/12/2017