



**SALUD MENTAL Y DEMOCRACIA PARTICIPATIVA EN COLOMBIA
PERIODO 2010 – 2014.**

WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Università degli Studi di Salerno –Italia

En convenio con la

Universidad Católica de Colombia

Maestría en Ciencia Política con énfasis en paz e integración.

Bogotá, agosto de 2019

**SALUD MENTAL Y DEMOCRACIA PARTICIPATIVA EN COLOMBIA
PERIODO 2010 – 2014.**

WILLIAM ALEJANDRO JIMÉNEZ JIMÉNEZ

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Ciencia Política con énfasis en Paz e Integración

Director:

Dr. PABLO MANUEL GUADARRAMA GONZÁLEZ

Línea de investigación: *Historia, cultura e instituciones*

Università degli Studi di Salerno –Italia- En convenio con La Universidad
Católica de Colombia

Maestría en Ciencia Política con énfasis en paz e integración.

Bogotá, agosto de 2019

Nota de aceptación:

Firma del evaluador

Firma del evaluador

Firma del evaluador

Bogotá D.C., agosto 2019



Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Colombia (CC BY-NC-SA 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Colombia (CC BY-NC-SA 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/co/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra
hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Compartir bajo la Misma Licencia — Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.

Agradecimientos

No hay palabras para agradecer los frutos recibidos en este proceso de formación.

Inicialmente, quiero dar Gracias a esa fuerza no humana que me ha levantado en más de una ocasión del encuentro con la muerte, y me ha dado la fortaleza de asumir la vida con un matiz lleno de sueños por alcanzar

Quiero agradecer a mis dos monumentos de sabiduría eterna, seres que transpasan la línea del tiempo y del espacio, seres que con su sabiduría me enseñaron lo más importante de la vida: a ser un hombre de bien.

Quiero agradecer a mis hermanos, personas valientes y llenos de vida por compartir y enseñar. Seres que son su presencia simbolizan el baluarte, la unión y el amor de una familia.

A mis sobrinos, semillas del fruto de la inocencia y sembradas en el paraíso de la existencia. Que con el tiempo van dejando huella y que sus primeras fotografías reflejaron ese amor de la esperanza de un futuro mejor.

A mi compañera de vida, mujer que me motiva a seguir viviendo, ya que ella es la primera exaltación que ven mis ojos cuando parpadeo en un nuevo amanecer. Ella es el bastión y la fuente de vida.

A mi tutor, orientador y amigo, persona que son sus cualidades humanas me hizo confrontar la realidad de mis pensamientos y me acompañó en este proceso de la tesis hasta el último día. Gracias por sus enseñanzas.

A todos ustedes,

Mil gracias

*“Hay hombres que luchan un día y son buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años, y son muy buenos.
Pero hay los que luchan toda la vida,
esos son los imprescindibles”.*

Bertolt Brecht (1898 – 1956)

Dramaturgo y poeta alemán

Tabla de Contenido

1. LINEAMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.1 Introducción	13
1.2 Justificación	15
1.3 Planteamiento del problema.....	19
1.4 Pregunta problema	23
1.5 Objetivos.....	24
1.5.1. Objetivo General.....	24
1.5.2. Objetivo específico	24
1.6 Supuestos de la Investigación	24
2. SALUD MENTAL.....	25
2.1. Introducción.....	25
2.2. ¿Y qué de la salud?	26
2.2.1. Determinantes sociales de la salud	27
2.2.2. Determinantes estructurales e intermedios de la salud.....	29
2.3. ¿Qué se entiende por salud mental?.....	32
2.3.1. Aproximaciones al concepto de salud mental.	32
2.3.2. Determinantes sociales de la salud mental.....	35
2.4. Salud mental y Salud Pública	38
2.4.1. Concepción biomédica de la salud mental.	39
2.4.2. Concepción conductual de la salud mental.....	39
2.4.3. Concepción cognitiva de la salud mental	39
2.4.4. Concepción socioeconómica de la salud mental	40
2.5. Salud mental para Colombia. Algunas cifras.....	40
2.5.1. Índices de salud mental para el periodo de estudio en Colombia.....	43
2.5.2. Índices de depresión en población colombiana 2009-2015.....	46
2.5.3. Tasas de mortalidad en Colombia a causas de trastornos mentales 2012	50
2.5.4. Tasa de mortalidad en niños y adolescentes en Colombia en 2013.....	53
2.5.5. Índices de salud mental en adultos mayores 2014 en Colombia	53
2.6. Salud mental y bienestar subjetivo.	54
2.7. Desigualdad y salud mental.	57
2.8. Economía y salud mental. Algunas cifras a nivel nacional e internacional.....	58
2.9. Política de participación social en salud – PPSS	62
3. DEMOCRACIA	65

3.1.	Introducción.....	65
3.2.	Definición de Democracia	67
3.3.	Características de la democracia.....	68
3.4.	Medición de la Democracia en el ámbito internacional.....	69
3.5.	Medición de la democracia en el ámbito latinoamericano	72
3.6	La democracia participativa de Colombia.	74
3.6.1	¿Qué es la democracia participativa?	75
3.6.2	Marco legislativo de la Democracia participativa en Colombia.....	77
3.7	Otros mecanismos de participación ciudadana.	79
3.7.1	Iniciativa Popular Legislativa.....	79
3.7.2	Acción de tutela.....	80
3.7.3	Acción de cumplimiento	80
3.7.4	Acciones populares y de grupo	80
3.7.5	Queja	80
3.7.6	Denuncia.....	80
3.7.7	Reclamo.....	80
3.7.8	Audiencia pública.....	80
3.8	¿Hay crisis en la democracia colombiana?	81
4.	MÉTODO.....	88
4.1.	Tipo de investigación.....	88
4.2.	Alcance de la investigación	88
4.3.	Diseño de la investigación	89
4.4.	Muestreo	89
4.5.	Instrumentos de recolección de información.	90
4.5.1.	Análisis documental.	90
4.5.2.	Entrevista a expertos.....	90
4.6.	Análisis de datos.	91
4.7.	Componente ético de la investigación.	91
4.8.	Planteamiento de las categorías y subcategorías	91
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	94
4.9.	Salud mental y democracia participativa. A la luz de los ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014.....	94
4.9.1.	Convergencia y desarrollo regional caracterización, dinámica y desafíos. 100	
4.9.2.	Crecimiento sostenible y competitividad	102
4.9.3.	Igualdad de oportunidades para la prosperidad social.....	104

4.9.4.	Consolidación de la Paz.....	105
4.9.5.	Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo	107
4.9.6.	Soportes transversales de la prosperidad democrática	107
5.2	Análisis de las categorías y subcategorías de la investigación	109
5.2.1.	Salud Mental	110
5.2.2.	Democracia.....	146
5.2.3.	Triangulación De Datos	160
6.	CONCLUSIONES	177
7.	RECOMENDACIONES	180
8.	REFERENCIAS	181

Índice de tablas

Tabla 1	Tipología de violencia (según la OMS, 2015)
Tabla 2	Número de casos de violencia reportados en el periodo 2010 – 2014.
Tabla 3	Tasa de desempleo y de analfabetismo en el periodo 2010 – 2014
Tabla 4	Número de personas atendidas por depresión en Colombia (CIE10 F321, F322, F323), de 2009 a 2015
Tabla 5	Número de personas atendidas por depresión moderada por departamentos en Colombia (2009-2015)
Tabla 6	Índice de Gini para Colombia en el periodo 2010 – 2014.
Tabla 7	Índice de Gini para Colombia por departamentos en el periodo 2010 – 2014.
Tabla 8	Número de países según el <i>Democracy Index</i> del EIU en el periodo 2010 – 2014
Tabla 9	Actitudes democráticas, gobernabilidad y participación política
Tabla 10	Confianza de los ciudadanos hacia las instituciones públicas de Colombia
Tabla 11	Planteamiento de las categorías y subcategorías de la investigación.

Índice de Figuras

- Figura 1 Determinantes sociales de la Salud.
- Figura 2 Un modelo para la salud mental. Tomado de Houtman & Kompier (1998).
- Figura 3 Determinantes sociales de la salud mental. Tomado de Shim y otros (2014).
- Figura 4 Aumento de casos de consulta externa por salud mental en Medellín, 2010.
- Figura 5 Primeras causas de hospitalización por trastorno mental y del comportamiento Medellín, 2010
- Figura 6 Primeras causas de atención en los servicios de urgencias por trastorno mental y del comportamiento en Medellín, 2010.
- Figura 7 Número de hombres y mujeres atendidos por depresión moderada periodo 2009 – 2015.
- Figura 8 Edades de las personas que fueron atendidas por casos de depresión moderada.
- Figura 9 Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por casos de depresión moderada en Colombia en el periodo 2009-2015.
- Figura 10 Tasas de mortalidad en Colombia a causas de trastornos mentales 2012.
- Figura 11 Distribución de la tasa de mortalidad por trastornos mentales en Colombia 2012.
- Figura 12 Mapa de formulación de la política nacional de participación en salud
- Figura 13 Actitudes frente a la democracia y las instituciones.
- Figura 14 Ejes del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010 – 2014
- Figura 15 Categorías de la investigación con sus respectivas cualidades emergentes

Índice de Anexos

Anexo 1	Descripción del concepto “Democracia” en el tomo II del DPN 2010 – 2014.
Anexo 2	Dimensiones de calidad de democracia según algunos estudios realizados Tusell (2015)
Anexo 3	Categorías de evaluación según el <i>Democracy Index</i> del EIU en el periodo 2010 - 2014
Anexo 4	Posición de los países según el <i>Democracy Index</i> del EIU en el periodo 2010 – 2014
Anexo 5	Artículos de la Constitución Política de Colombia sobre la participación ciudadana
Anexo 6	Marco legislativo de la Democracia participativa en Colombia
Anexo 7	Algunos hechos históricos del estudio de la salud mental en Colombia
Anexo 8	Formato del consentimiento informado
Anexo 9	Argumentos éticos y bioéticos de la investigación
Anexo 10	Protocolo de entrevista
Anexo 11	Transcripción de la entrevista 1
Anexo 12	Transcripción de la entrevista 2

1. LINEAMIENTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Introducción

Actualmente, la presencia de factores irregulares que afectan el buen desarrollo del poder político colombiano, como lo son, entre otros, la corrupción e impunidad (Cienfuegos, 2017), la ilegalidad, la injusticia, el crimen organizado, hacen que estos tengan algún tipo de repercusión negativa en los escenarios social, político, económico, cultural y psicológico, tejiendo consecuencias no esperadas y afectando la representación más simbólica que tiene la justicia en los países liberales: la democracia. El tema de la corrupción, por ejemplo, es cada vez más notorio en las tres facultades y funciones primordiales del Estado colombiano (el ejecutivo, el legislativo y el judicial), evidenciándose a partir de un listado largo de casos a lo largo y ancho dentro del territorio, con unas repercusiones impensables en la cotidianidad del ser. Sin embargo, la vergüenza y la culpa no existen dentro de la dinámica social en aquellos agentes que lo han materializado. Algunos casos aislados como por ejemplo el cartel del carrusel de la contratación, el soborno por el tema de las ambulancias en la ciudad de Bogotá, Interbolsa, caso Odebrecht, alcaldes y gobernadores capturados por peculado y/o delitos asociados, el cartel de la toga, el caso Reficar, el de Saludcoop, el de Cafesalud, el fiscal anticorrupción condenado por corrupción, entre otros, son algunos de los escenarios políticos donde el país se ha venido desangrando paulatinamente.

De acuerdo con lo presentado por Mompotes y Soto (2017), anualmente Colombia es víctima de la corrupción en cifras alrededor de los \$50 billones de pesos, donde estas utilidades económicas podrían ser distribuidas a sectores donde se necesita mayor inversión, por ejemplo, salud, infraestructura vial, educación. Esta consideración de tipo social, humano, económico, cultural y político (sin importar el orden), conlleva a la reflexión planteada por Valencia Sáiz (2013) de un malestar en la democracia, el cual se materializa en escenarios que no son del todo lejanos para el caso colombiano, los cuales son la antipatía y el desinterés por el componente político y democrático y a su vez la desconfianza en la clase política, alejando al ciudadano de la democracia y de la política en sí misma. Esta aseveración se conecta con lo afirmado por Crouch (2004; citado por Gómez-Alfaro, 2013) quien ha sido una de las figuras más representativas en el estudio de la crisis de la democracia contemporánea frente a la denominación

posdemocracia, entendiéndose justamente como esa sensación de malestar frente al mismo ejercicio democrático.

A partir de esta reflexión, la presente investigación que lleva como título “salud mental y democracia participativa en Colombia en el periodo 2010 – 2014” presentará al lector un andamiaje de aproximaciones teóricas y empíricas relacionadas con estos dos constructos de análisis. Por un lado, en la primera parte del texto se abordará todo lo relacionado con salud en términos generales, sus principales características, como por ejemplo los determinantes, para luego llegar al constructo de salud mental, algunas aproximaciones conceptuales, datos de dos estudios recientes a gran escala que se han hecho dentro del contexto social colombiano en materia de salud mental (2003 y 2015).

Posteriormente, se abordará el concepto de democracia. ¿Qué es la democracia? Y aún más, ¿Qué es la democracia participativa? A lo largo del texto, se podrán encontrar algunos autores clásicos y otros más modernos que abordarán esta forma de gobierno desde sus propias perspectivas. De igual forma, se trabajará el tema de los indicadores métricos de la democracia (conociendo de antemano todas sus críticas) para conocer en qué posición y bajo qué cualidades se describe la democracia en Colombia; y también algunas ideas sociales y políticas sobre la crisis de la democracia en Colombia.

Enseguida, en el capítulo de resultados, se abordará en tres momentos importantes: Primero, se analizará cada uno de los ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 a la luz de los elementos argumentativos desde la salud mental y desde la democracia participativa, resaltando las principales incidencias de este plan durante ese cuatrienio. Posteriormente, se abordará el nexo entre salud mental y democracia a partir del análisis de las entrevistas llevadas a cabo, utilizando la herramienta *RQDA* del programa R-studio. Luego, se avanzará con la metodología de triangulación de datos, para conectar la información recopilada en las dos fases anteriores. Por último, se expondrán las conclusiones y recomendaciones, orientadas hacia la exposición de las impresiones que se tuvieron a la hora de abordar el PND 2010 –2014 bajo la óptica de los dos constructos estudiados, todo un reto académico y científico y un aporte humilde y generoso para el desarrollo de la ciencia política desde una perspectiva de salud mental, visto desde las políticas públicas para Colombia.

1.2. Justificación

*He llegado a la conclusión de que la política es un asunto demasiado serio para dejarlo en manos de los políticos.
Charles De Gaulle*

¿Por qué hablar de salud mental y democracia en Colombia? Realmente fue la pregunta inicial por la cual se dio el inicio a esta investigación, tratando de entender la enredada realidad por la cual se ha venido materializando el sujeto como actor político en un ecosistema complejo y distorsionado. Por ejemplo, según el plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, planteó una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, que, mediante la conocida ley 1438 del 2011 (ley que fue sancionada en el periodo de observación de la presente investigación), buscó promover mecanismos de participación colectiva e individual, orientada hacia la Atención Primaria en Salud, buscando tener una marca importante en los determinantes sociales y económicos de la salud dentro del territorio colombiano. En este orden de ideas, Carmona Meza y Parra Padilla (2015) contextualizan que ese Plan Decenal de Salud Pública toma una postura integradora bajo los siguientes lineamientos: la salud como un derecho fundamental, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.

En razón de esta realidad contextual que enmarcó por un lado el plan decenal de Salud Pública para aquel entonces, el desarrollo de la presente investigación nace con la intención de exponer una categoría que desde las ciencias médicas, clínicas y epidemiológicas ha sido desarrollada en todos sus matices, como lo ha sido el de salud mental, pero que desde la ciencia política su abordaje, análisis e incidencia no ha sido fuerte y consistente. Por ello, el valor teórico por la cual se sustenta esta investigación esta soportada bajo dos condiciones importantes. Por un lado, desde el *modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS)*, el cual se configura como el modelo sobre el cual se soporta la política de salud en Colombia. Entender la utilidad de la presente investigación gira en la necesidad de abordar la democracia como un determinante social de la salud, ya que como lo afirma Benach, Pericás, & Martínez-Herrera (2017)

Necesitamos entender y medir mucho mejores impactos estrechamente relacionados con la salud y calidad de vida, pero aún pocos estudiados como la alienación social y el malestar psíquico, el sufrimiento y el miedo, la desesperanza y la humillación, la frustración y la ira, o la anomia y la falta de sentido de vida (p. 33).

Así mismo, esta investigación está enmarcada dentro del área de investigación de la *Política Pública*, la cual es entendida por Torres – Melo y Santander (2013) como “como el resultado de una acción colectiva que se desarrolla en lo público y de una serie de transacciones políticas, en donde el gobierno ya no tiene como único objetivo ejecutar lo planeado, sino también garantizar la coordinación y la cooperación de los actores clave” (p. 56). De esta manera, de acuerdo a lo planteado por Roth Deubel (2009) “el análisis de las políticas públicas se ha ido constituyendo en un campo de estudio cada vez más importante para la ciencia política” (p. 11), en razón de la función política y social que tiene la política pública, resulta importante de abordar dos constructos epistemológicamente distintos pero contextualmente muy cercanos entre sí, donde la revisión de la literatura da cuenta que la posible relación entre salud mental y democracia participativa no se ha desarrollado con total precisión, siendo este abordaje una propuesta novedosa para la nueva política.

Justamente al revisar el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 se evidencia una ausencia de la importancia de la condición “salud mental” como prioridad dentro de las directrices estipuladas por el jefe de la rama ejecutiva en este periodo de análisis. Posiblemente, ante esa ausencia significativa de la inclusión de la categoría “salud mental” dentro del PND, como documento de gobierno, y generando conectividad con el principio elemental de la democracia en Colombia (participativa), genera una brecha entre lo que dicta el texto y lo que se refleja en la realidad.

Es así que la democracia participativa como un factor de construcción social influye (o no, o de qué manera) sobre la salud mental de las personas, y más cuando la misma comunidad percibe que los factores que afecta a la democracia son del día a día puestos en materia de conocimiento por diversas fuentes donde se percibe su estado crítico de soberanía, como por ejemplo la corrupción, la injusticia, la desigualdad, entre otros, afectando el sistema político sobre el cual se construye la piedra angular de la democracia.

A raíz de todos estos elementos teóricos expuestos anteriormente, la presente investigación también tiene un valor metodológico importante. Se enmarca dentro del tipo de estudio cualitativo, con una característica de tipo *exploratorio*, ya que al trabajar de manera conjunta dos categorías (salud mental y democracia participativa) bajo el modelo de los determinantes sociales de la salud. Resulta curioso saber que la literatura para Colombia en torno a la dinámica relacional entre estas dos ha sido escasa, dando la posibilidad de interpretar esta ausencia de insumo teórico como un nexo aun no trabajado por la ciencia política. Por otra parte, en relación a la recolección de información, esta investigación tiene dos grandes componentes: Un *componente documental*, el cual consiste en hacer un inventario, clasificación y selección de los documentos disponibles que den cuenta de las dinámicas y procesos socio-históricos que han configurado la implementación de la democracia participativa y la salud mental en Colombia en el periodo 2010-2014; y un componente de *entrevista semiestructurada*, el cual se desarrolló con dos personas funcionarias del sector salud. Posteriormente, se realizó una lectura que permita extraer elementos de análisis que vislumbren patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se vayan descubriendo (Sandoval, 2002) apoyado desde el *paradigma hermenéutico* (o interpretativo) ya que, como lo entiende Martínez Rodríguez (2011) “busca descubrir los significados de las distintas expresiones humanas, como las palabras, los textos, los gestos, pero conservando su singularidad” (p. 13). De igual forma, vale la pena rescatar las palabras de Martínez Marín & Ríos Rosas (2006) al afirmar que la hermenéutica “sostiene la no existencia de un saber objetivo, transparente ni desinteresado sobre el mundo” (p.7). Es así que el valor agregado de esta investigación reposa en la utilidad de la hermenéutica como herramienta para encontrar esos lazos conectores entre salud mental y democracia participativa, orientado hacia el encuentro particularizado de una explicación coherente en esos dos escenarios.

Por último, la necesidad de abordar una relación entre de salud mental y democracia participativa gira hacia los aportes para el desarrollo de la línea de investigación “Historia, cultura e instituciones” ya que se enmarca en una propuesta ignorada desde la ciencia política en materia del abordaje de la democracia como un determinante social de la salud, comprendiendo el fenómeno por el cual atraviesa actualmente Colombia en materia de salud mental y poder desarrollar propuestas de intervención desde una mirada transdisciplinar a partir de esta investigación con el

ánimo de continuar en la búsqueda de posibles alternativas para el mejoramiento de la salud mental.

1.3. Planteamiento del problema

En la primera década del siglo XXI, Colombia se estaba construyendo a partir de una transición política, muy marcada, entre otras, por la influencia de la política de seguridad democrática desarrollada durante los dos gobiernos de Álvaro Uribe, por el proceso de desmovilización con las Autodefensas Unidas de Colombia (las cuales tuvieron sus primeras manifestaciones de acciones políticas bilaterales desde el año 2003), dando como resultado legislativo la sanción de la ley de Justicia y Paz (Ley 975 de 2005), el fortalecimiento en materia de crecimiento económico en el sector empresarial, los continuos ataques a los cabecillas de las FARC y de la recuperación de la seguridad a lo largo y ancho del territorio, siendo responsables de la cartera del Ministerio de Defensa varias personalidades entre los que figuraron Martha Lucía Ramírez, Jorge Alberto Duque, Camilo Ospina, Juan Manuel Santos y Gabriel Silva. De todos ellos, el ministro que duró más tiempo en la cartera y conocedor de la propuesta de gobierno en la segunda reelección de Uribe fue Juan Manuel Santos.

Siendo así, los ataques a la cúpula central de las FARC y a las disidencias fueron un punto clave en la política de seguridad. Por ejemplo, en enero de 2004 alias “Simón Trinidad”; en febrero de 2004 alias “Sonia”; alias “Jota Jota”, líder del frente urbano Manuel Cepeda de las FARC en Cali murió en combate; alias el “negro Acacio” jefe del frente 16 de las FARC; Raúl Reyes en marzo de 2008, entre otros. En razón de esto, afirmó Santos (2009)

Han perdido liderazgo (Marulanda, Reyes, Ríos, y combatientes históricos (Martín Sombra); han perdido presencia regional en zonas estratégicas como los montes de María (Martín Caballero), el pacífico (JJ, Santiago, el Negro Juancho); Cundinamarca (el campesino, Diego Cristóbal, Chucho, el Negro Antonio, Gaitán, Mariana Páez), y Antioquia (Ríos, Karina, el Paisa); han perdido a los encargados del narcotráfico en las selvas del suroriente (el Boyaco, el Negro Acacio, Camilo Tabaco, César); han perdido a sus secuestrados más valiosos por fugas o rescates (Pinchao, Araújo, Ingrid, los tres norteamericanos, Lizcano); han visto frustrados infinidad de atentados terroristas (Hernán, Javier Calderón, James Patamala); han visto descubiertas sus alianzas estratégicas internacionales (computadores de Reyes y Camila), y han perdido tal capacidad de comando y control, de comunicación efectiva entre los comandantes y sus frentes, que cayeron en el más elaborado engaño de inteligencia que jamás se haya realizado en el país, y tal vez en el mundo (la Operación Jaque) (p. 340-341)

A la luz de este panorama político, la construcción del tejido social que se esperaba para aquel entonces estaría fundada en principios como la paz, seguridad,

integración, recuperación y demás cualidades (propias de una democracia) que estuvieran en conexión con el bienestar del ser humano. Sin embargo, en esa transición social del ataque de frente a las guerrillas, a las autodefensas, y a toda forma de expresión política de insurgencia, hizo que se tornara con mucha injerencia la fuerza política, destacándose hechos que realmente fueron nefastos para la comunidad en términos generales, como lo fueron, por ejemplo, las ejecuciones extrajudiciales y el olvido a las víctimas.

En torno a esta corta radiografía social, la desigualdad aún se mantiene en la sociedad y la pobreza no se evalúa de manera homogénea en un país con una diversidad tan amplia (en el capítulo 2 se abordará el índice de Gini para Colombia), estimándose con mayor afectación en población rural que población urbana para el año 2013 (42,8% y 26,9% respectivamente). Contradictoriamente, para el año 2011, el porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad superó el porcentaje de personas en condición de pobreza, siendo esta referencia histórica la primera vez que ocurre en Colombia. Como lo afirmó el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (2011)

Durante 2010 miles de personas de zonas rurales y urbanas de Colombia afrontaron desplazamientos, amenazas, homicidios, el hecho de quedarse sin noticias sobre sus familiares desaparecidos y la falta de acceso a servicios básicos, entre otras problemáticas. Esta realidad ratifica la necesidad y pertinencia de la acción humanitaria que el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) desarrolla en el país.

De acuerdo con lo presentado por el Departamento Nacional de Planeación (2014), durante el periodo 2010-2014, el Estado colombiano tuvo importantes cifras de desarrollo y crecimiento. Por ejemplo, se obtuvo un crecimiento económico del 4,8% durante la segunda década del siglo XXI en comparación con otras décadas: 1980 (3,5 %), 1990 (2,8 %) y 2000 (4,0 %). De igual forma, durante este cuatrienio, el crecimiento del PIB llegó a un 30%. La inflación registrada durante el año 2013 fue la más baja en los últimos 58 años (1,94%). En materia de desempleo se registraron 2,5 millones de nuevos empleos, con una reducción de la informalidad. Se redujo la pobreza en 10 puntos porcentuales (al pasar de 39 % a 29,3 %); se redujo la pobreza extrema de un 13,5% a un 8,4%. En materia de criminalidad, los indicadores de violencia han tenido una constante de descenso.

Independientemente de estas cifras que orientan la discusión hacia una percepción positiva de la realidad colombiana durante el periodo 2010-2014 (de acuerdo a los indicadores del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional), en la última encuesta Nacional de salud mental efectuada en Colombia en el año 2015 (Ministerio de Salud, 2017), el panorama que se reveló muestra una lectura quizás contraria a lo presentado en materia de crecimiento económico. Esta encuesta, la cual tuvo como componente metodológico de tipo descriptivo transversal, encuestando a 15.351 colombianos en un rango de edad entre los 7 y 96 años, se encontró que la población adulta relaciona salud mental con necesidades básicas (salud física, dormir, descansar, bienestar individual. Por otro lado, las personas en condición de desplazamiento, con edades entre los 18 y 44 años manifestaron una actitud positiva en relación a la salud mental, con algún grado de variabilidad dependiendo del género, de la edad, y de la situación de pobreza.

También se evidenció en esta encuesta que el apoyo social que reciben las personas, estas van en decremento a medida que aumenta la edad de la persona; se encontró también carencias afectivas en la población infantil, donde alrededor de un 44,7% de ellos, con edades entre los 7 a 11 años necesitan evaluación por parte del profesional en salud mental. Paralelamente, se encontró que el 13,7% de la población infantil, el 18,3% de los jóvenes y el 18,7% de la población adulta fue víctima de desplazamiento forzado. En relación a los trastornos, se encontró que en la población adolescente (12 a 17 años) tiene uno o más síntomas de ansiedad, mientras que el 19,7% muestra cuatro o más síntomas relacionados con la depresión. En la población adulta (18 a 44 años) el 52,9% ha tenido uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% presentaron de 1 a 3 síntomas depresivos. Por último, las personas con edades superiores a los 45 años encontraron que el 54,8% ha tenido uno o más síntomas de ansiedad, el 71,9% ha presentado de uno a tres síntomas de depresión y el 6,7% ha tenido indicadores de psicosis.

A raíz de esto, se hace una aproximación a la calidad de vida subjetiva¹ del colombiano, bajo las condiciones de gobernabilidad (democracia participativa) que en el

¹ Para Fernández-Ballesteros (1994; citada por Yasuko Arita, Romano, García, Félix, 2005), La calidad de vida es entendida desde dos puntos de vista: 1. como la percepción subjetiva que hace la persona sobre ciertas condiciones de vida, 2. Factor objetivo, el cual hace mención a las condiciones mismas

transcurso de los últimos tiempos se ha visto comprometida, y que a raíz de esta calidad de vida subjetiva, los diversos factores sociales envueltos en dinámicas que perjudican la estabilidad social cada vez son más notorias con resultados catastróficos. Por ejemplo, como fue enunciado anteriormente, la benevolencia de la reducción de la pobreza no es del todo afrodisíaca para la realidad en sí misma. De acuerdo con Easterly (2002) la pobreza no solo depende de los indicadores económicos, también depende de un abanico de factores que sustentan su mantenimiento, como por ejemplo las tasas de mortalidad infantil, el limitado acceso a la educación y a la salud y las reducidas capacidades y libertades de generar conexión con todo el territorio.

En razón de lo expuesto, Villa Holguín & Insuasty Rodríguez (2014) afirmaron que

El Estado, la institucionalidad, de manera estructural, ha ido obligado a la población no solo a vivir sin garantías sociales y sin protección de su vida en dignidad, sino a vivir a pesar de sus instituciones. El modelo de ciudad neoliberal, se ha encargado de agudizar la crisis humanitaria que padece el contexto ciudadano, fenómeno conocido como la deshumanización Urbana... Es así como las dirigencias y sus leyes, persisten en que la sociedad entera camine hacia el sálvese quien, y como pueda, reproduciendo en lo cotidiano, las problemáticas sociales, la violencia, la corrupción y la guerra (p. 90).

Es así como estos autores con su afirmación conducen a la reflexión de entender que indudablemente el contexto social influye sobre la condición de salubridad del ser humano, ya que de acuerdo con Restrepo-Espinosa (2006) los fenómenos sociales e institucionales generan un impacto en la salud de las personas, en las mismas percepciones de cada uno, en la salud colectiva y por ende en el funcionamiento de las instituciones. De esta manera, Galli (2013) reafirma con su reflexión que hay un malestar de la democracia caracterizado por dos cualidades: la primera es de carácter *subjetivo*, representado por el desafecto, la indiferencia diaria hacia la democracia demostrada en una actitud pasiva y acrítica, con escepticismo hacia la democracia. Y por otro lado *objetivo*, que es más de tipo estructural, es decir de la incompatibilidad de la democracia representada en sus funciones institucionales, derivado de las transformaciones que ha venido disponiendo el mundo.

independiente de la persona. En este orden de ideas, la calidad de vida subjetiva es también conocida como bienestar psicológico (Biswas-Diener y Diener, 2001; Bognar, 2005; Cummins, 2005; Diener, 1984; Diener y Biswas-Diener, 2002; Diener y Larsen, 1993; Diener, Oishi y Lucas, 2003; Felce y Perry, 1995; Palomar, 2000; Palomar, Lanzagorta y Hernández, 2005; Trujillo y cols., 2004; Veenhoven, 2000; citados por Banda Castro, Morales Zamorano, 2012), la cual se caracteriza por tener dentro de su categoría factores tales como felicidad y satisfacción.

Esta postura conduce a que la institucionalidad de la democracia ha perdido textura en el marco político y que todo radica a partir de una crisis en el valor de lo humano y en la representación que la condición humana tiene dentro de un escenario social. En vista de toda esta amalgama de factores que de alguna u otra manera terminan siendo recíprocas en el efecto dual de la salud mental y de la democracia participativa, acompañado de escenarios sociales tales como la pobreza y la desigualdad (como fue mencionado previamente con los datos y reflexión del Departamento Nacional de Planeación en el año 2014), y uniéndose con lo expuesto por Díaz, Inostroza, y Lillo (2002) la población presenta una crisis en el ámbito social de forma sintomática relacionados con la salud, tales como estrés, ansiedad, depresiones, colopatías funcionales y trastornos alimenticios. Más aun, conociendo que uno de los pilares fuertes del gobierno de Santos en el periodo 2010 – 2014 fue el proceso de paz, resulta interesante recordar lo que Camacho Guizado y Leal Buitrago (1999) afirmaban al respecto en relación con el ejercicio de la democracia

El éxito de los procesos de paz depende, en gran medida, de que se vinculen a la democratización para crear la masa de energía suficiente para desbloquear el empate en la guerra.... El problema, en un país que lleva cinco sucesivos presidentes empeñados en alcanzar la paz con las guerrillas, es que la simbiosis desmovilización – democratización ya se rutinizó en retórica y teatro y en reformas de papel mojado sin eficacia y con baja representatividad (p. 383)

Por ello, reflexionar sobre la democracia es analizar una forma de reflexión que gira en torno a los cambios y desafíos que se presentan en las transiciones sociales y políticas, es considerar un modo de vida que permita la sana convivencia y la aceptación del otro, es plantear una forma de relacionarse con los demás sin tener la necesidad de violentar su existencia. Democracia es pensar en el otro y aceptar la diferencia

1.4. Pregunta problema

A partir de la contextualización descrita anteriormente, surge como problema de investigación el siguiente enunciado

¿Cómo se relaciona el modelo democrático participativo con la salud mental en la población colombiana, teniendo como referente el Plan Nacional de Desarrollo periodo 2010 – 2014?

1.5. Objetivos

Para el desarrollo de la presente investigación, se plantearon como objetivos los siguientes enunciados:

1.5.1. Objetivo General

Articular la relación co-existente del modelo democrático participativo colombiano con la salud mental de los colombianos durante el periodo 2010 – 2014

1.5.2. Objetivo específico

Establecer las categorías y subcategorías de la investigación, a partir de la revisión documental del PND 2010 – 2014.

Identificar, mediante el uso de la herramienta RQDA, las citas más relevantes en el campo de la salud mental y democracia a partir de las entrevistas.

Reconocer las cualidades emergentes que proceden del análisis de las entrevistas.

Articular, mediante la triangulación de datos, las fichas encontrados en el análisis documental junto con las entrevistas las tendencias en la relación de la salud mental con la democracia en Colombia.

1.6. Supuestos de la Investigación

El modelo democrático colombiano como un factor social y político representa una influencia en la salud mental de los colombianos dentro del periodo de observación 2010 – 2014, o por el contrario, el actual modelo democrático participativo que se aplica en Colombia no representa ningún tipo de influencia en el comportamiento de la salud mental.

2. SALUD MENTAL

Existe coincidencia suficiente en que la verdadera democracia no penetra por las boletas en las urnas, sino por el alimento en el estómago hambriento. Mientras existan condiciones de miseria en el mundo, y se les niegue a grandes sectores populares el derecho humano elemental de conservar su cuerpo con la alimentación y la salud oportuna, difícilmente alguien desfallecido por la miseria podrá valorar adecuadamente cualquier forma de alternativa democrática (Guadarrama, 2016: 303)

2.1. Introducción.

Hablar de salud mental es hablar de uno de los estados subjetivos de mayor incidencia en la condición humana; una condición regida por la construcción biopsicosocial influenciada por una lista larga de factores tanto personales, biológicos, culturales y sociales que hacen de cada ser un elemento complejo en la continua construcción del ser en los tiempos modernos. Por ello, en concordancia con lo expuesto por Ahumada (2006), en los tiempos actuales existe una alta demanda en el medio social por desarrollar ejercicios investigativos y de intervención en el campo de la salud mental, debido a la presencia de trastornos mentales en el contexto social (como será explicado mas adelante), que a su vez por eventos externos tales como los desastres naturales, la pobreza y la violencia tienen un impacto psicosocial directo sobre las poblaciones (Medina-Mora, Borges, Lara Muñoz, Benjet, Blanco- Jaimes, Fleiz-Bautista, 2003). Por ello, hablar de salud mental es conversar de una categoría donde algunas disciplinas (una mirada inter y transdisciplinar) entran en acción para su estudio, análisis y atención de las todas las personas que acuden a algún servicio especializado. De acuerdo con Restrepo & Jaramillo (2012)

La salud mental se presenta como un concepto genérico, bajo el cual se cobijan un conjunto disperso de discursos y prácticas sobre los trastornos mentales, los problemas psicosociales y el bienestar; estos discursos y prácticas obedecen a las racionalidades propias de los diferentes enfoques de salud y enfermedad en el ámbito de la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras y, por tanto, las concepciones de salud mental dependen de estos enfoques y de las ideologías que les subyacen (p. 203).

En este orden de ideas, Restrepo-Espinosa (2006) enuncia que el tema de la salud mental conduce al entendimiento que la misma naturaleza del ser humano tiene una esencia natural y social. Así mismo, la misma autora cita lo enunciado por Morin en el año 2001 cuando utiliza el concepto de “unidualidad” (natural, cultural, cerebral y psíquica) de la realidad humana para entender esa misma complejidad que la identifica. Por ello, concebir una sola definición que encierre todos los elementos que conceptualiza la salud mental resultaría ser incluso atrevido. Sin embargo, para el desarrollo del siguiente apartado, y cumpliendo con los fines de la investigación, se enfocará desde el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). A partir de esta introducción, a continuación, se abordará el concepto de salud (a nivel general) para luego aterrizar la discusión al campo de la salud mental con sus principales incidencias.

2.2. ¿Y qué de la salud?

La salud, un concepto tan efímero y tan diverso que no permite tener un punto de unión para intentar descifrar en una sola frase o concepto lo que realmente significa en las actuales circunstancias en que se desarrolla el ser humano, y más cuando el hábitat de un ser humano (por ejemplo, en el caso de Colombia) presenta en su ecosistema social factores que alteran la dinámica particular de satisfacción o disfrute de este atributo propio del ser. Desde los tiempos remotos, se ha pensado que la salud está más vinculada hacia lo físico, hacia un estado de cero enfermedades. Sin embargo, hoy en día, se sabe que esa postura no resultó ser lo suficientemente amplia para entenderla y abordarla en su complejidad. Como lo afirma García Rincón, Sánchez–Alfaro y Estrada Montoya (2015)

Los sistemas de salud se han estructurado de acuerdo a las necesidades de cada país, atendiendo a sus contextos históricos, económicos, políticos, culturales y sociales. Esto ha traído como resultado que los indicadores macroeconómicos y de salud de los diferentes países presenten trayectorias diversas (p. 26).

En razón de esto, Vergara Quintero (2007) estableció tres momentos importantes en la evolución de lo que se ha entendido por salud y enfermedad: 1. La concepción *tradicional* (una tendencia muy anclada a los desarrollos obtenidos a lo largo de la historia desde la época de la filosofía griega hasta lo desarrollado en el siglo XIX y XX,

donde se tomó una postura biológica de la salud); 2. Concepción *moderna* (con una postura más de las representaciones sociales, en las relaciones entre el individuo y la sociedad) y 3. Concepción *posmoderna* (una tendencia muy marcada por estar en contra del causalismo y del historicismo, donde se concibe al ser humano como el “resultados de las practicas discursivas” (p. 48), donde el concepto de salud y enfermedad se construye a partir desde el lenguaje de las sociedades.

Por otro lado, Lobato Huerta (2010) afirma que existe otra forma de entender la salud, a partir del planteamiento de cuatro paradigmas: por un lado se encuentra el *paradigma de la salud pública clásica*; el *paradigma de la salud colectiva*; el *paradigma del modelo biopsicosocial* y por último *el modelo ecológico*.

A partir de estas dos posturas teóricas en torno al abordaje de la salud, y viendo la dimensión problemática en su actual construcción, Gavidia y Talavera (2012) afirmaron que su estudio de la salud tiene tres grandes consideraciones que la hacen compleja y poco universal: Por un lado afirman que la salud puede tener un uso diferente dependiendo del contexto; por otro lado hace parte de unos presupuestos básicos, y por último se puede entender como un estado ideal de vida al cual se quiere llegar. Siendo así, si se parte de la definición clásica de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS – 2006), expuesta en el año 1946 “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1), ya no resulta ser del todo útil para los tiempos modernos, ya que, partiendo de los avances que ha tenido la humanidad, presenta las siguientes limitaciones: 1. por un lado es una definición centrada en el sujeto y no en el contexto, 2. una definición que marca una distancia con las acciones del ser en el mundo circundante; 3. al usar el término bienestar, se asocia con una relación directa con el Producto Interno Bruto (PIB) como “indicador único de la salud en una nación” (Aguado, Calvo, Dessal, Riechmann, González y Montes, 2012) (p. 50), y por último, esta definición permite la medicalización social e impropia para las enfermedades crónicas (Idrovo y Álvarez-Casado, 2014).

2.2.1. Determinantes sociales de la salud

A pesar de esta apertura dialéctica de los modelos explicativos de la salud (mencionados anteriormente), y de la misma necesidad de unificar criterios para abordar el concepto de esta variable, lo que sí se tiene con certeza es que en el estudio de la relación salud – enfermedad se ha venido superando los modelos clásicos biomédicos y estadísticos, y ha tomado con mucha fuerza el componente social y ambiental. Como lo afirma Carmona Meza y Parra Padilla (2015) “El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud” (p. 609). Es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud (2011) entiende a los determinantes sociales de la salud como

las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. Los determinantes sociales de la salud son, en su mayor parte, responsables de las inequidades en salud. Este término es una manera sencilla de incluir los esfuerzos sociales, económicos, políticos, culturales y medioambientales que determinan las condiciones de vida de las personas (p. 44).

Por ello, los primeros albores por tratar de entender el proceso salud-enfermedad más allá de una aproximación biomédica estuvieron a cargo de Marc Lalonde, quien propuso que el concepto de salud debe ser abordado desde cuatro componentes : 1. la biología humana, 2. el medio ambiente, 3. el estilo de vida y 4. la organización de la atención en salud. Estos componentes (de forma independiente o por interrelación entre ellos) pretendían abarcar todas las posibles causas de los problemas de salud (Lalonde, 1996). La propuesta de Lalonde insta un sistema de análisis de mayor amplitud que el biomédico, abriendo paso a nuevos enfoques de análisis de las posibles causas de los problemas de salud. En razón de esta dimensión que se empezó a trabajar por Marc Lalonde hacia la década de los setentas, Villar Aguirre (2011) expresa que los determinantes de la salud son el “conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones (p. 237).

Partiendo de esta contextualización temporo-espacial y argumentativa en torno a la comprensión del surgimiento e importancia del estudio de los determinantes sociales, se establece que estos no actúan de manera independiente ni aislada; cada uno de esos determinantes se interrelacionan en sistemas complejos, incidiendo de manera

significativa en la salud. Por ello, a partir del año 2005, la Organización Mundial de la Salud creó la comisión sobre los determinantes sociales de la salud (CDSS), revisando detalladamente las causas que conducen a los procesos de relación entre salud y enfermedad descrito previamente. Producto de esta comisión está el informe que centró toda su atención en las inequidades sanitarias las cuales están socialmente determinadas. A raíz de esta reflexión, el informe de la comisión orientó las principales tareas a desarrollar (Vega Romero, 2009): 1. Mejorar las condiciones de vida de la población; 2. Mejorar el entorno y las condiciones de trabajo; 3. Mejorar el sistema y los accesos en la atención en salud y de protección social siendo más incluyente, equitativo e integral.

Por otro lado, la Ley Estatutaria de Salud de Colombia (1751 de 2015), define los determinantes sociales de la salud de la siguiente forma

Artículo 9°. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

2.2.2. Determinantes estructurales e intermedios de la salud.

Para el año 2005, la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, estableció dos tipos de determinantes: *estructurales e intermedios*. Los determinantes estructurales condicionan a los intermedios de la salud para provocar efectos. Por ello, si se trabaja solo en los determinantes intermedios, los resultados son limitados, con un impacto poco sostenible (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Por otro lado, la posición que ocupa una persona en la sociedad se origina a partir de los diferentes

sistemas que lo integran (socioeconómicos, políticos y culturales). A continuación, se exponen cada uno de ellos.

2.2.2.1. Determinantes estructurales: Estos determinantes también se conocen como determinantes estructurales de las inequidades en salud (Cárdenas, Juárez, Moscoso y Vivas, 2017), los cuales están relacionados con el contexto político y socioeconómico (vivienda y tierras, Políticas públicas en salud, Gobernanza; Política macroeconómica; Políticas sociales de mercado laboral, educación y protección) (García Rincón, Sánchez–Alfaro y Estrada Montoya, 2015), bienestar económico, atención sanitaria, valores sociales y culturales, el valor de la sociedad (González Ramos, Hechavarría Puente, Batista González y Cueto Salas, 2017), la clase social, la etnicidad, ocupación, educación (Cárdenas, Juárez, Moscoso y Vivas, 2017).

2.2.2.2. Determinantes intermedios: Estos determinantes hacen referencia a las condiciones materiales de vida, a las circunstancias psicosociales y ambientales, estilos de vida, condiciones biológicas (García Rincón, Sánchez–Alfaro y Estrada Montoya, 2015), la condición material de la vivienda, el nivel de ingresos, el barrio (González Ramos, Hechavarría Puente, Batista González y Cueto Salas, 2017). Estos determinantes intermedios existen en la medida de la estratificación social, determinando a la persona, a la familia y al contexto. A raíz de esta definición, los determinantes intermedios se clasifican, según Cárdenas, Juárez, Moscoso y Vivas (2017), en los siguientes: 1. *Condiciones materiales* (calidad de la vivienda y del sector, facilidades para el acceso a alimentos saludables, ropa adecuada, oportunidades laborales); 2. *Factores conductuales y biológicos* (estilos de vida saludables, hábitos que afectan la salud como el sedentarismo, consumo de alcohol cigarrillo, SPA); 3. *Factores psicosociales* (factores asociados a las condiciones de tensión, relaciones estresantes, acceso a redes de apoyo); 4. *Cohesión social* (manifestación de la confianza y respeto entre las personas, forma como las personas valoran la salud).

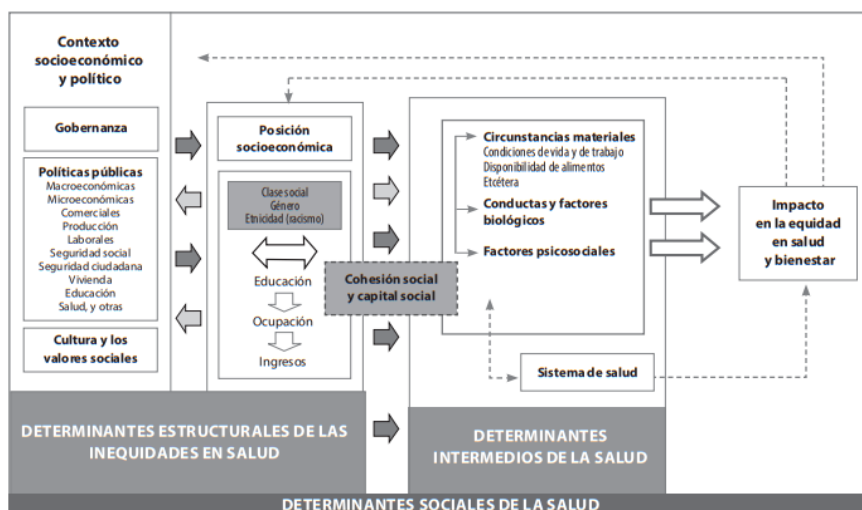


Figura 1. Determinantes sociales de la Salud. Fuente: Solar e Irwin (2010)

Desde ese entonces, en las aproximaciones a los determinantes sociales de la salud, se pueden distinguir tres principales tendencias. La primera es una aproximación *sociopolítica* (centrada en el poder, la política, la economía y los derechos como determinantes sociales clave de la salud); segunda la *psicosocial* (determinantes sociales psicológicamente mediados de la salud de la población); y la tercera aproximación es la *ecosocial* (Krieger, 2011).

De esta manera, en ocasión a lo enunciado por Palomino Moral, Grande Gascón, & Linares Abad (2014), se puede establecer que la salud esta determinada por un conjunto de elementos que operan de manera interactiva entre sí, los cuales son: 1. Organización general de un país, política, sociedad, servicios, equidad, justicia, paz, familia, protección social, etc., 2. Determinantes demográficos, edad media, distribución de los grupos de edad, 3. Determinantes genéticos o biológicos, 4. Determinantes del medio ambiente, 5. Prosperidad, renta, riqueza, 6. Cohesión social, categorías sociales, desigualdades sociales, relaciones familiares y sociales, etc., 7. Sistema educativo, acceso y sus características, 8. Valores, nivel de formación y 9. Sistema de protección sanitaria.

Simultáneamente, estos 9 elementos se relacionan muy cercanamente con los propuestos por Moiso (2011) en sus 15 características de los determinantes sociales, los cuales se mencionan son: 1. Redes sociales de apoyo; 2. Empleo y desempleo – condiciones de trabajo; 3. Ingreso y estatus social – gradiente social; 4. Desarrollo Infantil saludable; 5. Educación, 6. Ambiente social, Práctica de salud personal y

habilidades para cubrirse; 7. Biología y dotación genética; 8. Servicios de salud; 9. Género; 10. Cultura; 11. Estrés; 12. Exclusión social; 13. Adicciones; 14. Alimentación saludable, 15. Transporte.

2.3. ¿Qué se entiende por salud mental?

Entretanto, después de hacer un breve recorrido por la salud y su contextualización por los determinantes sociales como modelo teórico, se abre el espacio para profundizar en una de las categorías de estudio de la presente investigación: la salud mental. Como dice González-Suarez (2009), el término de la salud mental ha sido muy utilizado en los escenarios académicos y profesionales, lo que conduce a una difícil definición, por un lado, por estar relacionado con la aceptación social de los comportamientos, y por otro, por la facultad de provocar respuestas adaptativas de acuerdo al contexto. Por ello, para dar inicio a la construcción conceptual de la categoría “salud Mental”, y continuando con la lógica descrita anteriormente, no se pretende para la siguiente investigación encasillar esta categoría a una sola definición, lo cual resultaría ser atrevido y poco ético en el ejercicio de entender la complejidad del concepto en los tiempos modernos. Sin embargo, en razón de los fines de la presente investigación, se trabajará el concepto de salud mental desde lo dictado en la ley 1616 del año 2013, el cual está enmarcada en el periodo 2010 – 2014 y además es la definición oficial que asume por el Estado colombiano. En razón de esto, en su artículo 1 la define como

Un Estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Art. 3. p. 1)

2.3.1. Aproximaciones al concepto de salud mental.

No obstante, ya dejando clara la postura teórica sobre la cual se va a trabajar el concepto de salud mental para la presente investigación, resulta pertinente hablar sobre otras posiciones teóricas que alimentan la discusión en torno a esta categoría. Por

ejemplo, Acosta de Pérez (2004), entiende que resulta difícil definir el concepto de salud mental por varias causas. Primero, los conceptos (salud y mental) resultan en gran medida de tipo valorativos, haciendo relevancia a la variabilidad que existe entre culturas y sociedades frente a lo normal y lo patológico; segundo, al enfoque psicológico que se ha construido para comprender la salud y enfermedad mental (desde el psicoanálisis, conductista, humanista, cognitivo, modelos médico – psiquiátricos, entre otros), y tercero la construcción de diversos los criterios de evaluación a partir de los modelos explicativos (psicosomáticos, socio-genéticos, entre otros).

Del mismo modo, Macaya Sandoval, et al (2018), perciben que la salud mental tiene grandes problemas epistemológicos en razón de establecer la unión entre salud y mental, partiendo del presupuesto que no existe una definición universal, sino con ideas que han nacido desde diferentes disciplinas (clínicas, sociales, culturales). Por ejemplo, el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América (1994), entiende la salud mental como una “Relación armoniosa y productiva entre el hombre (individuo), el medio ambiente y las instituciones de manera constructiva y tendiente a la justicia y la equidad” (p. 188). Por otro lado, para el mismo año con la Política de la Salud y el Bienestar de la Provincia de Quebec en Canadá, afirma que la salud mental

Es la capacidad que puede tener la persona de utilizar las emociones de manera apropiada en sus acciones (afectividad), de establecer los razonamientos que permitan adaptar sus gestos a las circunstancias (cognición) y de relacionarse de manera significativa con su medio ambiente (relacional). (p. 188)

Por su parte, Acosta de Pérez (2004) comprende que hablar de salud mental es un subsistema del sistema de salud pública, construida como una disciplina de intersección, entre las cuales están la psicología, sociología, neurología, antropología, entre otras. Por ello define la salud mental como “algo” que se construye y reconstruye cotidianamente” (p. 60). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2013) comprende que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Igualmente, el Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (2014) entiende dos aspectos importantes para el estudio de la salud mental: Por un lado está el tipo y

manera de vida que cada ser humano construye, la forma como se percibe, los pensamientos, las emociones, las creencias y demás elementos de análisis tendiendo como sustento explicativos los factores genéticos, congénitos, biológicos, y de la historia de cada ser. Por otro lado, está el factor que la salud mental es una construcción social la cual varía de un contexto a otro. Esto depende de los criterios de clasificación y del entendimiento que cada cultura de al constructo de “normal” y “anormal”. Por último, Rodríguez-Yunta (2016) refiere la salud mental “al bienestar, a la prevención de trastornos mentales y al tratamiento y la rehabilitación de personas afectadas por estos trastornos” (p. 195).

Partiendo de estas confusas aproximaciones y en sintonía con Acosta de Pérez (2004), se puede decir en términos generales que la salud mental comprende las siguientes características: 1. La salud mental tiene una relación con la vida diaria del ser, en función de su modo de pensar, actuar y sentir; 2. Es una expresión que permite armonizar las demandas de la vida; 3. La salud mental implica un estado de conciencia de sí mismo; 4. La salud mental está relacionada con un estado de equilibrio de los diversos estados que conforman al individuo; 5. La salud mental no implica ausencia de enfermedad, sino la capacidad de restablecerse a partir de la crisis que se presente en cotidianidad.

Ahora bien, ya en el contexto colombiano, también se han construido aproximaciones para intentar descifrar lo que se entiende por este constructo. Por ejemplo, el Concejo de Bogotá con el Proyecto de acuerdo 223 de 2004 define la salud mental como “un concepto positivo que hace referencia a condiciones, capacidades, potencialidades y aptitudes”; también como lo concibe la ley 1616 (detalle que ya fue abordado previamente).

Luego de hacer un análisis crítico de estas definiciones, y dimensionando su impacto y el ámbito en las cuales fueron propuestas, Houtman & Kompier (1998), plantearon que el concepto de salud mental tiene cuatro importantes variables a analizar: 1. Un estado (estado de bienestar psicológico y social total de un individuo); 2. Un proceso (de una conducta de afrontamiento), y 3. Un resultado de un proceso y 4. Características de la persona. En este orden de ideas, los autores desarrollan un modelo

de salud mental donde confluyen factores ambientales como factores propios del ser. En la gráfica 1, se observa con mayor detalle la propuesta desarrollada por los autores.

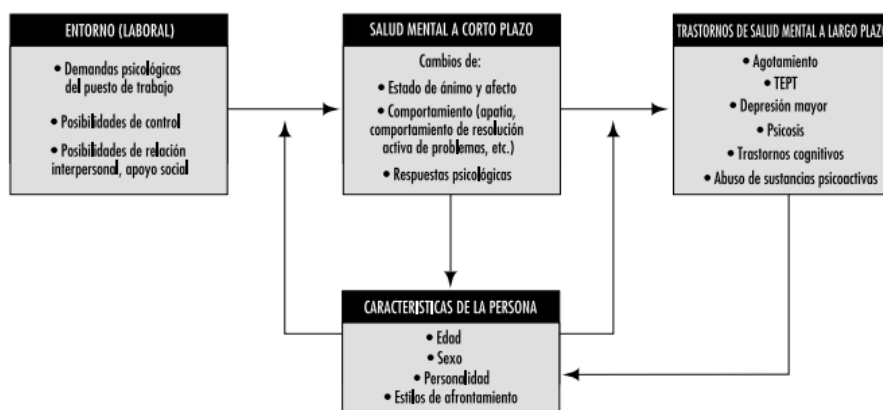


Figura 2. Un modelo para la salud mental. Tomado de Houtman & Kompier (1998).

De esta manera, la salud mental es considerada como una de las premisas de mayor importancia dentro de la calidad de vida de todos los habitantes, fortaleciendo un estado homeostático entre las diferentes dimensiones que caracteriza la naturaleza humana. Siendo así, la salud mental, y más especialmente su atención primaria y los mecanismos de prevención, deben ser los garantes que permitan desarrollar las potencialidades de los habitantes para armonizar la calidad de vida con bienestar de tipo mental. Sin embargo, para los fines de la presente investigación, se asumirá el concepto de salud mental trabajado desde el modelo de los determinantes sociales de la salud, el cual se desarrollará a continuación.

2.3.2. Determinantes sociales de la salud mental

Ahora bien, dentro de las explicaciones dadas anteriormente frente a la importancia que tienen los determinantes sociales a la hora de analizar o entender la dinámica de la salud – enfermedad en el ser humano, nace la iniciativa de establecer los determinantes propios de la salud mental. Adicionalmente, como lo afirma Shim y otros (2014) “los fundamentos sociales de los trastornos mentales son cada vez más reconocidos por la sociedad, pero muy poco estudiados”. Por ello, estos autores ejemplifican en nueve categorías los determinantes sociales de la salud mental (Ver figura 2), los cuales son: 1. Desempleo, 2. Inseguridad alimentaria, 3. Acceso deficiente

y calidad de la atención de salud, 4. Baja educación / desigualdad educativa, 5. Pobreza / bajos ingresos / desigualdad en los ingresos, 6. Barrios pobres /ambientes construidos, 7. Exclusión social / aislamiento social, 8. Inestabilidad de la vivienda, 9. experiencia de vida temprana adversa.



Figura 3. Determinantes sociales de la salud mental. Tomado de Shim y otros (2014).

Partiendo de los determinantes mencionados anteriormente, es importante mencionar cuales serían los determinantes estructurales e intermedios de la salud mental para la realidad colombiana.

2.3.2.1 Determinantes intermedios de la salud mental: De acuerdo a lo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), la OMS establece una tipología de violencia, la cual se estructura de la siguiente forma

Tabla 1.
Tipología de violencia (según la OMS, 2015)

Tipo de violencia	subcategorías
Violencia auto-flingida	comportamiento suicida autolesiones
Violencia interpersonal	violencia familiar o de pareja violencia comunitaria
Violencia colectiva	violencia social violencia política violencia económica

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2015)

De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014), la violencia interpersonal fue el tipo de violencia con mayor número de casos reportados en el periodo de observación, con una leve alza en los años 2012 y 2013 por cada 100.000 habitantes. Los departamentos que presentaron aumento por este tipo de violencia fueron: Magdalena, Santander, Guaviare, Atlántico, Quindío, Meta, Cesar, Huila, Nariño, Casanare, Amazonas, Cundinamarca, Bolívar, Valle del Cauca, La Guajira, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Tolima, Chocó, Putumayo, Vaupés, Córdoba, Risaralda y Sucre.

De igual forma, le sigue el delito de homicidios con una tendencia al descenso, al igual que la violencia intrafamiliar. A partir de lo observado en la tabla 2, se evidencia que solamente en ese periodo, y según cifras de este organismo, 931.534 personas fueron víctimas de cualquier modalidad de violencia descritas anteriormente, enmarcadas dentro de los determinantes intermedios de la salud mental.

Tabla 2

Número de casos de violencia reportados en el periodo 2010 – 2014.

	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Violencia interpersonal	145.184	152.865	155.507	158.798	134.552	746.906
Homicidios	17.459	16.554	15.727	14.294	12.626	76.600
Violencia Intrafamiliar	13.731	14.211	12.173	9.708	10.402	60.225
desapariciones	7.458	8.053	7.998	7.690	7.262	38.461
Suicidios	1.864	1.889	1.901	1.810	1.878	9.342

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2014)

2.3.2.2. Determinantes estructurales de la salud mental. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), estos son los determinantes estructurales de la salud mental para Colombia: educación, analfabetismo, tasa de desempleo, la desigualdad. En la tabla 3 se observan algunas cifras en torno a dos determinantes estructurales: el desempleo y el analfabetismo. En razón de la tasa de desempleo, se observa una tendencia al descenso durante el periodo de observación, al igual ocurrió con el analfabetismo.

Tabla 3
Tasa de desempleo y de analfabetismo en el periodo 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Tasa de desempleo	11.8%	8.5%	3.7%	7.7%	5.2%
Analfabetismo	6.63%	6.42%	6.50%	6.27%	5.80%

Fuente: construcción propia, tomando el balance de resultados 2015 del Departamento Nacional de Planeación

2.4. Salud mental y Salud Pública

Ahora bien, la salud pública, vista como una ventana política desarrollada dentro del contexto histórico del siglo XVIII, ha tenido una condición implícita de responsabilidad en la dirección de proteger los bienes jurídicamente tutelados por la ley penal de todo ciudadano, la cual comprendió la importancia del impacto que tiene la salud mental dentro del desarrollo integral de la persona. Como lo afirma Galende (2008) para que una política en salud mental tenga éxito, debe estar incluida en la agenda política del gobierno teniendo en cuenta los siguientes lineamientos: 1. El diseño de una política de salud mental debe responder a una decisión política de orden nacional, la cual debe hacer parte de las políticas sociales y orientadas a las metas de un país; 2. Esta política debe estar dirigida al cubrimiento total de la salud mental (estructura de los servicios, criterios de atención, recurso humano); 3. Una política de salud mental debe integrar a toda la población bajo los mismos estándares de valoración (objetivos comunes en su atención), 4. Una política en salud mental debe articular acciones de diversos sectores que integra el sistema de salud.

Por ello, con la ley 1616 expedida en el año 2013 (mencionada anteriormente) las políticas públicas en salud mental conducen, como lo menciona Henao y otros (2016) a mejorar la calidad de vida, el bienestar y el desarrollo humano. De igual forma, los autores mencionan que dentro de los alcances de las políticas públicas en salud mental permite definir las metas que serán alcanzadas, determinan las responsabilidades, funciones y actividades de los diferentes actores, de acuerdo al nivel y a las competencias que cada una tenga.

Por consiguiente, de acuerdo a lo expuesto por Restrepo & Jaramillo (2012), la salud mental es sin lugar a duda un tema prioritario en el marco de la salud pública, el cual ha tenido a lo largo de la historia del siglo XX cuatro enfoques para su explicación, los cuales son: 1. concepción biológica de la salud mental, 2. concepción conductual de la salud mental, 3. concepción cognitiva de la salud mental y 4. concepción socioeconómica de la salud mental. A continuación se explican cada una de ellas.

2.4.1. Concepción biomédica de la salud mental.

Esta concepción aborda que el concepto de mente está determinada por procesos biológicos, definiendo la salud mental como la ausencia de trastornos mentales, mediados por los criterios de diagnóstico del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y del CIE (Clasificación Internacional de las enfermedades). Por ello, a partir de este enfoque, la intervención que se hace a nivel profesional está direccionada hacia los trastornos mentales haciendo uso de diversas formas de tratamiento. En la actualidad, en la práctica clínica se utilizan el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) y el CIE-10 (Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 2003). Para el mes de junio del 2018, la OMS lanzó la versión número 11 del CIE, la cual entrará en vigencia a partir del mes de enero del año 2022.

2.4.2. Concepción conductual de la salud mental.

En este enfoque se caracteriza por la superación del uso del término “mente” y es sustituido por el de “conducta”. Es así como este enfoque conductual entiende la salud mental como la forma de adaptarse el sujeto al contexto y al sistema productivo. Las alteraciones en la salud se deben al proceso de desadaptación, desajustes en el hábito del sujeto, manifestándose en respuestas indeseables o inaceptables. En el contexto de la intervención, se hace énfasis en la prevención, enseñando a los sujetos herramientas orientadas hacia el fortalecimiento de un repertorio conductual adaptativo al ambiente.

2.4.3. Concepción cognitiva de la salud mental

Por otro lado, esta noción va en una ruta completamente diferente a las expuestas anteriormente, ya que la mente es entendida como procesos cognitivos (no observables

directamente) siendo un determinante para la entender la manera como las personas actúan, piensan y sienten. Por ello, este enfoque entiende la salud mental como la capacidad racional que tiene una persona de adaptarse. Por otro lado, esta concepción cognitiva define la enfermedad mental como aquellas características distorsionadas y/o irracionales del pensamiento y de las emociones que conducen a la aparición de perturbaciones en el comportamiento. A raíz de esta concepción de la enfermedad mental, su intervención está más relacionada con cambiar esas formas de pensamiento disfuncionales que aquejan al ser, con un enfoque netamente preventivo.

2.4.4. Concepción socioeconómica de la salud mental

Por último, esta concepción entiende que la mente no es solamente una construcción orgánica, es una formación dinámica emergente producto de las interacciones sociales y de las condiciones objetivas de existencia. Dentro de esta óptica, la salud mental es concebida como una fusión con los Derechos y desarrollo humano, reunida en los modos y en las condiciones de vida. Su intervención está direccionada hacia la construcción de ambientes saludables que permitan la elección de condiciones de vida, con un énfasis muy importante en la promoción de la salud.

Estas concepciones muestran un andamiaje de diversos factores que permiten tener una mirada más holística al fenómeno de la salud mental, evidenciando que justamente otros escenarios explicativos permiten dar argumentos claros y lógicos frente al adecuado proceso de intervención, evaluación y seguimiento para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

2.5. Salud mental para Colombia. Algunas cifras.

Las cifras que reportan algunos estudios desarrollados dentro del contexto colombiano resultan ser no prometedoras con la causa, dejando una preocupación de índole de salubridad para las autoridades competentes. Sin embargo, antes de mencionar estas cifras, resulta importante resaltar lo mencionado por Posada (2013) al afirmar que a nivel mundial la carga de enfermedad mental pasará de un 10.5 % al 15% para el 2020, mayor que por ejemplo las enfermedades cardiovasculares. Por ello, resulta importante conocer la epidemiología de la salud mental para Colombia y sus diversas implicaciones. Según Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossae (2009), en Colombia se han realizado varios estudios de salud mental. El primero fue en el año

1993 denominado “Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas”, donde fueron utilizados los siguientes instrumentos: 1. la escalas de Zung y 2. el cuestionario de auto-notificación, utilizando el DSM III; el segundo se llevó a cabo en el año 1996 sobre “consumo de sustancias psicoactivas”; el tercero fue en el periodo 2000 – 2001 evaluando la depresión, utilizando la versión revisada del módulo de depresión de *Composite International Diagnostic Interview – CIDI*; luego en el 2003 el Ministerio de la Protección Social de Colombia realizó el Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS.

En relación a los resultados presentados en el año 2003, vale la pena mencionar que este estudio permitió establecer relaciones entre la salud mental con variables socioeconómicas, más allá de los lineamientos epidemiológicos, para la reformulación de la política Nacional de Salud Mental propuesta en el año de 1998, y a su vez proponiendo los “lineamientos de política de Salud Mental para Colombia”, los cuales fueron: 1. Organización de los servicios de salud mental; 2. Provisión de servicios; 3. Inclusión social; 4. Recursos humanos; 5. Vigilancia de eventos y servicios de salud mental; 6. Investigación en salud mental (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012).

En este orden de ideas, de acuerdo al ministerio de Protección social (2003) estos son algunos datos que se obtuvieron en el estudio: 1. 40.1% de la población colombiana (18 a 65 años) comprometida con al menos un trastorno psiquiátrico diagnosticado; 2. Trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); 3. Trastornos del estado de ánimo (13,3 %); 4. Trastornos por control de impulsos (9,3 %); 5. Los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %).

Consecuentemente, según el estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud de Colombia (2015), las siguientes cifras son algunos de los datos de mayor significancia: 1. La población adolescente junto con las mujeres resultan ser las más vulnerables; 2. Se encontró frente al intento de suicidio (2,1% en hombres; 2,9% en mujeres). Ideación Suicida (5,7% en hombres, 7,4% en mujeres); 3. El 11,6 % de los adolescentes manifiestan 3 o 4 síntomas de ansiedad, siendo un poco mayor en mujeres; 4. En los adultos de 18 a 44 años el 6,7 % de tienen 5 o más síntomas de ansiedad, el 4,17 % 7 o más síntomas de depresión, el 1,2 % síntomas sugestivos de convulsiones o epilepsia y un 7,1 % síntomas sugestivos de algún tipo de psicosis; 5. El 29,3 % de los adolescentes ha estado expuesto a una experiencia potencialmente traumática, de estos el 88,1 % consideran que el evento le ha causado un trauma psicológico; 6. El 12,5 % de los

adultos entre 18 y 44 años y el 11,5 % de 45 años y más reportan la exposición a más de un evento traumático

¿Qué hay de similitud en los dos últimos estudios 2003 y 2015? Se podría decir que en ambos estudios hay una direccionalidad muy acertada en materia de entender a la salud mental como un referente no tanto epidemiológico, sino multifactorial, causado en su gran mayoría por factores sociales. El tema del conflicto armado colombiano, y el listado infinito de consecuencias que ha dejado este flagelo social en la historia de la población colombiana, va más allá de los indicadores epidemiológicos que brindan los reportes mencionados, ya que las reacciones que clínicamente se describen como por ejemplo “estrés postraumático”, son merecedoras de ser entendidas como reacciones lógicas con un alto componente emotivo y de mucho significado para el que lo está viviendo. Lo más interesante de todo, es que la población colombiana ha demostrado en su condición de supervivencia, la capacidad de “resiliencia”, capacidad que realmente va más allá de los manuales clínico y que en verdad se manifiesta a una respuesta del ser humano por recuperar lo perdido.

Esta realidad resulta no ser ajenas a lo que varios organismos internacionales, como lo es la Organización Mundial de la Salud han encontrado en sus diversos estudios a nivel mundial en los últimos años. En función de esto, Posada (2013) afirmó que

Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales: segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa) y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo (p.1).

De orden epidemiológico, y continuando con Posada (2013) las mujeres resultarían ser la más propensas a presentar trastornos del estado de ánimo o trastornos de ansiedad, mientras que los hombres tienen mayor probabilidad de padecer trastornos relacionados con el control de impulsos. Con estos datos, se puede concluir que la población colombiana está inmersa en serios factores que comprometen la salud mental. Factores como el conflicto armado, la violencia cotidiana, la injusticia, la inequidad en la prestación de servicios, entre otros, pueden ser algunos de los factores que permiten la maximización de síntomas que aquejan el bienestar integral del ser (de acuerdo a lo presentado por la OMS y por el Congreso de la República de Colombia).

Continuando con lo expuesto arriba, Rondón (2006) manifiesta que la falta de salud mental reprime al libre desarrollo de las personas, impidiendo la superación de dificultades, en el cumplimiento de un proyecto de vida, a falta de productividad y algo muy importante: falta de compromiso cívico con la nación, causando dinámicas sociales tales como la pobreza, violencia, incapacidad para desarrollar el ejercicio de la democracia y de proyectar el bien común. Es así como Caba (1990) afirmó que

La salud no es opuesta a la enfermedad. El concepto de salud es inseparable de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y de la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo. La salud y la enfermedad no deben concebirse como conceptos estrictamente biológicos e individuales y se deben formular como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas”.

Para dar un mayor sustento empírico a los argumentos anteriormente presentados, a continuación, se mostrarán algunas cifras relevantes para el periodo de estudio (2010 – 2014), dando lugar específicamente al apartado estadístico, donde se presentaron diferentes tasas y porcentajes durante este periodo en diferentes regiones del país, los cuales tuvieron relación con trastornos mentales y problemas en la salud mental de las personas. Considerando que el aumento epidemiológico con la alta prevalencia en las alteraciones de salud mental se relaciona con diferentes aspectos de transición en la salud, dando lugar a un problema de gran magnitud en la salud pública y, por ende, en aumento en cifras y discapacidad en los colombianos (Kessler, Aguilar, y Sampson, 2012).

2.5.1. Índices de salud mental para el periodo de estudio en Colombia

Para el año 2010 se determinó a escala mundial, que las enfermedades mentales y el consumo de SPA estaban causando un gran impacto negativo en la vida de las personas, ya que representaban el 7,4 de los años de vida referidos a alguna discapacidad mental. Allí se encontró que la mayor parte de la población afectada correspondía a adolescentes y adultos jóvenes, generando un cambio a nivel porcentual, ya que al tener en cuenta la fase de desarrollo en la que se encontraban dichas personas, estaban más propensas a ser estigmatizadas y/o discriminadas por parte de sus pares. Por ende, tendían a consultar menos los servicios de salud mental o en su defecto se

abstenían de recibir algún tipo de tratamiento, generando una desventaja en la obtención de datos generales en la presencia de los diferentes trastornos que se podrían estar presentando en el momento (Encuesta de Salud Mental, 2015).

Para corroborar lo anteriormente mencionado, se realizaron algunos estudios donde se relacionaron la ingesta de SPA con el aumento en la probabilidad de presentar trastornos como la depresión mayor, el consumo de cannabis con comorbilidad de estrés postraumático y el consumo de algún tipo de medicamento no formulado con la presencia del trastorno de pánico. La OMS para el año 2010 determinó el riesgo que se estaba presentando en Colombia, teniendo en cuenta que gran parte de la población entre los diferentes rangos de edad, se dedicaba a la ingesta de algún tipo de sustancia legal o ilegal, aumentando la presencia de dificultades en la salud mental a corto o a largo plazo; El 11,3% de la población entre 15 y 24 años se dedicaban al consumo de algún tipo de sustancia, el 12,2% correspondían a edades entre los 25 y 39 años, el 13,3% entre los 40 y 54 años, el 13,6% hacían referencia a la población de adulto mayor, con edades entre 55 y 69 años (Encuesta de Salud Mental, 2015).

Adicional a lo anterior, en el año 2010 se presentó un incremento en la tasa de salud mental en una de las ciudades más grandes de Colombia (por ejemplo, Medellín). En dicho análisis porcentual, se logró evidenciar que las diez causas más frecuentes en consulta externa estaría relacionadas al padecimiento de trastornos mentales y del comportamiento en la población (Kessler, Aguilar, Sampson, 2012).

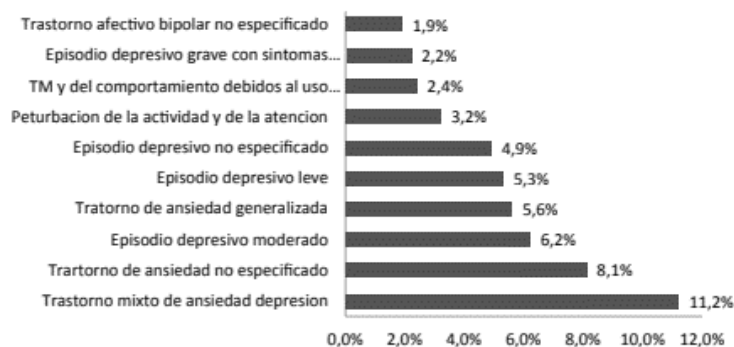


Figura 4. Aumento de casos de consulta externa por salud mental en Medellín, 2010. Imagen tomada del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012.

Teniendo en cuenta la presente figura, se puede observar que para el año 2010, los diez motivos de consulta externa más frecuentes en la ciudad de Medellín estaban relacionados a trastornos mentales y del comportamiento, ocupando entre el total de

casos recibidos para la atención en salud, el 51,0%. Adicional a ello, se puede identificar que los trastornos de mayor prevalencia eran el trastorno mixto de ansiedad depresión con 11,2% y el trastorno de ansiedad no especificado con un porcentaje de 8,1%. Posterior a estos se encontró episodio depresivo moderado con un porcentaje de 6,2%, y continúa disminuyendo secuencialmente 7 trastornos mentales y del comportamiento más, que se presentaron en menor frecuencia durante el mismo periodo de tiempo (Kessler, Aguilar, Sampson, 2012)

Por otra parte, en materia de primeras causas de hospitalización por trastorno mental, en la figura 5 se puede observar que el motivo más frecuente de hospitalización en Medellín durante el año 2010 correspondió al padecimiento de algún trastorno mental y del comportamiento en consecuencia del consumo de cocaína, ocupando el 11,8% sobre el total de los casos presentados; en segundo lugar se encuentra el trastorno mental orgánico o sintomático no especificado con un 8,4% al igual que el trastorno mental debido al uso de sustancias psicoactivas y continúa decreciendo secuencialmente 7 trastornos mentales y del comportamiento más, que se presentaron en menor frecuencia durante el mismo periodo de tiempo (Kessler, Aguilar, Sampson, 2012).



Figura 5. Primeras causas de hospitalización por trastorno mental y del comportamiento Medellín, 2010. Imagen tomada del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012.

Ahora bien, en la figura 6 se puede observar que, sobre el total de los casos presentados en la atención de servicios de urgencia en Medellín, las diez primeras causas hacen referencia a trastornos mentales y del comportamiento, ocupando el 58,0% sobre del total de los casos. También se establece que los trastornos más frecuentes en el servicio de urgencias son: ansiedad no especificada con un 14,2%, el trastorno mixto de

ansiedad y depresión con un 11,3% e intoxicación aguda por consumo de alcohol (Kessler, Aguilar, Sampson, 2012).



Figura 6. Primeras causas de atención en los servicios de urgencias por trastorno mental y del comportamiento en Medellín, 2010. Imagen tomada del Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012.

2.5.2. Índices de depresión en población colombiana 2009-2015

La depresión ha sido por excelencia, la enfermedad con mayor interés para la comunidad académica y científica. La depresión, según el Ministerio de Salud (2017), se ha tornado un problema para la salud pública debido al impacto que genera en la persona.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) ha venido realizando diferentes estudios respecto a los reportes presentados en las atenciones por depresión en el País, identificando un incremento en la tasa del diagnóstico por depresión en la población colombiana dentro de los años 2009-2015 (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017). Sin embargo, se tendrán en cuenta los años del 2010 al 2014, ya que es el tiempo en el cual se está realizando el presente estudio.

Tabla 4.

Número de personas atendidas por depresión en Colombia (CIE10 F321, F322, F323), de 2009 a 2015.

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Depresión moderada						
17.711	18.534	21.633	26.860	28.467	38.638	36.584
Depresión grave sin síntomas psicóticos						
4.703	4.801	6.647	6.499	6.879	20.111	8.385
Depresión grave con síntomas psicóticos						
3.311	3.100	3.963	4.755	2.546	3.137	3.131

Fuente: Ministerio de Salud de Colombia (2017).

Teniendo en cuenta la presente tabla, se puede decir que, las personas atendidas por depresión moderada, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos, fueron presentando un incremento notable en los motivos de consulta durante los años de estudio (2010-2014), Sin embargo, se observa que, la depresión moderada fue la que mayor incremento obtuvo en comparación con las otras dos, y la depresión grave con síntomas psicóticos fue la que se dio en menor cantidad de casos (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017)

La depresión moderada pasó de 2010 con 18.534 de personas atendidas a 2014 con 38.638 casos; de igual manera sucedió con la depresión grave sin síntomas psicóticos, donde se observa que durante el año 2010 se recibieron 4.801 casos y este incrementó en gran proporción (20.11) para el 2014. Por último, la depresión grave con síntomas psicóticos en 2010 estuvo en 3.100, aumentó en los años 2011 y 2012 con 3.963 y 4.755, pero en el año 2013 disminuyó casi la mitad (2.546) para en el año 2014 presentar un incremento de 3.137 (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

Ahora bien, en relación con el número de hombres y mujeres atendidos por depresión moderada, y partiendo de lo presentado anteriormente, se puede decir que hubo mayor presencia de casos de depresión morada en mujeres (70.4%) en comparación con los hombres (29.6%); esto teniendo en cuenta la cantidad de casos por año y el aumento de los mismos hasta el año 2014 (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017). Ahora bien, en relación al

lugar (departamentos) donde se reportaron los casos, los primeros lugares están en las ciudades de valle del cauca, Bogotá y Antioquia

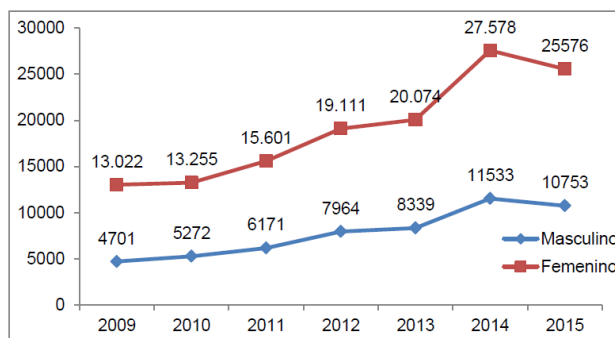


Figura 7. número de hombres y mujeres atendidos por depresión moderada periodo 2009 – 2005. Imagen tomada de Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (2017)

Por otra parte, En la figura 7 se encuentran las edades de las personas que fueron atendidas por casos de depresión moderada, grave sin síntomas psicóticos y grave con síntomas psicóticos en Colombia durante los años 2009 al 2015 (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

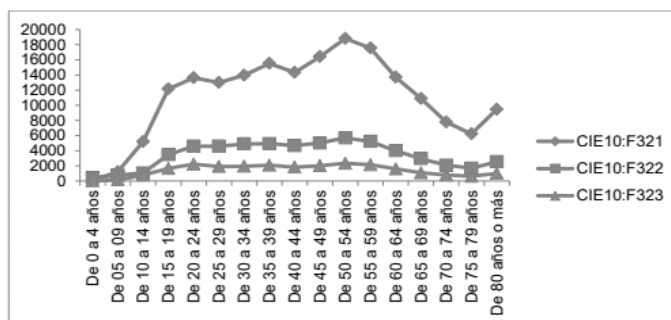


Figura 8. Edades de las personas que fueron atendidas por casos de depresión moderada. Imagen tomada de Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (2017)

Se puede observar que, a medida que va incrementando el rango de edad de las personas, así mismo va aumentando la tendencia de los casos atendidos, adicional a ello se puede decir que, en el caso de la depresión moderada, se presenta un pico en el rango de edad de 50-54 años en la gráfica y posterior a ello la tendencia de la gráfica tiende a disminuir para luego volver a incrementar en el rango de edad de 75 años en adelante. Adicional a ello, los casos de depresión grave sin síntomas psicóticos presentaron pico en edades de 50 a 54 años de edad y, por último, en los casos de depresión grave con síntomas psicóticos, la gráfica presenta dos picos en edades de 20 a 24 años y de 50 a 54

años (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

Ahora bien, en relación al número de niños, niñas y adolescentes atendidos por casos de depresión moderada en Colombia en el periodo 2009-2015, no se encontró evidencia de casos atendidos de niños(a) entre 0-4 años de edad por depresión moderada en el periodo de tiempo, por otro lado, los niños de 5 a 9 años de edad durante los años 2009, 2010 y 2011 no habían sido atendidos a causa de dichos trastornos, pero para el año 2012 se evidencia en el aumento de la tendencia de la gráfica, la presencia de dichos casos. Finalmente, en NNA de 10 a 14 años de edad, se puede observar que para el año 2010 se empiezan a atender casos por depresión moderada, aumentando cada vez más y en 2014 ya se habían atendido alrededor de 1500 casos (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

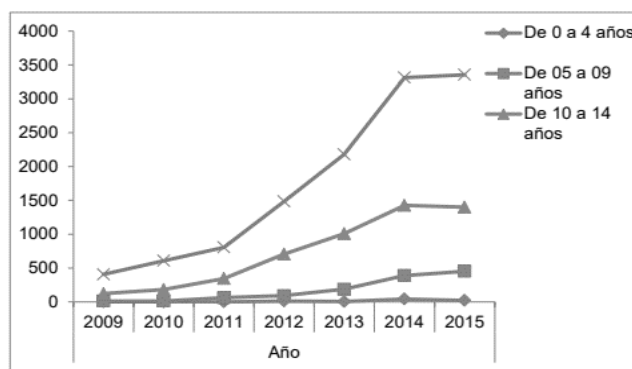


Figura 9. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por casos de depresión moderada en Colombia en el periodo 2009-2015. Imagen tomada de Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (2017)

Cambiando de escenario, a continuación, se exponen los números de personas atendidas por depresión moderada por departamentos en Colombia durante los años 2009 – 2015. (2009-2015) Teniendo en cuenta la tabla 5, se puede observar que, uno de los departamentos del país con mayor número de casos atendidos por depresión independientemente del tipo de depresión, fue Antioquia, que para el 2014 contaba con 16.254 casos, le sigue Bogotá con 4.827 casos atendidos para el 2014 y luego Valle del Cauca con 2.473 casos en el mismo año. Otros departamentos como Quindío, Santander, Atlántico y Nariño sobresalen en la cantidad elevada de casos atendidos, pero estos cuentan con tipos específicos de depresión (Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, 2017).

Tabla 5
Número de personas atendidas por depresión moderada por departamentos en Colombia (2009-2015)

Departamentos	Año						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	1	1	5	4	5	11	12
Antioquia	7.563	7.948	7.458	10.344	11.191	16.254	15.250
Atlántico	322	235	300	467	581	638	948
Arauca	2	2	19	20	14	42	65
Bogotá, D.C.	2.456	2.479	3.256	4.174	4.498	4.827	5.199
Bolívar	213	168	174	316	261	519	663
Boyacá	129	183	276	326	277	360	382
Caldas	573	576	488	776	899	1.213	1.371
Caquetá	71	52	52	196	267	322	338
Cauca	71	117	183	335	407	306	262
Cesar	73	43	98	81	91	167	168
Córdoba	232	165	188	223	254	153	113
Cundinamarca	247	384	454	533	670	921	1.023
Chocó	3	3	9	8	21	28	43
Guainía			2	3	2	3	4
Guaviare	2	5	6	9	18	26	11
Huila	235	318	627	506	152	155	254
La Guajira	12	16	22	26	72	116	84
Magdalena	118	50	77	122	120	163	112
Meta	263	176	521	859	853	871	491
Nariño	210	372	493	700	1.029	1.507	1.430
Norte de Santander	177	108	156	167	244	371	305
Quindío	678	1.440	1.767	1.391	1.432	1.566	1.511
Risaralda	1.661	984	728	1.119	1.022	957	823
Santander	991	920	1.179	1.289	1.220	1.515	1.754
Sucre	27	18	41	49	89	124	92
Tolima	285	269	313	493	327	521	473
Valle del Cauca	964	698	1.188	1.425	1.719	2.473	2.546
Casanare	64	99	216	174	148	141	378
Putumayo	10	12	31	50	81	148	124
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina		1	2	4	8	6	4
Vaupés					1	3	1
Vichada		4	4	2	6	4	2
Totales	17653	17846	20333	26191	27979	36431	36236

2.5.3. Tasas de mortalidad en Colombia a causas de trastornos mentales 2012

En el Análisis de Situación de Salud Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia (2014), se realizó un estudio estadístico donde se presentaron datos correspondientes entre los años 2005- 2012, mediante un registro de 836 muertes a causa de trastornos mentales y del comportamiento, dando un promedio anual de 104,5 muertes con desviación estándar de 51; teniendo en cuenta dichos datos, se estableció que la tasa de mortalidad por trastornos mentales aumentó en un 1,1% del 2005 al 2012, ya que en el 2005 se presentaba en 0,14 y al pasar al 2012 incrementó el 0.36 por 100.0000 habitantes.

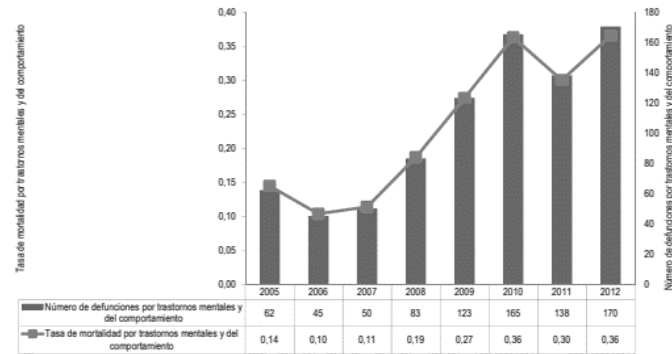


Figura 10. Tasas de mortalidad en Colombia a causas de trastornos mentales 2012. Imagen tomada de Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia (2014).

Teniendo en cuenta la presente gráfica se puede observar que, en los años 2010, 2011 y 2012 se presentó un alto incremento en el número de defunciones a causa de trastornos mentales y del comportamiento en la población colombiana. Sin embargo, se evidencia una variación entre dichos años, ya que en 2010 el número de defunciones correspondió a 165 casos, con tasa de mortalidad de 0,36 en contraste con el año 2011, donde se presentó un decremento de casi la mitad, siendo 138 el número de defunciones y 0,30 la tasa de mortalidad; sin embargo, en el año 2012 la cifra vuelve a incrementar en mayor proporción, con un número de defunciones de 170 con tasa de mortalidad de 0,36 (ASIS, 2014)

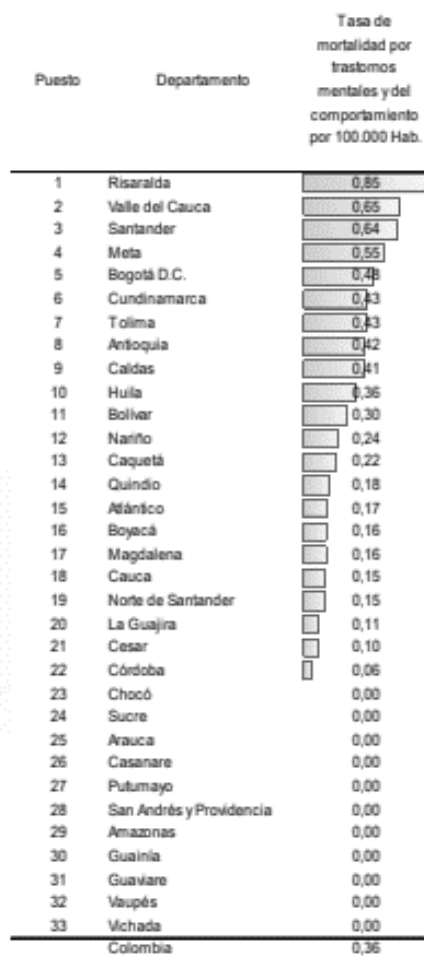


Figura 11. Distribución de la tasa de mortalidad por trastornos mentales en Colombia 2012. Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia (2014)

En la presente figura se pueden observar los datos respecto a la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, en los diferentes departamentos de Colombia, siendo Risaralda el Departamento con mayor índice de mortalidad con un 0,85, le sigue Valle del Cauca con un 0,65, Santander con 0,64. Meta con 0,55 Bogotá con 0,45 Cundinamarca 0,43 Tolima con 0,43 Antioquia con 0,42 Caldas con 0,41 Huila 0,36 Bolívar 0,30 Nariño 0,24 Caquetá 0,22 Quindío 0,18 Atlántico 0,17 Boyacá 0,16 Magdalena 0,16 Cauca 0,15 Norte de Santander 0,15 la Guajira 0,11 Cesar, 0,10 y Córdoba con un 0,06. En sectores como, Chocó, Sucre, Arauca, Casanare, Putumayo, San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no se presentó mortalidad a causas de trastornos mentales y del comportamiento (ASIS, 2014)

Teniendo en cuenta que las figuras anteriores hacen parte de una muestra de 100.000 habitantes ubicados en diferentes zonas del país, ASIS (2014), sostiene que, el indicador

presenta un nivel de confianza del 95% en comparación con el indicador nacional, es decir, que las diferencias son mínimas en comparación con el análisis a nivel general.

2.5.4. Tasa de mortalidad en niños y adolescentes en Colombia en 2013

En base a diferentes estudios donde la tasa de mortalidad en niños y adolescentes en consecuencia de alguna patología mental, se acercaba al 95% de los casos, y los intentos suicidas en adolescentes cada vez aumentaban en mayor proporción, en 2013 en Colombia se lanzó un boletín epidemiológico presentando la tasa general de suicidios en los últimos cinco años, ésta se mantuvo entre 4 y 4,1; pero al compararla con los casos correspondientes a NNA de 5 a 18 años, pasó de 1,57 en 2008 a 1,75 en 2012, esto teniendo en cuenta aproximadamente 18 casos. En agosto de 2013, hubo alrededor de 109 suicidios en NNA de 5 a 17 años de edad, en los que en sólo 2 casos fueron niños de 5 a 9 años, por ende, es necesario investigar las causas que están generando el cometimiento de conductas suicidas en la población adolescente, ya sea desde el estudio de factores de riesgo ambientales y/o individuales (trastornos mentales) que puedan estar aumentando la probabilidad de ocurrencia (Instituto Nacional de Medicina legal, 2013).

2.5.5. Índices de salud mental en adultos mayores 2014 en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias, decidieron implementar en Colombia la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento, denominada “SABE” para Colombia de 2014-2015, la cual tuvo como fin determinar mediante la evaluación y adecuada exploración de campo, las diferentes variables sociodemográficas y de salud que interactúan y hacen parte de las causas del envejecimiento en la población colombiana; los resultados arrojados por la encuesta tuvieron una prevalencia global en características comprendidas de abuso como: psicológico, físico, verbal, y de explotación financiera, estos dando un porcentaje de 12,9% (IC95%:11.3%-14.7%), por otro lado, presentando un grado de diferencia mínimo al anterior, estuvo la negligencia con un 9,2% (IC95%: 8.0%-10.6%) (Observatorio Nacional de Salud Mental ONSM Colombia (2017)).

Adicional a lo anterior, la misma encuesta arrojó datos relacionados a la prevalencia global del deterioro cognitivo de un 17, 5% en población adulto mayor en Colombia para dicha fecha, dando a conocer que a mayor edad mayor prevalencia de deterioro cognitivo, y determinó que se presentó mayor prevalencia en mujeres que en hombres, por otro lado, señaló que la prevalencia global de demencia correspondía al 9,4%(IC95%:7.7- 11.4) y esta aumentaría progresivamente con la edad, por otro lado, un reporte emitido por el DANE, en Colombia se presentó durante el periodo de 2005 al 2015 (tiempo en el cual se encuentra inmersa la presente investigación 2010-2014), alrededor de 2.154 muertes por consecuencia de trastornos mentales y del comportamiento; sobre el presente número de casos, de identificó una tendencia ascendente de la tasa de suicidios durante los últimos tres años (Observatorio Nacional de Salud Mental ONSM Colombia. (2017).

2.6. Salud mental y bienestar subjetivo.

Después de abordar algunos elementos centrales de la teoría de salud, y en especial de la salud mental, surge como punto de anclaje la necesidad de entender si en verdad la salud mental no puede superar los linderos que la misma historia le ha concedido, o por si el contrario existe una condición humana más allá de lo patológico para entender ese estado de bienestar propio del ser humano. Al analizar esto, se está haciendo especial énfasis a lo que se conoce como la felicidad o bienestar subjetivo. Es por ello que la felicidad toma un papel preponderante en la construcción de los imaginarios del ser en torno a la formación del yo y su conexión con el mundo real. Toda aquella persona que representa en su comportamiento nociones de bienestar subjetivo, seguramente será una persona que proyecte una imagen segura de sí mismo(a), preparada hacia sí mismo (a) y hacia la comunidad. Pero, ¿Qué es felicidad?

Antes de entrar en materia del concepto, se hace importante como se concibe la felicidad a nivel mundial. Por ejemplo, en materia estadística, en los últimos tiempos se ha venido tejiendo en las redes sociales y en los ámbitos cotidianos estudios o rankings sobre qué país es el más feliz del mundo. Algunos llegan a considerar que los países del cono sur pueden ser los más privilegiados. En cambio, otros consideran que los nórdicos o de aquellos países cerca a los polos no tienen nada para ser felices. Pues bien, según algunos estudios, estas apreciaciones pueden terminar siendo falsas en torno a los

resultados obtenidos a nivel mundial. Por ejemplo, de acuerdo con el Índice Mundial de la Felicidad de la ONU (2018), los países nórdicos (Finlandia, Noruega y Dinamarca) ocupan los primeros puestos del ranking, con un índice de 7,632, 7,594 y 7,555 respectivamente. A nivel suramericano, Chile ocupa el puesto 25 (6,476), seguido de Brasil puesto 28 (6,419), Argentina puesto 29 (6,388), Uruguay puesto 31 (6,379), Colombia puesto 37 (6,260), Ecuador puesto 48 (5,973), Bolivia puesto 62 (5,752), Paraguay puesto 64 (5,681), Perú puesto 65 (5,663) y Venezuela puesto 102 (4,806). Dentro de los indicadores utilizados por la ONU para la medición de la felicidad están el ingreso per cápita, el bienestar social, la salud y esperanza de vida saludable, la libertad social de tomar decisiones vitales, la generosidad y la ausencia de percepción de la corrupción, según el equipo de redacción de la BBC Mundo (2018).

Paralelamente, según datos de Gallup, WIN y el centro de la consultoría (2018; citados por el diario El Tiempo, 2018), entre 55 naciones, Colombia ocupó el segundo puesto como el país más feliz del mundo. El barómetro utilizado en este estudio se basa en términos netamente económicos. Los argumentos que soportan esta posición son las siguientes: 1. Los jóvenes son más felices que las personas mayores, 2. Las personas que tienen altos ingresos son más felices que aquellos que no lo tienen, 3. Los estudiantes y trabajadores son más felices que los desempleados y pensionados.

Partiendo de estas cifras y de las posiciones que ocupan los países según el tipo y fuente del estudio, ¿Qué se entiende por felicidad? De acuerdo con Godoy Areaya (1995), Aristóteles desarrolló su teoría sobre la felicidad en sus tratados éticos: la *Ética nicomaquea* y la *Ética eudemia*. Dentro de estos tratados, Aristóteles concibe la felicidad como un fin en sí mismo con una cualidad de autosuficiente, como un fin supremo (Cervera Tort, 2012), no como medio para alcanzar otras cosas. Es en razón de esta premisa que vale la pena rescatar lo que para este autor griego escribió en la primera parte del tomo I de la metafísica, cuando afirma que “Todos los hombres por naturaleza desean saber. Señal de ello es el amor a las sensaciones. Éstas, en efecto, son amadas por sí mismas, incluso al margen de su utilidad y más que todas las demás, las sensaciones visuales” (p. 69). Es así como la felicidad es entendida, desde la óptica aristotélica, como un fin que no depende de otros, sino de sí mismo, como una característica de la naturaleza del hombre. Godoy Areaya (1995) comenta que “la felicidad consiste en la perfección de la obra propia del hombre durante una vida completa. Siendo ella lo mejor, incluye lo bello y placentero, y exige un suplemento de

prosperidad, la posesión de bienes (p. 290)". Esta reflexión conduce a entender que, desde una postura aristotélica, la felicidad marca un estado de satisfacción, un estado de plenitud y de completo desarrollo del ser (Margot, 2007). Por ello Aristóteles se casó con una concepción ética de la felicidad, orientada hacia las diversas formas para que el hombre se realice.

Pensar en la profundidad de posibilidades que existen en la literatura académica y científica en torno a la comprensión de la felicidad como fenómeno personal y social, conduce a la idea de entender el enfoque interdisciplinario de la felicidad está en función de la época y a las características propias del contexto. Por ejemplo, por mucho tiempo se ha venido considerando que la felicidad es simplemente la expresión de un estado emocional positivo (Barragán Estrada, Morales Martínez, 2014; Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018; Greco, 2010; Retana-Franco y Sánchez-Aragón, 2010; Mercado Ibáñez, 2014). Pero, hoy en día, se conoce que la felicidad va más allá de lo emocional y lo comprometen con un tipo de bienestar subjetivo (Cuadra y Florenzano, 2003; Benjamin y Del Tronco, 2006; White, 2007; Gómez, Villegas de Posada, Barrera y Cruz, 2007; Aparicio, 2011; De Ortúzar, 2015; Osorio Rodríguez y Vega Lozano, 2016).

Más allá de la cantidad ilimitada que exista en la literatura sobre el concepto de felicidad, no cabe duda que se esta cualidad psicológica se refiere a una responsabilidad social y ética, cimentada en un cúmulo de necesidades fundamentales para el adecuado desarrollo del ser y de las libertades humanas como elementos constitutivos de la experiencia humana. O como lo dice de Ortúzar (2015), todos estos campos del conocimiento giran en torno a un eje común: mejorar el enfoque científico-social y contribuir a la felicidad/ bienestar de las poblaciones.

Es así como Soto Vidal (2009), estima que la felicidad es posible a partir de los siguientes elementos: 1. Las personas felices son más activas y permanecen ocupadas, 2. Dedicar más tiempo a la vida social, 3. Son productivas en su trabajo, 4. Son organizadas, 5. Se agobian menos que la mayoría de la gente, 6. Desarrollan un pensamiento optimista y positivo, 7. Tienen expectativas y aspiraciones realistas, 8. Viven en el presente, 9. Trabajan en busca de estilos de vida saludable, 10. Son auténticas, 11. Controlan sus sentimientos negativos, 12. Su fuente de felicidad son las relaciones íntimas, 13. Desarrollan una personalidad atractiva (sociables, simpáticos, etc), y 14. Valorar la felicidad.

Ahora bien, y ¿Qué hay en materia de inversión económica para el tratamiento de la salud mental? La evidencia refleja que su inversión resulta ser muy poco proyectada a comparación de otros factores. En los siguientes párrafos, se expondrá la relación entre economía y salud mental

2.7. Desigualdad y salud mental.

Ahora bien, en materia de desigualdad, no cabe la duda de entender que esta variable resulta ser una de las de más incidencia en la salud de las personas. A la hora de entender el índice de Gini, permite generar un dialogo entre la realidad y las cifras que muestra el gobierno. El coeficiente de Gini, es una de las medidas utilizadas para medir la inequidad en la distribución de los ingresos. Las cifras que reporta Colombia, indica que a pesar que ha existido un crecimiento económico para el país, este país sigue estando en la lista de los más inequitativos del mundo. Por ejemplo, para el Banco Mundial (s.f.) el índice de Gini para Colombia estuvo en un promedio de 53,28% en el periodo de estudio 2010 – 2014.

Tabla 6
Índice de Gini para Colombia en el periodo 2010 – 2014.

Año	Índice de Gini
2010	54,7%
2011	53,5%
2012	52,7%
2013	52,8%
2014	52,7%

Fuente: Banco Mundial (s.f.)

Entretanto, al mirar el coeficiente por departamentos, se evidencia que Caquetá fue el departamento con más bajo índice de desigualdad durante el periodo de observación, seguido de Cundinamarca. El departamento con más alto índice de desigualdad fue el Chocó

Tabla 7
Índice de Gini para Colombia por departamentos en el periodo 2010 – 2014.

Departamento	2010	2011	2012	2013	2014
Antioquia	0.561	0.537	0.529	0.532	0.555
Atlántico	0.496	0.467	0.464	0.453	0.455
Bogotá	0.526	0.522	0.497	0.504	0.502
Bolívar	0.514	0.500	0.507	0.501	0.512
Boyacá	0.538	0.538	0.532	0.533	0.528
Caldas	0.535	0.528	0.522	0.524	0.522
Caquetá	0.450	0.459	0.479	0.467	0.472
Cauca	0.585	0.554	0.565	0.548	0.535
Cesar	0.518	0.506	0.518	0.489	0.473
Chocó	0.571	0.567	0.616	0.603	0.598
Córdoba	0.550	0.556	0.542	0.527	0.499
Cundinamarca	0.460	0.458	0.463	0.466	0.460
Huila	0.571	0.555	0.559	0.546	0.547
Guajira	0.613	0.587	0.556	0.562	0.549
Magdalena	0.544	0.533	0.510	0.496	0.488
Meta	0.502	0.492	0.505	0.470	0.472
Nariño	0.496	0.501	0.502	0.520	0.496
Norte de Santander	0.493	0.498	0.485	0.480	0.487
Quindío	0.541	0.532	0.525	0.500	0.497
Risaralda	0.484	0.478	0.487	0.501	0.498
Santander	0.507	0.501	0.487	0.492	0.497
Sucre	0.536	0.510	0.483	0.469	0.475
Tolima	0.549	0.531	0.523	0.511	0.511
Valle del Cauca	0.520	0.505	0.518	0.504	0.488

Fuente: Elaboración propia, obtenida la información de los boletines técnicos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística por año de estudio.

2.8. Economía y salud mental. Algunas cifras a nivel nacional e internacional.

Hablar de economía en un campo tan efímero y tan subjetivo como lo es el de la salud mental, es hablar de una distancia conceptual enorme en sus análisis y balances de inversión. Saraceno y Fleischmann (2009) y World Health Organization (2012; citados por Pérez Fernández, 2013) afirmaron que en el mundo hay aproximadamente 340 millones de personas que sufren algún trastorno mental, siendo los mas frecuentes la depresión, al consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, esquizofrenia y demencias. De igual forma afirmaron que los trastornos mentales y neurológicos corresponden al

14% de la carga mundial de enfermedades (Organización Panamericana de la Salud, 2009; citados por Pérez Fernández, 2013). No resulta fácil poder encontrar puentes conectores que sustenten un modelo garantista entre un óptimo servicio orientado hacia la salud mental y los recursos económicos que allí se invierten. Por ejemplo, Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo (2015) afirman que las enfermedades mentales generan costos superiores de tipo económico para las personas como para el país.

Siendo así, los autores afirman que la depresión genera mayor gasto que el cáncer. Es así como la superintendencia de salud de Chile (2013; citado por Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015) afirma que los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar en el gasto por licencias curativas, agrupando el 19,3% del gasto total por subsidio de cargo de las Instituciones de Salud Previsional.

Partiendo de esta realidad para el país chileno, los trastornos mentales representan casi una cuarta parte de la carga de las enfermedades en América Latina y el Caribe, los cuales se identifican los siguientes: depresión, ansiedad hasta el trastorno bipolar (Cruz, 2015). Esta afirmación se ratifica con lo expresado por la cadena BBC (2013) al afirmar que con algunas variaciones, el gobierno colombiano invierte entre un 1 y 2% del presupuesto para la salud en los problemas de salud mental, y un 4% del PIB se ha estimado para los costos anuales de la violencia intrafamiliar (Ministerio de Salud, 2015), a diferencia de otros países que su inversión resulta ser de mayor significancia para la población, como son los casos de Estados Unidos de Norteamérica (6,0%), Australia (9,6%), Reino Unido (10,0%), Suecia y Nueva Zelanda (11,0%), y al promedio mundial (2,8%) (Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud de Chile, 2006; citados por Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015); o para el caso español que representa un 3% del PIB (Mur de Viu, 2016).

De igual forma, Caldas de Almeida (2007) afirman que un 46% de los países que componen el contexto suramericano le asignan a la salud mental entre el 2 y el 5% del presupuesto sanitario, afectando a aquellos grupos que socialmente se han “rotulado” como los más vulnerables, por ejemplo a los niños, mujeres, adultos mayores, víctimas de desastres, poblaciones indígenas, (Rodríguez, Barrett, Narváez, Caldas, Levav, Saxena, 2008).

Visualizando el preocupante panorama que tiene el Estado colombiano frente al tratamiento de la salud mental, la Organización Mundial de la Salud, (2004) ha elaborado una explicación muy precisa que conduce al entendimiento del fenómeno de la falta de interés por la inversión económica en este factor, al afirmar que

Dada la prevalencia de los problemas de salud mental y de la dependencia de sustancias en adultos y jóvenes, no sorprende que exista una enorme carga emocional así como financiera para los individuos, sus familias y la sociedad en su conjunto. Los impactos económicos de las enfermedades mentales se expresan en la disminución del ingreso personal, en la habilidad de la persona enferma - y, frecuentemente, de sus cuidadores - para trabajar, en la productividad en el ámbito de trabajo, en la contribución a la economía nacional, así como en el aumento de la utilización de los servicios de atención y apoyo. El costo de los problemas de salud mental en países desarrollados se estima entre el 3% y el 4% del Producto Nacional Bruto. Más aún, las enfermedades mentales cuestan a las economías nacionales varios miles de millones de dólares, tanto en términos de gastos incurridos directamente como en la pérdida de la productividad. El costo promedio anual, incluyendo costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad, para trabajadores afectados por depresión puede llegar a ser 4,2 veces más alto que el incurrido por un asegurado típico. Afortunadamente, el costo del tratamiento se compensa como resultado de la reducción en el número de días de ausentismo y la productividad disminuida en el trabajo (p. 5).

Indudablemente el costo que genera la salud mental al interior de cada uno de los países resulta ser una cifra que genera preocupación para las autoridades competentes, descuidando factores de atención primaria y de seguimiento para las personas que padecen de algún tipo de trastorno. De acuerdo a lo afirmado por Cruz (2015) menos del 2% del presupuesto de salud en la región latinoamericana está destinado a la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud, cifra que es muy poca para la demanda que se necesita. Es así como como ejemplo la depresión es considerada como el trastorno mental más común a nivel mundial, afectando a personas de todas las edades.

Conforme a lo formulado por Temple (1945; citado por Moya, y otros, s. f.) demuestra que “El actual marco social se caracteriza por los efectos profundamente desfavorables de una crisis económica mundial que está afectando los fundamentos del estado del bienestar”, entendiendo que la crisis económica conduce a la aparición o decadencia de las desigualdades sociales incidiendo de manera directa sobre la salud mental (Wilkinson y Pickett, 2009).

El efecto de la crisis económica ha traído consigo un incremento de personas que acuden al sistema de salud por las siguientes circunstancias: 1. Trastornos adaptativos relacionados con la situación económica y el paro, 2. Patologías relacionadas con el debilitamiento del sistema inmunológico, provocadas por la persistencia de un estado de estrés, 3. Consultas relacionadas con manifestaciones de tensión emocional (insomnio, lumbalgias, cefaleas tensionales, etc.), y 4. Consumo al alza de psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos (Tresserras-Gaju y otros, 2011; citados por Moya, y otros, s. f.).

En este orden de ideas, y en función de la crisis económica, varios estudios han tratado de encontrar el efecto que deja este tipo de crisis sobre la salud de las personas, en especial sobre la salud mental (Gili, García Campayo, & Roca, 2014).

Es así que, una de las consecuencias más grandes que tiene la crisis financiera es el desempleo, siendo este el principal factor de riesgo causando grandes afectaciones sobre la salud mental (Catalano, 1991; Hoe, Agius & Zaman, 2013, citados por Gili, García Campayo, & Roca, 2014). De igual forma, Soma&Psy (2016) encontraron que la mayoría de los estudios realizados en el continente europeo reportaron un incremento en los suicidios en hombres y en situación de desempleo.

En España durante los años 2006 al 2010, se llevó a cabo un estudio para determinar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria a partir de la crisis económica. Algunos de los resultados encontrados antes y durante la crisis fueron los siguientes: Un aumento significativo ($p < 0,0001$) de los trastornos del estado de ánimo (19,4% en depresión mayor y 10,8% en distimia), los trastornos de ansiedad (8,4% en trastorno de ansiedad generalizada y 6,4% en crisis de angustia), los trastornos somatomorfos (7,2%) y el abuso de alcohol (4,6% en dependencia de alcohol y 2,4% en abuso de alcohol), demostrando un incremento de los trastornos mentales en las mujeres (21%) y en los hombres (21.7%) (Gili, García Campayo, & Roca, 2014)

Es así que, partiendo de lo presentado por Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo (2015) de acuerdo a como fue mencionado previamente, los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar en el gasto por licencias curativas,

especialmente para episodios depresivos, trastornos de ansiedad, estrés grave y trastornos de adaptación.

Por último, es necesario estimar para Colombia los costos que genera la salud mental, en aras de ajustar las necesidades con las condiciones óptimas en la evaluación, seguimiento y tratamiento para así determinar si lo estimado del PIB resultaría ser suficiente o no para mejorar la calidad de vida de las personas colombianas y direccionar las decisiones políticas y económicas al mejoramiento del tejido social en aras de la construcción de los procesos de paz dentro de los acuerdos que actualmente está llevando a cabo el gobierno.

2.9. Política de participación social en salud – PPSS

Después de haber abordado los elementos teóricos y empíricos del estudio de la salud, en especial la mental, a continuación, se crea el escenario para enlazar el tema desarrollado con la acción participativa. Al hacer una retrospectiva en la política colombiana, Carmona y Casallas (2005) afirman lo siguiente

la participación social en salud se fortalece a finales de la década de los años noventa del siglo pasado, en donde el enfoque enfatiza el sentido de la participación referido al apoyo y colaboración de las comunidades en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apuntara a disminuir los costos asistenciales y a la vez permitiera una mayor cobertura. Los programas a los cuales dio origen, estaban dirigidos hacia la población infantil y tenían como propósito básico el control de enfermedades infecto-contagiosas, la promoción de la salud materno-infantil, el abastecimiento de agua potable y el saneamiento básico en el marco de la propuesta de atención primaria en salud (p. 81).

A partir de esta cita, se puede deducir que la participación en salud es un tema político que se viene madurando desde la década de los noventa. De esta manera, de acuerdo con la resolución 2063 de 2017, se entiende que la participación tiene un carácter contextual, mediada por la forma como los ciudadanos expresan las expectativas, los intereses y las necesidades, y como la institucionalidad se transforma, en una relación bidireccional entre sujeto – contexto.

De acuerdo con la resolución 2063 de 2017 (por la cual se adopta la política de Participación Social en Salud – PPSS), estas son las principales características de la participación: 1. Responder en la gestión de las políticas públicas en el marco de la legitimidad y orientadas hacia la generación de programas saludables, 2. Fortificar desde la ciudadanía el control social por medio de los mecanismos de participación, en los procesos de planeación, control y evaluación de la gestión pública; 3. Fortalecer la promoción de la salud y la educación para la salud entendida como proceso de transformación y promoción de autonomía; y 4. La presupuestación participativa como una potente herramienta de relación permanente del gobierno con la población, un modelo de gestión pública democrática, donde la ciudadanía participa de forma directa, voluntaria y universal.



Figura 12. Mapa de formulación de la política nacional de participación en salud. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017).

Partiendo de esta realidad existente (a posterior del tiempo de observación para la presente investigación), resulta importante conocer cómo se articula la salud como derecho fundamental con la participación. En este orden de ideas, la ley Estatutaria 1757 del año 2015 y la ley Estatutaria de Salud de Colombia (1751 de 2015), complementan esta sincronía entre estas dos categorías. Por un lado, la Ley Estatutaria 1757 DE 2015, en su artículo 2 afirma la importancia de la política pública de participación democrática, cuando afirma que

Todo plan de desarrollo debe incluir medidas específicas orientadas a promover la participación de todas las personas en las decisiones que los afectan y el apoyo a las diferentes formas de organización de la sociedad. De igual manera los planes de gestión de las instituciones públicas harán explícita la forma como se facilitará y promoverá la participación de las personas en los asuntos de su competencia. Las discusiones que se realicen para la formulación de la política pública de participación democrática deberán realizarse en escenarios presenciales o a través de medios electrónicos, cuando sea posible, utilizando las tecnologías de la información y las comunicaciones.

De igual forma, la Ley Estatutaria de Salud de Colombia (1751 de 2015), en relación a la participación en decisiones del sistema de salud, anota lo siguiente en su artículo 12

Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye: a) Participar en la formulación de la política de salud así como en los planes para su implementación; b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema; c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos; d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías; e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud; f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud; g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

En resumen, analizar los determinantes sociales de la salud, en especial de la salud mental, implica plantear un modelo explicativo que permite ahondar en las realidades estructurales e intermedias que se han venido tejiendo al interior de la realidad colombiana. No se puede ser indiferente que, ante los factores como lo económico, la violencia política, las diferentes formas de violencias que se materializan al interior del núcleo familiar y dentro de la misma sociedad, la educación, entre otros, constituyen unas categorías de análisis de suma importancia para tratar de descifrar el comportamiento de los colombianos mediado por su salud mental. La salud mental no es producto únicamente de elementos clínicos o epidemiológicos; la salud mental es un constructo polifacético sobre el cual incide la consolidación de varios factores, rescatando, por ejemplo, la incidencia del contexto político y social. Ahora bien, partiendo de esta premisa de entender la marca que ocasiona el escenario político como determinante estructural de la salud mental, a continuación, se abordará el capítulo de la democracia.

3. DEMOCRACIA

3.1. Introducción.

Hablar del origen de la democracia resultaría ser un trabajo interesante de ser abordado a la luz de conocer la influencia que tuvieron diversos contextos en la construcción de esta forma de institucionalidad social y política, que ha sido modelo para la gran mayoría de los países por siglos. Como lo afirma Fonseca González (2012), resulta ser un ejercicio complejo definir el constructo de democracia, lo que conduce a la reflexión de Guariglia (2011) al precisar el “momento en el que se creó el compuesto y establecer con claridad los matices de su significado originario” (p.158). O en palabras de Zuleta (1999) “Primero que todo la democracia, entendida como el gobierno de la mayoría, no tiene mucho que ver con el saber, porque el criterio de la mayoría no lo podemos considerar demostrativo” (p. 46)

A pesar de estas ambigüedades temporo-espaciales por tratar de comprender el origen y la definición de *democracia*, la historia del mundo occidental confirma que esta forma de gobierno ha sido el modelo político que se ha construido y utilizado desde los tiempos de la antigua Grecia, fundamentalmente cuando nace el concepto en Atenas desde el siglo V a.c. hasta nuestro días, que según González - López (2004), Dahl (2004) y Sartori (2005) aparece por primera vez en Herodoto y significa *Demos* (pueblo) y *Kratia* (gobierno): El gobierno del pueblo. Sin embargo, a propósito de esta postura eurocentrista² del nacimiento de la democracia, Guadarrama-González (2016) advierte que resulta ser completamente incoherente y a la vez apresurado concluir que la única fuente válida para entender la génesis de la democracia está en la cultura grecolatina, dejando de lado la praxis desarrollada por otros pueblos, donde sin importar si estuvieron antes o después de la griega, cada una de ellas también tenían dentro de su misma cosmovisión, sus propias características, ya que como dice el autor

² El eurocentrismo es entendido por Amin (1989) como una forma de “culturalismo en el sentido de que supone la existencia de invariantes culturales que dan forma a los trayectos históricos de los diferentes pueblos, irreductibles entre sí. Es entonces antiuniversalista porque no se interesa en descubrir eventuales leyes generales de la evolución humana. Pero se presenta como un universalismo en el sentido de que propone a todos la imitación del modelo occidental como única solución a los desafíos de nuestro tiempo” (p. 9).

La elaboración de concepciones, el desarrollo de prácticas y la constitución de instituciones para lograr una sociedad más justa, democrática y humana, es ancestral en múltiples culturas de todo el orbe desde sus primeras expresiones históricas, lo mismo en el Oriente Antiguo que en las sociedades americanas prehispánicas (p. 123).

De esta forma, en relación al origen y su permanencia en el tiempo que ha tenido la democracia como factor político, la misma realidad del siglo XXI demuestra que, aunque un país tenga dentro de su estructura política un modelo fundamentado en la democracia, la sociedad misma no se percibe democrática, o el mismo sistema no lo permite. Como lo afirma Zuleta (1999)

El verdadero problema de la democracia es que la gente tiene intereses y esos intereses no son lo mismo que el saber, o no siempre están en correspondencia con el saber o con lo que él aconseja. Los campesinos saben que requieren tierra, sin necesidad de que existan burócratas o políticos que les señalen tal urgencia; la gente desempleada sabe y necesita un empleo; también es preciso que la gente tenga expresión y posibilidades políticas y las gentes lo saben. (p. 73)

Algunos hechos que denotan esta crisis de la democracia son la puesta de un modelo neoliberal, que, en coherencia con lo que plantea Giroux (2005) este modelo se caracteriza por el daño al medio ambiente, el deterioro de los servicios públicos, el fortalecimiento de los sectores corporativos, la distribución irregular de la riqueza, la preponderancia de las inversiones financieras y los valores comerciales sobre las necesidades humanas, las responsabilidades públicas y las relaciones democráticas (Martín, 2002), el auge de la privatización (dejando de lado la responsabilidad estatal), la constante pobreza, el desempleo, el olvido del sector salud, las segregaciones raciales, la disminución de la fuerza laboral, la liquidación de los seguros de trabajo, la ausencia de los salarios dignos y la creación de una cultura caracterizada por el miedo y la inseguridad.

Es más, en coherencia con lo planteado por Borón (2007), el enemigo de la democracia no es ni el populismo ni el socialismo, sino el capitalismo, donde lo ha conducido a un debilitamiento profundo el impulso democrático, enmarcado en la fuerza de la mercantilización de la vida social, característico de un modelo capitalista neoliberal. Por ello, en los siguientes apartados se abordarán algunas características esenciales de la democracia, como lo son, por ejemplo, algunas aproximaciones a su concepto, características de la democracia, las aproximaciones a la medición de la

democracia, el significado de la democracia participativa para Colombia y por último la crisis democrática en este país.

3.2. Definición de Democracia

¿Es en sí la democracia un término con cierta facilidad para definir? En realidad no. Diferentes aproximaciones inclinadas al ejercicio de definir qué significa este vocablo y como ha sido su desarrollo a lo largo de la historia es quizás una excusa perfecta para un trabajo doctoral, debido a la complejidad que el mismo término ha tenido en su entendimiento e impacto en las sociedades. Por ejemplo, de acuerdo a lo presentado por Sartori (1994) la dificultad que tiene la democracia de ser definida redundante en dos vías: por un lado requiere una definición *prescriptiva* y una definición *descriptiva*³. En este orden de ideas, a continuación se despliegan unas deficiones expuestas por diversos autores en momentos históricos particulares sobre los cuales desues se hará su breve análisis.

Por ejemplo, Bobbio (1992) afirmó que la democracia “es la forma de gobierno en la que el poder es ejercido por todo el pueblo, o por el mayor número, o por muchos, y en cuanto tal se distingue de la monarquía y de la aristocracia en las que el poder es ejercido, respectivamente, por uno o por pocos” (p. 191), o como dijo Giner (1996) al decir que la democracia es “aquella que invoca, como rasgo esencial, la existencia de una oposición libre y legítima frente al gobierno” (p. 53). Partiendo de estas dos aproximaciones al concepto, se pueden inferir algunos puntos de reflexión, como por ejemplo la responsabilidad casi “absoluta” hacia el gobierno en su desarrollo y aplicación y por otro lado parece ser que se resalta la simbiosis de la democracia con el “poder”.

Caso opuesto es la definición presentada por Uña-Juarez & Hernández-Sánchez, (2004) al afirmar que la democracia es “un sistema social que permite participar a todos los individuos en los asuntos de la comunidad independientemente de su raza, sexo, afinidad religiosa o cualquier otra característica diferencial de los individuos de esa comunidad” (p. 340-341), o como lo afirmó el Programa de las Naciones Unidas Para el

³ Para Sartori, la definición prescriptiva de la democracia hace referencia al deber ser y la definición descriptiva de la democracia al ser.

Desarrollo (PNUD). (2004), al contextualizar que “La democracia es una inmensa experiencia humana. Está ligada a la búsqueda histórica de libertad, justicia y progreso material y espiritual. Por eso es una experiencia permanentemente inconclusa” (p. 35). Con dos aproximaciones, la visión cambia rotundamente con las presentadas anteriormente, al tener en cuenta las siguientes interpretaciones: 1. La democracia ya no solo es competencia del gobierno y de unos pocos, es una “*facultad social*” de todos y para todos, y 2., como una forma de participación directa del sujeto con el contexto, y no solo involucra la participación electoral o actos similares, es más bien una participación benevolente y productiva del sujeto social, como una práctica humana.

Con este abordaje conceptual, se matiza claramente la diferencia en términos de orientación cognoscitiva y política que tiene la democracia. Mientras que las primeras resalta ese binomio de gobierno – oposición como una forma de hacer democracia, las otras reflejan el papel del sujeto en la construcción de democracia. Sin embargo, pese a esa multi-operacionalidad del concepto, Sartori (2012) sintetiza que la democracia tiene una “identidad política, una forma de estado y de Gobierno” (p.5). Así, la conceptualización de calidad democrática va muy de la mano de la postura teórica e ideológica que opte el autor para comprender el fenómeno. Por ello, de acuerdo con Munck (2004); Hagopian (2005), Alcántara Sáez (2008), y Barreda (2011), la calidad de la democracia resulta ser compleja en su mismo concepto, debido a la falta de consenso para poder definirla.

3.3. Características de la democracia

De acuerdo con Landman, Beetham, Carvalho y Weir (2009), la democracia es la forma de gobierno predominante en el mundo. Más del 60% de los países a nivel mundial poseen al menos alguna forma mínima de instituciones y procedimientos democráticos, con tendencia al crecimiento (más adelante se mostrarán algunos resultados de acuerdo al *democracy index*). Según estos autores, algunas de las razones por las cuales cada vez más países optan por un modelo político democrático redundan en dos factores: por un lado, *explicaciones internas* las cuales se identifican transformaciones socioeconómicas, la movilización por parte de movimientos sociales y organizaciones de la sociedad civil, las alianzas de clases, desafíos y revoluciones (tendenciosas o no), y los acuerdos y concesiones de los grupos de elite. Por otro lado,

las *explicaciones externas* se identifican factores tales como derrota en la guerra de regímenes en el poder, el rol del “contagio” de los procesos de democratización en Estados vecinos, la difusión de valores democráticos mediante procesos de globalización, y diversas formas de intervención internacional, incluyendo el apoyo a grupos de la sociedad civil y a partidos políticos nacientes, la construcción del Estado, la institucionalización, y la especificación de criterios para formas adecuadas y aceptables de gobierno democrático.

En contexto, vale la pena enunciar que a partir de lo expuesto por Giner (1996), la democracia tiene en si misma una función muy elemental, al decir que

Una democracia está compuesta por un cuerpo de ciudadanos, libres de opinar o manifestar sus preferencias como les apetezca, aunque dentro de la ley. Una ley que incluye y garantiza su libertad, y que se considera soberana... también está compuesta por un conjunto de instituciones y asociaciones, algunas de las cuales son características de ella. Entre las primeras está el parlamento, tribunales, gobierno, ministerios, administración pública. Entre las segundas partidos, sindicatos y movimientos sociales (p. 49)

En síntesis, la democracia no es solamente un sistema de decisión política donde el pueblo elige a sus representantes para un periodo de gobierno, es un clima moral, es un modo de convivir con los demás inculcando el respeto del uno hacia el otro, es un modo de vida, es un bienestar colectivo, que facilita el desarrollo económico y social de las naciones (Giner, 1996).

3.4. Medición de la Democracia en el ámbito internacional.

Han sido muchas las organizaciones (gubernamentales y no gubernamentales) que han tenido la intención de conocer la calidad democrática en los países, y demostrar con evidencia empírica y teórica y existen diferencias a nivel descriptivo entre cada una de ellas. Por ejemplo, vale la pena mencionar los aportes hechos por el *índice de calidad democrática de Democracy Barometer, the Freedom House, The Polity IV dataset, el Vanhanen's Index of Democratization* (Mora, 2013), el *Human Rights Centre* de la Universidad de Essex (Reino Unido) (Escobar, 2011), *Encuesta Comparativa de Libertades de Gastil* (1996; citado por Escobar, 2011), el *Center for Systemic Peace*, en colaboración con el *Center for Global Policy* (Marshall y Jagers, 2009; citado por

Escobar, 2011), *Community of Democracies (CD)*, la organización Auditoría Democrática (*Democratic Audit*) con sede en el Reino Unido, el *Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex* –también con sede en el Reino Unido, el *Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral (IDEA Internacional)*, el *Democracy Index* de la Economist Intelligence Unit (EIU), entre otros.

Así, de acuerdo a lo planteado por Landman, Beetham, Carvalho y Weir (2009) se puede afirmar que

La necesidad de formas válidas, significativas y confiables de medir y evaluar el progreso democrático y la calidad de la democracia en sí misma ha sido un elemento crucial para describir, explicar y fomentar este crecimiento de la democracia. Académicos y profesionales han adoptado una serie de estrategias para medir la democracia, que incluyen mediciones categóricas (democracia versus no democracia), de escala (por ejemplo, una valoración según una escala del 1 al 10), de objetivos (por ejemplo, cantidad de votos emitidos y porcentaje de votos por partido), mediciones híbridas de las prácticas democráticas, y percepciones de la democracia basadas en encuestas masivas de opinión pública (p. 8)

En este orden de ideas, de acuerdo con lo presentado por Tusell (2015), en el anexo 2 se resumen las dimensiones de calidad de democracia según algunos estudios realizados. La propuesta del autor se resume en tres grandes enfoques, que son: 1. Enfoques procedimentales sin control del poder político, 2. Enfoques procedimentales con control del poder político y 3. Enfoques sustantivos. Cada uno de estos enfoques, presentan en su dinámica argumenta la postura de varios autores que han abordado el fenómeno desde los elementos mínimos de análisis (derechos políticos, participación política, oposición democrática, democracia inclusiva, participación, entre otros).

Del mismo modo, vale la pena resaltar en este apartado los aportes hechos por la *Economist Intelligence Unit (EIU)*. Este indicador métrico de la democracia ha estado orientado a conocer su calidad sobre 167 países, estableciendo 60 indicadores de evaluación que se agrupan en cinco diferentes categorías: 1. *proceso electoral y pluralismo*, 2. *libertades civiles*, 3. *funcionamiento del gobierno*, 4. *participación política* y 5. *Cultura política*. A partir de estos indicadores, instauraron cuatro categorías de calificación de la democracia a partir de unos indicadores cuantitativos, las cuales son: 1. *Democracia completa (entre 8 y 10 puntos)*, 2. *Democracia defectuosa entre 6 y*

7.9 puntos), 3. *Democracia híbrida* (entre 4 y 5.9 puntos) y 4. *Democracia autoritaria* (menos de 4 puntos).

Conociendo el periodo de análisis por el cual se formuló la presente investigación (2010 – 2014), y teniendo un referente internacional en torno al comportamiento de la democracia durante este periodo, en el anexo 3 se muestra el número de países que según el *Democracy Index* del *EIU* ha establecido en cada uno de los indicadores cuantitativos durante el periodo de estudio.

Estas cifras muestran que, según el *EIU*, se ha mantenido una constante a nivel mundial por cada una de las democracias que según este índice evalúa. Pero la pregunta es ¿Cuáles son los países que han sido calificados con democracia completa, defectuosa, híbrida o autoritaria? En la tabla 8, se muestra la evaluación que ha tenido los países por esta organización, en la cual se observa cómo ha sido la calificación que ha tenido cada uno de los Estados en los años 2010, 2011, 2012, 2013, 2014. Por ejemplo, para el caso de los países latinoamericanos, se observa una tendencia hacia la democracia defectuosa (como lo es el caso de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, México, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Surinam). Guyana pasó para el año 2014 a un régimen Híbrido después de mantener una constante como democracia defectuosa.

Tabla 8.

Número de países según el Democracy Index del EIU en el periodo 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Democracia completa	26 (15,6%)	25 (15%)	25 (15%)	25 (15%)	24 (14,4%)
Democracia Defectuosa	53 (31,7%)	53 (31,7%)	54 (32,3%)	54 (32,4%)	52 (31,1%)
Régimen Híbrido	33 (19,8%)	37 (22,2%)	37 (22,2%)	36 (21,5%)	39 (23,4%)
Régimen Autoritario	55 (32,9%)	52 (31,1%)	51 (30%)	52 (31,1%)	52 (31,1%)

Fuente: Elaboración propia del autor

Por otra parte, dos Estados que se han caracterizado por tener democracia plena en el contexto latino han sido Costa Rica y Uruguay. Paralelamente, los países latinoamericanos que se han caracterizado por tener una democracia híbrida son Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Venezuela. Por último, en relación al régimen autoritario según *Democracy Index* del EIU son Cuba y Haití. En el anexo 4 se observa la posición en una escala ordinal que ha tenido cada uno de los países evaluados.

3.5. Medición de la democracia en el ámbito latinoamericano

En relación a las características métricas para el contexto latino, Murillo & Osorio (2007) afirman que para el contexto latinoamericano se han desarrollado varios avances en materia de mediciones de la democracia (en materia de transición, adecuación y consolidación). En este orden de ideas, los autores mencionan lo siguiente:

1. Índice de Desarrollo Democrático de América Latina –IDD-Lat– (Financiado por la fundación Konrad Adenauer).
2. El informe “La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos” (publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).
3. El “Latinobarómetro” (financiado por la Unión Europea y de diferentes fuentes de cooperación internacional).
4. La política importa, democracia y desarrollo en América Latina (publicado por Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Instituto Internacional para la Democracia Electoral (IDEA), de Suecia).
5. Democracia e instituciones en América Latina (financiado por la Iniciativa Europea para la Democracia y los Derechos Humanos (IEDDH) de la Unión Europea y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
6. Democracia en América Latina y el Caribe (financiado por la Asociación Civil Transparencia, la Red Interamericana para la Democracia (RID), el IDEA y el Democracy Coalition Project).
7. El informe “La cultura política de la democracia en Colombia” (financiado por las Universidades Estadounidenses de Vanderbilt y Pittsburgh, con la Universidad de los Andes de Colombia).

De igual forma, los autores mencionados anteriormente afirman que los 7 informes presentados anteriormente presentan 4 puntos centrales que resultan ser coincidentes en todos: 1. La financiación de las investigaciones (provenientes de diferentes organismos multilaterales de la cooperación internacional, como también de fundaciones partidistas internacionales y entidades regionales); 2. La forma como se integra la región para efectos de un análisis comparativo (los informes evalúan el desarrollo que ha tenido la democracia en los países latinoamericanos, identificando una historia común y utilizar cortes histórico-metodológicos en materia económica y política para delimitar sus evaluaciones); 3. La evaluación de la democracia más allá de las elecciones (los informes coinciden en la necesidad de entender la democracia en un sentido más amplio que la sola medición de las elecciones), y 4. El marcado carácter estado-céntrico contenido en estos materiales (se quedan cortas en materia de su manejo del tema de la participación ciudadana, debido a que se limitan a observar las políticas realizadas por cada Estado, por cada gobierno).

Es así como Murillo y Osorio (2007) afirman que los informes pueden clasificarse en tres grupos, de acuerdo con los enfoques que cada uno propone: 1. *Los teóricos* (se identifican por alimentar empíricamente algunos conceptos, a través de variables e indicadores. En esta categoría entrarían informes como “La política importa”, financiado por el BID y el IDEA; “La democracia en América Latina, hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos” del PNUD; y “Las visiones de país importan”, financiado por el BM, el IDEA y la CEPAL; 2. *Los descriptivos* (muestran resultados de investigaciones en términos de “observaciones neutrales”). Dentro de los estudios descriptivos se encuentran, por un lado, los cuantitativos que se limitan a presentar cifras y graficas de la medición de la democracia. Dentro de esta subcategoría se encuentran los informes realizados por el IDD-Lat y el latinobarómetro; y 3. *Los normativos*, que se limitan a inventariar los recursos institucional-legales con los que cada país cuenta. En esta subcategoría se encuentra el informe de “Democracia e instituciones en América Latina” de la IEDDH y la AECI.

Algunas investigaciones que se han desarrollado en el contexto latinoamericano en torno a las consideraciones métricas de la democracia han sido, entre otras, las desarrolladas por el PNUD (2004), Munk (2006), Salas (2008), Facultad

Latinoamericana de ciencias sociales, FLACSO (2008), Aguilera & Borjas (2008), Barreda (2011), Barreda (2009), Munk y Mantilla (2012), Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2014), Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2015), García Sánchez, Montalvo y Seligson (2015), González (2016). Por ejemplo, Arangua (2017), expone los resultados del Latinobarómetro 2017, donde se extraen las siguientes conclusiones:

1. la democracia es considerada para la mayoría de los latinoamericanos como el mejor sistema de gobierno, pero con tendencia a la caída en su favorabilidad.
2. La región se caracteriza por tener una “democracia enferma”
3. El 36% de los latinoamericanos aprueban la gestión del gobierno, siendo mayor en Nicaragua (67%), Ecuador (66%) y Bolivia (57%). Colombia solo lo aprueba el 30%.
4. Los países que apoyan a la democracia están Venezuela (78%), Uruguay (70%), Ecuador (69%), Argentina (67%) y Costa Rica (62%).
5. Colombia apoya la democracia en un 58%.

3.6 La democracia participativa de Colombia.

Ahora bien, después de haber abordado los diferentes elementos que identifican, para la presente investigación, la democracia, como por ejemplo la complejidad en su definición, los indicadores métricos utilizados en el contexto internacional, y algunas de sus principales características, surge el momento teórico para entender bajo qué argumentos legislativos, políticos y sociales se construye la democracia participativa. Retomando un poco lo escrito por Giner (1996), vale la pena entrar en la dinámica hermenéutica de comprender hasta donde esa democracia participativa se ve reflejada en el contexto social, más allá de los mecanismos tradicionales (como el voto) y ahondar si esa participación supera lo dogmático para ser parte de una realidad social. De acuerdo con la Constitución Política del Congreso de la República de Colombia (1991) en el título I (de los principios fundamentales) argumenta en el artículo 1

Colombia es un Estado social de Derecho organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (p. 7)

Ese artículo plantea las bases para entender que la democracia en Colombia tiene un carácter trascendental: es participativa. En razón de lo expuesto por la carta magna, el ejercicio de la democracia participativa en Colombia representa la forma más visible y directa del ejercicio de la ciudadanía, pero, ¿Qué es la democracia participativa?.

3.6.1 ¿Qué es la democracia participativa?

Hablar de democracia participativa es hablar de un “estilo de gobierno” que brotó de la consolidación de las acciones humanas por apoderarse de los mecanismos políticos de intervención, en contra de aquellos que eran considerados absolutistas o sencillamente incompetentes para generar una relación bidireccional de tipo simétrico con el Estado. Por ello, Massal (2010) describió que la democracia participativa emergió como remedio a la crisis que tuvieron los partidos políticos y a la baja credibilidad de la democracia representativa, descripción con la que Fonseca González (2012) hace eco al afirmar que la democracia participativa tuvo justamente un significado muy importante en la presencia de la democracia representativa.

De esta manera, Guzmán Rendón (2011) entiende que la democracia participativa es un tipo de democracia la cual permite que “todos los ciudadanos intentan justificar su lugar en el sistema como sujetos políticos, eliminando de este modo la exclusión del ámbito político a las personas que no ostentan ninguna representación política” (p. 32). Esta inclusión al sistema público como sujetos políticos permite entrar en la esfera de tener una conciencia política de las acciones vislumbradas en unos derechos y unos deberes con la sociedad de tipo recíproco con su bienestar.

A nivel histórico, de acuerdo con Vergara (1998), la formulación de modelos democráticos participativos ocurre en el marco del desarrollo de las décadas de los sesenta y los setenta, donde la necesidad de buscar nuevas alternativas de respuestas a las insatisfacciones que traían los modelos elitarios, y por otro a las transformaciones históricas ocurridas en el continente americano permitieron la generación de posturas de participación ciudadana. Estas crisis trajeron consigo una inclinación muy focalizada hacia los conflictos sociales, fortalecimiento de la izquierda política y diferentes acciones de revoluciones. Es por esto que según como lo reporta Vergara, la difusión de las acciones participativas ha permitido la creación de una atmósfera de participación

política y social, teniendo fuerte incidencia en las acciones de lucha contra los regímenes militares expresados en la historia latinoamericana en la década de los ochenta.

Justamente estas acciones voluntarias de participación emergieron de una intención humana de manifestar un interés por la acción política, donde las percepciones y demás constructos humanos fueron los desencadenantes para entrar en el fuero político y tomar posición frente al desarrollo del Estado en sus diversas acciones políticas. Es por esto que Pateman (1970; citada por Vergara, 1998) afirmó que

La teoría de la democracia participativa está constituida alrededor del principio central que los individuos y sus instituciones no pueden considerarse aisladamente unos de otros. La existencia de instituciones representativas a nivel nacional no es suficiente para que haya democracia. Para alcanzar la máxima participación de todos en el nivel de la socialización, o capacitación y entrenamiento social (social training) para la democracia, ésta debe ubicarse asimismo en otras esferas para que puedan desarrollarse las necesarias actitudes individuales y las cualidades psicológicas (p. 9).

Así mismo, la acción de la participación se dibuja como un compromiso con el desarrollo del país en todas sus esferas. Ya la responsabilidad no solo depende de las entidades gubernamentales, sino de la misma acción voluntaria del ser como sujeto político en participar de ellas. Es así que de acuerdo con Fonseca González (2012) confirma que

La participación, por consiguiente, no es solo un derecho fundamental, sino también un deber, y así entendemos que la democracia participativa busca transformar el sistema político tradicional que restringe la democracia solo al voto para elegir y ser elegido y se busca transformar la democracia como un verdadero control de poder político, donde el ciudadano sea más activo y consciente, teniendo como eje principal a la persona, como punto de partida de las decisiones políticas, sociales e individuales (p. 61)

De esta manera, la acción pública de la democracia participativa redunda en un principio de pertenencia, de solidaridad y de compromiso por alcanzar, por un lado, los lineamientos estatales, y por el otro, el desarrollo integral del ser humano, visto desde un marco incluyente y diferencial, respaldado por los derechos humanos, garantes en la protección de los bienes jurídicos fundamentales. Por ello, resulta necesario conocer el marco legislativo que soporta la democracia participativa en Colombia.

3.6.2 Marco legislativo de la Democracia participativa en Colombia.

Desde que Colombia se estableció como república desde los inicios del siglo XX, la democracia como figura política ha tomado un vector de suma importancia para la administración del gobierno. Adicionalmente, ya para la nueva constituyente establecida para el año 1991, la democracia adquirió un apellido muy peculiar: encontró en la democracia *participativa* el mecanismo para ampliar la democracia representativa, haciendo de Colombia el país más democrático del mundo (Bustamante Peña, 2011). Esta consideración de entender la democracia participativa colombiana como una de las democracias más sólidas para la región deja en la atmosfera un cierto grado de incredulidad y de malestar en torno a la viabilidad que realmente despierta su razón de ser. Como lo afirma Guzmán Rendón (2011)

¿Estamos en una democracia participativa? No. Y los constitucionalistas y teóricos políticos no deberían prestarse para disfrazar algo, maquillar un escenario político y denominar algo con un término que no se corresponde con la realidad. Llamar algo que realmente no lo es” (p. 39).

No obstante, de acuerdo con Roth Deubel (2013), Las palabras participación, participar, participativo, aparecen 71 veces en la Constitución Política de Colombia, mucho más de las que aparecen en la constitución venezolana (56 veces), y en la de Perú (25 veces), pero mucho menos que en la de Ecuador (147 veces). Aun así, ese sueño llamado “participativo” no es más que una ilusión utópica de alcanzar la esencia de la democracia en un país donde no se pone de privilegio el bienestar humano sino la hegemonía del Estado. A partir de lo anteriormente mencionado, es necesario mencionar lo que dicta la Corte constitucional de la República de Colombia, en la sentencia C-1338 del 2000, al afirmar que

La participación ciudadana es un principio fundamental que ilumina todo el actuar social y colectivo en el Estado social de derecho, y que, persigue un incremento histórico cuantitativo y cualitativo de las oportunidades de los ciudadanos de tomar parte en los asuntos que comprometen los intereses generales.

En este orden de ideas, Ramírez Nárdiz (2014) resalta siete utilidades de suma importancia de una democracia participativa, las cuales son: 1. Acercamiento entre los ciudadanos y su derecho a la participación política, 2. Mayor control de los ciudadanos sobre sus gobernantes y representantes, 3. Adquisición de nuevas capacidades y proceso

formativo de los ciudadanos, 4. Aumento de la identificación del ciudadano con el modelo político democrático, 5. Integración y mayor visibilidad para las minorías, 6. Integración de los grupos sociales más desfavorecidos y mejora de sus condiciones de vida y 7. Mayor cohesión entre los distintos grupos sociales e identificación con la comunidad/Estado.

Habría que decir también que Fonseca González (2012) afirma que en la misma Constitución Política de Colombia se plasman en más de 10 artículos la intención de una acción democrática participativa en la relación del ciudadano con el Estado (ver anexo 5). A partir de lo expuesto en el anexo anterior, se destaca por ejemplo la argumentación presentada en el artículo 2 donde denota la clara intención de una democracia participativa para Colombia, una condición de igualdad en la toma de decisiones para todos los estamentos del gobierno, donde el ciudadano colombiano está acreditado para hacer buen uso de sus decisiones tanto electorales, como procedimentales para el desarrollo de un buen gobierno. Esta argumentación se soporta con lo presentado en el artículo 40 al decir que “Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del Poder político”.

Ahora bien, en relación a las extensiones de participación ciudadana que tiene el Estado democrático colombiano, las cuales parten de la misma constitución del año 1991, se entiende que estos mecanismos de participación ciudadana se caracterizan por las siguientes condiciones, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 103: 1. El voto, 2. El plebiscito, 3. El referendo, 4. La consulta popular, 5. El cabildo abierto, 6. La iniciativa legislativa y 7. La revocatoria del mandato. Esto se apoya en lo expuesto en el artículo 270 al afirmar que “La ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados”.

A partir de este argumento constitucional denota la clara intención de un país democrático participativo, que a su vez ha sido reforzado legislativamente con unas normas sancionadas y que dan fe que esta causa para el Estado colombiano. Las siguientes normas dan fe de esa dimensionalidad de la acción participativa para Colombia: Ley 115 de 1994, Ley 134 de 1994, Ley 375 de 1997, Ley 434 de 1998, Ley 472 de 1998, Ley 489 de 1998, Ley 850 de 2003, Ley 1474 de 2011, Ley 1712 de 2014,

Ley 1755 de 2015, Ley 1757 de 2015, Decreto 103 de 2015. En el anexo 6 se pueden detallar cada una de estas con su respectiva descripción temática.

Están cantidad finita de actos legislativos que soportan la noción de una democracia participativa hacen pensar que realmente la acción dogmática de la intervención social de la ciudadanía representa una forma especial de ser reconocido como sujeto político. Sin embargo, surge una necesidad de entender hasta donde esa disposición legislativa tiene alcance a toda la comunidad. ¿Los más de 49 millones de colombianos conocen muy bien sus derechos como sujetos activos en la participación democrática? Es una de las preguntas que surge al tratar de entender los alcances que trae este tipo de democracias en una sociedad como lo es la colombiana. Ahora bien, ahondando un poco más en la literatura especializada, se evidencia que existen otros mecanismos de participación ciudadana, de las cuales mucho conocerán todos, otros quizás ninguno, o quizás algunos sabrán solamente de uno: el voto. Por ello, en función de los alcances de la presente investigación, a continuación, se presentan otros mecanismos de participación ciudadana que tiene Colombia.

3.7 Otros mecanismos de participación ciudadana.

Después de hacer este rastreo por algunas acciones legislativas emitidas por el Congreso y la Presidencia de la República de Colombia, la Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico (2017) compila otros mecanismos de participación ciudadana (diferentes en las expuestas en la ley 134 de 1994, en la ley 1755 de 2015 y en la Ley 850 de 2003, las cuales son:

3.7.1 Iniciativa Popular Legislativa: este mecanismo de participación ciudadana es el que caracteriza por la acción del derecho político de presentar Proyectos de Acto Legislativo y de ley (ante el Congreso de la República), de Ordenanza (con las Asambleas Departamentales), de Acuerdo (ante los Concejos Municipales o Distritales) y por último de Resolución (ante las Juntas Administradoras Locales – JAL) por parte de los ciudadanos.

3.7.2 Acción de tutela: Este mecanismo de participación ciudadana se caracteriza por que el ciudadano pone de manifiesto ante un juez la protección inmediata de sus derechos constitucionales, los cuales fueron puestos en estado de vulneración o amenazados por alguna acción u omisión de un agente con cualidades de autoridad pública o por parte de particulares

3.7.3 Acción de cumplimiento. Este tipo de mecanismo de participación se asemeja con la acción que hace una persona (natural o jurídica) al acudir ante una autoridad competente de índole legislativo, administrativo, judicial para hacer cumplir alguna ley o un acto administrativo.

3.7.4 Acciones populares y de grupo. Este mecanismo se caracteriza por la acción de toda persona de acudir a la autoridad judicial para proteger y defender los intereses colectivos, con el ánimo de minimizar el riesgo, amenaza o vulneración a los derechos vinculados con el patrimonio público, el medio ambiente, el trabajo, entre otros.

3.7.5 Queja. Este mecanismo de participación se caracteriza por tener un matiz de protesta, censura, descontento o inconformidad que hace un ciudadano hacia la conducta inconcebible emitida uno o varios servidores públicos.

3.7.6 Denuncia. Es el mecanismo que se caracteriza por tener características de índole penal ante la puesta en peligro un bien jurídicamente tutelado y el cual se encuentre tipificado en la ley penal.

3.7.7 Reclamo. Mecanismo de participación caracterizado por la acción de un ciudadano a la autoridad competente de exigir soluciones a alguna necesidad, servicio o labor particular.

3.7.8 Audiencia pública. Mecanismo de participación ciudadana representado por la creación de espacios institucionales de participación ciudadana para la toma de decisiones administrativas o legislativas.

De este apartado, se puede concluir que efectivamente son numerosas las leyes y las formas que existen desde el legislativo para ejercer la acción participativa de los

colombianos, de las cuales, el voto, la acción de tutela, la denuncia, el reclamo, entre otras, son las más conocidas. Y si esto es cierto, ¿Qué pasa con las otras? ¿Se podría pensar que las “demás” no son conocidas por el pueblo colombiano para tener “control” sobre los ciudadanos? O ¿sería una forma de deslegitimación de la democracia colombiana?

3.8 ¿Hay crisis en la democracia colombiana?

Para el caso colombiano en la evaluación del constructo “Democracia”, existe poca evidencia basada en el conocimiento científico que permita tomar como punto de referencia para desarrollar propuestas que permitan contrastar o refutar lo que las investigaciones han demostrado. Por ejemplo, según lo reportado por la Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2015), demuestra que Colombia tiene como debilidades la inseguridad, percepción de la corrupción, desestabilización de la democracia, desempeño en el sector salud, el desempleo, el PIB per cápita, entre otros. De igual forma, plantean once (11) puntos centrales para el mejoramiento de la democracia para el país, los cuales son: 1. Avanzar hacia la construcción de mayor participación ciudadana en los procesos electorales; 2. Desarrollar políticas y programas de conquistas y respeto de libertades civiles; 3. Fomentar una mayor participación de las mujeres en los poderes del Estado; 4. Renovar los esfuerzos para el combate del delito generalizado y el narcotráfico; 5. Reforzar políticas de transparencia para combatir la corrupción; 6. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas; 7. Fomentar políticas de inclusión democrática posibilitando una mayor integración y contención de las minorías no sistematizadas; 8. Optimizar la eficiencia sanitaria; 9. Profundizar la lucha contra el desempleo; 10. Promover políticas de mayor equidad; y 11. Potenciar un desarrollo económico inclusivo.

Así, no cabe duda que, durante los últimos años, el Estado colombiano ha vivido una de sus crisis más representativas de tipo democrático en las instancias que conforman su gobierno. Factores como la impunidad, la crisis de la justicia, la corrupción, la ausencia de la credibilidad institucional, entre otros, han sido parte del abanico de posibilidades que han conducido a que la democracia carezca de legitimidad. De acuerdo con lo planteado por la García (2017), en los últimos 15 años Colombia ha tenido cambios muy importantes en el sistema político: 1. Dos presidentes ganaron la

reelección; 2. Se consolidó el multipartidismo y quedó atrás el bipartidismo liberal-conservador y 3. Se dividió el establecimiento político tradicional, encabezado por Uribe y Santos.

A partir de estas premisas, según un estudio realizado por García (2017) del observatorio de la democracia de la Universidad de los Andes, con una muestra de 1.563 encuestados en 47 municipios y un margen de error de 2,5%, la investigación separó las percepciones de dos grupos: 1. Uribistas y 2. Los no uribistas. Estas fueron algunos de los resultados encontrados:

1. Existe una relación entre el deterioro de la confianza en las instituciones políticas y la polarización que ha caracterizado al proceso político de los últimos años.
2. Existe una marcada polarización entre las dos figuras políticas con mayor densidad en los últimos 7 años. Por ejemplo, los uribistas han perdido más fe en las instituciones durante el gobierno de Santos, y los no uribistas han aumentado el apoyo institucional en los últimos años.
3. Las opiniones sobre las instituciones políticas están determinadas en gran medida por los sentimientos hacia los líderes.
4. La Presidencia ha sido la entidad más debilitada en los últimos ocho años: mientras en 2008 llegó a 70%, en 2016 cayó a 32%.
5. si bien la pérdida de credibilidad en las instituciones políticas ha sido un proceso continuo desde 2004, en los últimos 12 meses tuvo su mayor desplome, resaltando la crisis de la democracia.

En este orden de ideas, en la figura 13, se observa el informe consolidado del estudio realizado por el observatorio de Democracia. Se observa como a partir del año 2010 las puntuaciones en torno al ítem “democracia como mejor forma de gobierno” tuvo un desplome de 72,1% para el 2010 para pasar a 60% en el 2016. La misma condición de descenso tuvo el ítem “respeto por las instituciones políticas” y por el ítem “apoyo al sistema político”.

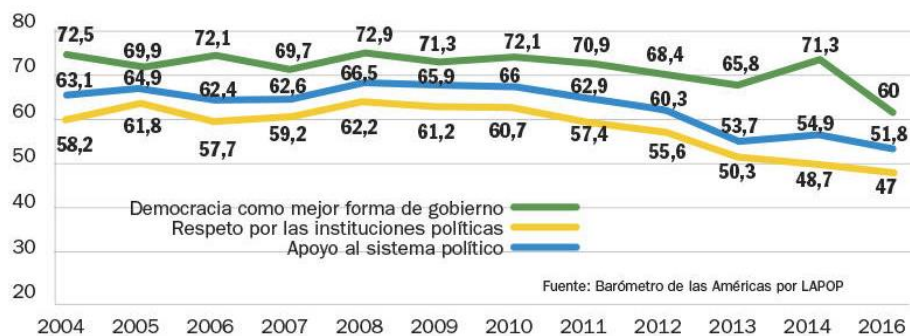


Figura 13. Actitudes frente a la democracia y las instituciones. Fuente: Revista semana (2017).

Ahora bien, en función de estos datos arrojados por el observatorio, García Sánchez, Montalvo, & Seligson (2015), argumentan que el comportamiento de variables relacionadas con las actitudes democráticas, gobernabilidad y participación política (apoyo a la democracia, apoyo al sistema político, tolerancia política, actitudes a favor de la democracia liberal, satisfacción con la democracia y aprobación presidencial) de Colombia en el periodo 2010 – 2014, muestran una tendencia hacia su descenso. De acuerdo con la tabla 9, los datos más críticos se reportaron en el año 2013 y 2014, donde a partir de cada una de estas variables la evaluación de los ciudadanos en cada una de ellas mostró porcentajes inferiores al comportamiento promedio durante los años de estudio.

Tabla 9.
Actitudes democráticas, gobernabilidad y participación política

variable	2010	2011	2012	2013	2014
apoyo a la democracia	72.3	71.1	68.3	65.7*	71.3
apoyo al sistema político	60.3	58.2	55.4	49.7*	49.4*
Tolerancia política	51.8	50.9	50.4	53.1	46.9
Actitudes a favor de la democracia liberal	60.0	64.2	63.1	62.8	65.3
Satisfacción con la democracia	58.4	56.9	55.4	31.9*	35.8*
Aprobación presidencial	68.0	64.4	62.3	49.3*	50.9*

*= porcentajes de interés en comparación con los otros años

Fuente: Tabla elaborado por el autor

De igual forma, en relación a la confianza de los ciudadanos hacia las instituciones públicas de Colombia, los resultados muestran que durante los años 2013 y 2014 los resultados obtenidos fueron inferiores a comparación de los otros pertenecientes a la ventana de observación de la presente investigación.

Tabla 10.

Confianza de los ciudadanos hacia las instituciones públicas de Colombia

variable	2010	2011	2012	2013	2014
Confianza en el gobierno nacional	61.4	58.8	54.5	43.3*	44.3*
Confianza en el congreso	49.4	50.6	46.4	38.4*	38.9*
Confianza en el sistema de Justicia	52.8	51.8	48.9	41.2*	42.8*
Confianza en las Fuerzas Armadas	64.5	64.4	67.0	57.2*	59.3*
Confianza en la Policía	56.0	55.0	53.5	46.5*	48.8*
Confianza en los partidos políticos	36.5	35.1	31.0	25.6*	26.4*
Confianza en las elecciones	46.9	46.8	46.4	37.8*	33.6*

*= porcentajes de interés en comparación con los otros años.

Fuente: elaborado por el autor

A partir de estos datos ¿Acaso la pérdida de la “fe” en la democracia es producto de las olas neoliberales y posmodernistas que resultan ser visibles en el mapa político para Colombia? de acuerdo a la cita expuesta anteriormente por French Davis el modelo neoliberal no resulta ser para nada agradable en el buen ejercicio de la democracia, resaltando que el primero opta por responder más a los intereses particulares y no generales, conduciendo a la premisa que la democracia como forma representacional del pueblo carece de validez. Lo anterior conduce a la frase expuesta por Cívico (2014), al afirmar que el fracaso del consenso es el fracaso de la democracia. Galli (2013) expone el siguiente argumento haciendo alusión al malestar de la democracia

El malestar de la democracia no es la incertidumbre que aparece cuando uno se ve obligado a elegir entre dos opciones diferentes. Es la insatisfacción que produce la democracia unida a la sospecha de que no existen alternativas, es una desorientación que corre el riesgo de convertirse en constante e insuperable, pero nunca en productiva. Es un malestar que va acompañado por la idea de que estamos siendo engañados, una idea típica del siglo XX que se extiende al siglo XXI. Y por ello se vuelve necesario un saber crítico y genealógico, que nos diga que es lo que podemos conocer, que es lo que debemos temer y que es lo que podemos esperar.

Ya Giner (1996) había hecho énfasis en la importancia de entender que la democracia no obedece únicamente a un régimen político. Corresponde también a un contexto moral y a la forma de convivir bajo un principio: *El respeto*. Este argumento permite hacer la reflexión de entender que la democracia va más allá de un estado propositivo por parte del Estado como forma de gobierno (por ejemplo a partir de lo establecido en la constitución y en la postulación de los diferentes mecanismos de participación ciudadana que existen); y que en palabras del propio Giner afirma que

La democracia es siempre algo más que un régimen. Entraña pues un contenido moral y cultural compartido por muchos: sin demócratas no hay democracia. Para la inmensa mayoría, de la que tu y yo formamos parte, lo más conveniente en términos de puro oportunismo, está claro que lo mejor es la democracia. Es la politeya que nos brinda un mayor número de oportunidades para salir humanamente a flote, competir en pie de igualdad con los demás en el mercado de trabajo, conseguir que nuestros hijos reciban una educación aceptable, limar los excesivos privilegios de los poderosos, expresar nuestras opiniones sin temor y, naturalmente, si nos gusta la idea, hasta para hacer política o entrar en ella. (p. 22)

Es así que es posible entender que la democracia como representación política está en crisis, “expresada como ausencia de arreglos institucionales o persistencia de conflictos entre sus instancias. Sin embargo, también se puede abordar dicha crisis como una situación de carencia de valores, los cuales han sido distorsionados, desplazados o descartados.” (Puerta Riera, 2016). De esta manera, Borón (2003; citado por Puerta Riera, 2016) afirma que la crisis de la democracia se reduce a la ampliación de derechos frente a los sectores privilegiados, o como lo plantea Hardt y Negri (2004; citados por Puerta Riera, 2016) la crisis de la democracia se debe en gran parte a la corrupción y a la insuficiencia institucional.

Estos contextos conducen a la reflexión que la globalización, el capitalismo y la crisis humanitaria que se está viviendo actualmente en las sociedades son factores que conducen al aprieto institucional de la democracia. La crisis humanitaria que vive el mundo postmoderno, la pérdida de los valores y de la sensibilidad, el desinterés por el otro, el egocentrismo como un estilo de vida, la influencia de la globalización y del internet como opción de vida, entre otros, son algunas de las condiciones dentro de la propia condición humana que hoy por hoy se ve reflejado en las actuales sociedades, donde el significado de lo humano pasa a otro nivel de análisis y se superponen sobre su

esencia los productos mercantiles de la actual sociedad. Esto conduce a entender la afirmación propuesta por Follari (2006), al decir que

lo posmoderno alude a un sujeto centrado sobre sí mismo, sumido en una modalidad de neonarcisismo que resulta post-ético, al menos en relación a las éticas normativas que caracterizaron la modernidad. Este abandono de los grandes criterios de orientación axiológica que se pretendían universalistas y propios de una razón que los fundaba, conlleva una moral más cercana a la privacidad y al uso de los placeres, lo cual, según ha descrito Lipovetski (1986, 1994), configuraría sujetos que pueden derivar hacia el sin-sentido, pero que no padecen los males modernos de exigencias tiránicas a las cuales adaptarse, y que se encontrarían en mayor relación de conformidad consigo mismos que los de generaciones anteriores (p. 38).

De esta manera, Fotopoulos (2009; citado por Puerta Riera, 2016) considera que la crisis de la democracia se debe a un factor que el autor denomina *multidimensional*, ya que lo enmarca en los siguientes factores: 1. Económica, 2. Social, 3. Política, 4. Cultural, 5. Ideológica y 6. Ecológica. Por ejemplo, en relación al factor político, el autor menciona con el mercado económico, el debilitamiento del poder de los Estados para controlar los asuntos económicos, la competitividad entre los países, el establecimiento del consenso neoliberal, los cambios tecnológicos conducentes a la sociedad postindustrial y a una nueva división del trabajo, que se manifiesta en el debilitamiento de la clase trabajadora y la política tradicionales.

Del mismo modo, en relación a la dimensión cultural se manifiesta a través de las consecuencias que genera la economía del mercado (su crecimiento y control) sobre los valores y tradiciones culturales. Esta reflexión se materializa en la noción de una cultura afectada por la globalización, reduciendo los patrones antropológicos y cosmológicos que tienen cada una de ellas a meras tendencias que impone el mercado. La visión individual del sujeto se reduce a las tendencias mundiales que impone el mercado. Es por ello que aparte de las seis dimensiones que expone Fotopoulos, se considera necesario resaltar la importancia de otro escenario donde también se refleja la crisis de la democracia: la salud mental.

Después de haber hecho un recorrido por el contexto de la democracia, se puede estimar que este factor es uno de los que permite el desarrollo político, social, económico, cultural de un país. De acuerdo con Giner (1996) la democracia no solo responde a una forma de gobierno o a un régimen político, la democracia es un atributo

que va desde la identidad de la persona como sujeto político y social, donde se cultivan aquellos valores morales y principios que permiten la armonía social y la co-existencia con el otro. Esa democracia debe ser entendida como una cualidad humana, un atributo que busque formar una cultura de reconocimiento y de respeto. Si se sigue empujando la democracia como una responsabilidad gubernamental y no personal, la sociedad jamás mostrará un cambio significativo en torno a las demandas que el contexto va evidenciando. No habrá un sentido de pertenencia, y por tanto responsabilidad individual y colectiva.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de investigación

Para el desarrollo del presente estudio, y atendiendo a lo planteado en el objetivo general, el tipo de investigación que la identifica es de corte cualitativo, ya que en el ejercicio de ahondar por el objeto de estudio propuesto, una de las principales características de este tipo de investigaciones tiene que ver con la elaboración y distinción de temáticas a partir de lo que se reúna en la información, generando de esta manera una forma clara y organizada para la construcción del instrumento que se va a utilizar (Cabrera, 2005). Es por esto que González Rey (1998) afirma que la investigación cualitativa tiene un interés por conocer las interpretaciones que hacen las personas sobre sus propias experiencias para conocer los fenómenos desde una mirada holística. En este orden de ideas, Rodríguez (2011) define la investigación cualitativa como una propuesta de tipo epistemológico y metodológico, en la continua búsqueda de interpretar la realidad.

4.2. Alcance de la investigación

Por otra parte, esta investigación es también exploratoria, ya que, como lo afirma Díaz-Narváez y Calzadilla-Núñez (2016)

se emplea esencialmente cuando el objeto de investigación se presenta ante los científicos como algo totalmente nuevo o insuficientemente conocido; por tanto, los estudios exploratorios tienen como función familiarizarse con objetos o fenómenos desconocidos o relativamente desconocidos y tratan de identificar, en estos, conceptos, características o variables promisorias (entre otros aspectos) que puedan potencialmente constituirse en futuras características específicas para estos objetos o fenómenos (p. 117 – 118)..

En razón de esta cualidad exploratoria de la presente investigación, resulta novedoso el abordaje que se hace del nexo entre salud mental y democracia participativa, sabiendo la poca o inexistente literatura para el caso colombiano que exista en torno a esta relación, partiendo desde el modelo de los determinantes sociales de la salud. Por ello, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), “Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes” (p. 91)

4.3. Diseño de la investigación

Se utilizó un diseño metodológico hermenéutico (Berenguera et al., 2014; citado por Bonilla-Neira, Gómez-Meneses, y Godoy-Pinilla, 2019). El diseño hermenéutico se caracteriza por (Cisterna-Cabrera, 2005)

Investigar desde una racionalidad hermenéutica significa una forma de abordar, estudiar, entender, analizar y construir conocimiento a partir de procesos de interpretación, donde la validez y confiabilidad del conocimiento descansa en última instancia en el rigor del investigador (p. 62).

4.4. Muestreo

Para el desarrollo de la presente investigación, se utilizó el muestreo por expertos, ya que como lo afirma Hernández, Fernández y Baptista (2014) “Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios” (p. 387). Lo anterior invita a la idea de entender que el muestreo por expertos permite obtener material especializado de personas que conocen sobre el problema de estudio. En este caso especialmente, era sobre el dominio en salud mental y democracia durante el periodo 2010 – 2014. Para ello, fueron entrevistados dos personas con las siguientes cualidades:

A.M.X.Y. Persona que trabaja para el Ministerio de Salud en un periodo mayor a 20 años.

L.P.A. Persona que trabaja para la Secretaria Distrital de Salud en un periodo mayor a 20 años.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

1. Personas que trabajen en el sector salud (especialmente en el campo de la salud mental).
2. Que durante el periodo 2010 – 2014 hayan estado vinculados con alguna institución gubernamental.

3. Que tengan conocimiento sobre el desarrollo democrático para el contexto colombiano.

Por otra parte, los criterios de exclusión fueron aquellos que no cumplieran con las condiciones descritas anteriormente.

4.5. Instrumentos de recolección de información.

Dentro de la rúbrica utilizada para el desarrollo de esta investigación, se llevó a cabo la técnica de recolección de datos en dos momentos:

4.5.1. Análisis documental.

En un primer momento, se utilizó el análisis documental, el cual consiste en acudir a las fuentes directas de información que permita la comprensión del fenómeno central de estudio. De acuerdo con Sandoval Casilimas (1996), el análisis documental tiene cinco principales etapas, las cuales son: 1. Adelanto del rastreo e inventario de los documentos existentes y disponibles; 2. Clasificación de los documentos, 3. Selección de los documentos más pertinentes, 4. Realización de una lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados y 5. Realización una lectura cruzada y comparativa, materializándolo en una síntesis de lo encontrado a partir de los analizado.

4.5.2. Entrevista a expertos

Con el ánimo de profundizar en lo analizado a partir de la revisión documental mencionado anteriormente, y poder compensar las limitaciones en la información que se obtuvo en esta fase, se elaboró un protocolo de entrevista individual semiestructurada (ver anexo 10), la cual fue validada por un juez en la ciudad de Bogotá. Este tipo de entrevistas permite contribuir recolectar información orientada hacia el objeto de estudio, en este caso la exploración entre salud mental y democracia participativa.

4.6. Análisis de datos.

Para llevar a cabo el análisis a las entrevistas realizadas, se utilizó la herramienta del RQDA (*R-based Qualitative Data Analysis*), el cual es una licencia libre que se utiliza para el análisis de datos cualitativos. RQDA es un paquete de *Rstudio*. Para este caso, se cogieron los textos planos de la transcripción de las dos entrevistas y se procedió a la codificación de cada una de ellas.

4.7. Componente ético de la investigación.

Para el desarrollo y soporte ético y bioético a la presente investigación, se mencionará en el anexo 9 los referentes a nivel nacional e internacional que se tuvieron en cuenta para su óptima integridad científica.

4.8. Planteamiento de las categorías y subcategorías

Ahora bien, después de haber hecho el análisis documental al PND 2010 – 2014 y encontrar insuficiencias en la información recolectada, se procedió a equilibrar la información obtenida con posibles categorías de análisis que fueran a ser utilizadas para ahondar en los constructos objeto de estudio de la presente investigación (salud mental y democracia participativa). Luego de haber identificado cada una de las categorías, se procedió a la elaboración de la entrevista semiestructurada. En total, fueron identificadas 8 categorías, las cuales aparecen estipuladas en la tabla 11

Tabla 11.

Planteamiento de las categorías y subcategorías de la investigación.

categoria	subcategoria
Salud mental: Pérez (2004), se puede decir en términos generales que la salud mental comprende las siguientes	Sistema social: “Pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación que tienen, al menos, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a «obtener un óptimo de gratificación» y cuyas relaciones con sus situaciones —incluyendo a los demás actores— están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos” (p. 7). (Parsons, 1951).
	Sistema económico: “Comprende los agentes que participan en la economía

<p>características:</p> <p>1. La salud mental tiene una relación con la vida diaria del ser, en función de su modo de pensar, actuar y sentir;</p> <p>2. Es una expresión que permite armonizar las demandas de la vida;</p> <p>3. La salud mental implica un estado de conciencia de sí mismo;</p> <p>4. La salud mental está relacionada con un estado de equilibrio de los diversos estados que conforman al individuo;</p> <p>5. La salud mental no implica ausencia de enfermedad, sino la capacidad de restablecerse a partir de la crisis que se presente en cotidianidad.</p>	<p>de un país y las actividades que desarrollan, así como las interrelaciones que se dan entre ellos”. (p. 8). (Reina, Zuluaga y Rozo, 2006)</p> <p>“los sistemas económicos son arreglos históricamente constituidos, a partir de los cuales los agentes económicos emplean recursos e interactúan por la vía de la producción, la distribución y el uso de los productos generados dentro de mecanismos institucionales de control y disciplina. Dichos mecanismos involucran desde el empleo de los factores productivos hasta las formas de actuación, las funciones y los límites de cada uno de los agentes” (p. 225) (Bornstein, 1975; citado por Paschoal, 2001)</p>
	<p>Sistema epidemiológico: Conjunto de determinantes que permiten estudiar la incidencia de la enfermedad o alteraciones de la salud en una población (Organización Mundial de la Salud)</p>
	<p>Sistema político: “el sistema político es un subsistema específico del sistema social. Se trata del subsistema social donde se desarrollan las relaciones de poder en una sociedad”.</p> <p>Easton (1999) “Un sistema político se identificará, pues, como una serie de interacciones abstraídas de la totalidad de la conducta social mediante la cual se asignan autoritariamente valores en una sociedad. Las personas que intervengan en esas interacciones, es decir las que actúen en roles políticos, se llamarán genéricamente miembros del sistema”. (p. 90)</p>
	<p>Sistema cultural: aparece como un sistema de “símbolos” y “significados” el cual replica en su interior las cuatro funciones de todo sistema de acción, las que se refieren en este caso a cuatro tipos de simbolización: “cognitiva” (A), “expresiva” (G), “moral-evaluativa” (I) y “constitutiva” (L) (Parsons, 1972; citado por Cadenas, 2014).</p>
<p>Democracia</p> <p>La democracia es una inmensa experiencia humana. Está ligada a la búsqueda histórica de libertad, justicia y progreso material y espiritual. Por eso es una experiencia</p>	<p>Sistema psicológico: “es una “organización e interpretación coherente e inclusiva, aunque flexible, de hechos y teorías especiales en torno a un tema, donde la interpretación y la interrelación se agreguen a la organización” (McGeoch, 1933, p. 2).</p> <hr/> <p>Sistema de Persona humana: Para el ámbito del derecho, la persona humana es un sujeto con derechos y responsabilidades (Treviño, 2002)</p> <p>Sistema de Valores y principios:</p> <p>Valores: “Los valores son, entonces, esos trascendentales o instancias categoriales gracias a las cuales hay un mundo de las acciones e interacciones humanas que podemos entender y eventualmente criticar y modificar. Los valores son, pues, condiciones de posibilidad de lo objetivo, social y humano; gracias a ellos hay entendimiento social en el sentido de diálogo, comprensión y acuerdo de lo social, pero también incompreensión, desacuerdo y conflicto” (p. 9-10) (Arpini, 2008).</p>

permanentemente inconclusa” (PNUD, 2004) (p. 35).

Principios: Son las reglas, parámetros o condiciones que orientan la conducta humana en un escenario social (definición propia del autor).

Sistema de Participación ciudadana: “acción o conjunto de acciones realizadas de manera voluntaria por las personas que portan sus propios intereses o que representan a colectivos, que tiene la intención de incidir directa o indirectamente en los asuntos públicos, desde una perspectiva de deliberación e interés público, en un marco de pluralidad y respeto a los derechos humanos” (p. 13) (PNUD, 2018)

PND: “El Plan Nacional de Desarrollo es el plan que el Presidente de la República presenta al Congreso al comienzo de su mandato con los lineamientos de su gobierno. El tema debe incluir temas políticos, económicos, sociales y relacionados con la seguridad del país, así como con el buen funcionamiento del Estado” (Banco de la República, s.f.).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para la presentación de los resultados, en un primer momento se mostrará el análisis documental que se hizo al PND 2010 – 2014 y los hallazgos en salud mental muy a nivel descriptivo. Posteriormente, con la identificación de las categorías y subcategorías de análisis, se mostrará las citas de las entrevistas realizadas a las dos personas, mediante el uso de la herramienta **RQDA** de *R-studio*. Para este ejercicio, se unieron los resultados y la discusión ya que, teniendo en cuenta la naturaleza el análisis documental con la experiencial a partir de las entrevistas realizadas a dos personas expertas, dan camino para conectar de manera sistémica la construcción del discurso.

4.9. Salud mental y democracia participativa. A la luz de los ejes del Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014.

El Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014, prosperidad para todos (República de Colombia; Departamento Nacional de Planeación, 2011), desarrollado en el primer gobierno de Juan Manuel Santos, y heredero del gobierno de Uribe, fue el documento creado por la Presidencia junto con el equipo de gobierno para consolidar las políticas gubernamentales, expresadas durante la campaña electoral previamente. Con la ley 1450 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011), se sancionó este plan, planteando en el artículo primero y como objetivo “consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población”. Bajo la óptica de este primer artículo, el Plan Nacional de Desarrollo visualiza a Colombia como un Estado líder para la región y con transformaciones sociales adecuadas que se ajustan a una visión de impacto propia para el siglo XXI.

Justamente en este plan, en la primera parte del documento aparece lo que se denomina “hacia la prosperidad democrática, visión 2010 – 2014”. Allí, se hizo un énfasis en la importancia de consolidar las metas hacia un país más próspero, con más empleo, menos pobreza y más seguro. Para lograr esa prosperidad democrática y de acuerdo a la gráfica 1, el gobierno planteó 8 ejes importantes: 1. convergencia y desarrollo regional, 2. crecimiento y competitividad, 3. igualdad de oportunidades, 4.

consolidación de la paz, 5. innovación, 5. sostenibilidad ambiental, 7. buen gobierno y 8. Relevancia internacional.

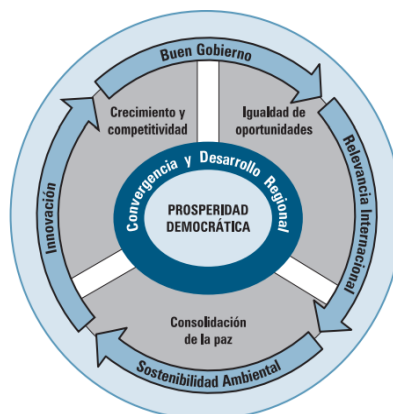


Figura 14. Ejes del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010 – 2014 (República de Colombia; Departamento Nacional de Planeación, 2011)

Cada uno de estos ocho ejes gira en una noción constructiva de la Colombia que se quería lograr para ese periodo. Sin embargo, a partir de la lectura del plan, ¿Dónde queda el factor de Salud mental? El constructo de salud mental lo determina el plan en dos ocasiones: en un primer momento hacia la implementación Plan Nacional Operativo de Salud Mental 2011-014, y la otra ocasión orientada hacia la atención psicológica y psiquiátrica hacia los colombianos víctimas de desplazamiento forzado, a través de la atención por medio de lo establecido por el Plan Obligatorio de Salud (POS). Del resto, en todo el plan conformado por 1022 páginas no aparece más este constructo de análisis.

Por ejemplo, según datos de Médicos Sin Fronteras (MSF), en el 2012 fueron atendidos por esta organización no gubernamental en el sur de Colombia 4.455 personas (3.286 fueron mujeres con un 74% y 1.169 hombres con un 26%), donde el 51% provenía del Cauca, 34% del Caquetá, 11% de Nariño, 4% de Putumayo. Dentro de los resultados encontrados en la investigación, se evidenció que el 67% de las personas que acudieron a consulta psicológica a MSF han vivido hechos relacionados con la violencia (una de las categorías más significativas de afectación para la salud mental), dando como consecuencias la depresión y ansiedad o síntomas somáticos de origen psicológico. Otras de las categorías de incidencia para la salud mental fueron la separación o pérdida (14.07%), otros (12.23%), condiciones médicas (5,23%), desastres

(1,03%). De igual forma, factores de riesgo tales como humor triste (38%), preocupación constante (34%) y ansiedad/ estrés (29%) fueron las categorías más significativas en el estudio. Con estos datos arrojados por esta ONG, es posible hacer unos análisis del impacto que ha dejado la violencia sobre la persona. La violencia desafortunadamente ha sido uno de las principales causas de desórdenes mentales. Comportamientos asociados al estrés, a la ansiedad, entre otros, (y de los cuales se encuentran relacionados con los datos encontrados en el estudio nacional de salud mental del año 2015) no es una respuesta que emite la persona en torno a esas crisis sociopolíticas que se han venido tejiendo a lo largo de la historia de Colombia.

Es decir, lo más importante del tejido social colombiano es que viene consolidándose dentro de una sociedad que sufre, una sociedad enferma, una sociedad que adolece las preocupaciones y malestares de las antiguas generaciones y de los antiguos gobiernos, una sociedad que tiene afectada su *psique* y por ende su salud mental. ¿Dónde ha quedado el valor de lo humano en la política contemporánea?

Ahora bien, en función de la categoría “democracia” y más particularmente “participativa” se avecina otro gran dilema para la lectura del PND. De acuerdo con Menéndez (2017) “La activa participación ciudadana, como lo debiera ser en los procesos de paz, en países que atraviesan situaciones de conflicto armado interno (como exclusión a aquella que se manifiesta esporádicamente mediante el voto) es en gran medida uno de los pilares del sistema democrático”. Siendo, así las cosas, y partiendo del panorama detallado previamente frente a los albores del inicio de la segunda década del siglo XXI, se esperaría que el PND tuviera como eje central el fortalecimiento en la reconstrucción del tejido social con la participación ciudadana. En este orden de ideas, al abordar el concepto de democracia (como representación de la justicia) en el PND, se encuentra la siguiente descripción: en el tomo I aparece en tres ocasiones, siendo la primera en el eje III (crecimiento sostenible y competitividad) haciendo alusión al “fortalecimiento de la democracia en el marco de un Estado social de derecho y de fortalecer y valorar la diversidad y la multiculturalidad” (p. 117); el segundo momento en el ítem de formación de capital humano cuando afirma “fortalecimiento de la democracia con ciudadanas y ciudadanos cívicos y tolerantes que apunte al desarrollo continuo de sus competencias básicas y las laborales y que articule el sector educativo con el sector productivo” (p. 347) y el tercer momento es en el ítem de emprendimiento

y empleabilidad donde enuncia que “fortalecimiento de la democracia desde el reconocimiento y aprovechamiento de las potencialidades, vocaciones y talentos de la población de los grupos étnicos y de sus territorios” (p. 471)

Ya en el tomo II, la palabra democracia se encuentra en el documento alrededor de 21 veces, destacándose que la gran mayoría de las citas encontradas en el PND se encuentran dentro del eje de “Soportes transversales de la prosperidad democrática” en especial en el ítem “Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción” (ver anexo 1).

La sociedad moderna ha venido teniendo transformaciones a pasos desmedidos, donde el uso de internet y de sus herramientas anexas (por ejemplo) ha hecho de la humanidad un constructo más versátil y a la vez más vulnerable. Justamente Bauman (2003) presenta cinco elementos de suma importancia para entender la humanidad hoy en día: 1. individualidad, 2. emancipación, 3. trabajo, 4. tiempo/espacio y 5. Comunidad. Esta conceptualización planteada por el autor conduce a entender que la sociedad que está viviendo actualmente Colombia responde sin duda a esas características propias de una individualidad manifestada por el interés particular que en el general. En palabras de Chul Han (2014)

Nos dirigimos a la época de la psicopolítica digital. Avanza desde una vigilancia pasiva hacia el control activo. Nos precipita a una crisis de libertad con mayor alcance, pues ahora afecta a la misma voluntad libre. El *Big Data* es un instrumento psicopolítico muy eficiente que permite adquirir un conocimiento integral de la dinámica inherente a la sociedad de la comunicación. De trata de un *conocimiento de dominación* que permite intervenir en la psique y condicionarla a un nivel prerreflexivo (p. 14).

O como lo afirmó Maldonado (2018)

vivimos en un mundo diferente de suma cero, con inestabilidades a pequeña y a gran escala, con múltiples interrelaciones y sensibilidades de tipo inmediato, a mediano y a largo plazo, en fin, un mundo marcado por sinergias, por o linealidades, por procesos en marcha y cuyos decursos no son ciertos ni probables, en fin, un mundo caracterizado por una complejidad creciente, altamente interdependiente y globalizado o incluso con múltiples y no siempre confluentes procesos de globalización, varios o muchos de los cuales son incluso contradictorios entre sí (p. 179 -180)

partiendo de estas reflexiones, se considera que esta causa está anclada, por un lado, a esa forma deliberada que el internet ha tenido en la vida de las personas, donde el concepto de “sociedad” es reemplazado por el de “inividualidad” y la construcción del ser gira en torno a la virtualidad de aquellos escenarios donde se sumerge la acción humana. De acuerdo con Pérez del Río (2013), los países con más características de comunitarios (es decir que gozan de la convivencia y de la movilidad social) y con menos desigualdad económica, resultan ser los más sanos.

Por otro lado, hoy en día es muy notoria la importancia de compartir con los dispositivos electrónicos (por ejemplo, celular) que realmente generan espacios físicos de construcción social. La “dependencia” a los dispositivos ha hecho de la vida humana un factor crucial para entender las nuevas dinámicas de construcción social que se han venido entretejiendo. Incluso, la aparición de nuevas palabras como la “nomofobia” ya hace parte de un lenguaje técnico dentro de algunas comunidades académicas o científicas.

Como resultado, la influencia del neoliberalismo ha tomado gran importancia en los ámbitos económicos, educativos, sociales, jurídicos y políticos, donde las nuevas estrategias de mercadeo y el uso de algunas herramientas de comunicación han transformado las dinámicas colectivas afectando de manera directa la *psique* humana. La comprensión de la individualidad no es garantía de una sociedad fundada en una democracia participativa, ya que como lo afirma Fonseca González (2012) “la participación debe entenderse como la continua conquista de espacios cerrados, de espacios jurídicos y políticos que ofrecen a los actores subordinados, la oportunidad de asumir una actitud transformadora y revolucionaria” (p. 58). En este orden de ideas, una premisa que surge en torno a la lectura de esta cita es que indudablemente para la adecuada construcción de un escenario participativo, se necesita en primera instancia de una actitud personal favorable que lo disponga y en segunda instancia de la intención por ser actor político en la construcción de una sociedad.

Por lo tanto, el inicio de la segunda década del siglo XXI entró con unas consideraciones vertiginosas y demasiadas importantes en materia de gobernabilidad para Colombia, donde se viene con un cúmulo de factores históricos que se han venido construyendo paulatinamente a lo largo y ancho dentro del territorio. Por ejemplo, la

historia en materia de procesos de paz y de integración con la sociedad civil, la manifestación de nuevas formas delincuenciales y la ausencia de la política criminal coherente con la realidad, los efectos de la globalización tanto en la tecnología como en la política, la crisis de la democracia, entre otras razones, son las que conducen a una reflexión pausada y detallada sobre los albores de la “nueva Colombia”.

Por ejemplo, según Glaeser (2012; citado por el Instituto de Estudios Urbanos, 2015), afirmó que el país tiene dentro de sus principales características el hecho de que se ha constituido en una dimensión urbana, producto del fenómeno de la migración, motivado por la necesidad de buscar mejores condiciones de vida, trayendo como consecuencia que estos epicentros (las ciudades) se conviertan en el motor del desarrollo económico del país. De igual forma, ante la necesidad imperante de buscar esas mejorías en las condiciones de vida, las ciudades intermedias también tomaron protagonismo de desarrollo, según como lo argumenta el instituto de Estudios Urbanos, donde para el año de 1951 el país identificaba seis ciudades intermedias, para pasar para el año 2010 a 41 escenarios (Cúcuta, Ibagué, Bucaramanga, Soledad, Soacha, entre otros).

Ahora bien, en materia de los determinantes económicos del país, según refiere Espinosa Acuña y Vaca González (2014), el siglo XXI para Colombia está enmarcado en una serie de factores que resultan ser producto de la historia de la política económica del país, como por ejemplo el aumento de personas en la actividad informal, los costos elevados para la creación microempresas generadoras de empleo, una mayor demanda de trabajo cualificado, entre otros, cuando afirman que

En lo transcurrido del siglo XXI la historia del mercado laboral ha tenido diferentes hechos de relevancia que vale la pena resaltar, comenzando por la grave aceleración de principios del 2000 en la tasa desempleo a causa de la crisis de finales del siglo XX, la recaída entre los años 2008 y 2010, así como el empleo informal que no ha tenido una tendencia a bajar en los últimos años. No obstante, el empleo en Colombia mostró un dinamismo especial a favor de las personas con nivel de educación universitaria, lo cual tiempo atrás, en la década de los noventa, no se veía..... En la segunda década del siglo XXI, el empleo asalariado ha estado en constante incremento, mientras que el empleo informal se ha estado desacelerando, y es un importante factor de impacto el cambio técnico y el progreso que se ha dado en materia de aumento en la fuerza laboral con estudios de educación superior, es decir, técnicos, tecnólogos y profesionales (p. 98)

Partiendo de estas oportunidades de mejora y de análisis desde una mirada holística al contexto colombiano, el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 planteó como tareas misionales un listado de indicadores que resultan ser atractivos para ser analizados bajo la óptica de la salud mental y de la democracia participativa, los cuales fueron la consolidación e integración a una economía mundial de tipo emergente y atractiva en pro del desarrollo de la inversión y del turismo, consolidar la seguridad, construir un país en paz, disminuir el desempleo, eliminar la pobreza, manejar el riesgo climático, bienestar y progreso social, confianza de la ciudadanía por las instituciones del Estado. Empero, la realidad construida durante ese periodo no parece ser del todo alentadora en materia de salud mental y democracia participativa para Colombia.

4.9.1. Convergencia y desarrollo regional caracterización, dinámica y desafíos.

Por ejemplo, en el eje 2 del PND (Convergencia y desarrollo regional caracterización, dinámica y desafíos) resulta ser el que más sensibilidad genera ante la vulnerabilidad del ser como sujeto político y social, debido a la lectura que se hace frente al factor de la pobreza por regiones, al factor de productividad y a la relación existente entre pobreza e institucionalidad del Estado. Por ejemplo, de acuerdo con el Indicador de necesidades Básicas (INB) presentado en el PND, la pobreza está más marcada en los departamentos de Chocó, Cauca, Nariño, Guajira, Córdoba, Sucre, Magdalena, Bolívar, Cesar, Amazonas, Vaupés, Vichada, Guaviare, Caquetá y Guainía. A su vez, la pobreza rural está más concentrada en Boyacá, Santander y Antioquia.

También se observa algunos municipios con altos niveles de pobreza, como es el caso de Urabá Antioqueño, los municipios costaneros del Pacífico, los municipios de La Mojana, los municipios de la zona oriental de Boyacá, nororiente de Casanare, Sur de Bolívar, la región del Ariari en el Meta, el Sur del Tolima y parte del Huila. En los lugares donde se reporta menor tasa de pobreza están en la mayoría de los municipios de Cundinamarca, Boyacá, Santander, Eje cafetero, Valle del Cauca, Antioquia, Meta, Santander y los petroleros del Piedemonte Llanero debido a la concentración de actividades industriales, comerciales, de servicios y de desarrollo minero energético

Paradójicamente, Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Cundinamarca, Atlántico, Bolívar, Casanare, Boyacá, Tolima y Córdoba generan el 80% del ingreso

nacional. De manera análoga, los epicentros colombianos más competitivos están concentrados hacia el centro del país ocupando los primeros lugares dentro del escalafón de competitividad.

En materia de institucionalidad, Bogotá junto con otros 11 departamentos tienen los más altos porcentajes dentro del promedio nacional (Cundinamarca, sur de Boyacá, parte de Antioquia, departamento del Valle y en los departamentos que conforman el Eje Cafetero), a diferencia de departamentos tales como Guaviare, Guainía, Magdalena, Putumayo, La Guajira, Sucre, Córdoba, Bolívar, Vichada y Amazonas donde su porcentaje está por debajo de los 50 puntos. Según el PND, se hace necesario fortalecer los mecanismos institucionales para mejorar la eficacia y eficiencia del gasto público y reducir las diferencias regionales, en pro de una mayor convergencia social.

¿Qué pensar al respecto después de este panorama? se expone que, a pesar de los intentos del gobierno por armonizar al Estado colombiano bajo unos mismos principios rectores, la desigualdad social sigue siendo el factor que más afecta a la cotidianidad de las personas. Como lo afirma el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) (2004), desafortunadamente Latinoamérica es una de las sociedades con mayor desigualdad en el mundo. Al igual como lo menciona Duque Daza (2013) Colombia es el país con mayor índice de desigualdad en la región, y el cuarto a nivel mundial. Según este autor, esta desigualdad adolece a la carencia de acceso a bienes y servicios básicos, a su vez el ciudadano no cuenta con derechos sociales, económicos y culturales.

En materia de salubridad, como lo afirmó Sen (2002) tanto la salud como la enfermedad deben ocupar un lugar importante dentro del análisis sobre equidad y justicia social. Por ello Sapolsky (2005); Pickett, James y Wilkinson (2006); Wilkinson y Pickett (2007); James (2007); Pickett y Wilkinson (2010; citados por Pérez del Río, 2013) afirmaron que existe una correlación entre desigualdad económica con la salud mental de las personas.

Por ejemplo, Wilkinson y Pickett (2007; citados por Pérez del Río, 2013), mediante un estudio realizado en 23 países encontraron que el índice general de bienestar en población infantil era correlacional con la variable de ingresos de las familias, llegando a la conclusión que fenómenos sociales tales como los embarazos en

adolescentes, el fracaso escolar, la violencia, la enfermedad mental era más visible en aquellos países con mayor índice de desigualdad económica. Esta afirmación puede conducir a la formulación de una hipótesis al establecer que en aquellos lugares donde más se evidencia desigualdad en Colombia, es donde más puede haber prevalencia de trastornos mentales.

4.9.2. Crecimiento sostenible y competitividad

Ahora bien, en relación al eje 3 del PND (Crecimiento sostenible y competitividad), se destaca una primacía del valor competitivo y de la innovación como articuladores del desarrollo económico para el país. Por ello, en este apartado propone tres ejes principales de desarrollo: 1. la innovación; 2. la política de competitividad y de mejoramiento de la productividad; y 3. El desarrollo de sectores “locomotora” que generen crecimiento y generación de empleo. Justamente cuando el documento hace mención a las locomotoras, hace énfasis en cinco áreas de desarrollo, las cuales son: 1. nuevos sectores basados en la innovación, 2. el sector agropecuario, 3. la vivienda, 4. la infraestructura y 5. El sector minero-energético.

Para empezar con el análisis del eje 3, es importante analizar lo abordado por Redacción el Tiempo (2012) cuando plasma a partir de la entrevista tenida con José Brunner que Colombia tiene un atraso de 20 a 30 años en investigación universitaria, en comparación con países de la región tales como Brasil, México, Argentina, Chile. Una de las causas que afecta esta situación de visibilidad investigativa está relacionada con los recursos que se invierten proveniente del PIB en esta actividad (0,4 o 0,5 % en comparación de 2% o 3,5% de países desarrollados).

Por ahora, este panorama frente a la inversión del Estado en la formación investigativa da cuenta de una crisis (o pérdida de interés) del estado por potencializar el recurso básico de desarrollo de una nación y donde se convergen varios objetivos estatales: la educación. Al no existir unas condiciones adecuadas de educación, no hay proyección, y si no hay proyección, no hay desarrollo ni competitividad. Por ejemplo, en formación doctoral (condición academia ligada con el ejercicio de la investigación y producción científica) según la OCDE (2014; citado por revista semana, 2017) se tenía para ese año un total de 356 doctores, una cifra muy inferior a México (5782) o

Argentina (2088) para el mismo periodo. En síntesis, y de acuerdo a lo expresado en el PND, la manera actual como se desarrolla la educación superior en Colombia no da garantía de las necesidades de un país productivo.

¿Cómo entender esta lógica de la competitividad, cuando las mismas condiciones del Estado colombiano limitan el desarrollo formativo y profesional del ciudadano? Vale la pena resaltar que la esencia de la formación con características de innovación y emprendimiento no solo depende de las condiciones de la formación en el ámbito de la educación superior; la formación viene desde la escuela. Desde un escenario competitivo, ¿Qué estrategias se puede utilizar para permear las necesidades del colombiano que estén ancladas a la educación? Al incursionar la variable “capital humano” y “Desarrollo de competencias laborales” se debe tener especial atención a las consecuencias que genera la competitividad sobre las acciones del ser humano. Justamente una de esas causas del neoliberalismo es la lucha a toda costa por ser el mejor, en la continua búsqueda del éxito, materializándose en conductas netamente individualistas. Y esa consolidación de conductas individualistas enmarca las actuales tendencias sociales sobre la ausencia de conductas pro sociales predominando las egoístas.

Por otro lado, en el ámbito del agro, que difícil resulta entender la gravedad de la desesperanza que tiene el campesinado colombiano frente al poder adquisitivo que se tiene sobre la tierra. Vale la pena recordar lo acontecido en el año 2013, donde el gremio de los campesinos entra en conflicto con el gobierno colombiano por los costos de los insumos para el desarrollo del trabajo agrícola, manifestándose para algunos expertos en el tema como el paro agrario más grande que ha tenido la historia colombiana. Como lo afirma Salcedo, Pinzón y Duarte (2013) “Entre el 19 de agosto y el 12 de septiembre el país se vio inmerso en un profundo debate sobre qué hacer, hacia dónde dirigir el agro en Colombia, la tenencia de la tierra, la producción de alimentos, de agro-combustibles, la cría de ganado y otros animales, las importaciones y las exportaciones de estos productos” (p. 1). Es así como esta variable genera también malestar en la *psique* del ciudadano, ante la adversidad, la zozobra, y la misma inseguridad que genera el tema del agro para el desarrollo y sostenimiento de las familias que tienen como fuente de ingreso la tierra.

Como lo afirmó Kirmayer y Swartz (2013; citados por Rodríguez-Yunta, 2016) al decir que los problemas de salud mental se distinguen por que la expresión que tiene este tipo de manifestaciones inciden inicialmente en las esferas social y psicológico debido a múltiples factores, donde la alteración de una facultad psicológica distorsiona las demás (procesos cognitivos, emocionales, de sensación, percepción).

4.9.3. Igualdad de oportunidades para la prosperidad social

Ya en el eje 4 del PND (igualdad de oportunidades para la prosperidad social) se enmarca en un escenario de bienestar proyectado hacia una unificación de una sociedad igualitaria. Tal cual lo menciona el plan, al decir que

La visión de sociedad que queremos es la de una sociedad con igualdad de oportunidades y con movilidad social, en que nacer en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida, sino en que el Estado acude eficazmente para garantizar que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitirán labrar su propio destino, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen (p. 321)

Es así como Colombia se vio proyectada para este cuatrienio como una sola unidad, una dimensión unificada por los principios sociales y por los valores del Estado, donde la discriminación, la segregación, los estereotipos no sean el foco de los dilemas sociales que genera la diferencia. Sin embargo, en Colombia, las tendencias de rechazo, de negación, de exclusión aún siguen estando persistentes dentro del contexto social. Las construcciones colectivas que se generan en torno a las características físicas o psicológicas de algunas personas dentro del escenario social se convierten en epicentros de creación de ideas erróneas o falsas frente a la identidad del ser. Construir una Colombia equitativa, incluyente, próspera y en paz son los retos planteados en este eje. A partir de esta reflexión, Vergara (1998) establece que justamente una de las características de una democracia participativa radica en el cambio de la autopercepción y de la conducta hacia las personas, condición que direcciona las buenas costumbres y el bien *modus vivendi*.

En este orden de ideas, Fonseca González (2012) argumenta que justamente el gran conflicto que se presenta dentro de una democracia en crisis es el reconcomiendo

de los derechos de las minorías, como por ejemplo de las comunidades indígenas, afros, comunidad gay y de los desplazados quienes son sencillamente invisibilizados ante la sociedad y ni tampoco se integran a la actividad democrática. Por ello, el autor reconoce que para que exista una democracia participativa se debe incluir la base social de las dinámicas de la misma sociedad civil en las decisiones que intervenga el Estado.

Por ello, un requisito fundamental de una democracia participativa es la disminución de las desigualdades sociales y económicas (Vergara, 1998). Como fue argumentado en el eje 2, si existe una relación entre niveles de pobreza con capacidad institucional, la pobreza fue, es y seguirá siendo el factor de atraso para el desarrollo integral del país, lo cual impide de manera tacita el desarrollo de una democracia participativa.

4.9.4. Consolidación de la Paz

Ya en el eje 5 (Consolidación de la Paz) prevalece la noción de la presencia del Estado de Derecho en todo el territorio, donde a partir de la consolidación de la seguridad, el cumplimiento de los Derechos Humanos y una justicia pronto y eficaz se convirtieron en las directrices del cuatrienio. Sin embargo, día a día, los medios masivos de comunicación bombardean con noticias lamentables y catastróficas sobre hechos que ponen en tela de juicio la protección a los bienes jurídicamente tutelados sancionados por la ley penal, donde de manera directa se pone en discusión la efectividad de la justicia. Pensar en una crisis de la justicia colombiana es recoger la cantidad infinita de factores, sentimientos, malestares, indagaciones, quejas y demás acciones que el colombiano ha dejado como evidencia de su inconformidad frente a la administración de justicia. Así, Charry Ureña (2017) afirma que

La justicia en Colombia sufre una de sus más profundas crisis, así lo demuestran las siguientes cifras: De 8,1 millones de necesidades jurídicas declaradas, se resuelven 1,1 millones, esto es, el 13 %; de cada 100 homicidios, se condenan ocho, lo que implicaría un índice de impunidad del 92 %, sin considerar la calidad de las condenas; se estiman 1,6 millones de casos represados en los despachos judiciales, y el sistema judicial tiene una imagen desfavorable del 80 %.

A la luz de lo planteado en el eje cinco se podría afirmar que la aplicación de la justicia, sería un factor que incide en la salud mental de los colombianos. Esta

controversia podría estar dirigido hacia dos puntos de vista: por un lado, hacia aquellas personas que han estado vinculadas con procesos legales (victimarios) y el otro punto de vista hacia aquellos sobre los cuales ha recaído la comisión de un delito (víctimas directas o indirectas). Según la Revista Semana (2017), Bogotá está ubicada en la primera posición en presentarse trastornos mentales, en personas con edades entre los 18 y 48 años, con probabilidad de presentarse cuadros clínicos tales como ansiedad, esquizofrenia, episodios depresivos, manifestando en el aumento de la violencia intrafamiliar, en el consumo del alcohol y drogas.

Estas cifras encubiertas en un panorama complejo del que-hacer de la justicia en Colombia, no tiene otro más efecto que intentar descifrar las posibles consecuencias que trae el mal proceder de lo que se conoce como la política criminal en la salud mental, fermentado en una amalgama de emociones desorientadoras que imposibilitan al sujeto tener conexión clara con la realidad jurídica. La falta de credibilidad en el sistema, la ausencia en el ejercicio de la democracia, el tomarse la justicia por sus propias manos (como se dice coloquialmente), los hechos de intolerancia por el otro, la deshumanización en los actos conduciéndolos a condiciones de sevicia y barbarie, entre otros factores, son quizás algunos de los asuntos que surgen en medio de este desolador proceso de administración de la política criminal en las esferas de la justicia colombiana. De acuerdo con Durán Ariza (2017), esta crisis se debe a la falta de recursos económicos y el incremento en la demanda de servicios ocasionando congestión, atraso y mora judicial.

Esta lectura que se hace a la realidad en torno al ejercicio de la paz, dentro de una atmosfera de conexión con determinantes sociales como la justicia, ha sido sin lugar a duda una de las mayores conflictivades que se han generado en el tejido social colombiano. Franco (2015) comenta que “La salud y la paz son realidades interrelacionadas e interdependientes en la vida de las personas y de la sociedad” (p. 5). Es decir, ambas categorías, las cuales se relacionan como elementos de un sistema social, van en coalición siempre y cuando estén ambas presentes. Si falta una, la otra presenta crisis. ¿será que la ausencia de paz puede ser un factor que incida en la salud mental de las personas? De acuerdo con el autor, una política excluyente y con una economía que vaya en contravía a la equidad, ha dificultado tener una sociedad colombiana en paz.

En conexión con lo anteriormente dicho, y para superar la dinámica conflictiva del sistema judicial, el cual está enfocado a un horizonte diferente de al de una democracia participativa, Uprimny Yepes (2008), afirma que estas son algunas de las características de un sistema judicial apoyado sobre la democracia: 1. Una independencia judicial, lo que significa que los jueces deben proteger los derechos inalienables del ser humano, donde la escogencia de los jueces debe ser por elección popular, 2. Suficientes recursos económicos, jurídicos y técnicos, 3. Equidad y acceso fácil al sistema, con características de igualdad y universal y 4. Con un control y arraigo ciudadano

4.9.5. Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo

Ya en el eje 6 (Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo) se hace especial énfasis en el proceso de afrontar adecuadamente los desastres naturales que genera la ola del invierno en Colombia. En este escenario es importante resaltar la visión del PND frente a las oportunidades de mejora que presenta este tipo de fenómenos a la hora de realizar una planeación y prevención adecuada a los lugares con mayor incidencia en ser víctimas de este tipo de desastres. Lo que resulta interesante es entender la vulnerabilidad de la acción humana, y las consecuencias que genera en la psique de las personas. Una alteración de mayor significancia que produce un desastre natural está relacionada con lo se conoce en el lenguaje técnico de tipo clínico como estrés postraumático, una alteración de la conducta donde la persona después de haber experimentado el suceso tiende a presentar conductas diferentes a las habituales. Por ejemplo, este tipo de acertijos en el entendimiento del Plan Nacional de Desarrollo al parecer resultan ser invisibles a la luz de la política.

4.9.6. Soportes transversales de la prosperidad democrática

En el eje 7 (Soportes transversales de la prosperidad democrática) vale la pena rescatar una de las afirmaciones del PND, cuando enuncia que el país está pasando por tres grandes metas para la promoción de la participación ciudadana como garante en la generación de capital social: 1. La ausencia de un ente gubernamental coherente que invite a la participación, 2. Un conjunto de normas, actores, instancias procesos y recursos y 3. Agotamiento de la ciudadanía para la organización y articulación de las

acciones con incidencia en el escenario político. Este escenario es contra argumentado por Sol Arriaza (2012) cuando afirma que

Lejos de abandonar el Estado democrático de derecho, como concepto y propuesta de organización social y la democracia representativa como recurso para la organización política del Estado, busca privilegiar la deliberación y así fortalecer las prácticas que conduzcan a la cohesión social, la construcción de acuerdos, la gobernabilidad y la resolución de conflictos por la vía democrática, fortaleciendo la participación ciudadana, más allá del voto. Esta participación ciudadana se concreta en prácticas plurales y diversas de incidencia de la sociedad civil organizada o de sujetos individuales interesados en la gestión de las políticas públicas, tanto nacional, como locales o sectoriales.” (p. 26)

Es así como a la luz de los ejes descritos anteriormente, el constructor de salud mental aún sigue siendo un “tabú” para la administración política en el ejercicio de la democracia participativa, sabiendo de antemano que, aunque exista una crisis en la democracia por los diversos factores exógenos que lo sustentan, y por las mediciones periódicas que se desarrollan de manera continua por diferentes organismos nacionales e internacionales, esa brecha entre salud mental y democracia participativa no es del todo invisible, se manifiesta con gran fervor en las circunstancias sociales de los ciudadanos, pero no resultan ser del todo perceptibles al legislativo, lo cual conduce a la negación del papel protagónico que tiene el ciudadano en forjar sus propios mecanismos de control político y de cualificación de su calidad de vida. De acuerdo con lo enunciado por Ortiz-Hernández, López-Moreno, Borges (2007; citados por Rodríguez-Yunta, 2016) los avances desarrollados en Latinoamérica demuestran que el factor socioeconómico tiene una relación negativa con los indicadores de trastornos mentales y a su vez los bajos niveles de escolaridad se relacionan con depresión, intento de suicidio, trastornos mentales del estado del ánimo y ansiedad.

Es así como fue descrito anteriormente con los aportes de la Organización Panamericana de la Salud & Fundación Rockefeller (2002), las desigualdades afectan el buen desarrollo de la democracia, tales como la pobreza y la marginación, la posición social, educación, el trabajo, el ámbito rural, entre otros. Del mismo modo, Rondón (2006) afirma que la exposición a este tipo de escenarios es un factor de riesgo para las enfermedades mentales. En razón de estas consideraciones contextuales, Krieger (2011), con su aporte sobre las tres tendencias en los determinantes sociales de la salud, es importante rescatar la primera (la sociopolítica) argumentando que indudablemente la

democracia como elementos exógenos al desarrollo del ser humano, resulta ser un determinante para el desarrollo o no de una adecuada Salud mental.

5.2 Análisis de las categorías y subcategorías de la investigación

Al hacer el análisis de las entrevistas con la herramienta RQDA, se mostrará las citas textuales de las dos personas en relación a la salud mental y a la democracia participativa para el periodo 2010 - 2014. A continuación, se exponen los resultados encontrados a partir de las categorías y subcategorías planteadas para esta investigación, haciendo uso de un sistema de redes. Para esta ocasión, en los elementos que se articulan con cada una de las categorías se llamarán “cualidades emergentes” (Morin, 2010). En la figura 15 se observa un mapa conceptual de cada una de las categorías con sus respectivas cualidades emergentes haciendo uso de la herramienta *cmap-tools*

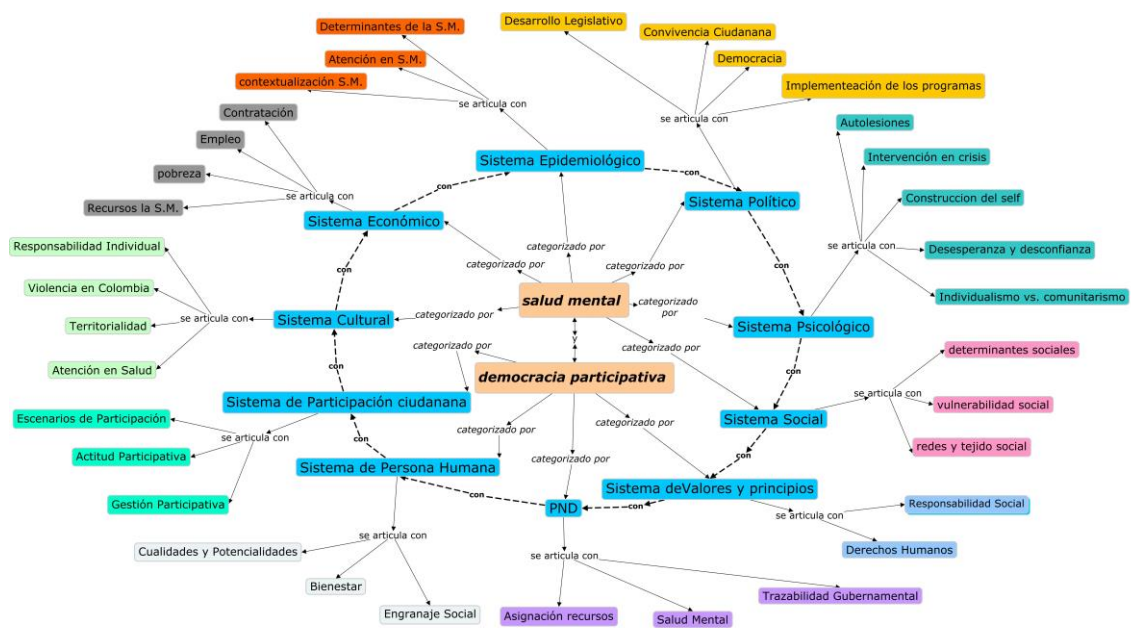


figura 15. Categorías de la investigación con sus respectivas cualidades emergentes

5.2.1. Salud Mental

5.2.1.1. Sistema cultural

En relación al escenario cultural, se pudo evidenciar una serie de situaciones que han marcado la historia del país, y que de alguna u otra manera han tejido la relación entre salud mental y democracia en Colombia. En este punto, vale la pena rescatar tres aspectos importantes: 1. El tema de la violencia en Colombia, 2. La territorialidad, 3. El tema de la responsabilidad individual y 4. La atención en salud.

5.2.1.1.1. Violencia en Colombia

En relación al tema de la violencia (tópico que se relaciona con otras subcategorías de la investigación), es importante destacar que las dos personas hicieron énfasis en este flagelo social, siendo ésta una causa que altera la salud mental. Por ejemplo, A.M.X.Y. dijo lo siguiente

Entrevista 1 [39854:40696]

Un factor cultural que se fue permeando con el tiempo es el tema de la inmediatez. Los colombianos nos volvimos muy inmediatistas. Y la inmediatez hace que cuando yo no logre las metas a corto plazo, entra a pensar que no funcionó, me deprimí, y entre a un ciclo en el cual vuelve e inicio un proceso y vuelve el proceso no se da. Nosotros no hemos aprendido. Un ejemplo, tenemos que montar proyectos a largo plazo, y que los proyectos no necesariamente dan resultados en el corto plazo. Yo sí creo que desde el punto de vista cultural el tema de la inmediatez h afectado, el tema del narcotráfico ha afectado, que es el dinero fácil, y eso culturalmente y socialmente se ha aceptado, y es el cómo obtener dinero fácil sin tener que esforzarme mucho. Eso de una u otra manera nos está afectando, y lo estamos viendo hoy en día en los jóvenes.

Justamente, esa cultura de la inmediatez resulta ser una de las consecuencias por las cuales se ha venido configurando el tejido social colombiano, como respuesta a las dinámicas beligerantes manifestadas desde hace más de 30 años. el narcotráfico, por ejemplo, ha sido uno de esos insumos que permeó a la cultura colombiana en la medida de buscar las “cosas” fáciles y sin un plan. De alguna u otra medida, esa condición social y cultural de la inmediatez responden a una necesidad de trabajar desde la educación y la enseñanza en la construcción de un plan de vida. Como lo dijo

A.M.X.Y. “*la inmediatez hace que cuando yo no logre las metas a corto plazo, entra a pensar que no funcionó, me deprimí, y entre a un ciclo en el cual vuelve e inicio un proceso y vuelve el proceso no se da*”, y este tipo de factores pueden conducir a una connotación de individualidad. Lo anterior queda evidenciado cuando L.P.A. dijo

Entrevista 2 [27420:27893]

Conocemos que históricamente pues somos un Pueblo que viene de violencia, de una cultura muy enmarcada en modelos de otros países, como que perdemos nuestra esencia. Entonces todos estos factores culturales dentro de la historia de los abuelos, desde las familias también empoderamos a los niños más de la competencia y no desde el crecer juntos, de vivir juntos, desde la solidaridad, el resultado es lo que vemos ahora el resultado de esa cultura, de esa historia nuestra.

5.2.1.1.2. La territorialidad.

Por otro lado, se observó dentro del análisis de las entrevistas, el valor que representa la territorialidad en el ejercicio de la construcción de la salud mental. En ocasión a esta variable, A.M.X.Y., afirmó que

Entrevista 1 [35040:35893]

Hoy en día es una de las modificaciones que se le está haciendo al modelo, y es que también tengamos en cuenta la particularidad del territorio. Y es que no podemos pensar que Colombia es igual, Colombia es muy disímil, tenemos regiones, dentro de las mismas regiones tenemos departamentos que son totalmente diferentes del uno al otro. Es una realidad que hay que consultar. Lo que pasa es que desafortunadamente desde el punto de vista político e institucional, no tenemos la suficiente capacidad para hacer la adaptación de los programas. La norma establece que a nivel nacional diseñe los programas, hace el diseño general, pero el departamento y el municipio adapta y adopta el programa. Yo le puedo incluir la particularidad. Desafortunadamente a nivel territorial no se ha avanzado en ese punto, y es como adapto yo los programas a mi territorio.

Sin embargo, a partir de esa heterogeneidad que tiene Colombia, en relación a las múltiples culturas, etnias, el campesinado, entre otros, se entreteje el interrogante frente al tema de la inclusión de todos estos actores sociales en el marco de la política de salud mental, y además evaluando el impacto que genera este tipo de políticas públicas en cada una de las comunidades. Como lo dijo A.M.X.Y. “*Desafortunadamente a nivel territorial no se ha avanzado en ese punto, y es como adapto yo los programas a mi*

territorio” parece ser que aún le falta al trabajo en salud mental la participación de las comunidades en la construcción de estos escenarios.

5.2.1.1.3. La responsabilidad individual

Ahora bien, en relación al tercer aspecto (la responsabilidad individual), es importante mencionar que se evidencia una concordancia muy estrecha entre auto cuidado, responsabilidad y salud mental. Por ejemplo, A.M.X.Y. a partir de su experiencia anotó que

Entrevista 1 [6055:6241]

El concepto de auto cuidado surge de la atención primaria en salud, y está asociado a un tema fundamental, que es el tema de la responsabilidad, como ciudadano y como persona de mi salud

De esta manera, se dimensiona un punto de encuentro entre estas tres naturalezas humanas, evidenciándose en la estrecha relación que existe entre cada una de ellas. Por ejemplo, L.P.A. dijo

Entrevista 2 [26679:27041]

No hay responsabilidad del colombiano con su salud mental, porque si está todo el tiempo digamos que, generando cosas, produciendo, basado en el hacer, en garantizar recursos pues nunca se piensa mi hay un espacio para para construir desde otra mirada, sino desde la mirada económica, la globalización, desde la necesidad de tener no de ser, en construir el ser.

Entrevista 1 [19192:19392]

en el tema de salud mental, la responsabilidad va desde el nivel individual como lo es el familiar; y hoy en día trasciende también a lo comunitario, cuando estamos hablando de procesos comunitarios.

La población colombiana no se percata sobre la responsabilidad que se debe tener en relación con el cuidado de su salud mental. Y esto obviamente se ve soportado con algunos datos epidemiológicos existentes en la sociedad (tema que se trabajará más adelante). Por ello, en esta parte de los resultados, se ve cómo el tema cultural, como una construcción social, incide para que la población colombiana presente una cualidad de no responsabilidad por su salud mental. Como lo afirmó A.M.X.Y

Entrevista 1 [6243:6445]

La responsabilidad es del ciudadano. La responsabilidad del Estado es garantizar un acceso a los servicios de salud cuando desafortunadamente se presenta ehhhhh enfermedades que tiene que ser atendidas.

Y reafirma con lo siguiente

Entrevista 1 [6451:6595]

Digamos que la base fundamental del modelo MIDES es la atención primaria en la cual se reconoce al individuo como responsable de su propia salud

5.2.1.1.4. La atención en salud

Por último, dentro del escenario cultural, está el cuarto aspecto (La atención en salud). Dentro de esta condición, se pudo observar en las entrevistas que la atención en salud mental como elemento categórico del escenario cultural, gira en torno a los aspectos tradicionales de los roles que cumplen los profesionales en el área, al papel de la medicina en el escenario comunitario y a las implicaciones económicas. Por ejemplo, en relación a los roles que cumplen los profesionales en el área, A.M.X.Y afirmó lo siguiente

Entrevista 1 [23048:24157]

Si nosotros no podemos garantizar una atención en salud por fuera de la institucionalidad, no vamos a poder llegar a la población. Primero, porque desafortunadamente el tema de salud mental y el tema de atención en salud mental en nuestro país, todavía tiene muchos prejuicios en términos de que el psicólogo y el psiquiatra solamente está atendiendo personas que de una u otra manera tienen un trastorno, y que se considera, digamos “loca” (perdón el termino), pero no se ha querido entender que el tema de la salud mental es algo que, de una u otra manera, nos puede afectar a cualquier ser humano, en algún momento de nuestra vida, y que vamos a requerir algún tipo de apoyo, para poder manejar esa afectación, que no necesariamente tiene que derivar en una esquizofrenia o en una depresión, pero podemos tener algunos, digamos, eventos de trastornos en salud mental que son leves, pero que requieren un proceso de intervención. Solo que la población todavía tiene mucha resistencia en este tema, que es de la salud mental, y es un tema das de discriminación, y es un tema más de aceptación a nivel social.

Desafortunadamente, aun se sigue “creyendo” el papel de los profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, por ejemplo) como un trabajo de intervención para “locos”, desconociendo que la labor profesional va más allá de una intervención médica y/o psicológica. La salud mental es un tema que involucra a todas las personas, sin excepción. Es una responsabilidad de todos y para todos. De igual forma, se evidenció lo mismo ante el papel de la medicina en el escenario comunitario. Para ello, L.P.A. comentó lo siguiente

Entrevista 2 [11984:12234]

En esos años se intentó un poco en hacer ese ejercicio, pero de igual manera en muchas ocasiones la misma comunidad no tiene la cultura ¿no? de recibir al médico en casa y hubo mucho recurso en ese momento asignado para poder garantizar esa atención;

Entrevista 2 [11562:11984]

se hizo un intento de realizar acciones en la casa, en los proyectos de domiciliarios, la salud a su hogar, de ir a la casa y hacer procesos allí de trabajo orientados a hacer prevención; pero realmente nosotros los profesionales desde la academia no estamos formados para hacer un proceso de atención de salud en casa, y yo diría que ese sería el modelo, el modelo ideal ¿si? de estar en el barrio, de estar en la casa.

Por otro lado, se evidenció como elemento categórico lo económico dentro de la órbita cultural del país, al tratar de entender que el valor de la persona se reduce a esta configuración. En relación a esta explicación, A.M.X.Y. afirmó que

Entrevista 2 [27100:27204]

realmente tenemos una cultura que hace énfasis en lo económico, en ver al otro como la cosa que produce.

En este orden de ideas, el factor cultural es sin lugar a duda uno de los escenarios donde se configura y reconfigura la noción de lo humano en las áreas de la salud mental. Una salud mental que, de acuerdo a las personas entrevistadas, está afectada por lo económico, por los hechos de violencia, por esa individualidad y ausencia de responsabilidad que de alguna u otra forma el colombiano ha tenido en el cuidado mental.

5.2.1.2. Sistema Económico

Ahora, bien, pasando al segundo escenario (económico), se evidenciaron xx cualidades emergentes. Estos fueron: 1. Asignación de recursos a los programas de salud mental; 2. Pobreza; 3. Empleo y 4. Contratación.

5.2.1.2.1. Asignación de recursos a los programas de salud mental

En relación al tema de los recursos asignados al desarrollo de los programas y a los planes de intervención para la salud mental, A.MX.Y. y L.P.A. coinciden en la

premisa que el gobierno no ha dispuesto de un rubro presupuestal lo suficientemente significativo al sector de la salud mental. Para este asunto, vale la pena recordar lo que A.M.X.Y. dijo al respecto cuando se le hizo la pregunta de la influencia del factor económico en la salud mental

Entrevista 1 [9886:10185]

Podemos decir que no solamente influyó. A influido y seguirá influyendo. Pero en el último periodo se trabajó mucho en mejorar los indicadores de pobreza, y de mejorar las condiciones de muchas de las poblaciones vulnerables. Y se logró avanzar a nivel internacional en la mejora de esos indicadores.

Al respecto, A.M.X.Y. afirmó que los indicadores de pobreza mejoraron para el periodo, haciendo énfasis en el tema de los perfiles laborales (haciendo mención, por ejemplo, del SENA en el tema de formación). Al respecto, afirmo lo siguiente

Entrevista 1 [13643:14178]

Si, si, si se tuvo en cuenta, muchos indicadores de pobreza mejoraron, porque se empezó a incentivar con el SENA el tema de la formación, y algo importante: se empezaron a hacer los estudios en términos de efectivamente que es lo que la economía necesita, cuales son los perfiles laborales que requiere el país, porque es que tradicionalmente hemos trabajado, digamos, sobre los mismos perfiles de formación, y no se ha tenido en cuenta mucho las necesidades que tiene el país desde el punto de vista económico para poder desarrollarse

Entrevista 1 [14875:15288]

el SENA permite formaciones, concursos que son técnicos más que todo, pero son cursos que muchas veces no consultan la realidad, que es parte del ejercicio que hay que hacer: consultar cual es la realidad del país en términos de las necesidades que tiene el país para formar un talento humano y unos jóvenes que se les garanticen el poder, una vez termine sus estudios, poder obtener un empleo, y un empleo digno.

Pero, más allá de la formación técnica, tecnológica o profesional, se abre una puerta al dialogo para tratar de entender la situación de aquellas personas que alguna u otra razón no pueden acceder a la educación. En este punto, se hace especial mención a los procesos productivos, y su relación con la salud mental. Al respeto, A.M.X.Y. afirmó lo siguiente

Entrevista 1 [16176:16598]

Si hablamos de población indígena, de población víctima o de población pobre, por más que se trabaje el tema de prevención y promoción en salud, si no hacemos incidencia en procesos productivos que permitan a las poblaciones salir de la pobreza, muy difícilmente vamos a poder abordar, no solamente a

nivel preventivo, sino a nivel terapéutico de la salud mental, por que la prioridad para la población es la subsistencia.

Entrevista 1 [15452:16175]

Influyó muchísimo, tanto es así que, dentro de los determinantes de la salud mental, uno de los determinantes fue el tema de la formación y del empleo en todas las poblaciones, y cuando uno revisa en el tema de salud en el plan decenal de salud pública digamos que esa es una de las particularidades del territorio. Nosotros tenemos algunas diferencias territoriales, en donde en algunos departamentos más que en otros, se visibiliza más el tema, no solamente pobreza, sino el tema del desempleo, y como de una u otra manera si no se tocan esos temas estructurales, muy difícilmente vamos a poder estar hablando de personas que puedan contar con una buena salud mental, porque de una u otra manera el tema económico afecta.

Sin embargo, se genera una cierta ambivalencia cuando afirma que

Entrevista 1 [7322:7414]

no hay los suficientes recursos para garantizar ehhhh servicios de salud a toda la población.

Adicionalmente, se complementa la ausencia de los recursos para garantizar los servicios de salud cuando L.P.A. comentó lo siguiente

Entrevista 2 [19938:20245]

si tú no tienes el régimen contributivo donde es garantizar económicamente un pago, un copago, no puedes acceder a ciertos servicios ¿sí?. entonces de vinculan a procesos de subsidiado, de un SISBÉN pero que definitivamente también de igual manera los accesos, el acceso a estos servicios son restringidos.

En conexión con lo afirmado por A.MX.Y., L.P.A coincide en su discurso en relación al periodo de estudio (2010 – 2014) de la siguiente forma:

Entrevista 2 [2054:2599]

la salud mental estuvo afectada durante este periodo, generando un ejercicio de posibilidades, fundamentalmente, abrir posibilidades institucionales de los diferentes sectores para participar en el desarrollo de la salud mental, en donde el individuo es un eje fundamental en esa política. Sin embargo, nos quedamos cortos en cuanto a la posibilidad de asignación de recursos. En conclusión, hay elementos o determinantes sociales, psicológicos, económicos, institucionales, que redundan en el desarrollo de la salud mental del Pueblo, del país.

En razón a esta cita, se puede analizar el valor gubernamental que para ese periodo tuvo la salud mental, por ejemplo, en la asignación de los recursos para el sector, destacando la importancia del abanico de determinantes sociales que alimentan a

la salud mental. Ahora bien, continuando con lo ocurrido en ese periodo de tiempo, L.P.A comentó lo siguiente

Entrevista 2 [5273:5667]

durante el transcurso de los 4 años, el 2010 al 2014 muchos de sus programas se vinieron abajo, precisamente dificultades a nivel de presupuesto, es decir que el plan nacional planteaba una serie de objetivos muy muy amplios que finalmente no fueron cumplidos en la medida en que estos programas se desbordaron y no hubo la posibilidad de darles continuidad por la falta o déficit de recursos.

Con esta cita, se resalta de nuevo el valor económico en la asignación de los recursos (presupuesto) para el desarrollo de los diversos programas orientados hacia la salud mental, conduciendo a una redistribución de los mismos a otros proyectos estratégicos.

Entrevista 2 [5677:5824]

empezaron a menguar los recursos para otro lado y salud mental empezó a entenderse como un problema que no era, no era tan importante de abordar,

Entrevista 2 [12554:12740]

Fíjate hubo de alguna manera un recurso para garantizar la atención primaria en salud, pero no se ejecutó el presupuesto, entonces se reversó hacia otros proyectos, hacia otras acciones.

Entrevista 2 [14675:15240]

Digamos que yo no tengo una cifra exacta pero lo que sí te puedo decir es que claramente se cortaron los presupuestos para los programas en salud mental. De hecho, se disminuyó a un 50% el recurso humano, el talento humano que venía trabajando en salud mental de nuestra institución y se cerraron programas importantes que veníamos adelantando para justamente fortalecer esas acciones sociales, comunitarias, de democracia, participación social, se cerraron, y nos quedamos en el escritorio y en el consultorio. Volvimos al modelo anterior, a la medicina alopática.

Ahora bien, este recorte presupuestal destinado al área de la salud mental, y del cual fue distribuido a otros proyectos, se vio de manera directa en el adecuado tratamiento e intervención a pacientes. Por ejemplo, como lo afirmó L.P.A. al decir lo siguiente

Entrevista 2 [21458:21902]

Incluso también hemos conocido de casos recientemente de niños que fallecen en los hospitales por falta de una atención rápida en urgencias, por falta de insumos incluso algunas de las gerentes de nuestras entidades han sido demandadas, pues no me atrevo a decirlo porque he vivido de manera cercana

la situación porque hubo falta de un insumo que valía 600 pesos en un hospital y muerte de un materna solamente porque hubo falta de un insumo.

Esa falta de insumos, de medicamentos, entre otros, hacen (o hicieron) de una praxis no adecuada en la implementación de los servicios de salud. Por otro lado, dentro del análisis desarrollado en las entrevistas, el segundo elemento encontrado en el escenario económico fue la pobreza. Esa pobreza, como un factor económico que afecta la dinámica de la salud mental, también fue evidenciada por las personas entrevistadas. Por ejemplo, un aspecto importante a rescatar fue el tema de los ingresos. Al respecto, A.M.X.Y afirmó

Entrevista 1 [16601:16837]

la subsistencia a través de la generación de ingresos para sus familias, y eso es algo que, si no se trabaja de manera conjunta, muy difícilmente vamos a poder incidir de manera directa en los indicadores de salud mental de la población

Entrevista 1 [17257:17531]

También identificamos que, mucha de nuestra población, que anteriormente tenía un ingreso, un ingreso fijo, ese ingreso varió, pero también no solamente varió, sino el ingreso disminuyó, y lo estamos viendo hoy en día en mucho en la población que esta económicamente activa.

Entrevista 1 [17532:17716]

Cuando uno revisa con las personas el tema de cómo la dinámica familiar y el ingreso familiar, también encontramos que mucha de nuestra población ha visto vermada el ingreso económico.

5.2.1.2.2. Pobreza

Como aspecto importante en el análisis de la pobreza en función de los ingresos, fue el tema de la violencia como factor desencadenante del recurso económico.

Entrevista 1 [17818:18555]

De una u otra manera lo que estamos viendo es que eso genera violencia intrafamiliar, que es la que estamos evidenciando hoy en día. Cuando una familia no tiene garantizado el sustento, de una u otra manera eso empieza a generar una violencia intrafamiliar que a la final se ve reflejado en los indicadores que estamos viendo hoy en día, en términos del maltrato a la mujer, de lo que estamos identificando también en los suicidios que se están presentando, que ya no solamente llegó al tema de la violencia, sino también el tema de homicidios, que lo estamos evidenciando en las altas tasas cómo se han venido incrementado. Pero eso está también asociado al tema también económico, y es al tema de la subsistencia a nivel de la familia.

La violencia intrafamiliar, por ejemplo, resultaría ser un factor desencadenante por la presencia de varios factores, entre ellos el contexto económico, cuando las dinámicas familiares presentan un acceso restringido al dinero (por ejemplo), causando malestar al interior de las dinámicas familiares y en los escenarios sociales.

Entrevista 2 [7476:7908]

Si claro. Es evidente que, como le mencionaba ahora, epidemiológicamente aumentaron los niveles de violencia a nivel Intrafamiliar, hubo aumento de casos a nivel de los hospitales, de los servicios de urgencias, hubo más abandono a los niños por parte de los padres o las madres, por lo que, las situaciones económicas y las familias no se... hubo factores económicos.... La economía del país que en esos años afectaron a las familias.

5.2.1.2.3. Empleo

En esta cualidad emergente, se evidenció que está muy de la mano con la de contratación (que se verá más adelante). Sin embargo, a pesar de guardar esa estrecha conexión, hubo citas de las entrevistas que marcaron puntos de referencia para el debate. Por ejemplo, para A.M.X.Y, asevera que, para el periodo de estudio, se fortaleció el programa de empleo, mediante la inclusión al sistema productivo de las personas en condición de discapacidad, o población víctima, beneficiando al empleador en la reducción de impuestos

Entrevista 1 [10189:10497]

en ese sentido se desarrollaron algunas estrategias: como lo fue el incremento de la política de empleo, el estimular al sector privado para generar nuevos empleos, con inclusión de población en condición de discapacidad, con población víctima, que tuviera como incentivo generar la disminución de impuestos.

Entrevista 1 [10542:10606]

incentivar el empleo sobre todo en estas poblaciones vulnerables

Sin embargo, la subsistencia y el trabajo informal siguen estando presente en el tejido social

Entrevista 1 [16601:16837]

la subsistencia a través de la generación de ingresos para sus familias, y eso es algo que, si no se trabaja de manera conjunta, muy difícilmente vamos a poder incidir de manera directa en los indicadores de salud mental de la población

Entrevista 1 [17717:18557]

Estamos diciendo que, si hay empleo, pero que es el empleo informal, que no garantiza la subsistencia. De una u otra manera lo que estamos viendo es que eso genera violencia intrafamiliar, que es la que estamos evidenciando hoy en día. Cuando una familia no tiene garantizado el sustento, de una u otra manera eso empieza a generar una violencia intrafamiliar que a la final se ve reflejado en los indicadores que estamos viendo hoy en día, en términos del maltrato a la mujer, de lo que estamos identificando también en los suicidios que se están presentando, que ya no solamente llegó al tema de la violencia, sino también el tema de homicidios, que lo estamos evidenciando en las altas tasas cómo se han venido incrementado. Pero eso está también asociado al tema también económico, y es al tema de la subsistencia a nivel de la familia.

Entrevista 1 [10626:10687]

hoy todavía, sigue el gran número de empleos a nivel informal

En razón de esta radiografía en torno al empleo, tuvo incidencia también en el escenario de la salud mental, que, según para L.P.A., su efecto estuvo muy marcado en la prestación de servicios

Entrevista 2 [6792:7098]

A pesar de ese concepto, de esa política y de esa propuesta política, los recursos económicos no fueron suficientes ya que se desbordó se desbordó la prestación de servicio y se quedó resumida a atender la salud mental igual como atendemos una hepatitis o como atendemos cualquier otro tipo de enfermedad.

5.2.1.2.4. Contratación

Por último, en relación con el escenario económico, se encontró un buen desarrollo en las entrevistas del tema contratación. Al respecto, vale la pena mencionar algunos escenarios para el debate, como por ejemplo el tema de la informalidad y el tema de los jóvenes. Al respecto, frente a la informalidad, A.M.X.Y afirmó

Entrevista 1 [10689:10983]

La informalidad conlleva también un tema de desesperanza, en el sentido en que muchas de nuestras poblaciones sienten que no van a poder a acceder a alguna pensión, siempre van a tener que estar bajo las mismas condiciones, y no hay incentivos para generar empleo de las empresas a nivel formal

Entrevista 1 [17737:17817]

si hay empleo, pero que es el empleo informal, que no garantiza la subsistencia.

Esa informalidad, puede ser causa de la forma como se está desarrollando el tema contractual (por un lado) y el tema de la experiencia (caso de los jóvenes). En relación a este componente, A.M.X.Y. aseguró que

Entrevista 1 [11694:11761]

Digamos que el desempleo es altísimo y sobre todo en esa población.

Y se complementa con las siguientes citas

Entrevista 1 [12203:12517]

hoy en día el joven, con empleo que solamente están para 5 o 6 meses donde no hay continuidad en la oferta laboral, sino que son contratos informales por prestación de servicios, no ven garantizado, en su vida laboral, el poder tener a futuro, el acceso a una vivienda o algún patrimonio, para él y para sus hijos.

Entrevista 1 [17115:17256]

no contar con un empleo estable, el no contar con unos recursos económicos que permitan de una u otra manera la subsistencia de la población.

5.2.1.3. Sistema Epidemiológico

Pasando al otro escenario (epidemiológico), se encontraron las siguientes cualidades emergentes: 1. contextualización de la salud mental; 2. Atención en salud mental y 3. Determinantes de la salud mental

5.2.1.3.1. Contextualización de salud mental

En relación a la contextualización de la salud mental, es de notorio interés el abordaje que las personas entrevistadas hacen al marco conceptual de la salud mental, desde referentes internacionales (como la Organización mundial de la salud), hasta los elementos más distinguidos a nivel nacional. Por ejemplo, A.M.X.Y. planteó una contextualización de la salud mental en términos de la auto-responsabilidad de la persona hacia la prevención y promoción.

Entrevista 1 [18700:19182]

La salud mental, hoy en día se concibe como un proceso que de una u otra manera está determinado, no solo por las condiciones ambientales, socioeconómicas y culturales del país, sino también (y aquí volvemos al mismo tema de la atención primaria), sino también por la responsabilidad que tenemos nosotros como individuos, en garantizar unas acciones de prevención

y promoción, en términos no solamente de la violencia, sino también de unas nuevas condiciones a nivel intrafamiliar.

Por su parte, L.P.A. enmarcó el planteamiento de la salud mental hacia los referentes planteados por la Organización Mundial de la Salud, generando un dialogo con componentes biológicos, culturales, psicológicos, entre otros

Entrevista 2 [16469:17358]

de acuerdo a lo que se plantea desde la Organización Mundial de la Salud, digamos que desde ahí se concibe la salud mental como el proceso de homeostasis, de equilibrio de componentes biológicos, psicológicos, social, psico-emocional, cultural, y hoy en día incluso en algunas academias se ha pensado y desde las instituciones también vincular otros conceptos del tema alternativo, el énfasis en el área espiritual, incluso en el tema religioso, que es vinculante.... vincula todos estos aspectos de derechos fundamentales individuales y de ideologías, y de esa misma manera se piensa el modelo de salud. intervenir no solamente lo médico sino lo demás, pero como te digo nos quedamos cortos en la prestación del servicio, y nos volvimos al modelo anterior. debería ser integral esa atención por tal como está concebido desde la organización mundial de la salud del concepto de salud mental.

Entrevista 2 [1057:1346]

entendiendo la salud mental como ese proceso de equilibrio a nivel familiar, a nivel individual, a nivel laboral, de una persona puede estar en un margen de cumplimiento de los derechos humanos, a partir de una serie de factores que lo vinculan o no en esos procesos de derechos humanos

Esta conceptualización de L.P.A. plantea una mirada integral frente al estudio de la salud mental, vista desde un sistema que lo componen factores tradicionales como novedosos, ante las exigencias de las actuales dinámicas sociales que demanda la sociedad, como por ejemplo el valor de la espiritualidad. En contraste con lo anterior, para L.P.A., adhiere que, a pesar de esos avances, aún queda muy corta la posición de Colombia frente al tema de una construcción propia de la salud mental. Al respecto refirió

Entrevista 2 [9607:9965]

faltan procesos y construcciones epistemológicas y conceptuales para garantizar que sus procesos de previsión lleguen a las comunidades, y apenas estamos.... yo diría que hemos avanzado sistema de información y en sistemas de vigilancia epidemiológica, pero en sistemas de atención, intervención y rehabilitación del tema de la salud mental estamos muy cortos,

Entrevista 1 [39522:39753]

Desafortunadamente en el tema de salud todavía estamos con la vieja premisa que entre más instituciones tengamos en salud mental mucho mejor, pero

instituciones que hagan atención física, pero no que hagan atención en salud mental.

Sin embargo, más allá de las acciones vinculantes que se describen clásicamente y de aquellas que resultan novedosas para el sistema, no pasa de desapercibido el factor de la responsabilidad del sujeto. Es decir, parece ser que la salud mental se construye a partir de la misma disposición que tenga la persona en reconocer el papel protagónico del compromiso por su bienestar. Al respecto, A.M.X.Y enunció lo siguiente

Entrevista 1 [21441:21729]

Una de las grandes dificultades que hemos tenido es aceptar que nosotros tenemos unos indicadores en salud mental en nuestro país que partimos que no hemos querido aceptar, sabemos que tenemos unos trastornos mentales que tenemos que atender, pero en eso no se ha hecho mucha incidencia.

En conexión con lo anteriormente mencionado, esa “no” aceptación de la realidad epidemiológica que se ha construido en el escenario colombiano, y en torno al papel del sujeto como artífice en la construcción de su salud mental, es importante mencionar que en el continuo proceso de la unificación del bienestar social orientado hacia la detección y atención inmediata. Por ejemplo, L.P.A dijo lo siguiente en relación a las debilidades en el abordaje de la salud mental

Entrevista 2 [2829:3889]

es necesario identificar una serie de datos epidemiológicos en donde observamos cómo esa vulnerabilidad social hace que las personas empiezan a presentar una serie de enfermedades, de patologías, no solamente entendidas como patologías mentales sino también en desequilibrio, en desequilibrio individuales, desequilibrio social. veamos cómo entre la población femenina, por ejemplo, particularmente se aumentaron los niveles de estrés, niveles de depresión en el margen de las dificultades y de las posibilidades para ingresar a procesos, incluso laborales, ¿sí? Vimos como también se presentaba la mujer soltera con la serie de situaciones, enfrentando la familia sola, si, con una serie de hijos y además también, vemos cómo se alteraron los niveles de consumo de sustancias, en particular de la mujer, la mujer en esta época empezó un consumo fuerte y la estadística o los datos epidemiológicos dan resultado de alto consumo por parte de la mujer, consumo de benzodiazepinas, a diferencia del hombre que empezó a consumir de manera muy fuerte el bazuco.

Con esta cita, queda en evidencia que el manejo operativo y profesional que se la hace al sector salud aun responde a las premisas de un sistema orientado a la intervención de la enfermedad, mas no del mejoramiento de la calidad de vida para el desarrollo del bienestar social. A.M.X.Y lo entendió de la siguiente forma

Entrevista 1 [21750:22012]

seguimos concibiendo el sector salud como un sector que solo atiende la enfermedad, pero nosotros no solamente atendemos a la enfermedad, debemos tener en cuenta una visión mucho más holística de lo que es la salud, pensando en ella también como bienestar social.

Entrevista 1 [24456:25140]

Mira que cuando uno revisa, desde el punto de vista de los trastornos en salud mental, digamos que se identifica un mayor porcentaje en cuanto lo que se ha atendido desde el punto de vista de la salud mental, y ahí volvemos a tema de los procesos depresivos. Depresión, ansiedad, esquizofrenia (en algunos casos), pero digamos que los más relevantes son todos estos temas depresivos, de ansiedad, algunos asociados al tema del estrés (más que todo), y eso si está muy de la mano de como manejamos nuestras vidas, y como de una u otra manera el estrés está afectando a la población, y está terminando esta población presentando este tipo de trastornos cuando no es intervenida a tiempo

Por ello, el manejo que se le hace a los perfiles epidemiológicos responden a una orientación de corte clínico, pero no orientado hacia la intervención primaria

Entrevista 1 [41968:42191]

Manejamos unos perfiles epidemiológicos basados en la atención en salud mental (de que se enferma y de que se muere nuestra población). En el caso de la salud mental, cuales son los trastornos de salud mental más evidentes.

Entrevista 2 [11091:11429]

se fortaleció el programa del plan de atención básico y generaron algunas estrategias desde ese plan de atención básico, pero estaban orientados más a fortalecer los procesos de vacunación, apoyar acciones frente a brotes y epidemias o pandemias ¿sí? pero realmente la salud mental como tal ha tenido (se reduce) a esa atención primaria,

5.2.1.3.2. Atención en salud mental

Ahora bien, en materia de atención en salud mental, resulta novedoso y de especial interés que la salud mental sigue respondiendo a unos criterios clínicos (normalmente inclinados hacia el contexto de la hospitalización) que a otros escenarios (por ejemplo, social). en relación a esto, A.M.X.Y comentó lo siguiente

Entrevista 1 [19392:19865]

Entonces la salud mental es un proceso que va mucho más allá de la atención de los trastornos en salud mental, como siempre la hemos concebido, que se garantiza a través de la IPS. Hoy en día tenemos que ser conscientes que

tenemos que ir a una dimensión mucho más amplia de lo que es la salud mental, y es todo el tema de tolerancia, de generación de procesos de convivencia ciudadana, de reconstrucción de redes sociales, de reconstrucción de tejido y organización social

Sin embargo, al partir de esos perfiles epidemiológicos clínicos, la evidencia soporta sin importar la condición clínica sobre la cual se describe el trastorno o estado mental, éste tiene una alta incidencia en el contexto social. En relación a esto, L.P.A. comentó lo siguiente

Entrevista 2 [18736:19294]

se aumentó el consumo de sustancias psicoactivas, que aumentaron los niveles de violencia, que respecto al año 2016 respecto a las que se tiene del año actualmente aumentó en un 50% el nivel de desnutrición en nuestra población infantil y pues eso nos habla de Negligencia, de descuido, de violencia intrafamiliar, de abuso sexual, maltrato sexual, de indigencia o habitante de Calle, aumentaron los habitantes de Calle ir adicionalmente pues proliferan, proliferan en cada vez más casos de ideación y conducta suicida, intento suicida y suicidio consumado.

Por ello, ambas personas entrevistadas coinciden en la importancia de la atención oportuna en la salud mental

Entrevista 1 [5392:5904]

El tema de atención en salud mental y atención primaria se vuelve a retomar. La atención primaria no es nueva. venimos hablando de atención primaria hace más de 30 años, estamos hablando de 1990. Se retoma con el nuevo modelo, el modelo integral de atención en salud, que es el modelo MIDES, que hoy se modificó con el modelo MAITE; pero el modelo MIDES lo que busca en esencia es, por más servicio asistencial que garanticemos a nuestra población, debemos trabajar en procesos de promoción y prevención en salud

Entrevista 2 [15499:15673]

con relación al modelo de atención en salud que volvió nuevamente a la a la salud igual hospital médico y no a una atención integral como desde la política se había planteado

Entrevista 1 [23048:24157]

Si nosotros no podemos garantizar una atención en salud por fuera de la institucionalidad, no vamos a poder llegar a la población. Primero, porque desafortunadamente el tema de salud mental y el tema de atención en salud mental en nuestro país, todavía tiene muchos prejuicios en términos de que el psicólogo y el psiquiatra solamente está atendiendo personas que de una u otra manera tienen un trastorno, y que se considera, digamos “loca” (perdón el termino), pero no se ha querido entender que el tema de la salud mental es algo que, de una u otra manera, nos puede afectar a cualquier ser humano, en algún momento de nuestra vida, y que vamos a requerir algún tipo de apoyo, para poder manejar esa afectación, que no necesariamente tiene que derivar

en una esquizofrenia o en una depresión, pero podemos tener algunos, digamos, eventos de trastornos en salud mental que son leves, pero que requieren un proceso de intervención. Solo que la población todavía tiene mucha resistencia en este tema, que es de la salud mental, y es un tema das de discriminación, y es un tema más de aceptación a nivel social.

Entrevista 1 [25490:26329]

Por eso insisto que el tema no es tanto de atender trastornos en salud mental, por que digamos que, en términos de porcentaje, el indicador no es tan alto pero un lograría más trabajar en la prevención y promoción de la salud mental que pudiera, no solamente disminuir esos indicadores presentes hoy en día, sino trabajar en el tema de poder generar nuevos procesos de convivencia social, que garantizaran que nuestra población no se enfermara; no solamente desde la salud mental, sino desde lo físico, porque también está el otro tema: muchos trastornos de salud mental que no se puedan trabajar en el momento oportuno, terminan derivando en algunos trastornos físicos, como son las gastritis, como son las úlceras, como son los infartos. Entonces intervenciones a nivel físico que se han podido trabajar más desde el enfoque psicosocial.

En este orden de ideas, L.P.A. confirma la importancia de una adecuada atención en la salud mental, cuando afirma que

Entrevista 2 [32803:32983]

estamos en un desequilibrio que nada tiene que ver con ese concepto de salud mental que planteamos, del equilibrio. Nosotros que trabajamos en salud mental no tenemos salud mental.

5.2.1.3.3. Determinantes de la salud mental

Como último elemento de análisis dentro de esta subcategoría de “escenario epidemiológico”, los determinantes sociales resultaron estar muy nutridos en las respuestas dadas por las personas entrevistadas en función de plasmar cómo estos inciden en la salud mental. Por ejemplo, se destacan factores como la pobreza, la violencia (intrafamiliar, sociopolítica), el tema del territorio, el factor económico, la vulnerabilidad social.

Factor pobreza

Entrevista 1 [1705:2042]

El tiempo en la pobreza en Colombia ha generado también algunas manifestaciones que hoy en día al no haber sido atendidas a tiempo, por no garantizar un buen acceso en lo que es la atención en la salud mental lo vemos reflejado en unos indicadores bastantes altos en cuanto algunos trastornos de salud mental que hoy estamos evidenciando

Factor violencia

Entrevista 1 [17819:18556]

De una u otra manera lo que estamos viendo es que eso genera violencia intrafamiliar, que es la que estamos evidenciando hoy en día. Cuando una familia no tiene garantizado el sustento, de una u otra manera eso empieza a generar una violencia intrafamiliar que a la final se ve reflejado en los indicadores que estamos viendo hoy en día, en términos del maltrato a la mujer, de lo que estamos identificando también en los suicidios que se están presentando, que ya no solamente llegó al tema de la violencia, sino también el tema de homicidios, que lo estamos evidenciando en las altas tasas cómo se han venido incrementado. Pero eso está también asociado al tema también económico, y es al tema de la subsistencia a nivel de la familia.

Entrevista 1 [20646:20785]

Uno de los determinantes, y lo vemos reflejado hoy en día, son los procesos que hemos venido viviendo de violencia sociopolítica en el país

Factor territorio

Entrevista 1 [20801:21080]

algunos territorios identifiquemos un mayor incremento de la violencia, condicionado por el tema económico, el tema cultural, y por el tema del territorio. Y donde esos determinantes, de una u otra manera, llevan a que tenemos que trabajar en los problemas de manera estructural.

Factor vulnerabilidad social

Entrevista 2 [3890:4602]

Veíamos también habitabilidad en Calle, esa vulnerabilidad social se desborda en esa en esa época, hacia el aumento de la enfermedad mental, en la enfermedad mental entendida como a la alteración más más que la enfermedad mental alteraciones Mentales entendidas como aumento de la violencia intrafamiliar, la ideación y la conducta suicida, suicidio consumado, consumo de sustancias y otra serie de aspectos allí que valen la pena revisar en el estudio que se hizo en la época, un estudio descriptivo a nivel nacional, el estudio de salud mental de ministerio de salud, que no se ofrece esos datos y que confirman como esa vulnerabilidad social afectó y alteró la salud mental de los colombianos en ese periodo.

Entrevista 1 [21117:21313]

lo que tiene que atender el sector salud no es solamente una problemática en salud física, sino una problemática – resultado de no haber, en algún momento, incidido en esos determinantes sociales.

Entrevista 2 [8347:8632]

a nivel de la empresa, por ejemplo, también nosotros veíamos como los indicadores mostraban en el observatorio de salud mental, como hubo aumento del consumo de alcohol; muchas empresas nos solicitaron servicios y atención en salud y programas de prevención, que incluso siguen débiles

Factor económico

Entrevista 1 [22013:22418]

La salud mental está atada a un tema económico, está atada a un tema del territorio, está atada a unas condiciones del territorio, está atada a unas condiciones de violencia y a unas condiciones de acceso, no solamente es la infraestructura física (a través del hospitalario), sino también es un tema de garantizar esas cómodas condiciones, en las cuales tenemos que trabajar más allá de lo institucional.

Entrevista 1 [22775:23000]

condicionantes desde el punto de vista de salud, poder contar con una buena infraestructura, que permita no solamente la garantía del servicio de salud mental, pero no desde el ámbito hospitalario, sino del ámbito extramural.

5.2.1.4. Sistema Político.

Ahora bien, dentro del escenario político uno de los puntos donde se trabajó mucho con las personas entrevistadas fue en lo relacionado con la democracia. En atención a esta contextualización, se destacaron 3 cualidades emergentes importantes de análisis: 1. El desarrollo legislativo; 2. Convivencia ciudadana; 3. Democracia; 4. Implementación de los programas

5.2.1.4.1. Desarrollo legislativo

Dentro de las evidencias recaudadas a partir de las entrevistas a las dos personas expertas, se encontró que un punto de anclaje fue el desarrollo del marco legislativo durante el periodo de observación. Por ejemplo, como lo afirmó en su entrevista A.M.X.Y.

Entrevista 1 [596:854]

Cuando revisamos el periodo 2010 2014, vemos que a nivel del país se empezaron a hacer algunos estudios en salud mental se alimenta con el fin de ir perfilando lo que sería la normatividad en salud como la que conocemos hoy en día como la ley en salud mental

Entrevista 1 [47754:48462]

lo que se hizo ahí fue la construcción de los estudios para soportar la construcción de una política de salud mental. La ley 1616 lo que hace es establecer la política. Cuando yo saco una reglamentación como gobierno, lo que hago es, a través de la norma, establecer las prioridades de política y la asignación de recursos. Lo que hace la ley 1616 es a partir de los estudios que se hicieron en salud mental es establecer prioridades, que posteriormente deben ser reglamentadas, que es lo que apenas se está iniciando ahorita (que es la reglamentación de la ley). Esa reglamentación de la ley es lo que esperamos ver reflejada en este nuevo plan de desarrollo, en la implementación ya a nivel del territorio.

Entrevista 1 [48994:49434]

Todos sabíamos que se requería, todos sabíamos que hay indicadores graves en salud mental, pero se necesitaba esa evidencia científica que le permitiera al Estado tomar la decisión de sacar una ley que estableciera como desarrollar la salud mental en el país. Cuando saco una ley es porque estoy reconociendo que hay problemas que hay dificultades, que se requiere de unos procesos de intervención en salud mental. Por eso se saca la norma.

Este marco inicial histórico y legislativo del estudio de la salud mental, dio, según A.M.X.Y., un hecho importante para el desarrollo de una postura gubernamental para el posicionamiento de la salud mental como elemento importante para la población colombiana. Estos inicios dieron progreso para lo que hoy se conoce como el plan decenal de salud pública. De acuerdo con A.M.X.Y

Entrevista 1 [3690:3900]

hoy en día contamos con unas dimensiones a nivel del plan decenal de salud pública, lo cual se ratifica en la reglamentación de la ley de salud mental, y es empezar a trabajar el tema de convivencia ciudadana.

Sin embargo, de acuerdo a lo afirmado por L.P.A., si existe o no la política institucional, hace énfasis a la ausencia o debilidad que se tiene en relación de la gestión social, al empoderamiento a la comunidad en materia de salud mental. Al respecto aseveró

Entrevista 2 [14179:14319]

no hay realmente una política o puede que la política institucional exista, pero no lo hemos entendido, y no la hemos llevado a la práctica.

En este orden de ideas, y atendiendo a los actuales tiempos, que, en una gran parte, provienen de aquel periodo de gobierno, con los inicios de los procesos de paz con las FARC (28 de agosto de 2012), A.M.X.Y. confirma la importancia de trabajar desde la convivencia ciudadana los escenarios políticos y sociales en la consolidación de la paz. Frente a esta, la persona entrevistada dijo

Entrevista 1 [3910:4174]

tenemos que trabajar sobre todo en este nivel marco del proceso de paz en el cual está inmerso el país en procesos de convivencia ciudadana en donde empecemos a trabajar no solamente en las poblaciones afectadas, sino también en las poblaciones que están alrededor

Ahora bien, partiendo de este preámbulo en el escenario legislativo sobre el cual se fundó en el periodo de observación, vale la pena mencionar la trazabilidad que tuvo el abordaje de la salud mental para aquel entonces, destacándose una serie de elementos articuladores que hacen parte de la realidad colombiana en torno al manejo de la salud mental. Por ejemplo, una de ellas es la que tiene que ver con la conducción que se le ha hecho a la prevención y a la atención. A.M.X.Y. comentó lo siguiente

Entrevista 1 [7416:8253]

Un poco lo que plantea el modelo es la necesidad de trabajar en la prevención y promoción de la salud, o sea, en que nos empecemos a cuidar; y empezarnos a cuidar es trabajar en cómo prevenir las enfermedades desde las políticas que hacen los diferentes municipios a través de programas preventivos que conlleven también a que haya una responsabilidad tanto individual como comunitaria en su salud, y también a través de la promoción de hábitos saludables, y estos hábitos saludables hoy los vemos mucho reflejados en ehhhhh en medidas como el control del azúcar en mucho de los alimentos que consumimos, y cómo empezamos ya de una u otra manera a visibilizar mas todos los alimentos que pueden ser dañinos para la salud, que son parte de las políticas de prevención y promoción que se tienen que trabajar a nivel del componente de salud

Adicionalmente, en relación a esa conducción que se le ha hecho a la salud mental, nuevamente se toca el debate frente a las implicaciones de una política asistencialista o preventiva. En razón d esto, A.M.X.Y. dijo

Entrevista 1 [41848:41968]

Dígannos que nuestra política de atención en salud mental está fundamentada más en el marco del modelo asistencialista.

Entrevista 1 [42675:43071]

Y el tema psicosocial podemos evidenciar otros factores importantes, como el tema cultural, el tema familiar, el tema del ambiente, el tema de las

condiciones socioeconómicas. Tenemos que cambiar mucho en parte del enfoque, porque el enfoque que conservamos hoy en día en salud mental es el enfoque asistencialista. Hemos tratado de modificar algunos aspectos, pero creo que nos hace falta mucho.

En razón de esta cita, L.P.A. complementa el análisis al afirmar lo siguiente

Entrevista 2 [9382:9606]

Además, que concepto del proceso de prevención tampoco está claro ni siquiera uno ¿no? Nosotros hemos venido avanzando propuestas de prevención y promoción, y planes de prevención y promoción, pero realmente seguimos cortos.

Entrevista 2 [12793:12962]

yo diría que hemos avanzado un poco en la medida en que los nuevos gobiernos algo nuevas posibilidades si lo haces parte, pero seguimos cortos en procesos de prevención.

Con estos fragmentos de textos, surge una gran necesidad de entender las implicaciones sociales que tendría el cambio de un modelo asistencialista a otro, donde se permita la construcción de un sujeto social responsable de su dinámica mental, y del bienestar que representa para la sociedad. Posiblemente, y de acuerdo a como lo vimos en los apartados anteriores, ese asistencialismo fundado por un lado por el factor económico, y por otro, por las condiciones culturales sobre las cuales se ha tejido la dinámica social colombiana, ha hecho un poco lento el proceso de cambio a dinámicas políticas más acopladas a las necesidades de la realidad colombiana en materia de salud mental. Frente a esto, L.P.A. dijo

Entrevista 2 [1510:2042]

dentro de la política se planteaba que era fundamental el ejercicio de la economía, la posibilidad de abrir espacios y de integrar otras instituciones, entendiendo que la salud mental no solamente depende de y la institución de salud, la que presta el servicio, sino que además vincula la en el desarrollo económico, el desarrollo político, el desarrollo cultural, el rescate una serie de valores, la posibilidad de cómo determinante social de vincular e incluir a la familia dentro de la institución y en el ejercicio del derecho.

Justamente, ese rescate de valores morales, como un factor determinante para la salud mental, en el marco de las acciones legislativas que acompañan los procesos de intervención para este escenario, resulta novedoso en el proceso de entender que la salud mental es una construcción dinámica, en continuo cambio (por procesos sociales, culturales, económicos, entre otros) propias de cada país (en este caso para Colombia). Por ejemplo, A.M.X.Y afirmó lo siguiente en función del factor económico

Entrevista 1 [10189:10497]

en ese sentido se desarrollaron algunas estrategias: como lo fue el incremento de la política de empleo, el estimular al sector privado para generar nuevos empleos, con inclusión de población en condición de discapacidad, con población víctima, que tuviera como incentivo generar la disminución de impuestos.

En complemento con lo mencionado anteriormente, L.P.A. comentó sobre los alcances del nuevo modelo. Al respecto, expuso

Entrevista 2 [17473:18079]

hoy estamos hablando incluso del nuevo modelo y hemos determinado 4 áreas de trabajo para hablar de determinantes de salud y condicionantes de la salud mental, y realizamos acciones a nivel del espacio público, acciones a nivel del espacio educativo, en el espacio social y de la institución o de la organización. Entonces es un modelo que incluye esos cuatro elementos, y que de la misma manera se trabaja en una serie de acciones en lo público, en la educación, en lo social y en la organización. Y desde esos espacios se conciben o se describen los determinantes y los condicionantes de la salud mental.

Ese nuevo modelo, con un piso legislativo soportado desde los determinantes, está orientado hacia una consolidación de una salud mental. Por ejemplo, L.P.A comentó sobre la apertura de algunos programas para la época

Entrevista 2 [4912:5256]

en esta época hubo la apertura de algunos programas, incluso en esa época nosotros desarrollamos el plan de atención básico que hasta la hasta el año 2010 fue un, pues, la posibilidad de integrar de manera universal y de manera gratuita la población, en diferentes procesos, pues de prevención fundamentalmente y de promoción de la salud mental

En síntesis, dentro de lo observado en los fragmentos de textos obtenidos por las personas entrevistadas, surge un gran panorama del papel que ha tenido el legislativo en el proceso de consolidar la salud mental como un objetivo importante para el gobierno., sin embargo, L.P.A. sugiere que esa intervención na la salud mental debe tener unas garantías integrales que permitan el mejoramiento de la calidad de vida de las personas dentro del escenario social. al respecto, comenta que

Entrevista 2 [15679:16035]

tenía que ser una atención integral interinstitucional, interdisciplinaria, intersectorial, incluso se habían vinculado en períodos anteriores y más adelante en otros periodos se vincularon antropólogos y otras disciplinas porque la salud es... el proceso de salud – enfermedad es integral que esa misma manera tiene que ser intervenido de manera integral.

5.2.1.4.2. *Convivencia Ciudadana*

Ahora bien, pasando al escenario de la convivencia ciudadana, elemento articulador entre la política y el contexto social, se encontraron algunos fragmentos de las entrevistas. Por ejemplo, resulta importante ver como la convivencia ciudadana representan un anclaje directo para el desarrollo de la sociedad, en especial en lo relacionado con la democracia participativa

Entrevista 1 [4239:4455]

Los componentes de convivencia ciudadana conllevan a trabajar mucho el tema de democracia participativa, el tema de tolerancia, tolerancia en el trabajo, no solamente en el trabajo individual sino a nivel comunitario

Sin embargo, resulta novedoso la postura de la persona entrevistada al decir que ese trabajo de la convivencia ciudadana va de la mano con la capacidad de aceptar la diferencia, de la tolerancia, desarrollado desde el enfoque diferencial, como una característica importante para el gradiente social.

Entrevista 1 [4501:4703]

aprendemos a ser tolerantes con la diferencia, y en este sentido se está trabajando mucho el tema de enfoque diferencial; cómo empezamos a aplicar y a aceptar el enfoque diferencial en nuestra población

Entrevista 1 [8392:8497]

El gradiente social es fundamental, por lo que hablábamos ahorita en términos de la convivencia ciudadana

Sin lugar a duda, esta característica encontrada en la investigación (convivencia ciudadana) va muy de la mano con el contexto de la democracia, que a continuación se exponen los fragmentos más representativos por parte de las dos personas entrevistadas

Entrevista 1 [42192:42675]

Y lo que hemos tratado de hacer es una mayor incidencia en el tema de salud mental, en este momento, con el tema de la convivencia ciudadana, el tema del relacionamiento, y el tema de procesos de intervención psicosocial, en el cual hoy en día una de las grandes necesidades que vemos es que no podemos seguir viendo el tema de la salud mental desde el trastorno; también tenemos que mirar al ser mas allá de la salud mental como un componente fundamental en el entorno psicosocial.

5.2.1.4.3. Democracia

La democracia, como categoría central de estudio de la presente investigación, también se vio reflejado dentro de las citas obtenidas en las citas de las entrevistas, haciendo mención a una serie de elementos importantes de analizar. Por ejemplo, las dos personas hicieron énfasis en que la democracia es un determinante de la salud mental, pero con una trascendencia que supere la institucionalidad y llegue a lo humano. Al respecto, A.M.X.Y comentó

Entrevista 1 [26525:27237]

Yo pensaría que la democracia es un determinante, pero es un determinante en el sentido en que la persona se siente que está en una democracia. El problema es que nuestra población no se siente que está en una democracia. Nuestra población siente que esa democracia y ese poder, participar de manera activa e incidir en las decisiones y en las políticas del país no se dan, y no se dan por que no hay verdaderos ejercicios de participación, en donde yo me pueda ver reflejado como ciudadano. Creo que el colombiano siente que la democracia desde el punto de vista de los espacios y de la utilización de los espacios se ha permeado por una red de corrupción, en donde no hay posibilidad de participación efectiva.

Entrevista 1 [43750:44610]

La democracia no se da por la constitución, se da por el ejercicio de los espacios, y en la medida en que yo puedo ejercer en el espacio. Si los espacios democráticos no se ejercen, eso no funciona. Un ejemplo, la tutela, el mejor ejemplo que tenemos en salud es la tutela. Cuando la tutela surgió, no surgió como un elemento clave en el ejercicio de la salud; surgió como un elemento jurídico, que fue retomado por la ley estatutaria de salud como un elemento fundamental para ejercer el derecho a la salud. Y la tutela hoy en día es la principal herramienta para hacer cumplir mi ejercicio de derecho a la salud, que no debería ser, No debería existir un instrumento que me haga a mi hacer valer mi derecho de la salud como un derecho fundamental. La tutela es el único instrumento válido para ejercer el derecho a la salud, y el único que está funcionando.

En estas dos citas, se puede observar la importancia de una democracia más allá de la institucionalidad. Una democracia que este en el ejercicio de la construcción humana y por ende propenda por la formación del ser en los escenarios sociales y políticos. Una democracia que abra los caminos a sentirse involucrado y a su vez responsable de los designios del país. Una democracia que vaya por el camino de la ética y no por la de la corrupción. Una democracia que permita el sano ejercicio de los espacios concebidos para esto.

Entrevista 2 [23987:24099]

Es fundamental la democracia en en el hospital, en los servicios de salud y todos los escenarios, entendida así.

Por ejemplo, como lo dice A.M.X.Y., resulta completamente inconcebible como la tutela, como acción participativa, ha resultado ser el mecanismo más utilizado para hacer unos de los ejercicios democráticos en los espacios de la salud mental. Y, por otro lado, el ejercicio del voto como la forma más visible e históricamente reconocida de ejercer la democracia. Pero que, según para L.P.A., el voto no representa verdaderamente la soberanía de la ética. Al respecto, afirmó

Entrevista 2 [34962:35208]

Lo que hablamos ahora el voto. Participo y voto. sé si me regalen el.... el político que me dé la camiseta es es el que gana, o político que me dé el tamal y el caldo en el desayuno ese es el que gana somos un voto. Y entendemos la democracia así.

Por ello, se piensa en una un nuevo ensamblaje para la democracia, una democracia desde una postura social y orientada hacia el ser, para tratar de superar la imagen negativa que ha tenido este valor político para la sociedad colombiana. Al respecto, estas fueron las apreciaciones de A.M.X.Y y L.P.A

Entrevista 1 [29275:29569]

Hoy en día, vista la democracia como está, termina siendo negativa, porque se siente que para que se ejerce la democracia si no existe el espacio creado para ejercerla como debe ser. Los espacios que están creados, están creados para seguir manipulando a la población, para el beneficio propio.

Entrevista 2 [34134:34416]

Tendríamos que vivir de otra manera definitivamente para.... pero es desde la democracia, un país realmente democrático, con énfasis en esos Derechos Humanos y en el enfoque que tu planteas (diferencial), que integre la diferencia y que valore la diferencia. No sé si lleguemos a eso.

En razón de esto, se evidencia una postura de una democracia como un estilo de vida. Al respecto, A.M.X.Y. y L.P.A comentaron

Entrevista 1 [29643:29774]

Digamos que como está concebida hoy, no. Hay que hacer un gran trabajo en términos de reconstruir lo que entendemos por democracia.

Entrevista 2 [33070:33680]

Claro, es una forma de vida, pero es una forma de vida que si no está pensada desde el Estado, y si no está pensada desde la estructura del país, si seguimos

siendo la cosa, si seguimos siendo un número, más seguimos pensando en que los años de Vida saludables los dedicamos es a pagar los impuestos ¿si?, a garantizar que sea lo económico lo que mueva este país, pues desafortunadamente difícilmente vamos a darle la vuelta a ese esquema ¿no? del sistema de país en el que impera lo económico, la competencia, el que más que más que tiene es el que tiene el poder, no sé qué habría, que tendríamos que hacer.

5.2.1.4.4. Implementación de los programas

De la misma manera, se pudo observar en el análisis de las entrevistas una influencia en la subcategoría de escenario político la condición de la implementación de los programas. En razón de este hallazgo, se observa una tendencia muy marcada (nuevamente) es la permanencia de los programas a largo plazo, superando los periodos gubernamentales. Al respecto, A.M.X.Y comentó lo siguiente

Entrevista 1 [37683:38950]

La gran dificultad que nosotros hemos vivido durante todo ese tiempo es el tema de poder implementar programas a largo plazo. Nuestros programas de gobierno van a cuatro años, y el nuevo gobernante cambia las políticas y el programa, porque tiene que colocar su ingrediente político. ¿Cuál sería la ventaja de trabajar con procesos más sociales, más de monitoreo? Independiente del gobernante que llegue, el programa continúa. El programa es evaluado y monitoreado y se le da esa continuidad. El problema es que lo que estamos viendo es que, para el próximo año, lo más seguro es que muchos programas sociales que fueron buenos durante ese periodo se acaben, porque el nuevo gobernante tiene que marcar una nueva política. La política debe permanecer, los programas se pueden ajustar. El problema es que nuestros programas no se ajustan. Nuestros programas continúan o se suspenden dependiendo del gobernante que llegue. Si trabajáramos en programas a largo plazo, pudiéramos generar que esos programas se sostengan por la base comunitaria, no por la base institucional. Que sean programas que se respeten desde su implementación, porque están permeados por la participación de los mismos usuarios. Eso garantizaría las habilidades de los programas y la continuidad.

Esta cita conduce al cuestionamiento recíproco entre la responsabilidad que tiene el Estado colombiano, por medio de sus gobernantes de turno, con el bienestar de las personas en el proceso de darle continuidad a los programas (en este caso de salud mental), ajustando los programas a medida que se vaya cumpliendo las metas y éstas se vayan viendo reflejadas en la misma sociedad. En razón de esto, A.M.X.Y menciona

Entrevista 1 [36070:36627]

Cuando una va al territorio lo que uno ve es la réplica de los programas en el territorio, con los mismos indicadores. Y digamos que esos indicadores responden a unos indicadores a nivel nacional. Pero una cosa es el indicador y otra cosa es el programa, y es ahí donde nos perdemos. Yo puedo hacer programas con enfoque diferencial y particular, teniendo en cuenta el complemento de los indicadores a nivel nacional. Yo puedo hacer adaptaciones. La gran dificultad que tenemos es de pronto el tema temporal para la implementación de los programas que hace.

Entrevista 1 [45919:46094]

yo creo que eso de alguna u otra manera termina influyendo en que los ciudadanos terminen viendo en que esos son programas del gobierno para el gobierno, no para la comunidad.

Por ello, esa democracia, vista desde la postura de las dos personas, la democracia resulta ser un determinante social, como también lo reconfirma L.P.A.

Entrevista 2 [23903:23986]

Entonces definitivamente es un determinante de la salud.

5.2.1.5. Sistema Psicológico

Por otro lado, dentro del escenario psicológico, fueron evidenciadas cinco grandes cualidades emergentes: 1. Autolesiones; 2. Intervención en crisis; 3. Construcción del self; 4. Desesperanza y desconfianza y 5. Individualismo vs comunitarismo

5.2.1.5.1. Autolesiones

Esta primera evidencia encontrada en las entrevistas, da un punto de partida crítico frente a la realidad que actualmente está pasando la población colombiana, la cual contrasta con los datos epidemiológicos encontrados en el estudio del año 2015. La conducta suicida, por ejemplo, fue un rasgo sobresaliente en el análisis de las entrevistas, en especial, a la población juvenil. Al respecto, A.M.X.Y. comenta lo siguiente

Entrevista 1 [2095:2145]

intentos de suicidio en los jóvenes y adolescentes

Entrevista 1 [2412:2484]

altos índices de intento de suicidio y de suicidio en población indígena

Estas citas complementan la información brindada anteriormente por L.P.A. descrita en los escenarios epidemiológicos frente al suicidio en la población juvenil y en el factor de vulnerabilidad social (ver las descripciones anteriormente)

5.2.1.5.2. Intervención en crisis

En relación con la intervención en crisis, se evidencia una postura singular en el papel de la psicología en torno a la aplicación a este tipo de atención. Al respecto, A.M.X.Y comentó lo siguiente

Entrevista 1 [3092:3481]

encontramos no solamente población vulnerable sino también población desplazada en nuestro país, la cual de alguna u otra manera va a requerir y está requiriendo servicios de atención en salud mental, no necesariamente para hacer atención en trastornos de salud mental, pero si en un momento para hacer intervención en crisis, dada las condiciones de pobreza en las que vive esa población.

Esa intervención en crisis, parece ser que rompe con los esquemas tradicionales de orden clínico, para llevarlo a una intervención más de tipo social. una orientación que, aunque no es tan novedosa, si resulta de suma importancia para la prevención de trastornos o algún tipo de sintomatología con lo mental.

5.2.1.5.3. Construcción del self

En esta ocasión, la construcción del self como concepto descriptivo de la psicología, también se vio reflejado en la dinámica interpretativa de las entrevistas. Resulta interesante conocer como el self está orientado hacia la construcción de la resiliencia y hacia el proceso de responsabilidad del ser. Por ejemplo, en ocasión a estos elementos, L.P.A. comentó

Entrevista 2 [26679:27041]

No hay responsabilidad del colombiano con su salud mental, porque si está todo el tiempo digamos que, generando cosas, produciendo, basado en el hacer, en garantizar recursos pues nunca se piensa mi hay un espacio para para construir desde otra mirada, sino desde la mirada económica, la globalización, desde la necesidad de tener no de ser, en construir el ser.

Al parecer, la economía influye en la construcción de responsabilidad del sujeto en el cuidado y protección de su salud mental, ya que como lo dijo la persona entrevistada, no se construye en el ser sino en el tener. Esta cita, esta en conexión con lo expuesto con A.M.X.Y en relación al tema del autocuidado, ya que, según para la persona, está en relación con el concepto de promoción y prevención de la salud.

Entrevista 1 [5906:6054]

enfocado mucho a la población vulnerable, y es garantizar que nuestra población maneja unos conceptos básicos como lo es el concepto de autocuidado.

Por otro lado, la resiliencia (como fue mencionada anteriormente), fue otro de los puntos que se destacaron de las entrevistas. En especial, en lo comentado por L.P.A. quien, a partir de su experiencia en el terreno, evidencia una fuerte tendencia de esta capacidad humana

Entrevista 2 [30187:30797]

La resiliencia está orientada hacia habilidades para la Vida, desarrollar habilidades para la Vida finalmente terminamos adaptándonos ¿no? Pero adaptándonos a ese modelo que nos presenta el gobierno, el Estado, que no vincula la sociedad civil, que no genera oportunidades, entonces terminamos adaptándonos y ahí hay una capacidad de resiliencia enorme nuestra porque si no me terminamos con nuestro Estado de indefensión. De alguna manera seguimos siendo con la desesperanza aprendida pues vivir porque sobrevivir nos toca, pero realmente no vivimos felices, no vivimos con las garantías que deberíamos tener.

5.2.1.5.4. Desesperanza y Desconfianza

En relación con la desesperanza y desconfianza, como pérdida del significado propio del ser, se evidenciaron unas citas donde se refleja estas cualidades psicológicas en función de la población colombiana. Por ejemplo, el suicidio (como fue mencionado anteriormente en la población juvenil) resulta no ser el único signo de alarma. Se evidencia que la desesperanza también lo es. De acuerdo con A.M.X.Y cuando afirmó lo siguiente

Entrevista 1 [11762:11926]

Eso de alguna u otra manera genera en los jóvenes (que es lo que estamos viviendo hoy en día) un tema de desesperanza, ¿una desesperanza hacia qué? hacia el futuro.

Entrevista 1 [10689:10983]

La informalidad conlleva también un tema de desesperanza, en el sentido en que muchas de nuestras poblaciones sienten que no van a poder a acceder a alguna pensión, siempre van a tener que estar bajo las mismas condiciones, y no hay incentivos para generar empleo de las empresas a nivel formal.

Entrevista 1 [10985:11369]

Eso conlleva a que haya desestimulos, sobre todo en nuestra población joven, que los estamos viendo hoy en día. Mucha de nuestra población adolescente, población joven, que está saliendo de las universidades, no le estamos garantizando la posibilidad de poder vincularse, porque una de las grandes barreras que establece el empleo formal es tener experiencia, y es una contradicción.

Esa desesperanza, que inevitablemente afecta las dinámicas personales, familiares y sociales, puede ser un factor que anticipa a una depresión. Por ejemplo, en la siguiente cita se evidencia parte de esta situación

Entrevista 1 [13249:13468]

para el joven, el futuro es incierto, y cuando el futuro es incierto uno vive en el presente, que es lo que está pasando con los jóvenes hoy en día están programando sobre el presente, no se sabe cómo va a ser el futuro

Entrevista 1 [11927:12092]

Y cuando uno se sienta con los jóvenes, los jóvenes lo que están pensando es que hago en el presente, no estoy pensando en futuro, o sea, como sobrevivir al presente

Y se complementan con las siguientes

Entrevista 1 [8773:9051]

arte de la perdida de la confianza del colombiano ha conllevado también, digamos que ahhhhh a una desconfianza del otro a no confiar en las otras personas y ha generado también que haya, digamos ehhhh, que esos lazos sociales que antes teníamos a nivel comunitario se hayan roto.

Entrevista 2 [28997:29399]

A todo nivel, porque si yo me siento mal con el otro, el lugar donde estoy, si no estoy de acuerdo con un gobierno, si estoy mirando como económicamente no hay las garantías, laboralmente no hay las opciones de las posibilidades para integrarme algo que me permita un desarrollo psicológico, emocional, de mi bienestar, pues realmente afecta la salud mental, las emociones tienen que ver evidentemente.

Entrevista 1 [14689:14835]

Entonces el poder encontrar un que-hacer, un nuevo que-hacer para esa población joven que les permita poder desarrollarse, ha sido muy complicado.

Entrevista 1 [28635:29165]

Esa desconfianza en el otro también está asociada a lo que vemos reflejado en lo que pasa todos los días; cuando uno ve que desafortunadamente hay altos niveles de corrupción, en donde la gente termina engañada, en donde uno ve que la justicia no opera como uno espera que opere, y donde uno ve que a la final las personas que de una u otra manera están haciendo actividades fuera del marco de la ley, terminan siendo premiadas y no terminan siendo condenadas. Eso hace que a la final las personas empiecen a desconfiar del Estado

Entrevista 1 [28635:29165]

Esa desconfianza en el otro también está asociada a lo que vemos reflejado en lo que pasa todos los días; cuando uno ve que desafortunadamente hay altos niveles de corrupción, en donde la gente termina engañada, en donde uno ve que la justicia no opera como uno espera que opere, y donde uno ve que a la final las personas que de una u otra manera están haciendo actividades fuera del marco de la ley, terminan siendo premiadas y no terminan siendo condenadas. Eso hace que a la final las personas empiecen a desconfiar del estado

Entrevista 1 [45174:45224]

Terminamos siendo un poco apáticos con la realidad

5.2.1.5.5. Individualismo vs Comunitarismo

Mientras tanto, en relación a las condiciones de sociabilidad de la persona, se evidenció una clara tendencia en el fortalecimiento de los espacios colectivos, en la aproximación de una salud mental colectiva y no individualista, en una necesidad de trabajar desde los espacios o escenarios públicos. Por ejemplo, A.M.X.Y lo manifestó de la siguiente forma

Entrevista 1 [8515:8640]

no solamente debemos hacer intervención a nivel individual, sino hay que generar procesos de intervención a nivel comunitario

Del mismo modo, se destaca que esa relación entre desconfianza y colectividad no van de la mano. La misma sociedad se ha encargado de formar a un ciudadano desconfiado, individualista, quizás con conductas pro sociales reducidas. Ante esta situación, A.M.X.Y. comentó lo siguiente

Entrevista 1 [28131:28372]

es un síntoma de la salud mental porque es el tema de no creer en el otro, de la desconfianza que tengo en el otro, de cómo nosotros como colombianos

partimos de una posición muy individualista, en el sentido en que yo trato de salir yo solo.

Entrevista 1 [30407:30520]

Y es que el país nos fue llevando al tema del individualismo, en el cual tenemos que sobrevivir por cuenta propia

5.2.1.6. Sistema Social

Cambiando de escenario, resulta interesante ver el número de citas encontrados dentro de esta subcategoría., para el análisis, se van a trabajar en tres grandes cualidades emergentes: 1. Determinantes sociales; 2. Vulnerabilidad social; 3. Redes y tejido social.

5.2.1.6.1. Determinantes sociales

En el análisis de los determinantes sociales, enmarcados dentro de la subcategoría del escenario social, retoman importancia, a la hora de evaluar los efectos que tiene estos sobre la salud mental. Realmente resulta interesante el ejercicio de entender que, durante ese periodo de observación, unas de esos elementos fue la violencia, en cualquier forma de expresión social. Siendo, así las cosas, A.M.X.Y lo menciona muy claramente en su discurso de la siguiente forma

Entrevista 1 [1018:1114]

Uno de los determinantes que más influyó durante ese periodo fue el tema de violencia en el país

Entrevista 1 [1156:1190]

violencia sociopolítica en el país

Entrevista 1 [1438:1568]

decimos que el tema de la violencia es uno de los determinantes sociales que más ha influido en la salud mental de los colombianos

Entrevista 1 [1580:1703]

en el tema de la violencia, uno de los aspectos también qué va a ser un determinante es el tema de la pobreza en Colombia.

Entrevista 1 [21323:21440]

la violencia de una u otra manera se refleja en las condiciones de salud de la población, sobre todo en salud mental.

Producto de esa violencia (sin importar su causante), resulta interesante encontrar una relación directa con el agro. Este sector social, el cual se vio afectado por las olas de violencia en el territorio colombiano (por ejemplo), se vio perjudicado por el abandono de las tierras. Como lo afirma A.M.X.Y.

Entrevista 1 [14180:14590]

Uno de esos ejemplos es el tema de la agricultura, es el tema de la ganadería, de volver al campo, ¿Qué pasó con el campo? El campo quedó solo, porque por el desplazamiento, tanto el adulto mayor como los jóvenes se vinieron a las ciudades. Hoy en día los jóvenes no quieren volver al campo, se quieren quedar en la ciudad; no quieren regresar al campo a desarrollar la agricultura, a desarrollar la ganadería.

Ahora bien, otra de las cualidades que se vio reflejadas en las entrevistas fue en lo concerniente con el tema laboral. Al respecto, L.P.A. comenta que las posibilidades económicas y laborales afectaron a la salud mental

Entrevista 2 [7920:8345]

las dificultades de acceso a nivel laboral, a la posibilidad económicas y laborales de la mujer y del hombre afectaron finalmente a la familia ¿no? Y afectó a la salud mental. Si la familia se afecta, si se pierde el equilibrio social, laboral, familiar, pues eso redundo, o se resume, o el resultado es vivir todos esos procesos de alteración en la salud mental. No solamente de los niños, sino pues de toda la familia ¿no?

Del mismo modo, se observó dentro del escenario social una relación muy fuerte con el factor económico. Dicho en palabras de L.P.A.

Entrevista 2 [20874:21181]

Muchas personas no tienen incluso como desplazarse al servicio de salud para recibir una atención, o cómo pagar, hacer el copago, como vincularse de manera contributiva, entonces es un escenario que pareciera muy, digamos poco creíble y de poca fe de mi parte, pero realmente eso es lo que estamos viviendo.

5.2.1.6.2. vulnerabilidad social

Dicho lo anterior, el tema de la vulnerabilidad social entra en concurso dentro del escenario social. En este apartado, es importante recordar lo que A.M.X.Y y L.P.A. afirmó en relación a la vulnerabilidad social

Entrevista 1 [4214:4237]

poblaciones vulnerables

Entrevista 1 [2631:2795]

si hablamos de vulnerabilidad social, estamos hablando de cuales, digamos, son esos determinantes que de una u otra manera afecta la salud mental de los colombianos

Según L.P.A., la crisis que se presentó en esta época marcó el contexto social de una manera muy significativa, afectando, de manera directa, el contexto de la salud mental

Entrevista 2 [9010:9288]

Realmente fue un periodo de crisis a todo nivel a nivel institucional en todos los sectores, a nivel de educación, a nivel social, a nivel de salud. Se cerraron programas. En ese año 2014 funcionaba la GUAICA que ahí solo un año después no más presupuesto para poder continuar.

Esa crisis concuerda con lo expuesto por A.M.X.Y, al decir que las condiciones socioeconómicas afecto a la población, causando un malestar dentro de los escenarios básicos de socialización

Entrevista 1 [2852:3072]

condiciones socioeconómicas de nuestra población; y es que si bien es cierto se ha avanzado en el tema de disminuir la pobreza extrema, todavía encontramos muchos cordones de miseria en las grandes ciudades especialmente

Sin embargo, esa vulnerabilidad social, causada por el fenómeno de la violencia, ha sido una de las principales por las que ha sido difícil consolidar bajo un esquema de atención integral, debido a la multiplicidad de factores que inciden en la organización y re-organización del sistema social. al respecto, L.P.A comentó lo siguiente

Entrevista 2 [31360:31641]

A Bogotá, las a las ciudades metrópolis invaden muchos lugares, vienen gente de todas partes es muy difícil con esa diferencia lograr lograr un esquema.... no hemos sido capaces de garantizar una atención, una intervención integral que vincule esa diferencia, no hemos sido capaces.

De igual forma, dentro de ese proceso social, influenciado por factores (como el económico), marcó una pauta referencial para el acercamiento a las poblaciones vulnerables, en especial hacia el crecimiento y fortalecimiento del enfoque diferencial, en el ejercicio de recuperar la idiosincrasia de las comunidades colombianas

Entrevista 1 [4705:5100]

Empezamos a aceptar que tenemos población víctima del conflicto armado, poblaciones con discapacidad, poblaciones LGBTI, es importante trabajar el tema del enfoque diferencial porque es lo que de una u otra manera nos va a permitir hacer procesos de inclusión social de estas poblaciones, que es también lo que de una u otra manera ha generado ehhhhh las condiciones de violencia en nuestro país

Entrevista 1 [19987:20399]

también como volvemos a generar esos procesos comunitarios que se fueron perdiendo con el tiempo, y se fueron perdiendo también por la violencia sociopolítica que ha venido viviendo el país, y que conlleva a que, si bien es cierto, desde salud debemos trabajar la atención de un trastorno de salud mental, debemos trabajar también el fortalecimiento de la organización comunitaria, y de la convivencia ciudadana.

5.2.1.6.3. Redes y tejido social

El siguiente aspecto a tratar es de redes y tejido social. En esta ocasión, resulta llamativo la condición del trabajo en las comunidades y en los diferentes escenarios de socialización. Tanto A.M.X.Y como L.P.A coinciden en este punto al afirmar lo siguiente

Entrevista 1 [8644:8762]

esos procesos de intervención a nivel comunitario deben tratar de generar reconstrucción de procesos de redes sociales

Esos procesos de redes sociales, van en fortalecimiento con el proceso del trabajo comunitario (aspecto que fue tratado anteriormente). Por ello. A.M.X.Y recalca de nuevo el fortalecimiento de este tipo de escenarios

Entrevista 1 [9163:9285]

el tema de reconstrucción del tejido social, y esa reconstrucción del tejido social hay que trabajarla a nivel comunitario

Como también L.P.A. manifiesta la notable preocupación en el proceso de las redes y los tejidos sociales desde la escuela.

Entrevista 2 [8711:9009]

también estaba la dificultad de los docentes, dificultades a nivel económico, no se les pagaba sus salarios; hubo una serie de polémicas respecto a que era necesario mejorar los salarios de los docentes. Todo esto también afecta la escuela y altera la salud mental a nivel general de la población.

5.2.2. Democracia

5.2.2.1. Sistema de Participación Ciudadana

De manera similar, en la subcategoría de “participación” fueron identificadas tres grandes cualidades emergentes, las cuales fueron: 1. Escenarios de participación; actitud participativa y 3. Gestión participativa.

5.2.2.1.1. Escenarios de participación

En relación con esta categoría emergente, vale la pena destacar que de acuerdo con L.P.A y con A.M.X.Y la participación en el sector salud ha sido una cualidad notoria. Pero esa participación ha estado “camuflada” en roles que no se esperaba que sucedieran dentro del marco de la democracia participativa como garantía del ejercicio político. Por ejemplo, L.P.A. afirmó que durante el periodo de observación se dieron apertura a programas locales, destacándose por la participación de la comunidad, en el ejercicio del diagnóstico

Entrevista 2 [12243:12554]

en esos años se abrieron algunos programas locales importantes; la comunidad participó en la elaboración de diagnósticos locales, las alcaldías asignaron algunos presupuestos; hubo algunos proyectos de otras instituciones como el ICBF, la secretaria de integración social, pero que finalmente no se ejecutaron.

Sin embargo, esta acción participativa no pareciera ser tan amplia, abierta y transparente para las mismas dinámicas que el sistema político necesita. Ante esta situación, A.M.X.Y afirmó que

Entrevista 1 [27351:27700]

si bien es cierto hay un ejercicio y hay muchos espacios para participar. Esos espacios de participación, digamos que están manipulados y son permeados para que la gente no pueda acceder fácilmente a ellos, y siempre terminan los mismos líderes, las mismas personas en los mismos espacios. La gente siente un gran nivel de desconfianza en el Estado.

Ante la presencia de esos factores que alteran los espacios participativos (manipulación), no generan buenos ecosistemas socio-políticos dentro de las dinámicas institucionales, haciendo que la misma organización social pierda sinergia. Ante esta situación, A.M.X.Y comenta lo siguiente

Entrevista 1 [30544:30727]

la organización social fue relegada, y no se cree en que como equipo podemos resurgir y como organización social podemos resurgir, en el marco de una democracia que sea participativa.

Por otro lado, los escenarios participativos en el campo de la salud han permitido crear espacios de vinculación. Pero en lo que las dos personas coinciden de manera precisa es que esa participación ha sido más de una forma de representación democrática de tipo vigilancia a la gestión pública, conocida comúnmente como VEEDORES. Ante este panorama, estos fueron las citas encontradas al respecto

Entrevista 1 [30832:31235]

En el tema de salud, hay unos espacios de participación que hoy existen. Existen las asociaciones del usuario que son alianzas de usuarios, que cuando uno ve este tipo de alianzas de usuario que tienen como finalidad hacer monitoreo y veeduría en la prestación de servicios de salud, esas alianzas del usuario, se suponen que son el reflejo de la participación de los afiliados que hay en una EPS o IPS.

Entrevista 2 [13199:13795]

En este momento hablamos de veedores sociales, veedores comunitarios, de la participación social orientada a que el individuo, el ciudadano se involucre en esos procesos de salud enfermedad, se vincula de una manera activa para apoyar estos procesos de salud, que sea de alguna manera aquel quien también ayuda a cuidar la salud del del grupo social, del entorno, pero pero en este momento lo que estamos viviendo y desde estos años y con más énfasis en estos años el papel del del de la comunidad ha sido vigilar a controlar pero no ha sido participar, involucrarse en los procesos sociales.

Entrevista 2 [13821:14106]

nosotros incluso nos hemos encargado de convertirlos a ellos en el policía de la salud y no a quien se involucre realmente participa, se vincula y garantiza cambios y gestión y como debería hacer; en poder dar a la comunidad para que se vinculen en esos procesos de desarrollo social.

Entrevista 2 [24491:25135]

a población participativa en la organización de los diagnósticos en salud, se elaboraron unos módulos manuales y la población ayuda a hacer la encuesta, ayudaba a llevar a la casa a Golpear la puerta para preguntar sobre los servicios de salud, sobre la participación social, básicamente se redujo a eso a que participaran como veedores por la un lado, que vigilan y controlan, pero

no que acompañan, se vinculan, construyen, y por otro lado el tema de que ayudan a hacer un diagnóstico, a levantar una información en eso se excede, en eso están digamos se reduce el papel de la comunidad en estos servicios. En eso se enmarcaba la democracia.

Sin embargo, esas acciones participativas, y parafraseando lo dicho por las personas entrevistadas, no cumplen con las expectativas reales de las democracias participativas. La acción de vigilar (de ser veedor) no es garantía de una participación. Participar es estar involucrado desde la formulación hasta el seguimiento de las diferentes acciones políticas y/o legislativas que circundan el mundo de la salud mental. En este orden de ideas, A.M.X.Y comenta lo siguiente

Entrevista 1 [31236:31629]

Esos usuarios participan en el monitoreo de la prestación de los servicios de salud, participan en las juntas directivas de las empresas sociales. Pero lo que uno ve en el ejercicio de la participación es que son alianzas que funcionan solamente cuando se requieren seleccionar un Gerente, cuando hay que ser la aprobación de un informe, pero que al final terminan siendo también manipulados.

Entrevista 1 [46095:46539]

En la medida en que yo no me siento participe en el diseño e implementación, no me siento participe de nada. El programa es del candidato, no es un programa que sea incluyente. Yo no puedo diseñar mi programa con los que están a mi favor, sino también con los que están en mi contra. Creo que eso es parte en lo que debemos empezar a cambiar, en que no necesariamente los programas los tenga que hacer con la población que comparte mis ideales.

Por ello, abrir espacios participativos (como la escuela, por ejemplo), hacen que la acción democrática de vinculación y de pertenencia de la ciudadanía sea más activa y con detenimiento. Sin embargo, es importante anotar que esas acciones participativas deben tener como referente el marco referencial del enfoque diferencial y los derechos humanos, ya que, ante la diversidad cultural que tiene el Estado colombiano (aspecto que fue tratado anteriormente), se hace necesario contemplar todas las formas posibles para empoderar al ciudadano en el proceso de construcción de una política vinculante con la participación, a pesar de las dificultades que existan en la adaptación a los programas o planes.

Ante esta radiografía, las personas entrevistadas aportaron lo siguiente

Entrevista 1 [35040:35893]

Hoy en día es una de las modificaciones que se le está haciendo al modelo, y es que también tengamos en cuenta la particularidad del territorio. Y es que no

podemos pensar que Colombia es igual, Colombia es muy disímil, tenemos regiones, dentro de las mismas regiones tenemos departamentos que son totalmente diferentes del uno al otro. Es una realidad que hay que consultar. Lo que pasa es que desafortunadamente desde el punto de vista político e institucional, no tenemos la suficiente capacidad para hacer la adaptación de los programas. La norma establece que a nivel nacional diseñe los programas, hace el diseño general, pero el departamento y el municipio adapta y adopta el programa. Yo le puedo incluir la particularidad. Desafortunadamente a nivel territorial no se ha avanzado en ese punto, y es como adapto yo los programas a mi territorio.

Entrevista 2 [18089:18330]

hemos vinculado a la escuela, a la organización, a las entidades sociales, a la alcaldía, a los escenarios comunitarios y de participación social, una serie de elementos donde todos pues definen los procesos de salud mental de la comunidad.

Entrevista 1 [32456:33727]

dentro de la orientación política que había, estaba la conformación de esos espacios de participación comunitaria. Y ahí hay un tema importante, y es que si bien es cierto son espacios para las organizaciones sociales, son espacios institucionales. Digamos entonces que también va a depender de que la institucionalidad de una u otra manera fomente los espacios, fortalezca los espacios. Y desafortunadamente, estos espacios de participación no son fortalecidos, salvo cuando se requiere la participación de algún ejemplo (seleccionar un gerente), ahí se requiere y ahí se fortalece. Pero una vez se hace el proceso de selección, son espacios que se caen, no permanece en el tiempo. Si uno va a una EPS o a una IPS, esos espacios de liga y de asociación de usuarios no tienen un desarrollo permanente. Solamente se activa en los momentos que se requiere, pero no hay una verdadera injerencia en lo que podrían evaluar los servicios de salud. Por eso en este país el tema de la participación esta normada, y está muy normada. El tema es la implementación de la participación. La gente no quiere participar. La gente no cree en el uso de los espacios, y no cree por que no ha visto evidencia de que esos espacios hayan servido en términos de mejorar los servicios de salud.

Por ello, como principio de pertenencia, entre más involucrado este la persona en el proceso, más responsable será con sus determinaciones y a su vez mas comprometido con las acciones participativas. L.P.A lo afirmó de la siguiente forma

Entrevista 1 [43608:43750]

Cuando yo puedo incidir de manera efectiva en la política del país, de esa manera siento yo que estoy siendo tenido en cuenta como ciudadano.

5.2.2.1.2. Actitud participativa

Por otro lado, en función de la actitud participativa, resaltan en la mesa de discusión algunos puntos: uno por ejemplo es la influencia de los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas en los procesos participativos, y otro, en las consecuencias que las conductas humanas generan en el ecosistema socio-político. Por ejemplo, A.M.X.Y lo describe de la siguiente forma

Entrevista 1 [33863:35039]

comenzaría desde el, un modelo democrático con énfasis en salud mental. Partiría de un hecho, y es que el usuario mismo participara en el diseño del programa, porque el problema debe partir de la necesidad del usuario. Por ello es que los programas de prevención y promoción no funcionan, y es que se nos olvidó el tema de la particularidad del territorio del usuario. Yo no puedo hacer programas direccionados desde el nivel central hacia el nivel territorial en donde no sea consulta el de la territorialidad y de la persona. Entonces si estoy trabajando (un ejemplo) territorio nacional, se tiene que consultar, no solamente el tema del acceso, sino se debe consultar el tema de la idiosincrasia, el tema cultural, el tema étnico es fundamental; y en eso nosotros debemos trabajar mucho más, y es poder hacer programas de prevención y promoción en salud mental con participación activa del usuario, no solo en el diseño, sino en el seguimiento y en la evaluación de los programas. Eso es lo que nos ha faltado, y es lo que siempre los usuarios recriminan, y es que no estamos garantizando programas de salud mental con enfoque diferencial, teniendo en cuenta el territorio.

Entrevista 1 [30544:30727]

la organización social fue relegado, y no se cree en que como equipo podemos resurgir y como organización social podemos resurgir, en el marco de una democracia que sea participativa.

Entrevista 1 [44698:44980]

Mire que independientemente de todo ese tema de violencia, de ese tema de no participación el tema de la solidaridad social, pero en momentos en que se requiere. A nosotros nos une más un partido de fútbol como comunidad, que un tema social, y en su efecto que lo estamos viviendo.

Del mismo modo, en esta cualidad emergente, sobresale de nuevo la desconfianza como una actitud desfavorable para la acción participativa. Al respecto, A.M.X.Y comentó

Entrevista 1 [27701:27953]

Cuando yo tengo desconfianza en el Estado, no creo en lo que el Estado me está brindando, por lo tanto, yo no participo de las políticas estatales, porque

creo que están permeadas, y están permeadas para que las cosas no se hagan como nosotros queremos

Entrevista 1 [29958:30407]

Fuera de la desconfianza, está el tema de, lo que le hablaba ahorita, del beneficio individual. Desafortunadamente si yo no veo mi beneficio individual en el ejercicio de la democracia, considero que para que lo voy a hacer. Y era lo que hablamos ahorita en términos de desarrollar procesos de reconstrucción del tejido social; nosotros no nos sentimos como comunidades, nosotros no participamos como comunidad. Es parte de lo que se fue perdiendo.

Entrevista 1 [31845:32324]

La gente no cree en esos espacios, y siempre terminan participando las mismas personas, porque el resto de la población no se interesa. No hay ejercicios que le permitan visibilizar a las personas que se pueden cambiar las cosas. Entonces la participación funciona en la medida en que la población también se da cuenta de que esos espacios de una u otra manera tienen incidencia tanto política, como incidencia en el servicio, en este caso, en los servicios prestadores de salud.

5.2.2.1.3. Gestión participativa

Por último, dentro del escenario de la participación, la gestión participativa como cualidad emergente surge a partir del análisis encontrado en las entrevistas. Lo sorprendente de este apartado gira en torno a la responsabilidad de los gobernantes en la aplicación de la acción participativa. Por ejemplo, A.M.X.Y. lo define de la siguiente forma

Entrevista 1 [36982:37470]

es una gran debilidad en la cual los gobernantes deberían trabajar, y es como hago la adaptación, y como hago la consulta de estos programas con la misma población. Si lográramos hacer eso yo creo que la incidencia en los programas sería mayor, y la participación de las comunidades en el programa serían mucho más evidente, porque en las poblaciones se darían cuenta que efectivamente los cambios se están haciendo conforme a sus propias necesidades, que es lo que adolecemos hoy en día.

Entrevista 2 [10090:10779]

realmente los planes de prevención y los planes de promoción y de intervención de atención siguen siendo débiles en Colombia. Las instituciones no tienen los recursos..... tenemos la experiencia, pero nosotros como Buenos colombianos desafortunadamente no escribimos y esos programas y modelos que hemos elaborado están aún por escribirse.... Tenemos la experiencia, pero no nos hemos tomado el tiempo para, ni tampoco hay recursos para garantizar

que se investigue sobre cuál es el impacto de los que hemos hecho, y llevemos a la literatura y a la academia la construcción de esos procesos de prevención y de promoción orientados a la salud mental, para fortalecer la salud mental en Colombia.

De esta manera, la implementación de los programas a largo plazo (como fue comentado anteriormente) se reduce a la temporalidad del periodo legislativo, viéndose empañada las diferentes acciones participativas en la consecución de metas comunes a largo plazo.

Entrevista 1 [37683:38950]

La gran dificultad que nosotros hemos vivido durante todo ese tiempo es el tema de poder implementar programas a largo plazo. Nuestros programas de gobierno van a cuatro años, y el nuevo gobernante cambia las políticas y el programa, porque tiene que colocar su ingrediente político. ¿Cuál sería la ventaja de trabajar con procesos más sociales, más de monitoreo? Independiente del gobernante que llegue, el programa continúa. El programa es evaluado y monitoreado y se le da esa continuidad. El problema es que lo que estamos viendo es que, para el próximo año, lo más seguro es que muchos programas sociales que fueron buenos durante ese periodo se acaben, porque el nuevo gobernante tiene que marcar una nueva política. La política debe permanecer, los programas se pueden ajustar. El problema es que nuestros programas no se ajustan. Nuestros programas continúan o se suspenden dependiendo del gobernante que llegue. Si trabajáramos en programas a largo plazo, pudiéramos generar que esos programas se sostengan por la base comunitaria, no por la base institucional. Que sean programas que se respeten desde su implementación, porque están permeados por la participación de los mismos usuarios. Eso garantizaría las habilidades de los programas y la continuidad.

Entrevista 1 [45399:45917]

Estamos muy en pañales, en poder trabajar eso. Eso es parte de lo que tenemos que hacer con los nuevos gobernantes, y es poder de una u otra manera incidir en hacer democracia desde la construcción de los programas, desde el diseño del interior de los programas, porque normalmente lo que se hace es continuidad de los programas con algunas modificaciones, pero no se hace una evaluación de los programas que permita tomar decisiones. Son decisiones que se hacen más desde lo administrativo, y no desde la ciudadanía.

5.2.2.2. Sistema de Persona Humana

Cambiando de subcategoría, ya en el contexto de la persona humana como elemento de anclaje entre la política y la sociedad, se encontraron 3 grandes cualidades emergentes: 1. Cualidades y potencialidades; 2. Bienestar y 3. Engranaje social.

5.2.2.2.1. *Capacidades y potencialidades*

En relación con las capacidades y potencialidades, se encontró de manera específica el rol que tienen los jóvenes y adolescentes en el continuo proceso de la construcción de identidad en torno a las habilidades en el campo laboral. Se expresa las inequidades en el campo contractual (aspecto que fue mencionado anteriormente). Esta situación hace que, por un lado, a esta población se le dificulte construir un plan de vida relacionado con su que-hacer, generando una desconfianza en el sector laboral y buscando algunas formas o mecanismos alternos para la subsistencia, como lo es por ejemplo el trabajo informal. ¿Dónde quedan esas capacidades y potencialidades de la población joven?

Entrevista 1 [11369:11587]

¿Cómo generamos empleo a la población joven, cuando una de las condiciones para poder acceder a ese empleo es tener experiencia? Eso termina siendo una barrera muy grande para los jóvenes y lo estamos viendo hoy en día

Entrevista 1 [12761:13053]

a política económica no está incentivando el empleo formal, especialmente a esta población, a este rango de población, que es la población joven, es la población que está emergiendo, en donde no tiene garantizado el poder contar con empleos formales que les permitan poder planificar a futuro

5.2.2.2.2. *Bienestar*

Por otro lado, con el tema del bienestar, considerada una cualidad psicológica que proporcionan tranquilidad en la persona, se encontró que hay una “contravía” pragmática en reconocer lo que somos y en saber lo que tenemos. Por ejemplo, A.M.X.Y afirma que el colombiano no reconoce las debilidades que pueda llegar a tener en su salud mental, afectando notablemente en su bienestar

Entrevista 1 [40844:41718]

El colombiano no ha reconocido que tiene problemas en salud mental. Entonces que pasa, yo no puedo ser responsable cuando no parto de un principio básico: y es el de reconocer que tenemos problemas de salud mental. Hoy en día uno ve las encuestas de salud mental y la población dice ¡ay si estamos mal!, pero no se hace nada. Uno ve los indicadores de violencia intrafamiliar que de una u otra manera terminan derivando en otro tipo de trastornos y no se hace nada. Hemos ido aceptando como sociedad que eso es

normal, que tener ese tipo de trastornos en salud mental es normal, y lo requerimos, pero no lo exigimos. Exigimos atención en salud física, pero no atención en salud mental. Y desde ahí empezamos con un tema, y es que tanta incidencia hace el Estado para garantizar el servicio cuando la misma población ni siquiera lo considera que es fundamental para su salud.

Por ello, para L.P.A. lo más importante de la salud mental es ese estado de bienestar, representado en un abanico de estados de bienestar, los cuales son expresados de la siguiente forma

Entrevista 2 [24100:24252]

Eso es la salud mental: Estar bien, sentirme bien con lo que yo hago, con lo que quiero, con lo que yo vivo, con lo que yo construyo, en lo que yo sueño

5.2.2.2.3. Engranaje social

Por último, el engranaje social sobresale en las entrevistas en función del establecimiento de la simbiosis entre las dinámicas sociales, políticas y humanas en el ejercicio de la democracia. Al respecto, A.M.X.Y comentó lo siguiente

Entrevista 1 [43186:43607]

para mí ser democrático es aceptar también al otro, es ser tolerante con el otro, es convivir con el otro, es confiar en el otro, es pensar con el otro yo puedo, que es mejor articular esfuerzos que ser individualista; eso hace parte de la democracia. Pero la democracia parte de un principio: y es de la buena fe, y desafortunadamente eso es lo que tenemos que fortalecer, partiendo de que el otro no me va a hacer daño.

Entrevista 1 [49499:50341]

En este nuevo plan, se está pensando más desde lo diferencial hoy en día y el nuevo modelo cuando plantea el enfoque territorial lo que me está diciendo es: ustedes desarrollan la política teniendo en cuenta el enfoque territorial que parte de un enfoque diferencial. Y es que si bien es cierto, tenemos población vulnerable, y dentro de esas poblaciones vulnerables también podemos establecer diferencias, desde lo étnico, diferencias desde la población vulnerable, diferencia desde que tenemos víctimas del conflicto armado, que tenemos población reinsertada, que tenemos población hoy en día migrante que está llegando a nuestros territorios, y eso va a implicar que si yo no empiezo a manejar el enfoque diferencial en el nuevo modelo, no voy a poder diseñar programas que en verdad respondan las necesidades particulares de la población.

Del mismo modo, ese engranaje social, soportado o fundamentado desde el enfoque diferencial como estrategia política para el reconocimiento de las personas, se

desprende a partir de la realidad que vive Colombia y de los mecanismos creados desde el periodo de observación 2010 – 2014. Al respecto, A.M.X.Y comentó

Entrevista 1 [50455:51161]

Lo diferencial no es nuevo. Lo diferencial es continuidad. Mire que el tema de lo diferencial ha sido tan fuerte, que hoy en día lo que se hace es reconocer la importancia de lo diferencial. Lo diferencial empezó con el tema del desplazamiento en el país. La sentencia T-025 de la corte constitucional que habló de la población desplazada y del incumplimiento del gobierno en cuanto a los diferentes fallos que se profirieron en su momento con las víctimas (población desplazada) lo que la corte estableció fue: si bien es cierto el Estado atiende a la población, es necesaria que dentro de esa atención a la población habría que tener en cuenta el enfoque diferencial. De ahí surge el enfoque diferencial.

Asimismo, en función de la democracia como espacio de construcción política, predomina la cita de L.P.A. al decir que la democracia es un determinante y a su vez un condicionante, orientado hacia la construcción participativa del sujeto político como elemento articulador en el engranaje social.

Entrevista 2 [22307:23900]

Yo diría que es un determinante y además un condicionante, porque en este momento cuando haces la pregunta recuerdo un escenario que tal en donde funcionaba un programa de rehabilitación con habitante de calle y atendíamos a 300 pacientes mensualmente, en esa época tuve la posibilidad de hacer parte del equipo líder coordinador de calidad, de servicio de calidad en la pensión de ese grupo de rehabilitación y había una tarea Fundamental y era construir el manual de convivencia dentro de la entidad hospital, estoy hablando del hospital XXXX, en ese momento nosotros veníamos trabajando un modelo muy conductista, de respuesta castigo, premio castigo, reforzamiento y finalmente nos dimos a la tarea de hacer lectura de otros modelos, de otros enfoques y leímos a Lakan, leímos un poco de Freud, leímos un poco de sujeto, de aquel que permite que se vincule el sujeto a en esos procesos de la construcción de la Norma y esos programas fueron muy efectivos, de decir, cuando tú le permites al otro pensarse, pensarse en su salud, pensar sobre su estilo de Vida, sobre su calidad de Vida sobre qué es lo que tiene que hacer para estar mejor o para mejorar su Vida y para estar mejor en términos de salud, es posible realmente garantizar una sanación, un proceso importante allí en donde el sujeto se vincule no solo como paciente, sino como sujeto activo, sujeto que piensa, sujeto que construye su salud, sujeto que genera procesos, sujeto que es activo, entonces desde esa mirada incluso las familias se vinculan de otra forma por el sujeto a garantizar la construcción de la Norma

5.2.2.3. Plan Nacional de Desarrollo (PND).

Ya dentro del contexto del Plan Nacional de desarrollo, se evidencia una posición muy notable entre la salud mental y el plan. Para soportar esto, se reconocen tres cualidades emergentes: 1. La asignación de recursos; 2. La salud mental y 3. Trazabilidad gubernamental.

5.2.2.3.1. Asignación de recursos

En esta cualidad emergente, resulta notable para A.M.X.Y al sustentar su posición a partir de una inferencia muy sucinta: a poca inversión, poco interés.

Entrevista 1 [39158:39521]

cuando uno mira el plan de desarrollo, uno puede saber que tanta incidencia o que tanto interés tiene el gobernante en el tema de la salud mental, y uno lo evidencia en la asignación de recursos que tiene para el tema, que es muy poco, especialmente en el tema de promoción y prevención de la salud mental. Vemos la incidencia y el tema de no es de tanto interés.

5.2.2.3.2. Salud mental

Al ver esta disminución de los recursos económicos en el escenario de la salud mental, surgen algunas posturas políticas claras en torno al estudio de esta cualidad, al entender que posiblemente surge el interés por conocer su impacto en la comunidad colombiana a partir de la promulgación de la ley 1616 del año 2013; con el cual se puede inferir que la salud mental no fue prioridad para el PND, hasta después de este acto legislativo.

Entrevista 1 [47311:47605]

No. Empieza a ser una prioridad a partir de la promulgación de la ley y de la reglamentación. Y en este momento, en el marco del proceso de paz, requerimos de procesos de desarrollo de salud mental, porque todo esto está asociado al tema de la convivencia ciudadana que tenemos que implementar.

Entrevista 2 [25269:26011]

Debió haber sido. No lo fue de ninguna manera. pues digamos que se pensaría que si porque ayudaron a ser la encuesta o porque llevaron la información,

pero realmente no una participación que vincule a la comunidad en la construcción, y nunca realmente nunca lo había como debería ser, nunca la ha habido local. En ese ejercicio pequeño que te cuento que se realizó en el hospital que podemos decir que ellos ayudaron en la construcción de su bienestar y de su salud en ese periodo de tiempo, pero no así de la misma manera se vinculan las personas, se vinculan desde la política, pero no desde la democracia, entendida como lo estoy planteando desde la democracia, que vincula y genera cambios en la comunidad reales ¿no? Y de impacto social.

Entrevista 2 [28013:28864]

Pues digamos que los estudios que venían haciendo el ministerio de la de salud y de protección social y fue el estudio básico que se hizo cada 5, cada 6 años se realizó ese estudio a nivel nacional. Y desde ahí se tomaron elementos, pero como te digo terminan siendo débiles, porque son estudios también enmarcados en revisar que afecta la salud mental en términos de enfermedad ¿no? Mira la salud mental desde lo que está enfermo, y no desde lo que podemos revisar que funcione bien, desde los factores de protección, que es un modelo que también está planteado, incluso, para los otros países si lo hace. En Europa, Por ejemplo, en Estados Unidos orientados al rescatar elementos de conciencia, de fortalecer una serie de aspectos Individuales, de darle el lugar al otro, de un modelo integrador, pero este PND tuvo en cuenta los datos estadísticos.

A pesar de estas contrariedades, de acuerdo con A.M.X.Y. y L.P.A., el PND tiene un sustento participativo, bajo la óptica de la atención primaria

Entrevista 1 [9307:9461]

si ustedes revisan el plan de desarrollo, está planteando también desarrollo de procesos comunitarios, en el marco del modelo también de atención primaria

Entrevista 2 [483:1056]

es importante basarnos en el concepto salud mental, planteado por la política, a través del plan de desarrollo que está orientado a vincular una serie de determinantes sociales, determinantes psico-emocionales, que están articulados con el ejercicio del servicio, la prestación de servicio en sí mismo, entonces se le dio énfasis en este periodo a esta articulación de la estructura, o de la infraestructura través de la cual se presta un servicio a la comunidad y como desde la comunidad también se evidencia una serie de factores que afectan los procesos de salud mental,

Sin embargo, no se contempla una postura integral y diferenciador del ser humano dentro de los marcos explicativos del PND.

Entrevista 2 [6594:6792]

Se atendió la salud mental con un problema de hipertensión, pero no de manera integral a pesar de que el plan de desarrollo y en el concepto del abordaje de la salud mental tenía que ser integral.

Entrevista 2 [34521:34868]

Para sostener los objetivos de la política, pero no el humano como lo estamos hablando, de que estamos pensando, soñador, el que ama la vida, y quiere integrarse de otra manera, de esa manera definitivamente no. como un número más. Años de vida saludable para el Estado, al servicio del Estado. si claro, pero no para la persona de ninguna manera.

5.2.2.3.3. Trazabilidad gubernamental

Al lado de las cualidades emergentes descritas anteriormente, se evidenció de igual forma un desarrollo de la trazabilidad gubernamental en el PND. De esta manera, se deja por evidencia que el PND no responde a una postura longitudinal de la política colombiana. Las dos personas entrevistadas coinciden con esta descripción al decir lo siguiente

Entrevista 2 [36575:36627]

Circunstancial, a las expectativas. Eso es evidente.

Entrevista 1 [46735:47221]

Con el PND sucede lo mismo que con los demás planes a nivel territorial. Cada grupo político que llegue va a colocar cuáles son sus prioridades, y pueden ser las mismas, sino que las prioridades cambian. Un ejemplo, en salud yo puedo cambiar las prioridades. Para mi puede ser más prioritario en este gobierno trabajar el tema de salud mental, y ¿eso a donde se ve? En la agenda política. Al revisar la asignación de recursos uno se da cuenta de cuáles son las prioridades del gobierno.

Por otro lado, dentro de los correlatos epistemológicos que sustentan el PND, de acuerdo con L.P.A se fundamenta desde una postura positivista, con una tendencia muy marcada del enfoque cognitivo conductual. Al respecto dijo

Entrevista 2 [35951:36410]

Bien que digamos si nos ubicamos en las escuelas Comportamentales se hizo énfasis en el desarrollo, en lo epistemológico desde lo positivista, modelo muy positivista muy analítico, muy muy empírico, diría yo. Pero fundamentalmente el enfoque fue cognitivo conductual. Desde ahí se construyó todo el modelo de salud mental. Incluso nuestros paquetes y planes en prevención hacen énfasis en el modelo cognitivo conductual. Y el PND con énfasis en lo económico.

5.2.2.4. Sistema de Valores Y Principios

Por último, dentro de la subcategoría “valores y principios”, emergieron las siguientes cualidades emergentes: 1. La responsabilidad social; y. 2. Los Derechos Humanos.

5.2.2.4.1. Responsabilidad social.

Dentro de esta cualidad emergente, se revela la cita que A.M.X.Y hace en relación con la diferencia, al decir que la tolerancia hace parte del enfoque diferencial.

Entrevista 1 [4501:4703]

aprendemos a ser tolerantes con la diferencia, y en este sentido se está trabajando mucho el tema de enfoque diferencial; cómo empezamos a aplicar y a aceptar el enfoque diferencial en nuestra población

5.2.2.4.2. Derechos Humanos.

Complementariamente, los derechos humanos hacen parte de ese abanico de condiciones que fortalecen los valores y los principios dentro de la dinámica social en función de la democracia y salud mental. Al respecto, L.P.A comentó lo siguiente

Entrevista 2 [26108:26359]

Definitivamente basado en los derechos humanos, los derechos humanos son claves sobre la posibilidad, son la posibilidad de entender al otro, de ponerme en el lugar del otro, de generar acciones conjuntas... tiene que ser basado en los derechos humanos.

Entrevista 2 [29542:29828]

habíamos hablado pues de los derechos humanos y el tema de valores está ahí incluido, son protectores, claro. Habría que de revisar como investigamos sobre eso, para mirar cómo rescatamos esos valores, como hacemos una labor de promoción más que de prevención, promover la salud mental.

5.2.3. Triangulación De Datos

Ahora bien, en este aparatado, después de haber abordado cada uno de los elementos encontrados en el desarrollo documental junto con las entrevistas, haciendo uso de la herramienta RQDA, se procede a hacer el análisis de la información obtenida a partir del uso de la triangulación de datos. Esta metodología de investigación permite utilizar diferentes estrategias de obtención de información para luego ser contrastada (Aguilar Gaviria y Barroso Osuna, 2015). Del mismo modo, Okuda Benavides y Gómez-Restrepo (2005) confirman que la triangulación de datos se puede aplicar siempre y cuando los métodos utilizados para recoger información hayan estado dentro de la metodología cualitativa, lo cual aplica para la presente investigación. En este orden de ideas, se procede a realizar la triangulación de datos partiendo desde las fuentes de información: 1. Plan Nacional de Desarrollo, 2. Entrevista a A.M.X.Y; 3. Entrevista a L.P.A.

5.2.3.1. Plan Nacional de Desarrollo 2010- 2014

No cabe la menor duda que la salud ha sido una de las principales tareas por las cuales los gobiernos de turno han buscado “mejorarla” de manera paulatina, ya sea con acciones legislativas o con otros mecanismos de intervención sistemática. Esas acciones en salud mental conducen a establecer un *status quo* en los canales de seguimiento y de vigilancia que se le han dado, especialmente, a la salud mental. De acuerdo con la OMS, el sistema de salud mental es entendida como el “conjunto de estructuras y actividades cuyo propósito principal es promover, mantener o restaurar la salud mental y prevenir los trastornos mentales” (Organización Panamericana de la Salud, 2013. p.6). Si se parte de esta definición, ese conjunto de estructuras y actividades posiblemente se nutren desde la esencia que orienta la política pública de cada país (en este caso la colombiana) en torno al manejo que se le hace a la salud mental.

Sin embargo, desde la postura de Estevez (2018) las políticas públicas son una forma de tecnología de dominación para la gestión de la vida humana, para garantizar su existencia. Por ejemplo, de acuerdo con Posada Villa, Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossa (2009), con la ley 100, la salud mental quedó subyugada a los requerimientos del mercado, ubicándola en menoscabo con los otros campos de atención en salud, ya que estos resultaban más rentables para el sistema económico, disminuyendo de una forma gradual el acceso y la calidad de los servicios en el escenario de la salud mental. Es como Carmona Meza y Parra Padilla (2015) descifraron que, dentro de la lógica del modelo neoliberal, la salud ocupó un lugar dentro de una órbita individualista, bajo la premisa de que cada persona es responsable de su propia salud, mediante las formas de acceso al sistema que le permitan su atención. Al igual que Chul Han (2014) cuando afirma que factores como la reproducción, el nivel de salud, entre otros, toman un papel de control reguladores.

Similarmente, como lo mencionan Rojas-Bernal, Castaño-Pérez y Restrepo-Bernal (2018), la salud mental ha sido “la cenicienta en las políticas públicas en el país” (p. 131), la cual se ha visto reflejada en la ausencia de la hospitalización y psicoterapia prolongada. En razón de estas ideas, vale la pena recordar lo que Rondón (2006) afirmaba en relación al problema del manejo que se le hace a la enfermedad mental, la cual ha sido una de las principales causas de sufrimiento para la persona que lo padece como para su núcleo socializador, asociando esta crisis a una falencia en el sistema de atención y rehabilitación partiendo desde el contexto de la comunidad. Justamente esa falencia del sistema, hace pensar que la prevención, la atención y la rehabilitación de aquellos que padecen de alguna sintomatología relacionada con la salud mental se enmarca dentro de uno de los problemas sanitarios que va en aumento para el contexto de América Latina (Kohn, Levav, Caldas de Almeida, Vicente, Andrade, Caraveo-Anduaga, Saxena, y Saraceno, 2005).

Lastimosamente, desde esa lógica gubernamental, el hecho de entender la desventaja que tuvo la salud mental dentro del sistema sanitario, da pie para pensar que este tipo de salud debe ser concebida como una prioridad para el gobierno, partiendo de la premisa que, las personas con algún “trastorno” o “enfermedad mental” son seres humanos, personas que sienten y piensan. Como lo afirmó la Organización Mundial de

la Salud con la carta de Ottawa (1986) “La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana” (p. 1). En razón de esto, Maldonado (2018) afirmó que

El problema real acerca de los anormales, los diferentes, los pobres, los desadaptados, los discapacitados, los parias, no es simple y llanamente su diferencia, su exclusión o la ausencia de un logos acabado y definitivo acerca de los mismos (algo que por lo demás, no existe, ni jamás ha existido), sino que lo escondido detrás suyo es el sufrimiento y el dolor, incluso acaso ese sufrimiento que termina afirmándose como aceptación y resignación (p. 164).

Ahora bien, partiendo de este acercamiento a la realidad contextual frente a la importancia de la salud mental, con la ley 1450 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011), ley que sancionó el PND de aquel entonces, propuso en el artículo primero “consolidar la seguridad con la meta de alcanzar la paz, dar un gran salto de progreso social, lograr un dinamismo económico regional que permita desarrollo sostenible y crecimiento sostenido, más empleo formal y menor pobreza y, en definitiva, mayor prosperidad para toda la población”. En este orden de ideas, la salud mental, a nivel descriptivo, no fue concebida como una prioridad para el cuatrienio (como fue mencionado anteriormente); sin embargo, cabe resaltar que durante ese periodo se sancionó la ley 1616 (ley de salud mental) y se llevó a cabo el estudio de salud mental, resultados que fueron publicados en el año 2015. Esa brecha entre lo *propuesto* y lo *hecho* hace pensar que la salud mental de manera tacita no respondió a las necesidades que buscaba el gobierno de aquel entonces, pero si la sociedad. Es por ello que Torres Goitia (1987) afirmó que

La orientación funcionalista nos ha llevado a considerar un desdoblamiento artificial de los conceptos de salud y de enfermedad, que deja, además, su determinación fuera del propio hombre y al margen de la sociedad a la que pertenece. Según esta posición, las políticas de salud se han identificado exclusivamente con las de las instituciones reparadoras o protectoras de la salud, sin entrar a considerar las funciones del Estado en su conjunto. Esto puede aproximarnos al conocimiento de la práctica médica, pero no a la política real de salud, que más allá del significado formal del término, debe considerarse como inserta en todas las funciones del Estado y en dependencia directa con la esencia y el contenido de éste en cada situación que se considere concretamente.

De igual forma, en el artículo 3 de la presente ley (1450), se estableció el “Buen Gobierno como principio rector en la ejecución de las políticas públicas, y en la relación entre la Administración y el ciudadano”, entendiendo que, a partir en lo dictado en este artículo, promovió el fortalecimiento de las políticas públicas orientadas hacia la salud mental, como lo fue, por ejemplo, la ley 1616. Pero sigue el vacío en torno a la

participación de la ciudadanía en este tipo de escenarios. ¿Dónde queda la participación, como distinción democrática, en los escenarios de la salud mental? Más allá del derecho a la salud y de sus derivados, dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud, el contexto Mental debe concebirse como una prioridad para el Estado colombiano.

En función de esto, la carta de Ottawa (1986) planteó de una manera muy especial el desarrollo de las aptitudes personales, afirmando que la esencia primordial en la promoción de la salud incide en el desarrollo a nivel personal y social, haciendo que la persona tenga un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente. Por ello,

Democracia participativa

Para la construcción de una cultura democrática participativa, más allá de la representatividad electoral o las acciones que se instauren por tutela u otras formas de acción ciudadana contra el Estado por la omisión o negligencia en torno a la vulnerabilidad de los bienes jurídicos, se necesita de una colectividad, del gremio, de la necesidad del trabajo cooperativo, la influencia de lograr metas comunes; de esta forma es como se puede construir una democracia participativa. Vergara (1998) afirma que la principal función de la acción participativa es netamente educativa, la cual esta direccionada a aspectos psicológicos en el desarrollo de habilidades como en la misma eficacia de los procedimientos. De igual forma, como lo menciona Sol Arriaza (2012) “el desafío de la participación ciudadana, en el marco de un Estado democrático de derecho (EDD), equivale -en esencia- al compromiso social y político de fortalecer una ciudadanía activa y responsable”.

Es así que, dentro de un marco político, superando la institucionalidad y lo legislativo, se hace necesario la construcción de escenarios de participación ciudadana que permita armonizar, a partir de actos sociales y humanos, la construcción de una política pública orientada hacia la formación humana. Es así como se conexas la salud mental con la democracia participativa. Esto quiere decir que desde el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) (por ejemplo) se pueda emitir la elaboración de un documento público orientado hacia la formación del ciudadano como persona pesante y con un bagaje emotivo dispuesto a ser regulado por el mismo ser. Pensar en

una formación de una cultura democrática, en un ser democrático, en la construcción de un escenario democrático, en la regulación adecuada de la sociedad desde una mirada del cooperativismo y no del individualismo, sería una estrategia política para afrontar la precariedad de la salud mental en el marco explicativo de la democracia como determinante social. En este orden de ideas, de acuerdo con la Corte constitucional de la República de Colombia, en la sentencia C-180 de 1994 afirma que

El principio de participación democrática expresa no sólo un sistema de toma de decisiones, sino un modelo de comportamiento social y político, fundamentado en los principios del pluralismo, la tolerancia, la protección de los derechos y libertades, así como en una gran responsabilidad de los ciudadanos en la definición del destino colectivo. El concepto de democracia participativa lleva ínsita la aplicación de los principios democráticos que informan la práctica política a esferas diferentes de la electoral. Comporta una revaloración y un dimensionamiento vigoroso del concepto de ciudadano y un replanteamiento de su papel en la vida nacional. No comprende simplemente la consagración de mecanismos para que los ciudadanos tomen decisiones en referendos o en consultas populares, o para que revoquen el mandato de quienes han sido elegidos, sino que implica adicionalmente que el ciudadano puede participar permanentemente en los procesos decisorios no electorales que incidirán significativamente en el rumbo de su vida. Se busca así fortalecer los canales de representación, democratizarlos y promover un pluralismo más equilibrado y menos desigual. La participación concebida dentro del sistema democrático a que se ha hecho referencia, inspira el nuevo marco sobre el cual se estructura el sistema constitucional del Estado colombiano. Esta implica la ampliación cuantitativa de oportunidades reales de participación ciudadana, así como su recomposición cualitativa en forma que, además del aspecto político electoral, su espectro se proyecte a los planos de lo individual, familiar, económico y social.

Así mismo, vale la pena recordar lo que Maldonado (2018) decía en torno al fin de la política, cuando afirmó que

La política se relaciona con la acción colectiva a gran escala, pero de tal manera que no elimina la acción local; sin más, asistimos así a la complejización de la política. Si somos *Bios politikón* es por que actuamos, nos relacionamos, y como sabemos que solo quien actúa es político porque toma el mundo en sus manos y lo hace posible, lo que tenemos entonces entre manos es la idea no de un mundo cualquiera, sino del mundo que hace posible la vida (p. 223)

Con esta posición de Maldonado viene una reflexión: entender si realmente los colombianos son sujetos políticos o no ante el destino y la ruta que tome de su salud mental. Cuando se les preguntó a las personas por la percepción que tenían frente a la responsabilidad del colombiano con su salud, ambas personas respondieron de manera

contundente que “no” son responsables. Y donde obviamente las acciones que hace la persona por su salud representa una forma de auto-responsabilidad

Por otro lado, la pérdida de valores en un contexto social como lo es Colombia es quizás uno de los elementos más críticos que presentan las actuales sociedades modernas. Cada vez la humanidad se está volviendo más “visceral” ante las complejidades sociales. Reacciones emotivas sin control, la pérdida del autocontrol y la ausencia de una conciencia social son quizás algunos argumentos presentes hoy en día. La recuperación del respeto hacia el otro, hacia la diferencia, hacia el territorio que compete la identidad del otro, hacia la noción de lo humano en todo su marco explicativo, hacia la diversidad, entre otros, son algunos de los mecanismos de tolerancia que las políticas de una sana convivencia promueven con el fin de rescatar una de las esencias de la naturaleza humana: el juicio moral.

En esta nueva forma de aproximarse al proceso Salud-enfermedad se destaca las inequidades sociales como causas de los problemas de salud. Como lo afirma Vega Romero (2009) “inequidades sociales en salud en Colombia han tenido en procesos económicos, sociales y políticos que históricamente han dejado una marca profunda de injusticia social y discriminación por razones étnicas y de género” (p. 11). De igual forma, como lo afirma Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossa (2009), al hecho de entender que la inequidad económica también se ve reflejada en el acceso a algunos bienes y servicios, tales como la educación, vivienda, salud, entre otros, y al mismo tiempo, la inequidad económica se ve en las desigualdades que se observan en los contextos urbanos y rurales, con una diferencia notoria del ingreso por persona en 2,5 más en población urbana que la rural.

En este orden de ideas, se entiende por inequidades a aquellas desigualdades que se consideran injustas, es decir, desigualdades que pueden ser evitables. En este sentido, se plantean como inequidades (ya expuestas anteriormente) factores como la pobreza y la marginación, la posición social, educación, el trabajo, el ámbito rural, el género y el contexto social y políticas sociales (Organización Panamericana de la Salud & Fundación Rockefeller, 2002).

Por ejemplo, en materia de violencia, Rondón (2006) afirma que la exposición a este tipo de escenarios es un factor de riesgo para las enfermedades mentales. Su estudio (realizado en Ayacucho, ciudad que estuvo sometida a violencia política), tuvo el riesgo de presentar depresión o trastorno de estrés pos trauma en las personas, traducándose en un porcentaje significativo de consumo de alcohol, de riñas, violencia intrafamiliar. Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola y Deeb-Sossa (2009) argumentaron que la manifestación del conflicto armado ha sido una de las causas por las cuales el Estado no ha hecho presencia en algunas zonas de Colombia, dificultando el acceso a los servicios y bienes, perjudicando de manera directa el desarrollo de los derechos políticos y de la participación ciudadana, como también al sistema de justicia.

En función de lo mencionado anteriormente, donde se expone el fenómeno de la violencia como un factor de riesgo, Vega Romero (2009) afirmó lo siguiente

En un trasfondo de inequidades sociales tradicionales profundizadas por la violencia como instrumento de dominación política y expoliación económica y por la política económica y social neoliberal, desarrollada hasta hoy desde el comienzo de los años 90 del siglo XX, las actuales políticas de salud del gobierno, además de mercantilizar el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud, se han fundamentado en la focalización de subsidios, el asistencialismo de los más pobres y, asimismo, han fortalecido un enfoque biomédico de la atención en salud centrado en la enfermedad, que en lo fundamental mantiene la exclusión social y las inequidades en salud. Estos enfoques están lejos del propuesto por la CDSSS en su Informe Final, en la medida en que además de carecer de poder explicativo de la determinación social de las inequidades en salud son débiles para propiciar acciones eficaces, universales e integrales para reducir las inequidades sociales en salud porque su fin último es la rentabilidad económica del capital financiero ligado al negocio de la salud” (p. 10, 11).

En este orden de ideas, y atendiendo a lo expuesto por Coser (1961) el conflicto establece y mantiene el equilibrio del poder, y partiendo de las mismas conjeturas que brinda la realidad social latinoamericana, se distingue por un sin número de conflictos internos que ha tenido cada país, algunos con dictaduras muy marcadas durante el siglo XX, otros productos de diversos factores políticos, económicos, culturales, entre otros. Estos hechos corroboran lo afirmado por Landman, Beetham, Carvalho y Weir (2009) sobre las explicaciones externas que conducen a que un país opte por un modelo democrático. De igual forma, de acuerdo a lo postulado por Silva (2008), el conflicto

trae consigo ciertas funciones sociales que de manera hipotética pueden desarrollarse en el contexto donde se esté presentando⁴

Así, y haciendo énfasis a la promoción del cambio social que genera el conflicto (Silva, 2008) como una unidad estructural funcionalista, la democracia para América Latina va a tomar una transición muy larga en términos de tiempo para superar las dificultades que la condenan a los conflictos del pasado, asumiendo la premisa reduccionista de Murillo y Osorio (2007) al afirmar que la democracia con el acto de elegir y ser elegido (es decir como democracia electoral), modelo imperativo en los gobiernos latinoamericanos; o también como lo afirmó Barreda (2011), al enunciar que se confunde la calidad de una democracia con el nivel de democratización de un régimen político. Así, para cerrar la conclusión, surge la pregunta ¿Que sería una democracia de calidad?

Ahora bien, dentro de ese análisis que se desarrolló al PND 2010 – 2014, nacieron 10 categorías de análisis (1. Sistema epidemiológico; 2. Sistema social; 3. Sistema político; 4. Sistema psicológico; 5. Sistema de valores y principios; 6. PND; 7. Sistema de participación ciudadana; 8. sistema cultural; 9. Sistema económico y 10. Sistema de persona humana), dando como resultado la aparición de 34 cualidades emergentes. Estas cualidades emergentes surgen de las entrevistas desarrolladas a las personas expertas, sobre las cuales se trabajará a continuación.

5.2.3.2. Entrevista a A.M.X.Y.

Partiendo de lo analizado en la entrevista a A.M.X.Y se observa una posición muy interesante a partir de la experiencia que la persona ha tenido en el contexto del Ministerio para el cual labora. Dentro de ese análisis se pueden obtener las siguientes consideraciones:

⁴ Al respecto, el autor plantea que son varias las funciones que denota el conflicto, entre las cuales se encuentra la generación de coherencia al interior del grupo, al mantenimiento de los grupos sociales y al desarrollo de las relaciones interpersonales, una identificación grupal. De igual forma, el autor plantea en su texto que la principal función del conflicto es la promoción del cambio social. (p. 38 y 39).

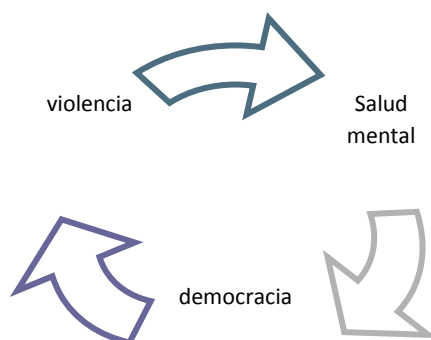
La democracia y lo comunitario, afectado por la violencia.

Esta es una de las primeras grandes discusiones que se pudo obtener de la entrevista, al evaluar que la violencia ha sido una de los determinantes que ha afectado a la salud mental, y en donde, de manera simultánea, ha tenido efectos en la consolidación de la democracia y en el ejercicio comunitario. Como se vio en el apartado anterior, la presencia del conflicto armado colombiano impidió a que la comunidad rural (por ejemplo) pudieran tener acceso al servicio de salud. Ante esta dimensión, vale la pena rescatar los trabajos realizados por Agudelo-Vélez (2018), quien afirma que

La comprensión de la afectación emocional por la violencia, más allá de una patología individual, permite, a su vez, hacer aproximaciones de tipo no clínico, y, en ese sentido, admite integrar en los procesos de recuperación de las personas a líderes y miembros de la propia comunidad, aumentando con ello, por un lado, el sentido de reconstrucción de las personas y las comunidades y, por otro lado, la incorporación de estrategias y prácticas que forman parte del denominado tejido social, que tanto se ve afectado durante los procesos de guerra y conflicto (p. 4).

Partiendo de esta cita, la atención mental debe superar los paradigmas individuales y propender por fortalecer los escenarios colectivos y comunitarios, generando un proceso recíproco entre atención y prevención. De igual forma, son importantes los trabajos de Andrade Salazar (2011), Castaño-Pérez, Sierra Hincapié, Sánchez Acosta, Semenova Moratto, Salas Zapata, Buitrago Salazar y Agudelo Martínez (2018), entre otros frente a la incidencia de la violencia en el contexto de la salud mental.

Esta forma elemental de entender la dinámica de la violencia, se puede representar de la siguiente forma



Con esta gráfica, se expone que al ser a violencia uno de los determinantes de la salud mental (Rodríguez-Yunta, 2016; Lombana Castillo, 2009) y a su vez la violencia afecta el ejercicio de la democracia (Arjona y de la Calle, 2016; Pino Uribe, 2017), la salud mental incide sobre el ejercicio de la democracia. Vale la pena recordar lo que la persona entrevista afirmaba en relación a los determinantes sociales

Entrevista 1 [22548:22760]

¿De determinantes? Como le decía ahorita las condiciones socioeconómicas de la población, las condiciones del territorio de la población, las condiciones sociopolíticas y de violencia que se ha vivido en el país.

Esta cita, recalca la importancia de entender que esos determinantes sociales inciden en el ejercicio político y social de la salud mental, como resultado de la interacción de la persona con la misma sociedad y con la democracia como elemento articulador de la actividad política.

La salud mental como una política de Estado

Indudablemente, y a partir de la revisión documental que se le hizo al PND, y de acuerdo a como fue expuesto anteriormente, no se encontraba tácitamente expuesto dentro del plan de gobierno el ejercicio legislativo orientado hacia la consolidación de una salud mental como prioridad. Sin embargo, al expedirse la ley 1616 en el 2013 y otros actos legislativos durante ese cuatrienio, da pie para argumentar que la salud mental empezó a tomar prioridad a partir de esta ley. En este orden de ideas, lo hecho en aquel entonces dio pauta para consolidar lo que hoy se conoce como la política de salud mental, con la resolución 4886 del 2018. Es decir, ese periodo fue el epicentro para la formulación de escenarios de construcción y de reformulación de las políticas públicas que existían alrededor de la salud mental para consolidar una prioridad en gobiernos posteriores.

Decisiones administrativas y no desde la ciudadanía

Este fue otras de las grandes ideas que surgieron en torno a las cualidades emergentes encontradas en esta persona, destacándose que las acciones participativas estaban más enmarcadas hacia el contexto administrativo de la política pública que desde la

ciudadanía. En razón de esto, la gran pregunta que emerge es ¿Dónde queda entonces la participación de la ciudadanía?, de acuerdo con lo expuesto por la persona entrevistada, al preguntarle si la democracia es un determinante o condicionante de la salud mental, expuso de manera clara lo siguiente: *“Mmmmmm Yo pensaría que la democracia es un determinante, pero es un determinante en el sentido en que la persona se siente que está en una democracia. El problema es que nuestra población no se siente que está en una democracia. Nuestra población siente que esa democracia y ese poder, participar de manera activa e incidir en las decisiones y en las políticas del país no se dan, y no se dan por que no hay verdaderos ejercicios de participación, en donde yo me pueda ver reflejado como ciudadano. Creo que el colombiano siente que la democracia desde el punto de vista de los espacios y de la utilización de los espacios se ha permeado por una red de corrupción, en donde no hay posibilidad de participación efectiva”*

A partir de esta cita, es importante resaltar que la población no se siente abrigada bajo el concepto de participación, una participación que invita a la reflexión como sujetos políticos y sociales, sujetos autónomos y capaces de orientar las directrices de la sociedad. Al no sentirse involucrados en los procesos participativos, se genera una percepción desvinculada y desinteresada por los destinos políticos. El involucramiento y hacerse merecedor de responsabilidades, conduce a una manera básica de participación ciudadana. La participación debe fortalecerse desde los escenarios básicos de socialización el ser, empezando por ejemplo desde la familia, la escuela y demás contextos básicos para la formación integral del ser humano.

¿Lo asistencialista raya con la democracia?

Esta fue una de las grandes preguntas que surgió en la interacción con la persona entrevistada, al tratar de entender si realmente la forma asistencialista como se lleva la salud (por ejemplo) resulta ser un valor que garantice el buen ejercicio del mismo. Dentro del análisis, se puede establecer que esa forma asistencialista en vez de fortalecer la democracia, la debilita. Ese debilitamiento de la democracia a partir del asistencialismo redundo, por ejemplo, en la estigmatización de algunos grupos poblacionales, en la minimización de la voluntad política de la persona, en la limitación por generar conductas proactivas por estar en la disposición de recibir y no de brindar. En razón de esto, la persona entrevistada argumentó

Entrevista 1 [6727:7271]

para establecer el modelo se ha hecho un trabajo en las entidades territoriales, y parte de la implementación conlleva un cambio en el modelo: tenemos que partir de un modelo que fue muy asistencialista, en el cual hoy podemos hablar de diferentes niveles de especialidad, en los que son las instituciones prestadoras de los servicios de salud, hemos llegado a tener niveles de complejidad mayores a la cuarta y quinta complejidad, lo cual hace que cada día los servicios sean mucho más especializados, por lo tanto van a ser mucho más costosos

Bajo estos argumentos, se fundamenta la noción de entender que una política asistencialista no permite el crecimiento y fortalecimiento de la democracia participativa, partiendo de la unidad de análisis como lo es la salud. La fragmentación de la salud debe ser superada por una noción integradora de la misma. En razón de esta situación, la persona entrevistada recalca la importancia de la atención primaria en salud, en los escenarios de prevención y promoción, más que en el ejercicio asistencialista, y más en la gestión articulada del ser humano por crear espacios saludables para su salud mental. Partiendo de esta reflexión, González-Suarez (2009) lo comprendió de la siguiente forma

una democracia aparente y vacía, sumida en el engaño y el clientelismo político como gran arma enraizada en la búsqueda de beneficios personales que convierte al voto en un producto de venta en lugar de un derecho indispensable para el progreso social

Al respecto, la persona entrevistada comentó

Entrevista 1 [25353:25488]

si pudiéramos trabajar en procesos de manera preventiva y de promoción de la salud mental, podríamos hacer un mayor nivel de incidencia

Entrevista 1 [16176:16598]

Si hablamos de población indígena, de población víctima o de población pobre, por más que se trabaje el tema de prevención y promoción en salud, si no hacemos incidencia en procesos productivos que permitan a las poblaciones salir de la pobreza, muy difícilmente vamos a poder abordar, no solamente a nivel preventivo, sino a nivel terapéutico de la salud mental, por que la prioridad para la población es la subsistencia.

El PND mas de corte epidemiológico

Indudablemente, el PND y sus componentes que sustentan el enfoque de salud, siguen teniendo un enfoque muy anclado al epidemiológico, particularmente desde el contexto clínico. Para entender esta afirmación, basta con ver los resultados de la encuesta de salud mental expuestos en el 2015, donde la nomenclatura medica expuesta allí se basa en el ejercicio de un dialecto que parte, por un lado, de los manuales de diagnóstico y de clasificaciones de las enfermedades mentales (por ejemplo, como el CIE o el DSM). Y justamente a partir de esas condiciones, se crea todo un lenguaje técnico frente a la salud mental, dejando la parte humana, sentida, emotiva de ser humano en los escenarios sociales.

En razón de esta idea, el fortalecimiento de la atención primaria en salud debe propender por formar personas autónomas, proactivas y con capacidad de incidir en el buen ejercicio de la implementación de las políticas públicas para obtener una ganancia colectiva. Este argumento va en conexión por superar la postura individualista de la salud (producto del modelo neoliberalista) para seguir en la construcción de escenarios colectivos saludables.

5.2.3.3. Entrevista con L.P.A

Ahora bien, en relación a los datos obtenidos con esta persona, y rescatando lo presentado en los resultados de la presente investigación frente a las citas encontradas en cada una de las cualidades emergentes, se puede destacar tres puntos importantes: 1. La salud dentro del sistema de mercado; 2. La integralidad en la salud y 3. La relación democracia – salud mental como determinante.

La salud dentro del sistema de mercado

A esta afirmación se llega luego que la persona entrevistada hiciera énfasis en varios apartados del relato del efecto que ha tenido el sistema económico sobre la salud. Por ejemplo, vale la pena recordar lo siguiente

Entrevista 2 [32025:32095]

Entonces la salud termina en un mercadeo, en un número, en unos datos.

Entrevista 2 [20324:20476]

incluso el modelo de sistema como opera el sistema estructuralmente y administrativamente, nuestro sistema de salud está pensado en un mercadeo de salud

Estas citas coinciden con lo abordado anteriormente, en el ejercicio de entender los efectos que ha traído el modelo neoliberal al sistema de salud, en especial a la salud mental. Situaciones como el acceso a los servicios, a las garantías de un tratamiento o condiciones similares, entre otras, son algunas de las consideraciones a tener en cuenta del efecto que deja una política neoliberal en el proceso de la construcción humana de la salud mental. Ahora bien, en relación con la información encontrada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del año 2015, frente a la relación de pobreza y salud mental, Quitian, Ruiz-Gaviria, Gómez Restrepo, y Rondón (2016) afirmaron lo siguiente

Dados los datos de la ENSM, en general, distancias entre la población pobre y la que no lo es con relación a la existencia de problemas y enfermedades mentales no son grandes, pero las conclusiones son similares a las de estudios en otras poblaciones y constituyen evidencia de que sí puede haber relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y las afecciones mentales en la población colombiana. No obstante, no parece que hay asociación entre la exacerbación de la pobreza y el mayor deterioro de la salud mental” (p. 37).

Esta afirmación invita a la reflexión de entender que, aunque hay suficientes argumentos para entender la dinámica recíproca entre salud mental y pobreza (por ejemplo, según los autores, los trastornos de ansiedad y depresión fue ligeramente más alto en la población pobre), se abre el debate para el desarrollo de más investigaciones que permitan soportar esta dinámica para el contexto colombiano, bajo el enfoque explicativo de los determinantes sociales de la salud mental.

La integralidad en la salud

En este punto, resulta interesante ver como esa integralidad compromete no solo la parte intersectorial, sino también el abordaje que se le puede hacer a la salud mental y

a los efectos que trae consigo este tipo de atención. En razón de esto, es importante rescatar la siguiente cita: *“Bien, dentro de la política se planteaba que era fundamental el ejercicio de la economía, la posibilidad de abrir espacios y de integrar otras instituciones, entendiendo que la salud mental no solamente depende de y la institución de salud, la que presta el servicio, sino que además vincula la en el desarrollo económico, el desarrollo político, el desarrollo cultural, el rescate una serie de valores, la posibilidad de cómo determinante social de vincular e incluir a la familia dentro de la institución y en el ejercicio del derecho”*. Esta afirmación conduce al entendimiento político y social de ahondar en los escenarios sociales más elementales para la persona, como lo es, por ejemplo, la familia. Es así como se rescata de nuevo la noción del fortalecimiento del trabajo comunitario en los procesos de atención primaria en salud mental.

De igual forma, la persona entrevistada rescata la importancia de generar esos espacios integrales en la atención en salud mental, haciendo énfasis que aunque el déficit de los recursos a este campo son limitados, el abordaje al mismo no era lo suficientemente adecuado. Al respecto afirmó *“Se atendió la salud mental con un problema de hipertensión, pero no de manera integral a pesar de que el plan de desarrollo y en el concepto del abordaje de la salud mental tenía que ser integral. A pesar de ese concepto, de esa política y de esa propuesta política, los recursos económicos no fueron suficientes ya que se desbordó se desbordó la prestación de servicio y se quedó resumida a atender la salud mental igual como atendemos una hepatitis o como atendemos cualquier otro tipo de enfermedad. Entonces, es complejo, es complejo y el resultado de eso lo estamos viviendo hoy, justamente el déficit de recursos para el sector salud y particularmente para el área de salud mental..... Si evidentemente, lo que mencionada ahora en su momento con relación al modelo de atención en salud que volvió nuevamente a la a la salud igual hospital médico y no a una atención integral como desde la política se había planteado, que tenía que ser una atención integral interinstitucional, interdisciplinaria, intersectorial”*

La relación democracia – salud mental como determinante.

Ahora bien, en relación a las relaciones entre salud mental y democracia, la persona entrevistada deja muy clara la postura de un vínculo soportado bajo el

paradigma de los determinantes sociales de la salud; sin embargo, su explicación la profundiza con la acción participativa de vinculamiento de la persona, no solo en el papel de veedor, sino desde el momento de la construcción, seguimiento y evaluación a los diferentes procesos que emergan dentro de la salud mental. Al respecto, comento *“Yo diría que es un determinante y además un condicionante, porque en este momento cuando haces la pregunta recuerdo un escenario que tal en donde funcionaba un programa de rehabilitación con habitante de calle y atendíamos a 300 pacientes mensualmente, en esa época tuve la posibilidad de hacer parte del equipo líder coordinador de calidad, de servicio de calidad en la pensión de ese grupo de rehabilitación y había una tarea Fundamental y era construir el manual de convivencia dentro de la entidad hospital, estoy hablando del hospital XXXX, en ese momento nosotros veníamos trabajando un modelo muy conductista, de respuesta castigo, premio castigo, reforzamiento y finalmente nos dimos a la tarea de hacer lectura de otros modelos, de otros enfoques y leímos a lakan, leímos un poco de Freud, leímos un poco de sujeto, de aquel que permite que se vincule el sujeto a en esos procesos de la construcción de la Norma y esos programas fueron muy efectivos, de decir, cuando tú le permites al otro pensarse, pensarse en su salud, pensar sobre su estilo de Vida, sobre su calidad de Vida sobre qué es lo que tiene que hacer para estar mejor o para mejorar su Vida y para estar mejor en términos de salud, es posible realmente garantizar una sanación, un proceso importante allí en donde el sujeto se vincule no solo como paciente, sino como sujeto activo, sujeto que piensa, sujeto que construye su salud, sujeto que genera procesos, sujeto que es activo, entonces desde esa mirada incluso las familias se vinculan de otra forma por el sujeto a garantizar la construcción de la Norma. Entonces definitivamente es un determinante de la salud y condiciona la democracia. Es fundamental la democracia en el hospital, en los servicios de salud y todos los escenarios, entendida así. Eso es la salud mental: Estar bien, sentirme bien con lo que yo hago, con lo que quiero, con lo que yo vivo, con lo que yo construyo, en lo que yo sueño”*

Esa vinculación del sujeto, como agente político – social articulador con las acciones democráticas de participar en los escenarios de la construcción de la salud mental, permite entender, que al igual que AM.X.Y., en potencializar la importancia de convertir el sujeto como artífice de sus procesos sociales, de pasar de una figura pasiva

a un agente activo, un transformador de las dinámicas sociales. Esta afirmación coincide con lo expuesto por Organización Mundial de la Salud (2011) al decir que

La sociedad civil cuenta con diversas maneras de desempeñar un papel importante en la puesta en práctica de las medidas que modifican los determinantes sociales. una función primordial es responsabilizar a los formuladores de políticas y los ejecutores de programas de las obligaciones que asumen y los acuerdos que realizan. esta vigilancia incluye la supervisión de los gastos en compromisos presupuestarios. Las organizaciones de la sociedad civil pueden influir en la responsabilidad al fomentar el sistema de contrapesos y salvaguardas institucionales e, indirectamente, al fortalecer a instituciones de responsabilidad (por ejemplo, la democracia electoral y los medios de comunicación independientes). (p. 21)

Por ello, se ha querido dejar la siguiente cita de L.P.A como cierre a esta triangulación para comprender esa relación que existe entre salud mental y democracia.

Entrevista 2 [2054:2599]

la salud mental estuvo afectada durante este periodo, generando un ejercicio de posibilidades, fundamentalmente, abrir posibilidades institucionales de los diferentes sectores para participar en el desarrollo de la salud mental, en donde el individuo es un eje fundamental en esa política. Sin embargo, nos quedamos cortos en cuanto a la posibilidad de asignación de recursos. En conclusión, hay elementos o determinantes sociales, psicológicos, económicos, institucionales, que redundan en el desarrollo de la salud mental del Pueblo, del país.

6. CONCLUSIONES

A partir del abordaje cualitativo de tipo exploratorio que se hizo en la presente investigación, resultan claros los siguientes elementos:

Ante la pregunta problema formulada ¿Cómo se relaciona el modelo democrático participativo con la salud mental en la población colombiana, teniendo como referente el Plan Nacional de Desarrollo periodo 2010 – 2014?, se encontró evidencia que la relación se sustenta bajo la connotación explicativa del modelo de los determinantes sociales, el cual fue trabajado en un inicio por la Organización Mundial de la Salud, y que luego para el contexto colombiano se abordó con el Plan Decenal de Salud Pública y retomado por Ley Estatutaria de Salud de Colombia (1751 de 2015). El tomar como fundamento teórico el modelo de los determinantes sociales con los hallazgos de la investigación, se posibilita hacer una lectura integral de la realidad colombiana bajo el abordaje de las inequidades en salud. Como se expuso a lo largo de la investigación, ciertos factores sociales, tales como la violencia sociopolítica, el manejo de los ingresos, el sistema político, entre otros, inciden dentro de la dinámica estructural del sistema de salud, y, por ende, en la salud mental. En este orden de ideas, la democracia podría ser entendida como determinante estructural fundamental en la cadena de connotaciones para la salud mental.

Siendo así, se parte del hecho que las enfermedades no transmisibles (como por ejemplo las derivadas del contexto mental), se observó para el periodo 2010 – 2014 como un elemento secundario en la salud pública nacional. Cabe resaltar que, como lo afirmó A.M.X.Y., a partir del año 2013, el gobierno tomó conciencia de la importancia de la salud mental, y a partir del historial de hechos que antecedían en la política pública colombiana frente a la salud mental, durante ese periodo legislativo se consolidaron algunos avances significativos en la materia, como por ejemplo, la expedición de la ley 1616, el Plan Decenal de Salud Pública, el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021, el Plan de Acción Integral de Salud Mental para 2013-2020, entre otros. Como fue expuesto anteriormente, quizás la salud mental dentro del plan de gobierno no fue una prioridad, pero si lo fue para el desarrollo social y público.

Por otro lado, la articulación co-existente entre el modelo participativo democrático con la salud mental se explica bajo la siguiente afirmación: indiscutiblemente, no se pueden separar ambas categorías. Existe un tipo de relación entre ambas al decir que, la democracia como determinante estructural incide en la salud mental y que, a su vez, la salud mental afecta la armonía de la convivencia y estabilidad social. ahora bien, si se plantea en términos económicos, y como fue expuesto anteriormente, el neoliberalismo ha sido una de las principales causas que ha perjudicado el *status quo* de la salud mental, y si la democracia del Estado colombiano reposa en esta postura neoliberal (como quizás fue lo encontrado en la revisión documental del PND), las consecuencias que se puedan proyectar en los próximos tiempos deben ser baja calidad para la salud mental.

En materia metodológica, y dando cumplimiento a los objetivos específicos, el planteamiento de las 10 categorías de análisis (1. Sistema epidemiológico; 2. Sistema social; 3. Sistema político; 4. Sistema psicológico; 5. Sistema de valores y principios; 6. PND; 7. Sistema de participación ciudadana; 8. sistema cultural; 9. Sistema económico y 10. Sistema de persona humana), y de las 34 cualidades emergentes que surgieron del estudio de las entrevistas, dan pauta para articular la evidencia hallada en la presente investigación hacia la necesidad del fortalecimiento de la política pública en salud mental para Colombia. Cualidades emergentes tales como la territorialidad, la participación ciudadana, la construcción del self, autolesiones, redes y tejido social, responsabilidad social, entre otros, permiten comprender desde una postura crítica como la salud mental y la democracia se relacionan para el contexto colombiano. Estas cualidades emergentes permiten encontrar caminos hacia una posición más integral desde lo humano que lo administrativo, en la aplicación de la política pública.

Se debe agregar que, a partir de los hallazgos encontrados en la investigación, la participación de la ciudadanía reposa en unas acciones pasivas y no activas en el marco de las políticas públicas. Esas acciones pasivas involucran, por ejemplo, ser “veedores” o vigilantes del proceso de implementación de la política, pero no como agentes que proponen, planean y ejecutan la política. Cuando una persona se involucra en el contexto, y participa, propone, planea, desarrolla, ejecuta y evalúa, tiene la facultad y la decisión de promover rutas de cambio. El sujeto activo siempre va a estar

comprometido, el pasivo huye de la realidad, generando malestar en el ecosistema social y político. El que no está comprometido, no respeta al otro, simplemente su actitud individualista se superpone sobre la voluntad del otro. La democracia participativa, más que los mecanismos que fueron expuestos anteriormente, debe propender por recuperar el factor humano y hacer de la participación una estrategia de inclusión y de desarrollo social, soportado bajo el enfoque de los derechos humanos y del enfoque diferencial.

Por último, el desarrollo de una postura analítica de la relación entre salud mental y democracia participativa, desde el modelo de los determinantes sociales de la salud, permite entrar en diálogo con una tendencia hacia el fortalecimiento de los nuevos retos para la ciencia política: la *posdemocracia*. Una posdemocracia centrada más en el sujeto y no en la institución, con una postura dialógica al tratar de entender que la dinámica humana se construye y se soporta a partir del mismo ser, rescatando las particulares de la vida (como por ejemplo los valores y principios) que permitan la sana convivencia, trabajar desde la red social como epicentro de crecimiento personal. Por ello, pensar en una democracia del siglo XXI es atender a las necesidades que tiene el colectivo social, unas necesidades que emergen y se construyen desde las mismas dinámicas el *modus vivendi* humano. La salud mental no es ajena a esa realidad, la humanidad es producto de las contingencias sociales, ambientales, políticos, culturales, entre otros. Y por ende la salud mental se construye a partir de esas relaciones y tensiones que emergen en cada uno de los escenarios de desarrollo personal. Es pensar en una salud mental integral, no patológica.

7. RECOMENDACIONES

Resulta importante para darle continuidad el estudio de la salud mental y de la democracia tener en cuenta los siguientes lineamientos para próximas investigaciones:

1. Desarrollar el mismo ejercicio (salud mental y democracia) pero comparándolo con otros PND. De esta forma permite tener conocimiento si lo encontrado en esta investigación aplica de manera similar o con algunas variantes en otros periodos presidenciales.
2. Utilizar otro tipo de técnicas de recolección de datos en el campo cualitativo, por ejemplo, utilizar un grupo focal donde se tenga la posibilidad de tener más participación de otros profesionales en el campo de la salud mental.
3. Obtener información, mediante entrevistas semiestructuradas o de profundidad, de aquellas personas que estén pasando o hayan pasado por una condición mental. De esta forma, permitirá conocer la otra realidad, la realidad que muy pocos conocen y se aborda, no desde el sentido clínico ni epidemiológico, sino político y social.
4. Ampliar el estudio hacia los países que integran el cono sur, para obtener información inductiva que permita hacer aportes a la política pública de la región y fortalecer las intervenciones en salud mental

8. REFERENCIAS

- Acosta de Pérez, O. (2004). Salud mental y psicología. *Informes psicológicos*, 6. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/6103>.
- Acuerdo 29. Comisión de regulación en salud, Colombia, 28 de diciembre de 2011.
- Aguado, M., Calvo, D., Dessal, C., Riechmann, J., Gonzalez, J., & Montes, C. (2012). La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, 119. Recuperado de https://www.fuhem.es/papeles_articulo/la-necesidad-de-repensar-el-bienestar-humano-en-un-mundo-cambiante/
- Agudelo-Vélez, Diana María. 2018. “Presentación. Impacto del conflicto y la violencia sobre la salud mental: del diagnóstico a la intervención”. *Revista de Estudios Sociales* 66: 2-8. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.01>
- Aguilar Gaviria, S., & Barroso Osuna, J. (2015). La triangulación de datos como estrategia en investigación educativa. *Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación*, 47. doi: <http://dx.doi.org/10.12795/pixelbit.2015.i47.05>
- Aguilera, V., & Borjas, H. (2008). *Calidad de la democracia en América Latina. Un estudio comparativo entre Chile, Costa Rica y Uruguay*. (Tesis de grado). Recuperada del Índice de tesis digitales – BETA.
- Ahumada C. (2006). *Política social y reforma de salud en Colombia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Alcántara Sáez, M. (2008). Luces y sombras de la calidad de la democracia de América Latina. *Revista de Derecho Electoral*, 6. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/520/52028250015.pdf>.
- Amin, S. (1989). *El eurocentrismo. Crítica de una ideología*. México: Siglo Veintiuno editores S.A.
- Andrade Salazar, J. A. (2011) Psychopathological effects of the Colombian armed conflict in families forcibly displaced resettled in the municipality of Cairo in 2008. *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas / Scientific e-journal of Human Sciences*, 20(7). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/709/70922149005.pdf>

- Aparicio, A. (2011). Bienestar subjetivo del consumidor y concepto de felicidad. *Argumentos*, 24(67). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v24n67/v24n67a4.pdf>.
- Arangua, R. (29 de octubre de 2017). En América Latina se reduce la confianza en la democracia. *Diario el Tiempo*.
- Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23). Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/4456>
- Arjona, A., & de la Calle, L. (2016). Conflicto, violencia y democracia en América Latina. *Política y Gobierno*, 23(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v23n1/1665-2037-pyg-23-01-00005.pdf>
- Arpini, A. (2008). Ética social, valores y liberación. En: Tealdi, J. C. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Unesco – Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/12/8.-Diccionario-latinoamericano-de-Bio%C3%A9tica-UNESCO.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5. Quinta edición. Arlington, VA: Editorial Medica Panamerica
- Asociacion Medica Mundial. (1964). Declaracion de Helsinki. Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Banco de la República. (s.f.). *Plan Nacional de Desarrollo*. Recuperado de http://enciclopedia.banrepcultural.org/index.php/Plan_Nacional_de_Development
- Banco Mundial. (s.f.). Índice de Gini. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CO>
- Barragán Estrada, A. R., & Morales Martínez, C. I. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>

- Barreda, M. (2009). La calidad de la Democracia en América latina: medición y claves explicativas. *Actas del IX Congreso de AECPA*. Obtenido de http://www.aecpa.es/archivos/congresos/congreso_09/grupos-trabajo/area04/GT05/02.pdf
- Barreda, M. (2011). La calidad de la democracia. Un análisis comparado de América Latina. *Política y Gobierno*, 18(2). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-20372011000200003
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BBC. (21 de febrero de 2013). El costo del conflicto en la salud mental de los colombianos. *BBC*. Obtenido de http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/02/130221_salud_colombia_conflicto_mental_msf_dp
- BBC Mundo. (2018). Cuáles son los países más felices del mundo y qué explica que los de América Latina sean "inusualmente felices". 15 de marzo. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-43418681>
- Benach, J., Pericás, J. M., & Martínez-Herrera, E. (2017). La salud bajo el capitalismo. Contradicciones sistémicas que permean la ecohumanidad y dañan nuestra mentecuerpo. *PAPELES de relaciones ecosociales y cambio global*(137). Recuperado de <https://transecos.files.wordpress.com/2017/09/j-benach-y-otros-salud-bajo-el-capitalismo-papeles-137-2017.pdf>
- Benjamín, T., & Del Tronco, J. (2006). Desarrollo humano, bienestar subjetivo y democracia: confirmaciones, sorpresas e interrogantes. *Revista mexicana de sociología*, 68(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v68n4/v68n4a4.pdf>
- Bobbio, N. (1992). *Estado, gobierno y sociedad. Por una teoría general de la política*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. (2017). Ministerio de Salud. 2-16. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Boletín Epidemiológico Trimestral. (2013). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. 6,8. 1-14. Recuperado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/57949/Quitarse+la+vida+cua+ndo+%C3%A9sta+a%C3%BA+comienza.pdf>

- Bonilla-Neira, L., Gómez-Meneses, C., & Godoy-Pinilla, J.C. (2019). Investigaciones y estrategias comunicativas frente a la violencia contra las mujeres en ámbitos universitarios. Una revisión. *Informes Psicológicos*, 19(1), pp. 141-162
<http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v19n1a08>
- Borón, A. (2007). *Crisis de las democracias y movimientos sociales en América Latina: notas para una discusión*. Panamá: CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena.
- Bustamante Peña, G. (26 de Abril de 2011). ¿Qué pasó con la democracia participativa en Colombia? *Revista Semana*. Obtenido de <https://www.semana.com/nacion/articulo/que-paso-democracia-participativa-colombia/238906-3>
- Caba, P. (1990). Salud para todos. Pp. 9-22 en VV. AA. *La sanidad española a debate*. Madrid: Federación Española Defensa de la Sanidad Pública.
- Cadenas, H. (2014). Cultura y diferenciación de la sociedad: La cultura en la sociedad moderna. *Polis, Revista Latinoamericana*, 13(39). Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v13n39/art12.pdf>
- Caldas de Almeida, J.M. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América. *Latina Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2). Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/03_asm.pdf.
- Camacho Guizado, A.; & Leal Buitrago, F. (1999). *Armar la paz es desactivar la Guerra. Herramientas para lograr la paz*. Bogotá : CEREC
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). Determinantes sociales en salud. Perú: ESAN ediciones. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2017/09/29/DeterminantesSocialesSaludCompleto.pdf>
- Carmona, L., & Casallas, A. (2005). La participación en salud base para construir ciudadanía. Tesis de grado (CINDE).
- Carmona Meza, Z., & Parra Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 31(3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v31n3/v31n3a17.pdf>
- Castaño-Pérez, G. A., Sierra Hincapié, G. M., Sánchez Acosta, D., Semenova Moratto, N., Salas Zapata, C., Buitrago Salazar, C., & Agudelo Martínez, M. A. (2018).

- Salud mental en víctimas de desplazamiento forzado por la violencia en Colombia. El caso de Bogotá, Medellín y Buenaventura. Medellín: Editorial CES. Recuperado de bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4722/1/Salud%20Mental%20marzo%201%20FINAL.pdf
- Charry Ureña, J. (22 de Marzo de 2017). La profunda crisis de la Justicia. Revista Semana.
- Chul Han, B. (2014). *Psicopolítica*. Barcelona: Herder.
- Cervera Tort, C. (2012). *La eudaimonía en Aristóteles y su posible aplicación en la actualidad*. Trabajo de Grado (Universitat Oberta de Catalunya). Recuperado de <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/15069/7/ccerveratTFC0612memoria.pdf>
- Cienfuegos, S. (23 de junio de 2017). Corrupción e impunidad, complejo fenómeno que daña la democracia: Cienfuegos. *SDPnoticias.com*, págs. <https://www.sdpnoticias.com/nacional/2017/06/23/corrupcion-e-impunidad-complejo-fenomeno-que-dana-la-democracia-cienfuegos>.
- Cisterna-Cabrera, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1). Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>
- Cívico, A. (14 de Enero de 2014). La grave crisis de la democracia colombiana. *El Espectador*.
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2011). Informe 2010 Colombia. recuperado de https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/other/icrc_003_t20102104.pdf
- Comisión de Regulación de Agua Potable y Saneamiento Básico. (2017). *Plan de Participación Ciudadana 2017*. Obtenido de <http://www.cra.gov.co/documents/vf.planparticipacioncra-2017.pdf>
- Concejo de Bogotá;. (2004). Proyecto de acuerdo 223 de 2004. *por medio del cual se establece la red de salud mental en el distrito capital*. Bogotá.
- Constitución Política Colombiana (1991). Asamblea Nacional Constituyente, Bogotá, Colombia, 6 de Julio de 1991.
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (1994). Sentencia C-180 del 14 de abril de 1994.
- Corte Constitucional de la República de Colombia, en la sentencia C-1338 del 02 de febrero de 2000.

- Coser, L. (1961). *Las funciones del conflicto social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cruz, A. (13 de Julio de 2015). La mala salud Mental, un obstaculo al desarrollo de América Latina. Banco Mundial. Obtenido de <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12(1). Recuperado de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/download/17380/18144/>.
- Dahl, R. (Diciembre de 2004). La democracia. *POSTData*, 11-55.
- Decreto número 1423 de 1960. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se le adscriben los negocios de que debe conocer.
- Decreto 3224 de 1963. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se adscriben los negocios que debe conocer.
- Decreto 3039. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Colombia, 2007.
- Decreto 103. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49400, Colombia, 20 de enero de 2015.
- De Ortúzar, G. (2015). El derecho a la felicidad. X Jornadas de Investigación en Filosofía, 19 al 21 de agosto de 2015, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7594/ev.7594.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2012). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2011. Boletín de prensa (17 de mayo). Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/boletin_pobreza_2011.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2013). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2012. Boletín de prensa (18 de abril). Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/boletin_pobreza_2012xx.pdf

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2014). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2013. Boletín de prensa (21 de marzo). Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_13.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014. Boletín de prensa (24 de marzo). Recuperado de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf
- Departamento Nacional de Planeación. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. Más empleo, menos pobreza y más seguridad. Tomo I. Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2011). Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014. Más empleo, menos pobreza y más seguridad. Tomo II. Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2014). *Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*.
- Departamento Nacional de Planeación. (2015). Balance de resultados 2015. PND 2014-2018: “Todos por un nuevo país”. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Balance_de_Resultados_PND_2015.pdf
- Diario El Tiempo. (2018). *Segundo país más feliz, 88 de cada 100 colombianos se sienten felices*.
- Díaz-Narváez V.P., Calzadilla-Núñez A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las ciencias de la salud. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(1): 115-121. doi: [dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10](https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10)
- Duque Daza, J. (2013). La democracia en Colombia: Entre los déficits y la insatisfacción de los ciudadanos. *Perspectivas Internacionales*, 8(2). Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/perspectivasinternacionales/article/view/918>
- Durán Ariza, J. A. (5 de octubre 2017). La crisis de la Justicia. Recuperado de <https://www.elespectador.com/opinion/la-crisis-de-la-justicia-columna-716651>

- Easterly, W (2002). *The Elusive Quest for Growth: economists' adventures and misadventures in the tropics*. Estados Unidos de América: MIT.
- Easton, D. (1999). *Esquema para el análisis político*. Argentina: Amorrortu editores
- Economist Intelligence Unit. (2006). Democracy Index 2006. Democracy at a standstill. Recuperado de http://www.economist.com/media/pdf/DEMOCRACY_TABLE_2007_v3.pdf
- Economist Intelligence Unit. (2008). Democracy Index 2008. Democracy at a standstill. Recuperado de <http://graphics.eiu.com/PDF/Democracy%20Index%202008.pdf>
- Economist Intelligence Unit. (2010). Democracy Index 2010. Democracy at a standstill. Recuperado de http://graphics.eiu.com/PDF/Democracy_Index_2010_web.pdf
- Economist Intelligence Unit. (2011). Democracy Index 2011. Democracy at a standstill. Recuperado de http://akgul.bilkent.edu.tr/eiu/Democracy_Index_Final_Dec_2011.pdf
- Economist Intelligence Unit. (2012). Democracy Index 2012. Democracy at a standstill. Recuperado de https://portoncv.gov.cv/dhub/porton.por_global.open_file?p_doc_id=1034
- Economist Intelligence Unit. (2013). Democracy Index 2013. Democracy at a standstill. Recuperado de http://www.ihsnews.net/wp-content/uploads/2014/06/Democracy_Index_2013_WEB-2.pdf
- Economist Intelligence Unit. (2014). Democracy Index 2014. Democracy at a standstill. Recuperado de <http://www.sudestada.com.uy/Content/Articles/421a313a-d58f-462e-9b24-2504a37f6b56/Democracy-index-2014.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud Mental. (2015). Ministerio de Salud. Recuperado de: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: Una deuda pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n9/art11.pdf>
- Escobar, M. (2011). La calidad democrática. Una propuesta para su medición por expertos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 133. Recuperado de <http://casus.usal.es/blog/modesto-escobar/files/2014/06/Escobar2011c1.pdf>
- Espinosa Acuña, O. A., & Vaca González, P. A. (2014). Causas del desempleo en Colombia en el siglo XXI. Evidencia a partir de un modelo VAR-X cointegrado.

- Revista de Economía del Caribe*, 14. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/view/5972/6568>
- Estevez, A. (2018). Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 25(73). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v25n73/1665-0565-espinal-25-73-9.pdf>
- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. (2008). Calidad de la democracia y colapso del sistema de partidos en Ecuador. Recuperado de <http://www.ine.mx/docs/IFE-v2/CDD/CDD-EventosForosAcademicos/EventosForos-2008/PPs-CalidadDemocracia/PPs-CalidadDemocracia-docs/Mesa4-SimonPachano.pdf>
- Follari, R. A. (enero-junio de 2006). Revisando el concepto de Posmodernidad. *Quórum Académico*, 3(1). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3996727>
- Fonseca González, J. G. (2012). La democracia participativa en Colombia: ¿falacia o realidad?. *Derecho y Realidad*, 19. Recuperado de https://revistas.uptc.edu.co/index.php/derecho_realidad/article/view/4873
- Franco, S. (2015). Salud para la paz y paz para la salud (Editorial). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14 (29). Recuperado de www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a01.pdf
- Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2014). Índice de Desarrollo Democrático de América Latina. IDD-Lat 2014. Uruguay. Recuperado de <http://www.idd-lat.org/2014/downloads/idd-lat-2014.pdf>
- Fundación Konrad Adenauer Stiftung (2015). Índice de Desarrollo Democrático de América Latina. IDD-Lat 2015. Uruguay. Recuperado de <http://www.idd-lat.org/2015/downloads/idd-lat-2015.pdf?nocache=7687652837>
- Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galli, C. (2013). *El malestar de la democracia*. Argentina: Fondo de cultura económica.
- García Rincón, L. C., Sánchez-Alfaro, L. A., & Estrada Montoya, J. H. (2015). Determinantes estructurales y su relación con el índice de COP en países de desarrollo alto, mediano y bajo. *Acta Odontológica Colombiana*, 5(1). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/52277/52021>

- García Sánchez, M., Montalvo, J., & Seligson, M. (2015). *Cultura política de la democracia en Colombia, 2015. Actitudes democráticas en zonas de consolidación territorial*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- García, M. (04 de Febrero de 2017). La democracia pierde el año. *Revista Semana*.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26. Recuperado de <https://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935>
- Gili, M., García Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28(S1). Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es-crisis-economica-salud-mental-informe-articulo-S0213911114000454>
- Giroux, H. (2005). El neoliberalismo y la crisis de la democracia. *Anales de la Educación Común*, 1. Recuperado de http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/revistacomponents/revista/archivos/anales/numero01-02/ArchivosParaImprimir/6_giroux.pdf
- Giner, S. (1996). *Carta sobre la democracia*. España: Ariel.
- Godoy Areaya, O. (1995). La felicidad aristotélica: pasado y presente. *Estudios Públicos*, 57. Recuperado de <https://www.cepchile.cl/la-felicidad-aristotelica-pasado-y-presente/cep/2016-03-03/184812.html>
- Gómez, V., Villegas de Posada, C., Barrera, F., & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80539208.pdf>
- Gonzalés Ramos, R. M., Hechavarría Puente, G., Batista González, N. M., & Cueto Salas, A. (2017). Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. *Revista Cubana Estomatol*, 54(1). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v54n1/est06117.pdf>
- González - López, F. (2004). *La Democracia como concepto sociopolítico*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
- González, I. (2016). La calidad de la democracia en América Latina. Análisis de las causas del “déficit democrático” latinoamericano: Una visión a través de los casos de Honduras y Paraguay. Documentos de trabajo IELAT, 84. Recuperado de http://ielat.com/inicio/repositorio/Documentos_de_Trabajo/DT_84_Iv%C3%A1nGonz%C3%A1lezSarro_Web.pdf

- González-Suárez, M. (2009). Psicología Política para la Democracia, los Derechos Humanos y el Desarrollo Académico: compartiendo las experiencias desde Costa Rica. *Psicología Política*, 9(18). Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v9n18/v9n18a05.pdf>
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *LIBERABIT*, 16(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n1/a09v16n1.pdf>.
- Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, M. (octubre de 2014). *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
- González Rey, F. (1998). Lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación de la psicología social. *Revista cubana de Psicología*, 17(1). Recuperado de http://www.fernandogonzalezrey.com/images/PDFs/producao_biblio/fernando/artigos/epistemologia_qualitativa/Lo_cualitativo_y_lo_cuantitativo.pdf.
- Guadarrama Gonzalez, P. (2016). *Democracia y Derechos Humanos*. Tomo 1. Bogotá: Penguin Random House.
- Guariglia, O. (2011). Democracia: Origen, concepto y evolución según Aristóteles. *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 33. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/32598>.
- Guzmán Rendón, A. (2011). Democracia participativa en Colombia: Un sueño veinte años después. *Jurídicas*, 8(2). Recuperado de http://juridicas.ucaldas.edu.co/downloads/Juridicas8%282%29_2.pdf
- Hagopian, F. (2005). Derechos, representación y la creciente calidad de la democracia en Brasil y Chile. *Política y Gobierno*, XII(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pyg/v12n1/1665-2037-pyg-12-01-41.pdf>.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n2/v34n2a07.pdf>.
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación. Sexta edición*. México: McGraw-Hill.

- Houtman, I., & Kompier, M. (1998). Trabajo y Salud Mental. En J. Mager Stellman, *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (págs. 5.1 - 5.23). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Huang, R. (2011). RQDA: R-based Qualitative Data Analysis. R package version 0.2-1. URL <http://rqda.r-forge.r-project.org/>.
- Idrovo, A. J., & Alvarez-Casado, E. (2014). Asumiendo el concepto de salud. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 46(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343838645001.pdf>.
- Instituto de Estudios Urbanos. (2015). Debates Gobierno Urbano. *Colombia: el país del siglo XXI*, 2, 30. Recuperado de <https://www.institutodeestudiosurbanos.info/observatorio-de-gobierno-urbano/publicaciones-de-debates-urbanos/1395-debates-de-gobierno-urbano-2/file>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). Forensis. Datos para la vida, 16(1). Recuperado de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49520/Forensis+2014+Datos+para+la+vida.pdf>
- Kessler, P., Aguilar, S. & Sampson, N. (2012). Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Secretaría de Salud de Medellín, Grupo de Salud Mental. The International Consortium Psychiatric Epidemiology. Recuperado de: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2005;18(4/5). Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v18n4-5/229-240/es>
- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health. Theory and context*. New York: Oxford University Press.

- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. En Organización Panamericana de la Salud, *Promoción de la Salud: una antología* (pág. 410). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Landman, T.; Beetham, D.; Carvalho, E.; & Weir, S. (2009). Evaluar la calidad de la democracia. Una introducción al marco de trabajo de IDEA Internacional. Suecia: Bulls Graphics. Recuperado de <http://www.idea.int/es/publications/aqd/loader.cfm?csmodule=security/getfile&pageid=33058>
- Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, Colombia, 1990.
- Ley 100. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, Colombia, 1993.
- Ley 115. Diario Oficial de la República de Colombia No. 41.214, Colombia, 8 de febrero de 1994
- Ley 134. Diario Oficial de la República de Colombia No. 41.373, Colombia, 31 de mayo de 1994.
- Ley 375 de 1997. Diario Oficial de la República de Colombia No. 43079, Colombia, 9 de julio de 1997.
- Ley 489. Diario Oficial de la República de Colombia No. 43.464, Colombia, 30 de diciembre de 1998.
- Ley 472. Diario Oficial de la República de Colombia No. 43.357, Colombia, 6 de agosto de 1998
- Ley 434. Diario Oficial de la República de Colombia No. 43.231, Colombia, 05 de febrero de 1998
- Ley 850. Diario Oficial de la República de Colombia No. 45.376, Colombia, 19 de noviembre de 2003.
- Ley 1090. Diario Oficial de la República de Colombia No. 46.383, Colombia, 6 de septiembre de 2006.
- Ley 1122. Diario Oficial de la República de Colombia No. 46.506, Colombia, 9 de enero de 2007.
- Ley 1438. Diario Oficial de la República de Colombia No. 47.957, Colombia, 19 de enero de 2011.
- Ley 1450. Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.102, Colombia, 16 de junio de 2011.

- Ley 1474. Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.128, Colombia 12 de julio de 2011.
- Ley 1566. Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas, Colombia, 2012.
- Ley Estatutaria 1581. Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.587, Colombia, 18 de octubre de 2012.
- Ley 1616. Diario Oficial de la República de Colombia No. 48.680, Colombia, 21 de enero de 2013
- Ley 1712. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.084, Colombia, 6 de marzo de 2014.
- Ley 1751. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.427, Colombia, 16 de febrero de 2015
- Ley 1755. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.559, Colombia, 30 de junio de 2015
- Ley 1757. Diario Oficial de la República de Colombia No. 49.565, Colombia, 6 de julio de 2015
- Lobato Huerta, S. (2010). Inequidad y desigualdad sanitaria en el marco de los determinantes sociales de la salud. *Investigacion y ciencia*, 18(48). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67413203008>.
- Lombana Castillo, A. (2009). Factores determinantes en la salud mental del uniformado activo de la policía nacional de Colombia. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 1(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5177/517751797004.pdf>
- Macaya Sandoval, X. C. et al. (2018). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>.
- Maldonado, C.E. (2018). *Política + tiempo = Biopolítica. Complejizar la política*. Bogotá: Ediciones desde abajo.
- Margot, J. P. (2007). La felicidad. *Praxis Filosófica*, 25. Recuperado de <http://revistas.univalle.edu.co/index.php/praxis/%20article%20/view%20/3112>.
- Martin, R. (2002). *Financialization of daily Life*. Philadelphia: Temple University Press
- Martínez Marín, A., & Ríos Rosas, F. (2006). Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación

- Metodológica del Trabajo de Grado. *Cinta de Moebio*(25). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/101/10102508.pdf>
- Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *SILOGISMO*, 1-34. Recuperado de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>
- Massal, J. (2010). Democracia participativa: desafíos y desencantos en el siglo XXI . *Análisis Político*, 69. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/45782>.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara Muñoz, C., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., & Fleiz-Bautista, C. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17215>.
- Mercado Ibañez, M. (2014). Concepto de felicidad en jóvenes. *Ajayu*, 12(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n1/v12n1a04.pdf>.
- Ministerio de Salud. (1994). Estudio Nacional de Salud Mental y Sustancias Psicoactivas Colombia 1993. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Protección Social. (2003). Estudio nacional de salud mental. República de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Ministerio de salud. (2015). Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, 2014 Dirección de Epidemiología y Demografía. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-convivencia-social-salud-mental.pdf>
- Ministerio de Salud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo 1. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017). Boletín de Salud Mental. Depresión. Subdirección de enfermedades no transmitibles. Boletín 1.

- Ministerio de Salud. (2017). Observatorio Nacional de Salud Mental, ONSM Colombia. Guia metodológica. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Moiso, A. (2011). Determinantes de la salud. *UNAJ- Salud Pública*.
- Mompotes, A, & Soto, M. E. (26 de febrero de 2017). La cruzada para que no se sigan robando el país con corrupción. *El Tiempo*.
- Mora, J. (2013). *Calidad y Democracia. Del sistema electoral a la rendición de cuentas*. Madrid: Tecnos, D.L.
- Morin, E. (2010). Anotaciones para un nuevo emilio: transmisión sistémica del conocimiento. *Signo y Pensamiento*, 56(29).
- Moya, J., Anguera, M. T., Cevasco, R., Esteve, C., Sató, J., Fornells, E., . . . Catalán, M. A. (s. f.). *El impacto de la crisis economica en la salud mental de la población*. Catalunya: Observatori de Salut Mental de Catalunya.
- Munck, G. (2004). La política democrática en América Latina: contribuciones de una perspectiva institucional. *Política y Gobierno*, XI(2). Recuperado de <http://www.politicaygobierno.cide.edu/index.php/pyg/article/viewFile/328/238>;La
- Munk, G. (2006). Monitoreando la democracia: Profundizando un consenso emergente. *Revista de Ciencia Política*, 28(1). Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revcipol/v26n1/art10.pdf>.
- Munk, G.; & Mantilla, S. (2012). La calidad de la democracia: perspectivas desde America Latina. Ecuador. Recuperado de http://www.hss.de/fileadmin/americalatina/Ecuador/downloads/Version_1__Libro_Calidad_de_la_democracia_1.pdf
- Mur de Viu, C. (05 de febrero de 2016). La Salud Mental tiene costes superiores a los del Cáncer, la Diabetes y las Enfermedades Cardiovasculares juntos. Recuperado de <http://www.immedicohospitalario.es/noticia/7674/la-salud-mental-tiene-costes-superiores-a-los-del-cancer-la-diabetes-y-las-enfermedades-cardiovasculares-juntos>
- Murillo, G., & Osorio, F. (2007). Una aproximación critica a las mediciones sobre la calidad de la democracia latinoamericana. *Institut de Ciencies Politiques i Socials*, 25. Recuperado de <https://www.icps.cat/archivos/WorkingPapers/wp255.pdf?noga=1>

- Observatorio Nacional de Salud Mental ONSM Colombia. (2017). Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Okuda Benavides, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud (documento de trabajo). Recuperado de http://origin.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en Salud Mental. Suiza. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2018). En el Día Internacional de la Felicidad preguntamos ¿por qué América Latina es tan feliz?. Recuperado de <http://www.onunoticias.mx/en-el-dia-internacional-de-la-felicidad-preguntamos-por-que-america-latina-es-tan-feliz/>
- Organización Panamericana de la Salud; Fundación Rockefeller. (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud – organización Mundial de la Salud. (2003). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10° rev. Venezuela.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Determinantes e inequidades en salud. En OPS, *Salud en las Américas* (pp. 12-59). Recuperado de <http://>

www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=125

Organizacon panamericana de la salud. (2013). WHO-AIMS: INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA y EL CARIBE. Washington, D.C. USA. Recuperado de <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/WHO-AIMS.pdf>

Osorio Rodríguez, A., & Vega Lozano, L. (2017). Economía de la felicidad: bienestar subjetivo y objetivo. *Ploutos*, 6(2). <https://doi.org/10.21158/23227230.n2.2016.1581>

Palomino Moral, P., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1). Recuperado de <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/587>.

Parés-Badell O., Barbaglia G., Jerinic P., Gustavsson A., Salvador-Carulla L., et al. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*, 9(8): e105471. [doi:10.1371/journal.pone.0105471](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471)

Parsons, T. (1951). *El Sistema Social*. Madrid: Revista de occidente

Paschoal, J. (2001). *Introducción a la economía*. Oxford University Press

Pérez del Río, F. (2013). Márgenes de la Psiquiatría. Desigualdad económica y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 11(45). Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Desigualdadeconomicaenfermedadmental.pdf>.

Pérez Fernández, R. (2013). Salud Mental, Demencias y Políticas Públicas en América Latina: deconstruyendo viejos y nuevos paradigmas. En M. A. Cubillo León, & F. Quintanar Olgún, *Por una cultura del envejecimiento* (págs. 333-344). Puebla: Centro Mexicano Universitario de Ciencias y Humanidades.

Pino Uribe, J. F. (2017). ¿un matrimonio infeliz? Dmocracia y violencia política en Colombia: entre la restricción, cooptación y construcción. *Papel Político*, 22(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/papel/v22n2/0122-4409-papel-22-02-00369.pdf>

PNUD, P. d. (2004). *La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. Argentina: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.

- PNUD. (2018). ¿Qué entendemos por participación ciudadana?. Recuperado de <http://proyectopnud89477.org/wp-content/uploads/2018/07/Qué-entendemos-por-participación-ciudadana.pdf>
- Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., & Deeb-Sossae, N. (2009). La patología psiquiátrica en Colombia: resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. En: Rodríguez J., Kohn, R., & Aguilar-Gaxiola, S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el caribe. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>
- Posada, J. (2013). La salud Mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v33n4/v33n4a01.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. (2004). La Democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Argentina: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S.A. recuperado de <http://www2.ohchr.org/spanish/issues/democracy/costarica/docs/PNUD-seminario.pdf>
- Pulido Acosta, F., & Herrera Clavero, F. (2018). Predictores de la Felicidad y la Inteligencia Emocional en la Educación Secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(1). Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/62705>.
- Puerta Riera, M. I. (Enero - Abril de 2016). Crisis de la democracia. Un recorrido por el debate en la teoría política contemporánea. *Espiral*, XXIII(65). Recuperado de <https://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/138/13842934001/6>.
- Quitian, H., Ruiz-Gaviria, R. E., Gómez Restrepo, C., & Rondón, M. (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana d Psiquiatria*, 45(S1).
- Ramírez Nárdiz, A. (2014). La democracia participativa como elemento del modelo democrático del siglo XXI. *ADVOCATUS*, 11(23). Recuperado de <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/advocatus/article/view/4969>.
- Redacción el Tiempo (16 de agosto de 2012). Investigación universitaria, tres décadas de atraso: experto chileno. Disponible en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12136981>
- Retana-Franco, B. S., & Sánchez-Aragón, R. (2010). Rastreado en el pasado...formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas*

- Psychologica*, 9(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a15.pdf>.
- Reina, M., Zuluaga, S., & Rozo, M. (2006). *El sistema económico*. Banco de la República de Colombia. Recuperado de http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/guia_1_el_sistema_economico.pdf
- República de Colombia; Departamento Nacional de Planeación. (2011). *Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo%202010-2014%20-Tomo%20I.pdf>
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>.
- Restrepo-Espinosa, M. H. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista ciencias de la salud*, 4(especial). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/562/56209920.pdf>.
- Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Colombia, octubre 04 de 1993.
- Resolución 2358. Diario Oficial de la República de Colombia No. 43.338, Colombia, 13 de julio de 1998.
- Resolución 1841. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Colombia, 2013.
- Resolución 2063. Por la cual se adopta la Política de Participación Social en salud – PPSS, Colombia, 2017
- Revista Semana. (18 de Febrero de 2017). Bogotá, la primera en trastornos mentales. Obtenido de <http://www.semana.com/nacion/articulo/cifras-criticas-por-salud-mental-en-bogota/515858>
- Revista Semana. (07 de marzo de 2017). Colombia 'se 'raja' en número de doctorados. Recuperado de <https://www.semana.com/confidenciales-semanacom/articulo/colombia-con-poco-numero-de-doctorados/517751>
- Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I., Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Resultados de una

- evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(5). Recuperado de <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n5/348-357/es>.
- Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de Investigación Silogismo*, 1-08. Recuperado de <http://www.cide.edu.co/doc/investigacion/3.%20metodos%20de%20investigacion.pdf>.
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2). DOI: 0.5294/pebi.2016.20.2.6
- Rojas-Bernal, L.A., Castaño-Pérez, G.A., & Restrepo-Bernal, D.P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
- Rondón, M. B. (2006). Salud Mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana Medica Experimental Salud Publica*, 23(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>.
- Roth Deubel, A. N. (2009). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora
- Roth Deubel, A. N. (2013). Democracia participativa en América Latina: el uso del sorteo como dispositivo democrático para una gobernanza post-estatal. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 56. Recuperado de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/056-Junio-2013/Roth.pdf>.
- Salas, M. (2008). Observatory on Structures and Institutions of Inequality in Latin America. *Working Paper Series*, 8, 1-19. Recuperado de <http://www.sitemason.com/files/eRuEfe/WORKING%20PAPERS%208.pdf>
- Salcedo L.; Pinzón, R.; & Duarte, C. (2013). *El paro nacional agrario: un analisis de los actores agrarios y los procesos organizativos del campesinado colombiano*. Centro de Estudios Interculturales. Universidad Javeriana de Cali.
- Sandoval Casilimas, C. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá: Instituto Colombiano para el Fomento De La Educación Superior, ICFES
- Sandoval, C. (2002). *Investigación Cualitativa*. Bogotá: Arfo Editores e Impresores Ltda.
- Santos, J.M. (2009). *Jaque al terror. Los años horribles de las FARC*. Colombia: Planeta.

- Sartori, G. (1994). *¿Qué es la democracia?* Colombia: Altamir ediciones.
- Sartori, G. (2005). *Elementos de Teoría Política*. España: Alianza editorial.
- Sartori, G. (2012). Definir la Democracia. En G. Sartori, *¿Qué es la democracia?* Punto de lectura.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en Salud?. *OPS, Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6). Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2002.v11n5-6/302-309/>.
- Shim, R., Koplan, C., Langheim, F., Manseau, M., Powers, R., & Compton, M. (2014). The Social Determinants of Mental Health: An Overview and Call to Action. *Psychiatric Annals*, 44(1).
- Silva, G. (2008). La teoría del conflicto. Un marco teórico necesario. *Prolegómenos. Derechos y valores*, 11(22), 29-43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/876/87602203.pdf>
- Sol Arriaza, R. (2012). *El desafío de la participación ciudadana en el Estado democrático de derecho avances y retos de la participación ciudadana en la gestión de políticas públicas, en espacios institucionales de los Estados centroamericanos*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede Académica, Costa Rica.
- Solar O, Irwin A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).
- Soma & Psy. (28 de Noviembre de 2016). *Revisión de los estudios sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental en Europa*. Recuperado de <http://somapsy.org/revisión-estudios-crisis-economica-la-salud-mental/>
- Soto Vidal, M. A. (2009). *Pedagogía de la felicidad (educación para la felicidad)*. Organización de los Estados Iberoamericanos.
- Treviño, R. (2002). *La persona y sus atributos*. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/23961.pdf>
- Torres – Melo, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas: conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía*. Bogotá: IEMP Ediciones. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf

- Tusell, A. (2015). La calidad de la democracia y sus factores determinantes. Un análisis comparado de 60 países. *Política y Sociedad*, 52(1), 179-204. DOI: https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v1.n52.45786.
- UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005
- Uña-Juarez, O., & Hernández-Sánchez, A. (2004). *Diccionario de Sociología*. Madrid: ESIC editorial.
- Uprimny Yepes, R. (2008). Un sistema Judicial para profundizar la democracia. Publicado en García Villegas, M., & Ceballos Bedoya, M. A. (2016). *Democracia, Justicia y Sociedad. Diez años de investigación en Dejusticia*. Bogotá: Dejusticia
- Vergara, J. (1998). Teorías democráticas participativas. *Economía Y Ciencias Sociales*, 2-3. Recuperado de <https://omegalfa.es/downloadfile.php?file=libros/teorias-democraticas-participativas.pdf>.
- Vergara Quintero, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud – enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12. Reecuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>.
- Vega Romero, R. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a01.pdf>.
- Villa Holguín, E., & Insuasty Rodríguez, A. (2014). Capital, sujeto y ciudad. Lecturas de la ciudad y la crisis humanista. El caso Medellín. *AGO.USB*, 14(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/agor/v14n1/v14n1a05.pdf>.
- Villar Aguirre, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>.
- White, A. (2007). A Global Projection of Subjective Well-being: A Challenge to Positive Psychology?. *Psychtalk*, 56, 17-2.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner.
- Zuleta, E. (2010). *Educación y Democracia: Un campo de combate*. Omegalfa, biblioteca virtual.

Anexos

Anexo 1

Descripción del concepto “Democracia” en el tomo II del DPN 2010 – 2014.

Eje	ítem	Cita de citas del PND 2010 - 2014
Sostenibilidad ambiental y prevención del riesgo	Gestión ambiental integrada y compartida	“El futuro ambiental de Colombia depende, en buena medida, de la calidad del desempeño general de la economía y del fortalecimiento de la democracia ...Así mismo, generará un entorno favorable a las acciones de protección ambiental, que junto con la promoción de la participación efectiva de la población y el fortalecimiento de la democracia , contribuirán a la priorización, e implementación de consideraciones ambientales y a un ejercicio de la autoridad ambiental legítimo, equitativo y efectivo” (p. 565)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“La correcta interacción entre los ciudadanos y el Estado es imprescindible para el fortalecimiento de la democracia , para la definición de una visión de largo plazo para el país y las regiones, para el diseño y seguimiento de las políticas públicas y para la vigilancia y el control de la gestión de las autoridades” (p. 622)
Soportes transversales de la prosperidad democrática	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“Los desafíos del Gobierno en materia de moralización y transparencia se sustentan en la creación de condiciones para que la ciudadanía participe realmente en su control, interviniendo en la toma de decisiones y vigilando que los resultados de la gestión sean equitativos y respondan efectivamente a sus necesidades. Con esto, se busca consolidar una democracia participativa bien informada, eficiente y propositiva” (p. 628)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“Una forma en la que el Gobierno puede contribuir de manera fundamental a la implementación de políticas públicas eficaces, a la innovación y al fortalecimiento de la democracia , es mediante el desarrollo de una estrategia que amplíe de manera sustancial el acceso a la información de las entidades públicas tanto al interior del Estado, como por fuera del mismo, y que contribuya a superar de manera contundente las limitaciones impuestas por la propensión de las entidades públicas a concebir la información que ellas administran como un activo para su uso exclusivo” (p. 629)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“es indispensable brindar a los ciudadanos acceso fácil y amplio a información sobre la gestión del Gobierno que les dé capacidad para participar en el desarrollo de las políticas. Ello resulta fundamental para fomentar la legitimidad y la credibilidad de la democracia como forma de gobierno” (p. 630)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“Fomentar la participación ciudadana y la democracia en línea, para la construcción colectiva del Estado” (p. 632)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“El Gobierno nacional continuará el respaldo al fortalecimiento de los sistemas electoral y de partidos. Este fortalecimiento se concentrará en: (1) la modernización de la Registraduría Nacional y sus unidades territoriales para los procesos electorales y de identificación, así como el fortalecimiento de las capacidades de los registradores locales y jurados electorales, (2) la implementación del Centro de Estudios para la Democracia , (3) el incremento de las capacidades del Consejo Nacional Electoral para adelantar el ejercicio de regulación, inspección, vigilancia y control de los partidos y movimientos políticos” (p. 638)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“El Constituyente del 91 definió un modelo de democracia en el que la participación es un principio rector y un derecho fundamental” (p. 659)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“El enfoque escogido por el Gobierno nacional en este ámbito asume la tesis de que la profundización de la democracia implica el fortalecimiento de diversas manifestaciones de la participación que vale la pena considerar, si no homogéneamente, si de forma conjunta.” (p. 659)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“la participación no es sólo un medio para alcanzar las metas gubernamentales sino uno de los fines que persigue el modelo de democracia que queremos para nuestro país. Un modelo en el que el empoderamiento ciudadano, sobre la base de la diversidad, es fuerza motor del desarrollo” (p. 660)
Buen Gobierno, participación	“La relación entre participación ciudadana, capital social y desarrollo es especialmente relevante en el escenario colombiano por cuanto el diseño de nuestra democracia	

Soportes transversales de la prosperidad democrática	ciudadana y lucha contra la corrupción	implica la existencia de un ideal descentralizador” (p. 663)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“...el desarrollo de la participación es un requisito para que la ciudadanía, en el nivel local, exprese correctamente sus necesidades y contribuya al diseño de las medidas necesarias para la solución de sus problemas, lo cual, desde la perspectiva de la democracia , fomenta el desarrollo” (p. 663)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“...el ordenamiento jurídico, mediante la Ley 134 de 1994, otorga a los ciudadanos mecanismos de democracia directa para asumir individual o colectivamente la conformación, ejecución y control del poder político a través de la participación” (p. 664)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“También es necesario resaltar cinco documentos de política pública que han incentivado las distintas manifestaciones de la participación ciudadana en el país. Así, se encuentra el documento Conpes 2779 sobre participación ciudadana aprobado en 1995, los Conpes 3278 de 2004 y 3566 de 2009 mediante los cuales se ha brindado apoyo a iniciativas ciudadanas de construcción de condiciones de desarrollo y paz - específicamente a los Programas Regionales de Desarrollo y Paz (PDP), en un esfuerzo por contribuir a la materialización del concepto expansivo de la democracia participativa” (p. 664)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	Consciente de la importancia que tiene el fortalecimiento de la Sociedad Civil y de las expresiones de organización social en el marco de esta Agenda, el Gobierno nacional consolidará una Política Nacional de Fortalecimiento a expresiones asociativas de la Sociedad Civil cuyo desarrollo priorizará y considerará, al menos, los siguientes elementos: ... (3) la continuidad al apoyo a los Organismos de Acción Comunal como herramienta fundamental de la democracia local” (p. 667)
	Buen Gobierno, participación ciudadana y lucha contra la corrupción	“Del mismo modo, lo es la ratificación de la importancia que tiene fortalecer una cultura proclive al diálogo y la paz, al respeto de la diferencia, a la solidaridad y a la democracia en un sentido sustantivo, es decir, como un sistema de convivencia cuyo criterio fundamental es la protección de lo público y el respeto de la identidad dentro del marco de las libertades y los deberes ciudadanos” (p. 668).
Soportes transversales de la prosperidad democrática	Apoyos transversales al desarrollo regional	“El Programa beneficiará a diferentes actores –administraciones locales y departamentales, instancias regionales y subregionales, sociedad civil, población vulnerable, sector privado y academia–, de tal forma que se contribuya a la prestación eficiente de servicios a la ciudadanía, a la implementación de modelos gerenciales pertinentes y efectivos, al uso eficiente y transparente de los recursos públicos –en todos los niveles de la administración–, al control social y la participación ciudadana, a la configuración de alianzas público-privadas o fortalecimiento de las existentes y, en general, a la consolidación de la democracia y al cumplimiento de los objetivos de la descentralización” (p. 723)

Anexo 2

Dimensiones de calidad de democracia según algunos estudios realizados Tusell (2015)

Enfoques procedimentales sin control del poder político	Mainwaring y Pérez-Liñán (2008)	- Derechos políticos y libertades civiles
	Altman y Pérez-Liñán (1999)	- Participación política - Competencia efectiva
	Altman y Pérez-Liñán (2002)	- Participación política - Competencia efectiva - Derechos civiles
Enfoques procedimentales con control del poder político	Vargas-Machuca (2006)	- Estado de derecho - Accountability horizontal - Representatividad - Oposición democrática - Democracia asociativa - Democracia inclusiva - Sesgo deliberativo
	Vargas-Machuca (2013)	- Estado (cohesión territorial del poder, administración pública eficaz) - Estado de derecho (imperio de la ley, Estado de derechos, división, control y equilibrio de poderes) - Representación y participación (representación democrática, democracia de partidos) - Sociedad (democracia asociativa, democracia y oposición, competencia cívica)
	Levine y Molina (2007)	- Democracia electoral - Participación - Accountability (horizontal, vertical, societal) - Respuesta a la voluntad popular - Soberanía (externa, interna)
	Bülmann, et al. (2012)	- Libertades individuales - Estado de derecho - Esfera pública - Competencia - Checks and balances - Capacidad de gobierno - Transparencia - Participación - Representación
	Diamond y Morlino (2004)	- Estado de derecho - Participación - Competencia - Accountability vertical - Accountability horizontal - Libertad - Igualdad - Responsiveness
Enfoques sustantivos	Morlino (2007)	- Estado de derecho - Accountability vertical - Accountability horizontal - Libertad - Igualdad - Responsiveness
	Escobar (2011)	- Legalidad - Libertades - Derechos sociales - Calidad de las elecciones - Transparencia gubernamental - Integridad - Accesibilidad de los Ciudadanos

Anexo 3.

Categorías de evaluación según el *Democracy Index* del *EIU* en el periodo 2010 - 2014

	2014	2013	2012	2011	2010
Austria	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Afganistán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Albania	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Alemania	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Angola	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Arabia Saudita	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Argelia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Argentina	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Armenia	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Australia	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Azerbaiyán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Bangladés	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Baréin	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Bélgica	Democracia Defectuosa	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Benín	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Bielorrusia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Birmania Myan mar	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Bolivia	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Bosnia y Herzegovina	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Botsuana	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Brasil	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Bulgaria	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Burkina Faso	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Burundi	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Bután	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Cabo Verde	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Camboya	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Camerún	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Canadá	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Catar	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Chad	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Chile	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
China	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Chipre	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Colombia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Comoras	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Corea del Norte	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Corea del Sur	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Costa de Marfil	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario

Costa Rica	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Croacia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Cuba	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Dinamarca	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Ecuador	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Egipto	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario
El Salvador	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Emiratos Árabes Unidos	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Eritrea	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Eslovaquia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Eslovenia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
España	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Estados Unidos	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Etiopia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Estonia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Filipinas	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Finlandia	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Fiji	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Francia	Democracia Plena	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Gabón	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Gambia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Georgia	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Ghana	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Grecia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Guatemala	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa
Guinea	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Guinea Ecuatorial	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Guinea-Bisáu	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Guyana	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Haití	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Holanda	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Honduras	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Hong Kong	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Hungría	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
India	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Indonesia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Irak	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Irán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Irlanda	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Islandia	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Israel	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Italia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Jamaica	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Japón	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Jordania	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Kazajistán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario

Kenia	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Kirguistán	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Kuwait	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Laos	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Lesoto	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Letonia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Líbano	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Liberia	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Libia	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Lituania	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Luxemburgo	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Macedonia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Madagascar	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Malasia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Malawi	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Malí	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Malta	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Marruecos	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Mauricio	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Mauritania	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario
México	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Moldavia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Mongolia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Montenegro	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Mozambique	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Namibia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Nepal	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Nicaragua	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Níger	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario
Nigeria	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Noruega	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Nueva Zelanda	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Omán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Pakistán	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Palestina	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Panamá	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Papúa Nueva Guinea	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Paraguay	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Perú	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Polonia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Portugal	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Plena
Reino Unido	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
República Centrafricana	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
República Checa	Democracia Defectuosa	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
República del Congo	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
República Democrática del Congo	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario

Congo					
República Dominicana	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Ruanda	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Rumania	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Rusia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Híbrido
Senegal	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Serbia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Sierra Leona	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Singapur	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Siria	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Sri Lanka	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Suazilandia	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Sudáfrica	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Sudán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Suecia	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Suiza	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Surinam	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Tailandia	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Taiwán	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Tanzania	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Tayikistán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Timor Oriental	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Togo	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Trinidad y Tobago	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa
Túnez	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Autoritario
Turkmenistán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Turquía	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Ucrania	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Democracia Defectuosa
Uganda	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Uruguay	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena	Democracia Plena
Uzbekistán	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Venezuela	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido	Régimen Híbrido
Vietnam	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Yemen	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Yibuti	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario
Zambia	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Democracia Defectuosa	Régimen Híbrido
Zimbabue	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario	Régimen Autoritario

Anexo 4

Posición de los países según el *Democracy Index* del EIU en el periodo 2010 – 2014

	2014	2013	2012	2011	2010
Austria	14	13	12	13	13
Afganistán	151	154	152	152	150
Albania	88	92	90	87	84
Alemania	13	15	14	14	14
Angola	133	132	133	133	131
Arabia Saudita	161	160	163	161	160
Argelia	117	118	118	130	125
Argentina	52	52	52	51	51
Armenia	113	116	114	111	109
Australia	9	6	6	6	6
Azerbaiyán	148	140	139	140	135
Bangladés	85	84	84	83	83
Baréin	147	146	150	144	122
Bélgica	26	23	24	23	23
Benín	90	82	79	76	72
Bielorrusia	125	142	141	139	130
Birmania Myanmar	141	149	155	161	163
Bolivia	83	88	85	84	80
Bosnia y Herzegovina	103	99	98	95	94
Botsuana	28	26	30	33	35
Brasil	44	44	44	45	47
Bulgaria	55	53	54	52	51
Burkina Faso	114	112	127	124	120
Burundi	134	129	125	113	110
Bután	102	101	107	104	102
Cabo Verde	31	27	26	26	27
Camboya	103	109	100	101	100
Camerún	130	129	131	131	126
Canadá	7	8	8	8	9
Catar	136	139	138	138	137
Chad	165	164	165	166	166
Chile	32	32	36	35	34
China	144	143	142	141	136
Chipre	42	42	41	40	39
Colombia	62	59	57	55	57
Comoras	127	126	127	126	126
Corea del Norte	167	167	167	167	167
Corea del Sur	21	21	20	22	20
Costa de Marfil	126	137	136	142	139
Costa Rica	24	24	22	20	24
Croacia	50	50	50	53	53
Cuba	127	126	127	126	121
Dinamarca	5	4	4	3	3
Ecuador	79	82	87	89	87
Egipto	138	135	109	115	138
El Salvador	64	62	61	61	61
Emiratos Árabes Unidos	152	152	149	149	148
Eritrea	155	155	153	154	152
Eslovaquia	45	41	40	38	38
Eslovenia	37	30	28	30	32
España	22	25	25	25	18
Estados Unidos	19	19	21	19	17

Etiopía	124	118	123	121	118
Estonia	34	36	34	34	33
Filipinas	53	66	69	75	74
Finlandia	8	9	9	9	7
Fiji	91	124	124	123	119
Francia	23	27	28	29	31
Gabón	121	122	126	128	133
Gambia	141	133	134	132	128
Georgia	81	78	93	102	103
Ghana	68	68	78	78	77
Grecia	41	34	33	32	28
Guatemala	82	87	81	82	75
Guinea	143	147	146	146	144
Guinea Ecuatorial	164	161	160	161	160
Guinea-Bisáu	159	166	166	157	157
Guyana	78	76	76	77	75
Haití	118	117	116	114	111
Holanda	10	11	10	10	10
Honduras	80	85	85	84	88
Hong Kong	66	65	63	80	80
Hungría	51	49	49	49	43
India	27	33	38	39	40
Indonesia	49	54	53	60	60
Irak	111	113	113	112	111
Irán	158	157	158	159	158
Irlanda	12	12	13	12	12
Islandia	3	3	3	2	2
Israel	36	39	37	36	37
Italia	29	31	32	31	29
Jamaica	43	40	39	44	43
Japón	20	20	23	21	22
Jordania	121	122	121	118	117
Kazajistán	137	140	143	137	132
Kenia	97	96	104	103	101
Kirguistán	95	106	106	107	106
Kuwait	120	120	119	122	114
Laos	157	156	156	156	156
Lesoto	60	58	55	64	77
Letonia	39	47	47	48	48
Líbano	98	98	99	94	86
Liberia	101	100	101	98	97
Libia	119	101	95	125	158
Lituania	38	38	42	41	41
Luxemburgo	11	10	11	11	11
Macedonia	72	74	73	73	73
Madagascar	110	110	117	116	113
Malasia	65	64	65	71	71
Malauí	89	77	75	84	85
Malí	83	81	97	63	79
Malta	15	16	15	15	15
Marruecos	116	115	115	119	116
Mauricio	17	17	18	24	24
Mauritania	112	111	110	109	115
México	57	51	51	50	50
Moldavia	69	69	67	64	65
Mongolia	61	63	65	69	64
Montenegro	77	79	76	74	68
Mozambique	107	104	102	100	99
Namibia	73	73	72	68	69
Nepal	105	104	111	108	108
Nicaragua	94	94	92	91	89

Níger	115	114	111	110	128
Nigeria	121	121	120	119	123
Noruega	1	1	1	1	1
Nueva Zelanda	4	5	5	5	5
Omán	139	136	135	134	143
Pakistán	108	107	108	105	104
Palestina	106	103	103	99	93
Panamá	47	46	46	47	46
Papúa Nueva Guinea	75	67	67	67	59
Paraguay	71	70	70	62	62
Perú	63	60	61	56	62
Polonia	40	44	44	45	48
Portugal	33	34	26	27	26
Reino Unido	16	14	16	18	19
República Centroafricana	166	165	157	160	162
República Checa	25	21	17	16	16
República del Congo	146	145	144	145	142
República Democrática del Congo	162	159	159	155	155
República Dominicana	59	56	60	70	70
Ruanda	135	131	132	136	134
Rumania	57	60	59	59	56
Rusia	132	125	122	117	107
Senegal	74	75	74	93	95
Serbia	56	57	66	64	65
Sierra Leona	109	107	104	106	105
Singapur	75	80	81	81	82
Siria	163	158	164	157	152
Sri Lanka	87	91	89	57	55
Suazilandia	140	138	137	134	141
Sudáfrica	30	29	31	28	30
Sudán	153	151	154	153	151
Suecia	2	2	2	4	4
Suiza	6	7	7	7	8
Surinam	53	55	56	54	54
Tailandia	93	72	58	58	57
Taiwán	35	37	35	37	36
Tanzania	86	89	81	90	92
Tayikistán	156	153	151	151	149
Timor Oriental	46	43	43	42	42
Togo	129	128	130	129	124
Trinidad y Tobago	48	48	48	43	45
Túnez	70	90	90	92	144
Turkmenistán	160	162	161	165	165
Turquía	97	93	88	88	89
Ucrania	92	85	80	79	67
Uganda	96	95	94	96	98
Uruguay	17	17	18	17	21
Uzbekistán	154	162	161	164	164
Venezuela	100	97	95	97	96
Vietnam	130	134	144	143	140
Yemen	149	148	140	150	146
Yibuti	145	144	147	147	154
Zambia	67	70	70	71	91
Zimbabue	150	150	148	147	146

Fuente: Elaboración propia del autor

Anexo 5.

Artículos de la Constitución Política de Colombia sobre la participación ciudadana

Artículo	Descripción
Artículo 1	“Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (p. 7).
Artículo 2	“Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo” (p. 8)
Artículo 3	“La soberanía reside exclusivamente en el pueblo, del cual emana el poder público. El pueblo la ejerce en forma directa o por medio de sus representantes, en los términos que la Constitución establece” (p. 8).
Artículo 40	<p>“Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político. Para hacer efectivo este derecho puede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elegir y ser elegido. 2. Tomar parte en elecciones, plebiscitos, referendos, consultas populares y otras formas de participación democrática. 3. Constituir partidos, movimientos y agrupaciones políticas sin limitación alguna: formar parte de ellos libremente y difundir sus ideas y programas. 4. Revocar el mandato de los elegidos en los casos y en la forma que establecen la Constitución y la ley. 5. Tener iniciativa en las corporaciones públicas. 6. Interponer acciones públicas en defensa de la Constitución y de la ley. 7. Acceder al desempeño de funciones y cargos públicos, salvo los colombianos, por nacimiento o por adopción, que tengan doble nacionalidad. La ley reglamentará esta excepción y determinará los casos a los cuales ha de aplicarse. <p>Las autoridades garantizarán la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la Administración Pública” (p. 16, 17).</p>
Artículo 41	“En todas las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la Constitución y la Instrucción Cívica. Así mismo se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana. El Estado divulgará la Constitución” (p. 17).
Artículo 45	“El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral.
Artículo 48	“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (p. 19)
Artículo 49	“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de Promoción, protección y recuperación de la salud” (p. 21).
Artículo 78	“La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización” (p. 29).
Artículo 79	“Todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano. La ley garantizará la participación de la comunidad en las decisiones que puedan afectarlo” (p. 29).

Artículo 95	“La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla. El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades” (p. 36)
Artículo 103	“Son mecanismos de participación del pueblo en ejercicio de su soberanía: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato” (p. 40)
Artículo 112	“los partidos y movimientos políticos con personería jurídica que se declaren en oposición al gobierno, podrán ejercer libremente la función crítica frente a éste, y plantear y desarrollar alternativas políticas. Para estos efectos, se les garantizarán los siguientes derechos: el acceso a la información y a la documentación oficial, con las restricciones constitucionales y legales, el uso de los medios de comunicación social del Estado o en aquellos que hagan uso del espectro electromagnético de acuerdo con la representación obtenida en las elecciones para Congreso inmediatamente anteriores; la réplica en los mismos medios de comunicación” (p. 47).
Artículo 152	“Mediante las leyes estatutarias, el Congreso de la República regulará las siguientes materias: <ul style="list-style-type: none"> a) Derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección; b) Administración de justicia; c) Organización y régimen de los partidos y movimientos políticos; estatuto de la oposición y funciones electorales; d) Instituciones y mecanismos de participación ciudadana; e) Estados de excepción” (p. 65).
Artículo 176	“La Cámara de Representantes se elegirá en circunscripciones territoriales y circunscripciones especiales” (p. 71). <p>“El Consejo Nacional Electoral tendrá, de conformidad con la ley, las siguientes atribuciones especiales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercer la suprema inspección y vigilancia de la organización electoral. 2. Elegir y remover al Registrador Nacional del Estado Civil. 3. Conocer y decidir definitivamente los recursos que se interpongan contra las decisiones de sus delegados sobre escrutinios generales y en tales casos hacer la declaratoria de elección y expedir las credenciales correspondientes. 4. Además, de oficio, o por solicitud, revisar escrutinios y los documentos electorales concernientes a cualquiera de las etapas del proceso administrativo de elección con el objeto de que se garantice la verdad de los resultados. 5. Servir del cuerpo consultivo del gobierno en materias de su competencia, presentar proyectos de acto legislativo o de ley, y recomendar proyectos de decreto. 6. Velar por el cumplimiento de las normas sobre partidos y movimientos políticos y de las disposiciones sobre publicidad y encuestas de opinión política; por los derechos de la oposición y de las minorías, y por el desarrollo de los procesos electorales en condiciones de plenas garantías. 7. distribuir los aportes que para el financiamiento de las campañas electorales y para asegurar el derecho de participación política de los ciudadanos, establezca la ley.
Artículo 265	<ol style="list-style-type: none"> 8. efectuar el escrutinio general de toda votación nacional, hacer la declaratoria de elección y expedir las credenciales a que haya lugar. 9. reconocer y revocar la personería jurídica de los partidos y movimientos políticos. 10. Reglamentar la participación de los partidos y movimientos políticos en los medios de comunicación social del Estado. 11. Colaborar para la realización de consultas internas de los partidos y movimientos para la escogencia de sus candidatos. 12. Decidir la revocatoria de la inscripción de candidatos a corporaciones públicas o Cargos de elección popular, cuando exista plena prueba de que aquellos están incurso en causal de inhabilidad prevista en la constitución y la ley. En ningún caso podrá declarar la elección de dichos candidatos. 13. darse su propio reglamento. 14. Las demás que le confiera la ley” (p. 103)
Artículo 270	“La ley organizará las formas y los sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar la gestión pública que se cumpla en los diversos niveles administrativos y sus resultados” (p. 106). <p>“La respectiva ley orgánica, previo concepto de la Comisión de Ordenamiento Territorial, establecerá las condiciones para solicitar la conversión de la región en entidad territorial. La decisión tomada por el Congreso se</p>

	someterá en cada caso a referendo de los ciudadanos de los departamentos interesados.
Artículo 307	La misma ley establecerá las atribuciones, los órganos de administración, y los recursos de las regiones y su participación en el manejo de los ingresos provenientes del Fondo Nacional de Regalías. Igualmente definirá los principios para la adopción del estatuto especial de cada región” (p. 116).
Artículo 311	“Al municipio como entidad fundamental de la división político-administrativa del Estado le corresponde prestar los servicios públicos que determine la ley, construir las obras que demande el progreso local, ordenar el desarrollo de su territorio, promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de sus habitantes y cumplir las demás funciones que le asignen la Constitución y las leyes” (p. 117).
	“Con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos de carácter local, los concejos podrán dividir sus municipios en comunas cuando se trate de áreas urbanas, y en corregimientos en el caso de las zonas rurales.
	En cada una de las comunas o corregimientos habrá una junta administradora local de elección popular, integrada por el número de miembros que determine la ley, que tendrá las siguientes funciones:
Artículo 318	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en la elaboración de los planes y programas municipales de desarrollo económico y social y de obras públicas. 2. Vigilar y controlar la prestación de los servicios municipales en su comuna o corregimiento y las inversiones que se realicen con recursos públicos. 3. Formular propuestas de inversión ante las autoridades nacionales, departamentales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión. 4. Distribuir las partidas globales que les asigne el presupuesto municipal. 5. Ejercer las funciones que les deleguen el concejo y otras autoridades locales. Las asambleas departamentales podrán organizar juntas administradoras para el cumplimiento de las funciones que les señale el acto de su creación en el territorio que este mismo determine” (p. 120).
Artículo 319	<p>“Cuando dos o más municipios tengan relaciones económicas, sociales y físicas, que den al conjunto características de un área metropolitana, podrán organizarse como entidad administrativa encargada de programar y coordinar el desarrollo armónico e integrado del territorio colocado bajo su autoridad; racionalizar la prestación de los servicios públicos a cargo de quienes la integran y, si es el caso, prestar en común algunos de ellos; y ejecutar obras de interés metropolitano.</p> <p>La ley de ordenamiento territorial adoptará para las áreas metropolitanas un régimen administrativo y fiscal de carácter especial; garantizará que en sus órganos de administración tengan adecuada participación las respectivas autoridades municipales; y señalará la forma de convocar y realizar las consultas populares que decidan la vinculación de los municipios.</p> <p>Cumplida la consulta popular, los respectivos alcaldes y los concejos municipales protocolizarán la conformación del área y definirán sus atribuciones, financiación y autoridades, de acuerdo con la ley.</p> <p>Las áreas metropolitanas podrán convertirse en distritos conforme a la ley” (p. 120)</p>
Artículo 327	“En las elecciones de Gobernador y de diputados a la Asamblea Departamental de Cundinamarca no participarán los ciudadanos inscritos en el censo electoral del Distrito Capital” (p. 123).
Artículo 342	“La correspondiente ley orgánica reglamentará todo lo relacionado con los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales.
	Determinará, igualmente, la organización y funciones del Consejo Nacional de Planeación y de los consejos territoriales, así como los procedimientos conforme a los cuales se hará efectiva la participación ciudadana en la discusión de los planes de desarrollo, y las modificaciones correspondientes, conforme a lo establecido en la Constitución” (p. 128).
Artículo 377	“Deberán someterse a referendo las reformas constitucionales aprobadas por el Congreso, cuando se refieran a los derechos reconocidos en el Capítulo 1 del Título II y a sus garantías, a los procedimientos de participación popular, o al Congreso, si así lo solicita, dentro de los seis meses siguientes a la promulgación del Acto Legislativo, un cinco por ciento de los ciudadanos que integren el censo electoral. La reforma se entenderá derogada por el voto negativo de la mayoría de los sufragantes, siempre que en la votación hubiere participado al menos la cuarta parte del censo electoral” (146).
Artículo 378	“Por iniciativa del Gobierno o de los ciudadanos en las condiciones del artículo 155, el Congreso, mediante ley que requiere la aprobación de la mayoría de los miembros de ambas Cámaras, podrá someter a referendo un proyecto de reforma constitucional que el mismo Congreso incorpore a la ley. El referendo será presentado de manera que los electores puedan escoger libremente en el temario o articulado que votan positivamente y que

votan negativamente.

La aprobación de reformas a la Constitución por vía de referendo requiere el voto afirmativo de más de la mitad de los sufragantes, y que el número de estos exceda de la cuarta parte del total de ciudadanos que integren el censo electoral” (p. 146).

Anexo 6

Marco legislativo de la Democracia participativa en Colombia

Ley	Descripción
Ley 115 de 1994	<p>La ley 115 de 1994 (El Congreso de la República de Colombia, 1994) Por la cual se expide la ley general de educación, consigna la importancia de la educación como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social. Esta ley esta dividida en once títulos con 222 artículos planteados de la siguiente forma: Título I (disposiciones Preliminares), Título II (estructura del servicio educativo), Título III (modalidades de atención educativa a poblaciones), Título IV (organización para la prestación del servicio educativo), título V (de los educandos), Título VI (de los educadores), título VII (de los Establecimientos educativos), título VIII (dirección, Administración, Inspección y vigilancia), título IX (financiación de la Educación), título X (normas especiales para la educación impartida por particulares) y título XI (disposiciones varias).</p>
Ley 134 de 1994	<p>La ley estatutaria 134 de 1994 (Congreso de Colombia, 1994) por la cual se dictan normas sobre mecanismos de participación ciudadana, regula la iniciativa popular legislativa y normativa al el referendo, a la consulta Popular (del orden nacional, departamental, distrital, municipal y local), a la revocatoria del mandato al plebiscito y al cabildo abierto. Esta ley compuesta por 12 títulos y 109 artículos, esta referenciado de la siguiente forma: título I (Objeto y definiciones), título II (inscripción y trámite de las iniciativas legislativas y normativas y de la solicitud de referendos), título III (De la iniciativa popular legislativa y normativa ante las corporaciones públicas) título IV (De los Referendos), título V (La consulta popular), título VI (Consulta para Convocar una Asamblea Constituyente), título VII (De la Revocatoria del Mandato), título VIII (Del Plebiscito), título IX (Del Cabildo Abierto), título X (Normas sobre Divulgación Institucional, Publicidad y Contribuciones), título XI (De la Participación Democrática de las Organizaciones Civiles) y título XII (Disposiciones Generales).</p> <p>Esta ley estatutaria 134 de 1994 define los mecanismos de participación ciudadana para el caso colombiano de la siguiente forma:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Referendo: “Es la convocatoria que se hace al pueblo para que apruebe o rechace un proyecto de norma jurídica o derogue o no una norma ya vigente. El referendo puede ser nacional, regional, departamental, distrital, municipal o local” (Artículo 3.) b. Referendo derogatorio: “Un referendo derogatorio es el sometimiento de un acto legislativo, de una ley, de una ordenanza, de un acuerdo o de una resolución local en alguna de sus partes o en su integridad, a consideración del pueblo para que éste decida si lo deroga o no” (Artículo 4). c. Referendo aprobatorio: “Un referendo aprobatorio es el sometimiento de un proyecto de acto legislativo, de una ley, de una ordenanza, de acuerdo o de una resolución local, de iniciativa popular que no haya sido adoptado por la corporación pública correspondiente, a consideración del pueblo para que éste decida si lo aprueba o lo rechaza, total o parcialmente” (Artículo 5). d. Revocatoria del mandato: “La revocatoria del mandato es un derecho político, por medio del cual los ciudadanos dan por terminado el mandato que le han conferido a un gobernador o a un alcalde” (Artículo 6). e. El plebiscito: “El plebiscito es el pronunciamiento del pueblo convocado por el Presidente de la República, mediante el cual apoya o rechaza una determinada decisión del Ejecutivo” (Artículo 7). f. Consulta popular: “La consulta popular es la institución mediante la cual, una pregunta de carácter general sobre un asunto de trascendencia nacional, departamental, municipal, distrital o local, es sometido por el Presidente de la República, el gobernador o el alcalde, según el caso, a consideración del pueblo para que éste se pronuncie formalmente al respecto” (Artículo 8). g. Cabildo abierto: “El Cabildo abierto es la reunión pública de los concejos distritales, municipales o de las juntas administradoras locales, en la cual los habitantes pueden participar directamente con el fin de

discutir asuntos de interés para la comunidad” (Artículo 9)

Ley 375 de 1997

La ley 375 de 1997 (Congreso de Colombia, 1997) por la cual se crea la ley de la juventud y se dictan otras disposiciones, consagra la importancia del establecimiento del marco institucional y la orientación de políticas, planes programas por parte del Estado Colombiano y la sociedad civil para la juventud. Esta ley, la cual está dividida en nueve capítulos y 51 artículos de la siguiente manera: capítulo I (De los principios y fundamentos de la ley), capítulo II (de los derechos y los deberes de La juventud), capítulo III (de las políticas para la participación de la juventud) capítulo IV (sistema Nacional de Juventud), capítulo V (de la ejecución de las políticas de juventud de las instancias estatales), capítulo VI (de las políticas para la promoción social de los jóvenes), capítulo VII (de las políticas para la cultura y la formación integral de la juventud), capítulo VIII (de la financiación de la ley) y capítulo IX (de las disposiciones varias).

Ley 434 de 1998

La ley 434 de 1998 (Congreso de Colombia, 1998) Por la cual se crea el Consejo Nacional de Paz, se otorgan funciones y se dictan otras disposiciones, concierta la importancia de la política de paz como una política de Estado, permanente y participativa. Esta ley esta compuesta por seis capítulos de la siguiente forma: capítulo II (Del Consejo Nacional de Paz), capítulo III (del Comité Nacional de Paz), capítulo IV (de los Consejos Regionales de Paz), capítulo V (recurso para el Consejo Nacional de Paz), y capítulo VI (disposiciones finales).

Ley 472 de 1998

La ley 472 de 1998 (Congreso de Colombia, 1998) Por la cual se desarrolla el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia en relación con el ejercicio de las acciones populares y de grupo y se dictan otras disposiciones, establece en su artículo 1 su objeto, el cual está dirigido a Regular las acciones populares y las acciones de grupo de qué trata el artículo 88 de la Constitución Política de Colombia. Estas acciones están orientadas a garantizar la defensa y protección de los derechos e intereses colectivos, así como los de grupo o de un número plural de personal. Por ende, esta ley está compuesta por seis títulos y 86 artículos de la siguiente forma: título I (objeto, definiciones, principios generales y finalidades), título II (de las acciones populares), título III (del proceso en las acciones de grupo), título IV (Fondo para la defensa de los derechos e intereses colectivos, título V (capítulo único) y título VI (capítulo único).

Ley 489 de 1998

La ley 489 de 1998 (Congreso de Colombia, 1998) Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones, se traza en 17 capítulos con 121 artículos de la siguiente manera: capítulo I (Disposiciones generales), capítulo II (Principios y finalidades de la función administrativa), capítulo III (Modalidades de la acción administrativa), capítulo IV (Sistema de desarrollo administrativo), capítulo V (Incentivos a la gestión pública), capítulo VI (Sistema nacional de control interno), capítulo VII (Escuela de alto gobierno), capítulo VIII (Democratización y control social de la administración pública), capítulo IX (Sistema General de Información Administrativa del Sector Público), capítulo X (Estructura y organización de la Administración Pública), capítulo XI (Creación, fusión, supresión y reestructuración de organismos y entidades), capítulo XII (Presidencia de la República, ministerios, departamentos administrativos y superintendencias), capítulo XIII (Entidades descentralizadas), capítulo XIV (Sociedades de economía mixta), capítulo XV (Control administrativo), capítulo XVI (Ejercicio de funciones administrativas por particulares), y capítulo XVII (Disposiciones finales)

La Ley 850 de 2003 (Congreso de Colombia, 2003) por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas, la define en su artículo 1 como

Ley 850 de 2003

el mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público.

	<p>De esta manera, esta ley está compuesta por 24 artículos en seis títulos, esboza su contenido de la siguiente forma: título II (principios rectores de las veedurías), título III (funciones, medios y recursos de acción de las veedurías), título IV (derechos y deberes de las veedurías), título V (requisitos, impedimentos y prohibiciones) y título VI (redes de veedurías ciudadanas y redes de apoyo institucional a las veedurías).</p>
ley 1474 de 2011	<p>La ley 1474 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, está compuesta por 10 capítulos con 135 artículos que la esbozan de la siguiente forma: capítulo I (Medidas administrativas para la lucha contra la corrupción), capítulo II (Medidas penales en la lucha contra la corrupción pública y privada), capítulo III (Medidas disciplinarias para la lucha contra la corrupción), capítulo IV (Regulación del lobby o cabildeo), capítulo V (Organismos especiales para la lucha contra la corrupción), capítulo VI (Políticas institucionales y pedagógicas), capítulo VII (Disposiciones para prevenir y combatir la corrupción en la contratación pública), capítulo VIII (Medidas para la eficiencia y eficacia del control fiscal en la lucha contra la corrupción), capítulo IX (Oficinas de representación) y capítulo X (Vigencia).</p>
ley 1712 de 2014	<p>La ley 1712 de 2014 (Congreso de la República de Colombia, 2014) Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones, es la ley la cual fue hecha para “regular el derecho de acceso a la información pública, los procedimientos para el ejercicio y garantía del derecho y las excepciones a la publicidad de información” (art. 1). Está compuesta por cinco títulos con 33 artículos de la siguiente forma: título I (disposiciones generales), título II (de la publicidad y del contenido de la información), título III (excepciones acceso a la información), título IV (de las garantías al ejercicio del derecho de acceso a la información), y título V (vigencia y medidas de promoción).</p>
Ley 1755 de 2015	<p>La ley 1755 de 2015 (Congreso de Colombia, 2015), Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, es la ley diseñada para regular las modalidades de petición ante las autoridades. Esta ley, compuesta por tres capítulos y 33 artículos, contiene la siguiente información: capítulo I (Derecho de petición ante autoridades reglas generales), capítulo II (Derecho de petición ante autoridades) y capítulo III (Derecho de petición ante organizaciones e instituciones privadas)</p>
Ley 1757 de 2015	<p>La ley 1757 de 2015 (Congreso de Colombia, 2015) Por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática, establece en nueve títulos y 113 artículos las condiciones para promover, proteger y garantizar modalidades del derecho a participar en la vida política, administrativa, económica, social y cultural, y así mismo a controlar el poder político. Esta ley está diseñada de a siguiente forma: título I (objeto), título II (de los mecanismos de participación ciudadana), título III (de los mecanismos de participación ciudadana en corporaciones públicas), título IV (de la rendición de cuentas), título V (del control social a lo público), título VI (de la participación social ante las corporaciones públicas de elección popular y el congreso de la república), título VII (de la coordinación y promoción de la participación ciudadana), título VIII (alianzas para la prosperidad) y título IX (disposiciones varias).</p>
Decreto 103 de 2015	<p>El Decreto 103 de 2015 (Presidencia de la República de Colombia, 2015), Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014 y se dictan otras disposiciones, tiene como objetivo principal reglamentar la Ley 1712 de 2014 (Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional), relacionado con la gestión de la información de índole público. Este decreto está diseñado en seis títulos con 53 artículos de la siguiente forma: título I (disposiciones generales), título II (publicación y divulgación de la información pública – transparencia activa), título III (gestión de solicitudes de información pública – transparencia pasiva), título IV (gestión de la información clasificada y reservada), título V (instrumentos de la gestión de información pública) y título VI (seguimiento a la gestión de la información).</p>

Anexo 7.

Algunos hechos históricos del estudio de la salud mental en Colombia.

Año	Evidencia
1960	Decreto 1423. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública.
1960	se creó la Sección de Higiene de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública
1963	Sección de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública
1963	Decreto 3224. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública
1974	División de salud mental del Ministerio de Salud
1990	En enero 10 de 1990 fue sancionada la Ley 10 (Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones).
1990	se creó la División de Comportamiento Humano en el Ministerio de Salud
1993	Primer Estudio Nacional de Salud Mental
1993	Ley 100. Creación del Sistema de Seguridad Social Integral
1997	Segundo estudio nacional de salud mental
1998	Resolución 2358. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental (Junio 18).
2003	Estudio nacional de salud mental
2007	Ley 1122 (Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones)
2007	nueva Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto
2007	Decreto 3039. por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.
2008	Plan nacional de reducción del consumo de drogas 2009-2010
2011	Ley 1438. por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones
2012	Ley 1566. "Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas".
2012	Plan decenal de salud publica
2013	Ley 1616. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.
2013	Resolución 1841. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021
2014	Plan Nacional de Salud Mental
2014	Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del

Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021.

Plan de Acción Integral de Salud Mental para 2013-2020

- 2014 Resolución 1281 de 2014. Por la cual se definen lineamientos para integrar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud
- 2015 Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
- 2015 Encuesta nacional de salud mental.
- 2015 Ley Estatutaria de Salud
- 2016 Decreto 780. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- 2016 Resolución 429. Política de Atención Integral en Salud
- 2017 Resolución 2063. Por la cual se adopta la política de participación social en Salud – PPSS.
- 2018 Resolución 4886. Política Nacional de Salud Mental
-

Anexo 8.

Formato del consentimiento informado

ACEPTACIÓN DE MI PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y EN LA GRABACIÓN.

Al firmar este consentimiento acepto participar de manera voluntaria en la entrevista semi-estructurada y en la grabación por audio de la misma, dirigida a expertos, la cual pertenece a la investigación titulada “salud mental y democracia participativa en Colombia en el periodo 2010 – 2014”.

Se me informó que:

1. Los datos que se obtengan en dicho proceso solo podrán utilizarse para fines de la investigación (académica).
2. En cualquier momento puedo desistir de participar y retirarme de la aplicación.
3. Se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de mis datos personales y de mi desempeño.
4. Se me ha brindado información detallada sobre los procedimientos y propósitos de la entrevista, la cual tiene como finalidad recopilar información de expertos en torno al estudio de la salud mental y de la democracia participativa en torno a unas categorías y subcategorías desarrolladas por el investigador principal, y que la información recopilada no representa ningún tipo de implicaciones en el ámbito personal, social, laboral y penal. La información podrá ser ampliada una vez concluida mi participación.

Yo _____ informo que he leído el documento de consentimiento informado que se me ha entregado. También manifiesto que entiendo el objetivo y beneficios de grabar la sesión de la entrevista semiestructurada, y he podido resolver todas las dudas e inquietudes planteadas al respecto. También entiendo que en cualquier momento puedo revocar la autorización de la grabación en el momento en que lo desee, por cuanto mi participación es voluntaria. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo la grabación de la sesión con fines investigativos. La custodia y guarda de dicha información estará a cargo del psicólogo William Alejandro Jiménez, investigador principal.

Dado en _____, a los _____ días del mes de _____ del año 2019

NOMBRE: _____

FIRMA: _____

Anexo 9

Argumentos éticos y bioéticos de la investigación

Declaración Universal Sobre Bioética Y Derechos Humanos

Artículo 9. *“Privacidad y confidencialidad. La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos”.*

Declaración De Helsinki De La AMM

Artículo 36. *“Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación”.*

Ley 1090 de 2006.

Artículo 2. Numeral 5. *“Confidencialidad. Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales*

de la confidencialidad”.

Numeral 6. *“Bienestar del usuario. Los psicólogos respetarán la integridad y protegerán el bienestar de las personas y de los grupos con los cuales trabajan. Cuando se generan conflictos de intereses entre los usuarios y las instituciones que emplean psicólogos, los mismos psicólogos deben aclarar la naturaleza y la direccionalidad de su lealtad y responsabilidad y deben mantener a todas las partes informadas de sus compromisos. Los psicólogos mantendrán suficientemente informados a los usuarios tanto del propósito como de la naturaleza de las valoraciones, de las intervenciones educativas o de los procedimientos de entrenamiento y reconocerán la libertad de participación que tienen los usuarios, estudiantes o participantes de una investigación”.*

Resolución 8430 de 1993

Artículo 5. *“En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.*

Artículo 6. *“La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: a. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen; b. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos; c. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo; d. Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución; e. Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución; f. Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación, g. Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”.*

Ley Estatutaria 1581 de 2012

Artículo 4 *“en los siguientes numerales: d) Principio de veracidad o calidad: La información sujeta a Tratamiento debe ser veraz, completa, exacta, actualizada, comprobable y comprensible. Se prohíbe el Tratamiento de datos parciales, incompletos, fraccionados o que induzcan a error;*

e) Principio de transparencia: En el Tratamiento debe garantizarse el derecho del Titular a obtener del Responsable del Tratamiento o del Encargado del Tratamiento, en cualquier momento y sin restricciones, información acerca de la existencia de datos que le conciernan”.

Anexo 10

Protocolo de entrevista

¿Qué relevancia tuvo la salud mental para el periodo 2010-2014?

¿Durante el periodo 2010 – 2014, qué determinantes sociales considera usted que influyeron en la salud mental de los colombianos?

¿De qué manera la vulnerabilidad social afectó la salud mental durante ese periodo?

¿De qué manera el gobierno colombiano tuvo en cuenta para la elaboración del plan nacional de desarrollo 2010 – 2014 esos determinantes sociales?

¿De qué forma la violencia afectó la salud mental durante ese periodo?

¿En Colombia, cómo fue el proceso de desarrollo de trabajos sociales y/o comunitarios para potencializar la atención primaria en salud mental en el periodo 2010-2014?

¿Hasta qué punto el gradiente social se considera un factor que influye en la salud mental de las personas?

¿De qué manera el factor económico fue parte de los determinantes sociales de la salud mental para la formulación del plan de desarrollo 2010 – 2014?

¿Cómo es la relación entre vulnerabilidad social, pobreza y salud mental?

¿Qué otros elementos del contexto económico incidieron en la salud mental durante ese periodo?

¿Hoy en día como se concibe la salud mental en Colombia?

¿Cuáles son los principales factores de riesgo que afectan la SM de los colombianos?

¿Cuáles serían determinantes y cuales condicionantes para la salud mental?

¿Cómo se desarrolló la democracia participativa en el contexto de la salud mental para el desarrollo del PND?

¿Cómo es la relación entre democracia, economía y salud mental?

¿Cuál es la orientación política de la democracia en relación con la salud mental?

¿Qué elementos desde la salud mental fueron tenidas en cuenta para la construcción del PND 2010 – 2014?

¿Se podría decir que la democracia es una forma de vida?

¿De los mecanismos de participación ciudadana, cual o cuales han sido los de mayor visibilidad en el escenario de la salud mental?

¿Cómo fue abordado el tema de la salud mental para la elaboración del PND desde la democracia participativa?

Anexo 11

Transcripción de la entrevista 1

Entrevistador: Buenas tardes

Entrevistado: *Buenas tardes*

Entrevistador: vamos al inicio la entrevista para el análisis del trabajo de salud mental y democracia participativa. su nombre es?

Entrevistado: *A.M.X.Y*

Entrevistador: Inicialmente, vamos a desarrollar unas preguntas que son abiertas, para que podamos abordar el tema de salud mental y democracia. La primera pregunta es ¿qué relevancia tuvo la salud mental para el periodo 2010 2014?

Entrevistado: *Cuando revisamos el periodo 2010 2014, vemos que a nivel del país se empezaron a hacer algunos estudios en salud mental se alimenta con el fin de ir perfilando lo que sería la normatividad en salud como la que conocemos hoy en día como la ley en salud mental*

Entrevistador: ¿Durante el periodo 2010 2014 que determinantes sociales considera usted que influyeron en la salud mental de los colombianos?

Entrevistado: *Uno de los determinantes que más influyó durante ese periodo fue el tema de violencia en el país. Cuando nosotros revisamos el tema de la violencia sociopolítica en el país, tuvo una influencia, no solamente en ese periodo, sino en los periodos anteriores, en términos de los desenlaces se fueron desarrollando, no solo a nivel individual y familiar sino todo aquello que se arrollaba en el ámbito comunitario, en donde decimos que el tema de la violencia es uno de los determinantes sociales que más ha influido en la salud mental de los colombianos. Igualmente, en el tema de la violencia, uno de los aspectos también que va a ser un determinante es el tema de la pobreza en Colombia. El tiempo en la pobreza en Colombia ha generado también algunas manifestaciones que hoy en día al no haber sido atendidas a tiempo, por no garantizar un buen acceso en lo que es la atención en la salud mental lo vemos reflejado en unos indicadores bastantes altos en cuanto algunos trastornos de salud mental que hoy estamos evidenciando*

Entrevistador: ¿Cómo cuáles?

Entrevistado: *Como los intentos de suicidio en los jóvenes y adolescentes, e igualmente también estamos encontrando tasas altas de intento de suicidio en adultos mayores, en la población indígena de nuestro país, la cual ha venido siendo de una u otra manera desplazada y marginada, y eso ha generado también que estemos identificando unos altos índices de intento de suicidio y de suicidio en población indígena.*

Entrevistador: ¿De qué manera la vulnerabilidad social afectó la salud mental durante ese periodo?

Entrevistado: *Ehhh la vulnerabilidad social, si hablamos de vulnerabilidad social, estamos hablando de cuales, digamos, son esos determinantes que de una u otra manera afecta la salud mental de los colombianos. Como le decía ahorita al inicio, uno es el tema de las condiciones socioeconómicas de nuestra población; y es que si bien es cierto se ha avanzado en el tema de disminuir la pobreza extrema, todavía encontramos muchos cordones de miseria en las grandes ciudades especialmente. Y en este sentido encontramos no solamente población vulnerable sino también población desplazada en nuestro país, la cual de alguna u otra manera va a requerir y está requiriendo servicios de atención en salud mental, no necesariamente para hacer atención en trastornos de salud mental, pero si en un momento para hacer intervención en crisis, dada las condiciones de pobreza en las que vive esa población.*

Entrevistador: Partiendo de este panorama, ¿De qué manera el gobierno colombiano tuvo en cuenta para la elaboración del PND 2010 – 2014 esos determinantes sociales que acabó de mencionar?

Entrevistado: *Emmmm hoy en día contamos con unas dimensiones a nivel del plan decenal de salud pública, lo cual se ratifica en la reglamentación de la ley de salud mental, y es empezar a trabajar el tema de convivencia ciudadana. Entonces tenemos que trabajar sobre todo en este nivel marco del proceso de paz en el cual está inmerso el país en procesos de convivencia ciudadana en donde empezamos a trabajar no solamente en las poblaciones afectadas, sino también en las poblaciones que están alrededor; y en este sentido estamos hablando de poblaciones vulnerables. Los componentes de convivencia ciudadana conllevan a trabajar mucho el tema de democracia participativa, el tema de tolerancia, tolerancia en el trabajo, no solamente en el trabajo individual sino a nivel comunitario; cómo trabajamos y cómo de una u otra manera aprendemos a ser tolerantes con la diferencia, y en este sentido se está trabajando mucho el tema de enfoque diferencial; cómo empezamos a aplicar y a aceptar el enfoque diferencial en nuestra población. Empezamos a aceptar que tenemos población víctima del conflicto armado, poblaciones con discapacidad, poblaciones LGBTI, es importante trabajar el tema del enfoque diferencial porque es lo que de una u otra manera nos va a permitir hacer procesos de inclusión social de estas poblaciones, que es también lo que de una u otra manera ha generado ehhhhh las condiciones de violencia en nuestro país, un país donde los ciudadanos no somos tolerantes y no hacemos procesos de convivencia pacífica.*

Entrevistador: En Colombia, ¿Cómo fue el proceso de desarrollo de trabajo sociales y / o comunitarios para potencializar la atención primaria en salud mental durante este periodo?

Entrevistado: *El tema de atención en salud mental y atención primaria se vuelve a retomar. La atención primaria no es nueva. venimos hablando de atención primaria hace más de 30 años, estamos hablando de 1990. Se retoma con el nuevo modelo, el modelo integral de atención en salud, que es el modelo MIDES, que hoy se modificó con el modelo MAITE; pero el modelo MIDES lo que busca en esencia es, por más servicio asistencial que garanticemos a nuestra población, debemos trabajar en*

procesos de promoción y prevención en salud, enfocado mucho a la población vulnerable, y es garantizar que nuestra población maneja unos conceptos básicos como lo es el concepto de autocuidado. El concepto de auto cuidado surge de la atención primaria en salud, y está asociado a un tema fundamental, que es el tema de la responsabilidad, como ciudadano y como persona de mi salud. La responsabilidad es del ciudadano. La responsabilidad del Estado es garantizar un acceso a los servicios de salud cuando desafortunadamente se presenta ehhhhh enfermedades que tiene que ser atendidas. Pero digamos que la base fundamental del modelo MIDES es la atención primaria en la cual se reconoce al individuo como responsable de su propia salud.

Entrevistador: ¿Ese modelo MIDES desde cuándo empezó?

Entrevistado: *Hace cuatro años se comenzó a trabajar. Hoy tenemos ehhhhhhh, para establecer el modelo se ha hecho un trabajo en las entidades territoriales, y parte de la implementación conlleva un cambio en el modelo: tenemos que partir de un modelo que fue muy asistencialista, en el cual hoy podemos hablar de diferentes niveles de especialidad, en los que son las instituciones prestadoras de los servicios de salud, hemos llegado a tener niveles de complejidad mayores a la cuarta y quinta complejidad, lo cual hace que cada día los servicios sean mucho más especializados, por lo tanto van a ser mucho más costosos; pero también partiendo de una realidad: y es que no hay los suficientes recursos para garantizar ehhhh servicios de salud a toda la población. Un poco lo que plantea el modelo es la necesidad de trabajar en la prevención y promoción de la salud, o sea, en que nos empecemos a cuidar; y empezarnos a cuidar es trabajar en cómo prevenir las enfermedades desde las políticas que hacen los diferentes municipios a través de programas preventivos que conlleven también a que haya una responsabilidad tanto individual como comunitaria en su salud, y también a través de la promoción de hábitos saludables, y estos hábitos saludables hoy los vemos mucho reflejados en ehhhhh en medidas como el control del azúcar en mucho de los alimentos que consumimos, y cómo empezamos ya de una u otra manera a visibilizar mas todos los alimentos que pueden ser dañinos para la salud, que son parte de las políticas de prevención y promoción que se tienen que trabajar a nivel del componente de salud.*

Entrevistador: ¿Hasta qué punto el gradiente social se considera un factor que influye en la salud mental de las personas?

Entrevistado: *El gradiente social es fundamental, por lo que hablábamos ahorita en términos de la convivencia ciudadana. O sea, nosotros no solamente debemos hacer intervención a nivel individual, sino hay que generar procesos de intervención a nivel comunitario; y esos procesos de intervención a nivel comunitario deben tratar de generar reconstrucción de procesos de redes sociales, por qué parte de la pérdida de la confianza del colombiano ha conllevado también, digamos que ahhhhh a una desconfianza del otro a no confiar en las otras personas y ha generado también que haya, digamos ehhhhh, que esos lazos sociales que antes teníamos a nivel comunitario se hayan roto. Hoy en día tenemos que trabajar mucho, sobre todo en este proceso que estamos viviendo (en un proceso de paz) el tema de reconstrucción del tejido social, y esa reconstrucción del tejido social hay que trabajarla a nivel comunitario. Por eso hoy*

en día, si ustedes revisan el plan de desarrollo, está planteando también desarrollo de procesos comunitarios, en el marco del modelo también de atención primaria.

Entrevistador: Muy bien, pasando a otro escenario, vamos a hablar del factor económico dentro de la salud mental. Ese factor económico, digamos, ha sido uno de los anclajes más fuertes que ha tenido el PND, ¿cierto? La pregunta muy precisa para poder iniciar el debate es ¿Hasta qué punto la política económica neoliberal, que empezó en Colombia en los años 90, influyó en la salud mental de los colombianos?

Entrevistado: *Podemos decir que no solamente influyó. A influido y seguirá influyendo. Pero en el último periodo se trabajó mucho en mejorar los indicadores de pobreza, y de mejorar las condiciones de muchas de las poblaciones vulnerables. Y se logró avanzar a nivel internacional en la mejora de esos indicadores. Y en ese sentido se desarrollaron algunas estrategias: como lo fue el incremento de la política de empleo, el estimular al sector privado para generar nuevos empleos, con inclusión de población en condición de discapacidad, con población víctima, que tuviera como incentivo generar la disminución de impuestos. Digamos que se trabajó mucho en ese tema de incentivar el empleo sobre todo en estas poblaciones vulnerables. Pero, sobre todo, hoy todavía, sigue el gran número de empleos a nivel informal. La informalidad conlleva también un tema de desesperanza, en el sentido en que muchas de nuestras poblaciones sienten que no van a poder acceder a alguna pensión, siempre van a tener que estar bajo las mismas condiciones, y no hay incentivos para generar empleo de las empresas a nivel formal. Eso conlleva a que haya desestimulos, sobre todo en nuestra población joven, que los estamos viendo hoy en día. Mucha de nuestra población adolescente, población joven, que está saliendo de las universidades, no le estamos garantizando la posibilidad de poder vincularse, porque una de las grandes barreras que establece el empleo formal es tener experiencia, y es una contradicción. ¿Cómo generamos empleo a la población joven, cuando una de las condiciones para poder acceder a ese empleo es tener experiencia? Eso termina siendo una barrera muy grande para los jóvenes y lo estamos viendo hoy en día. Muchos jóvenes que participan en convocatorias, donde se presentan 6000 – 7000 personas para 10 empleos. Digamos que el desempleo es altísimo y sobre todo en esa población. Eso de alguna u otra manera genera en los jóvenes (que es lo que estamos viviendo hoy en día) un tema de desesperanza, ¿una desesperanza hacia qué? hacia el futuro. Y cuando uno se sienta con los jóvenes, los jóvenes lo que están pensando es que hago en el presente, no estoy pensando en futuro, o sea, como sobrevivir al presente; a diferencia de los que vivimos hace 20 o 30 años, que teníamos la posibilidad de poder planear o programar; hoy en día el joven, con empleo que solamente están para 5 o 6 meses donde no hay continuidad en la oferta laboral, sino que son contratos informales por prestación de servicios, no ven garantizado, en su vida laboral, el poder tener a futuro, el acceso a una vivienda o algún patrimonio, para él y para sus hijos. Eso de una u otra manera genera una gran incertidumbre en nuestra población.*

Entrevistador: ¿Y esas incertidumbres se ven afectadas por la economía colombiana?

Entrevistado: *Claro, y se ven muy afectadas por la política económica, por lo que la política económica no está incentivando el empleo formal, especialmente a esta población, a este rango de población, que es la población joven, es la población que*

está emergiendo, en donde no tiene garantizado el poder contar con empleos formales que les permitan poder planificar a futuro, a diferencia de los que iniciamos nuestra labor hace 30 o 40 años, que pudimos tener esa oportunidad de poder programar con tiempo, lo que nosotros como perfilábamos nuestro futuro. Hoy en día, para el joven, el futuro es incierto, y cuando el futuro es incierto uno vive en el presente, que es lo que está pasando con los jóvenes hoy en día están programando sobre el presente, no se sabe cómo va a ser el futuro.

Entrevistador: *¿Esa política neoliberal, en el momento de la construcción del PND 2010-2014, se tuvo en cuenta como un aspecto que influye en la salud mental?*

Entrevistado: *Si, si, si se tuvo en cuenta, muchos indicadores de pobreza mejoraron, porque se empezó a incentivar con el SENA el tema de la formación, y algo importante: se empezaron a hacer los estudios en términos de efectivamente que es lo que la economía necesita, cuales son los perfiles laborales que requiere el país, porque es que tradicionalmente hemos trabajado, digamos, sobre los mismos perfiles de formación, y no se ha tenido en cuenta mucho las necesidades que tiene el país desde el punto de vista económico para poder desarrollarse. Uno de esos ejemplos es el tema de la agricultura, es el tema de la ganadería, de volver al campo, ¿Qué pasó con el campo? El campo quedó solo, porque por el desplazamiento, tanto el adulto mayor como los jóvenes se vinieron a las ciudades. Hoy en día los jóvenes no quieren volver al campo, se quieren quedar en la ciudad; no quieren regresar al campo a desarrollar la agricultura, a desarrollar la ganadería. Lo mismo pasa con la población indígena de nuestro país. Los jóvenes se quedaron en las ciudades. Entonces el poder encontrar un que-hacer, un nuevo que-hacer para esa población joven que les permita poder desarrollarse, ha sido muy complicado. Se han hecho ensayos con el SENA, pero el SENA permite formaciones, concursos que son técnicos más que todo, pero son cursos que muchas veces no consultan la realidad, que es parte del ejercicio que hay que hacer: consultar cual es la realidad del país en términos de las necesidades que tiene el país para formar un talento humano y unos jóvenes que se les garanticen el poder, una vez termine sus estudios, poder obtener un empleo, y un empleo digno.*

Entrevistador: *¿De qué manera ese factor económico fue parte de los determinantes sociales de la salud mental para la formulación del PND 2010-2014?*

Entrevistado: *Influyó muchísimo, tanto es así que, dentro de los determinantes de la salud mental, uno de los determinantes fue el tema de la formación y del empleo en todas las poblaciones, y cuando uno revisa en el tema de salud en el plan decenal de salud pública digamos que esa es una de las particularidades del territorio. Nosotros tenemos algunas diferencias territoriales, en donde en algunos departamentos más que en otros, se visibiliza más el tema, no solamente pobreza, sino el tema del desempleo, y como de una u otra manera si no se tocan esos temas estructurales, muy difícilmente vamos a poder estar hablando de personas que puedan contar con una buena salud mental, porque de una u otra manera el tema económico afecta. Si hablamos de población indígena, de población víctima o de población pobre, por más que se trabaje el tema de prevención y promoción en salud, si no hacemos incidencia en procesos productivos que permitan a las poblaciones salir de la pobreza, muy difícilmente vamos a poder abordar, no solamente a nivel preventivo, sino a nivel terapéutico de la salud*

mental, por que la prioridad para la población es la subsistencia. Y la subsistencia a través de la generación de ingresos para sus familias, y eso es algo que, si no se trabaja de manera conjunta, muy difícilmente vamos a poder incidir de manera directa en los indicadores de salud mental de la población.

Entrevistador: Aparte de acabó de mencionar, ¿Qué otros factores desde lo económico, cree usted que pueden influir en la salud mental?

Entrevistado: *¿En términos de tenencia? ¿En términos económicos?*

Entrevistador: En términos económicos

Entrevistado: *Como le decía ahora, el no contar con un empleo estable, el no contar con unos recursos económicos que permitan de una u otra manera la subsistencia de la población. También identificamos que, mucha de nuestra población, que anteriormente tenía un ingreso, un ingreso fijo, ese ingreso varió, pero también no solamente varió, sino el ingreso disminuyó, y lo estamos viendo hoy en día en mucho en la población que esta económicamente activa. Cuando uno revisa con las personas el tema de cómo la dinámica familiar y el ingreso familiar, también encontramos que mucha de nuestra población ha visto vermada el ingreso económico. Estamos diciendo que, si hay empleo, pero que es el empleo informal, que no garantiza la subsistencia. De una u otra manera lo que estamos viendo es que eso genera violencia intrafamiliar, que es la que estamos evidenciando hoy en día. Cuando una familia no tiene garantizado el sustento, de una u otra manera eso empieza a generar una violencia intrafamiliar que a la final se ve reflejado en los indicadores que estamos viendo hoy en día, en términos del maltrato a la mujer, de lo que estamos identificando también en los suicidios que se están presentando, que ya no solamente llegó al tema de la violencia, sino también el tema de homicidios, que lo estamos evidenciando en las altas tasas cómo se han venido incrementado. Pero eso está también asociado al tema también económico, y es al tema de la subsistencia a nivel de la familia.*

Entrevistador: Pasemos al siguiente escenario que es el epidemiológico. ¿Hoy en día como se concibe la salud mental en Colombia?

Entrevistado: *La salud mental, hoy en día se concibe como un proceso que de una u otra manera está determinado, no solo por las condiciones ambientales, socioeconómicas y culturales del país, sino también (y aquí volvemos al mismo tema de la atención primaria), sino también por la responsabilidad que tenemos nosotros como individuos, en garantizar unas acciones de prevención y promoción, en términos no solamente de la violencia, sino también de unas nuevas condiciones a nivel intrafamiliar. Y es que, en el tema de salud mental, la responsabilidad va desde el nivel individual como lo es el familiar; y hoy en día trasciende también a lo comunitario, cuando estamos hablando de procesos comunitarios. Entonces la salud mental es un proceso que va mucho más allá de la atención de los trastornos en salud mental, como siempre la hemos concebido, que se garantiza a través de la IPS. Hoy en día tenemos que ser conscientes que tenemos que ir a una dimensión mucho más amplia de lo que es la salud mental, y es todo el tema de tolerancia, de generación de procesos de convivencia ciudadana, de reconstrucción de redes sociales, de reconstrucción de tejido y organización social, que es parte de lo que se ha venido perdiendo y que se ha*

perdido en país, y que tenemos que volver a reconstruir. Y es también como volvemos a generar esos procesos comunitarios que se fueron perdiendo con el tiempo, y se fueron perdiendo también por la violencia sociopolítica que ha venido viviendo el país, y que conlleva a que, si bien es cierto, desde salud debemos trabajar la atención de un trastorno de salud mental, debemos trabajar también el fortalecimiento de la organización comunitaria, y de la convivencia ciudadana.

Entrevistador: En torno a esa descripción, ¿Se podría decir que en Colombia hay determinantes y condicionantes para la salud mental?

Entrevistado: *Si claro*

Entrevistador: ¿Cuáles serían determinantes y cuáles serían condicionantes?

Entrevistado: *Uno de los determinantes, y lo vemos reflejado hoy en día, son los procesos que hemos venido viviendo de violencia sociopolítica en el país, que hacen que algunos territorios identifiquemos un mayor incremento de la violencia, condicionado por el tema económico, el tema cultural, y por el tema del territorio. Y donde esos determinantes, de una u otra manera, llevan a que tenemos que trabajar en los problemas de manera estructural. Desafortunadamente, lo que recibe y lo que tiene que atender el sector salud no es solamente una problemática en salud física, sino una problemática – resultado de no haber, en algún momento, incidido en esos determinantes sociales. Y es que la violencia de una u otra manera se refleja en las condiciones de salud de la población, sobre todo en salud mental. Una de las grandes dificultades que hemos tenido es aceptar que nosotros tenemos unos indicadores en salud mental en nuestro país que partimos que no hemos querido aceptar, sabemos que tenemos unos trastornos mentales que tenemos que atender, pero en eso no se ha hecho mucha incidencia. Digamos que todavía seguimos concibiendo el sector salud como un sector que solo atiende la enfermedad, pero nosotros no solamente atendemos a la enfermedad, debemos tener en cuenta una visión mucho más holística de lo que es la salud, pensando en ella también como bienestar social. La salud mental está atada a un tema económico, esta atada a un tema del territorio, está atada a unas condiciones del territorio, está atada a unas condiciones de violencia y a unas condiciones de acceso, no solamente es la infraestructura física (a través del hospitalario), sino también es un tema de garantizar esas cómodas condiciones, en las cuales tenemos que trabajar más allá de lo institucional.*

Entrevistador: ¿Si pudiera hacer una lista de determinantes y condicionantes para la salud mental, ¿cuáles serían?

Entrevistado: *¿De determinantes? Como le decía ahorita las condiciones socioeconómicas de la población, las condiciones del territorio de la población, las condiciones sociopolíticas y de violencia que se ha vivido en el país. Y digamos que condicionantes desde el punto de vista de salud, poder contar con una buena infraestructura, que permita no solamente la garantía del servicio de salud mental, pero no desde el ámbito hospitalario, sino del ámbito extramural. Eso es un condicionante que sería fundamental. Si nosotros no podemos garantizar una atención en salud por fuera de la institucionalidad, no vamos a poder llegar a la población. Primero, porque desafortunadamente el tema de salud mental y el tema de atención en*

salud mental en nuestro país, todavía tiene muchos prejuicios en términos de que el psicólogo y el psiquiatra solamente esta atendiendo personas que de una u otra manera tienen un trastorno, y que se considera, digamos “loca” (perdón el termino), pero no se ha querido entender que el tema de la salud mental es algo que, de una u otra manera, nos puede afectar a cualquier ser humano, en algún momento de nuestra vida, y que vamos a requerir algún tipo de apoyo, para poder manejar esa afectación, que no necesariamente tiene que derivar en una esquizofrenia o en una depresión, pero podemos tener algunos, digamos, eventos de trastornos en salud mental que son leves, pero que requieren un proceso de intervención. Solo que la población todavía tiene mucha resistencia en este tema, que es de la salud mental, y es un tema das de discriminación, y es un tema más de aceptación a nivel social.

Entrevistador: En relación a lo que comentaba ahora frente a ese factor clínico, que lastimosamente aún se sigue viendo en la psicología y en la psiquiatría para los “locos”, en el periodo 2010 – 2014 ¿Cómo fueron esas manifestaciones clínicas de la salud mental en los colombianos?

Entrevistado: *Mira que cuando uno revisa, desde el punto de vista de los trastornos en salud mental, digamos que se identifica un mayor porcentaje en cuanto lo que se ha atendido desde el punto de vista de la salud mental, y ahí volvemos a tema de los procesos depresivos. Depresión, ansiedad, esquizofrenia (en algunos casos), pero digamos que los más relevantes son todos estos temas depresivos, de ansiedad, algunos asociados al tema del estrés (más que todo), y eso si está muy de la mano de como manejamos nuestras vidas, y como de una u otra manera el estrés está afectando a la población, y está terminando esta población presentando este tipo de trastornos cuando no es intervenida a tiempo. Cuando revisamos el tema a nivel institucional, vemos que, esos son los indicadores más prominentes. Uno esperaría que el tema de la esquizofrenia y demás presentara uno indicadores altos, pero no. Digamos que, si pudiéramos trabajar en procesos de manera preventiva y de promoción de la salud mental, podríamos hacer un mayor nivel de incidencia. Por eso insisto que el tema no es tanto de atender trastornos en salud mental, por que digamos que, en términos de porcentaje, el indicador no es tan alto pero un lograría más trabajar en la prevención y promoción de la salud mental que pudiera, no solamente disminuir esos indicadores presentes hoy en día, sino trabajar en el tema de poder generar nuevos procesos de convivencia social, que garantizaran que nuestra población no se enfermara; no solamente desde la salud mental, sino desde lo físico, por que también está el otro tema: muchos trastornos de salud mental que no se puedan trabajar en el momento oportuno, terminan derivando en algunos trastornos físicos, como son las gastritis, como son las úlceras, como son los infartos. Entonces intervenciones a nivel físico que se han podido trabajar más desde el enfoque psicosocial.*

Entrevistador: Dentro del contexto político, y hablando de democracia, ¿Considera que la democracia es un determinante o condicionante de la salud mental de los colombianos?

Entrevistado: *Mmmmmm Yo pensaría que la democracia es un determinante, pero es un determinante en el sentido en que la persona se siente que está en una democracia. El problema es que nuestra población no se siente que está en una democracia. Nuestra*

población siente que esa democracia y ese poder, participar de manera activa e incidir en las decisiones y en las políticas del país no se dan, y no se dan por que no hay verdaderos ejercicios de participación, en donde yo me pueda ver reflejado como ciudadano. Creo que el colombiano siente que la democracia desde el punto de vista de los espacios y de la utilización de los espacios se ha permeado por una red de corrupción, en donde no hay posibilidad de participación efectiva.

Entrevistador: ¿Por qué será que los colombianos no creen en esa participación democrática?

Entrevistado: *Porque si bien es cierto hay un ejercicio y hay muchos espacios para participar. Esos espacios de participación, digamos que están manipulados y son permeados para que la gente no pueda acceder fácilmente a ellos, y siempre terminan los mismos líderes, las mismas personas en los mismos espacios. La gente siente un gran nivel de desconfianza en el Estado. Cuando yo tengo desconfianza en el Estado, no creo en lo que el Estado me está brindando, por lo tanto, yo no participo de las políticas estatales, porque creo que están permeadas, y están permeadas para que las cosas no se hagan como nosotros queremos.*

Entrevistador: ¿Y esa desconfianza que tiene el colombiano por el sistema democrático, sería como un síntoma (en términos clínicos) de la salud mental?

Entrevistado: *Si claro, es u síntoma de la salud mental porque es el tema de no creer en el otro, de la desconfianza que tengo en el otro, de cómo nosotros como colombianos partimos de una posición muy individualista, en el sentido en que yo trato de salir yo solo. No hay equipo, no estoy acostumbrado a trabajar en equipo. Para mí la incidencia la puedo hacer a nivel individual, y digamos que terminamos siendo un poco egoístas, terminamos siendo no solo individualistas, sino no creyentes en que podemos confiar en el otro. Esa desconfianza en el otro también está asociada a lo que vemos reflejado en lo que pasa todos los días; cuando uno ve que desafortunadamente hay altos niveles de corrupción, en donde la gente termina engañada, en donde uno ve que la justicia no opera como uno espera que opere, y donde uno ve que a la final las personas que de una u otra manera están haciendo actividades fuera del marco de la ley, terminan siendo premiadas y no terminan siendo condenadas. Eso hace que a la final las personas empiecen a desconfiar del Estado.*

Entrevistador: ¿La democracia sería un determinante positivo o negativo para la salud mental?

Entrevistado: *Hoy en día, vista la democracia como está, termina siendo negativa, porque se siente que para que se ejerce la democracia si no existe el espacio creado para ejercerla como debe ser. Los espacios que están creados, están creados para seguir manipulando a la población, para el beneficio propio.*

Entrevistador: ¿La democracia beneficia a la salud mental?

Entrevistado: *Digamos que como está concebida hoy, no. Hay que hacer un gran trabajo en términos de reconstruir lo que entendemos por democracia.*

Entrevistador: ¿Y esos síntomas personales, aparte de la desconfianza, que otras cosas podrá sentir el colombiano en torno a la democracia que afecte a la salud mental?

Entrevistado: *Fuera de la desconfianza, está el tema de, lo que le hablaba ahorita, del beneficio individual. Desafortunadamente si yo no veo mi beneficio individual en el ejercicio de la democracia, considero que para que lo voy a hacer. Y era lo que hablamos ahorita en términos de desarrollar procesos de reconstrucción del tejido social; nosotros no nos sentimos como comunidades, nosotros no participamos como comunidad. Es parte de lo que se fue perdiendo. Y es que el país nos fue llevando al tema del individualismo, en el cual tenemos que sobrevivir por cuenta propia, en el cual el tema de la organización social fue relegado, y no se cree en que como equipo podemos resurgir y como organización social podemos resurgir, en el marco de una democracia que sea participativa.*

Entrevistador: Esa democracia participativa, ¿Cómo se vió proyectada en el PND 2010-2014?

Entrevistado: *En el tema de salud, hay unos espacios de participación que hoy existen. Existen las asociaciones del usuario que son alianzas de usuarios, que cuando uno ve este tipo de alianzas de usuario que tienen como finalidad hacer monitoreo y veeduría en la prestación de servicios de salud, esas alianzas del usuario, se suponen que son el reflejo de la participación de los afiliados que hay en una EPS o IPS. Esos usuarios participan en el monitoreo de la prestación de los servicios de salud, participan en las juntas directivas de las empresas sociales. Pero lo que uno ve en el ejercicio de la participación es que son alianzas que funcionan solamente cuando se requieren seleccionar un Gerente, cuando hay que ser la aprobación de un informe, pero que al final terminan siendo también manipulados. Esos usuarios, digamos que, en el desarrollo mismo de la gerencia, terminan también, digamos que las organizaciones terminan replicando los vicios que tienen las demás organizaciones, en términos del interés propio. La gente no cree en esos espacios, y siempre terminan participando las mismas personas, porque el resto de la población no se interesa. No hay ejercicios que le permitan visibilizar a las personas que se pueden cambiar las cosas. Entonces la participación funciona en la medida en que la población también se da cuenta de que esos espacios de una u otra manera tienen incidencia tanto política, como incidencia en el servicio, en este caso, en los servicios prestadores de salud.*

Entrevistador: ¿Cómo fue esa orientación política de la democracia en relación con la salud mental?

Entrevistado: *Como te comentaba dentro de la orientación política que había, estaba la conformación de esos espacios de participación comunitaria. Y ahí hay un tema importante, y es que si bien es cierto son espacios para las organizaciones sociales, son espacios institucionales. Digamos entonces que también va a depender de que la institucionalidad de una u otra manera fomente los espacios, fortalezca los espacios. Y desafortunadamente, estos espacios de participación no son fortalecidos, salvo cuando se requiere la participación de algún ejemplo (seleccionar un gerente), ahí se requiere y ahí se fortalece. Pero una vez se hace el proceso de selección, son espacios que se caen, no permanece en el tiempo. Si uno va a una EPS o a una IPS, esos espacios de liga y de asociación de usuarios no tienen un desarrollo permanente. Solamente se activa en los momentos que se requiere, pero no hay una verdadera injerencia en lo que podrían evaluar los servicios de salud. Por eso en este país el tema de la participación*

esta normada, y está muy normada. El tema es la implementación de la participación. La gente no quiere participar. La gente no cree en el uso de los espacios, y no cree por que no ha visto evidencia de que esos espacios hayan servido en términos de mejorar los servicios de salud.

Entrevistador: ¿Cómo sería un modelo democrático con orientación de salud mental? ¿Se podría concebir algo así?

Entrevistado: *Mmmmmmm, comenzaría desde el, un modelo democrático con énfasis en salud mental. Partiría de un hecho, y es que el usuario mismo participara en el diseño del programa, porque el problema debe partir de la necesidad del usuario. Por ello es que los programas de prevención y promoción no funcionan, y es que se nos olvidó el tema de la particularidad del territorio del usuario. Yo no puedo hacer programas direccionados desde el nivel central hacia el nivel territorial en donde no sea consulta el de la territorialidad y de la persona. Entonces si estoy trabajando (un ejemplo) territorio nacional, se tiene que consultar, no solamente el tema del acceso, sino se debe consultar el tema de la idiosincrasia, el tema cultural, el tema étnico es fundamental; y en eso nosotros debemos trabajar mucho más, y es poder hacer programas de prevención y promoción en salud mental con participación activa del usuario, no solo en el diseño, sino en el seguimiento y en la evaluación de los programas. Eso es lo que nos ha faltado, y es lo que siempre los usuarios recriminan, y es que no estamos garantizando programas de salud mental con enfoque diferencial, teniendo en cuenta el territorio. Hoy en día es una de las modificaciones que se le esta haciendo al modelo, y es que también tengamos en cuenta la particularidad del territorio. Y es que no podemos pensar que Colombia es igual, Colombia es muy disímil, tenemos regiones, dentro de las mismas regiones tenemos departamentos que son totalmente diferentes del uno al otro. Es una realidad que hay que consultar. Lo que pasa es que desafortunadamente desde el punto de vista político e institucional, no tenemos la suficiente capacidad para hacer la adaptación de los programas. La norma establece que a nivel nacional diseñe los programas, hace el diseño general, pero el departamento y el municipio adapta y adopta el programa. Yo le puedo incluir la particularidad. Desafortunadamente a nivel territorial no se ha avanzado en ese punto, y es como adapto yo los programas a mi territorio.*

Entrevistador: A partir de esa reflexión, ¿hasta qué punto los programas y planes de salud mental tienen coherencia con la realidad nacional?

Entrevistado: *Muy buena pregunta. Cuando una va al territorio lo que uno ve es la réplica de los programas en el territorio, con los mismos indicadores. Y digamos que esos indicadores responden a unos indicadores a nivel nacional. Pero una cosa es el indicador y otra cosa es el programa, y es ahí donde nos perdemos. Yo puedo hacer programas con enfoque diferencial y particular, teniendo en cuenta el complemento de los indicadores a nivel nacional. Yo puedo hacer adaptaciones. La gran dificultad que tenemos es de pronto el tema temporal para la implementación de los programas que hace. Un ejemplo, ahorita estamos en un proceso de ley de garantías, se suspende ahora mismo el tema contractual en los territorios, y se suspende durante tres meses. Eso hace que las alcaldías, los departamentos corran por ejecutar los recursos. Y correr por ejecutar los recursos implica ejecutar los programas como ya están, no hay*

tiempo para adaptarlo, y es una gran debilidad en la cual los gobernantes deberían trabajar, y es como hago la adaptación, y como hago la consulta de estos programas con la misma población. Si lográramos hacer eso yo creo que la incidencia en los programas sería mayor, y la participación de las comunidades en el programa serían mucho más evidente, porque en las poblaciones se darían cuenta que efectivamente los cambios se están haciendo conforme a sus propias necesidades, que es lo que adolecemos hoy en día.

Entrevistador: *¿Ese proceso de intervención social, que es muy cotidiano verlo en la realidad colombiana, que tan benéfico sería para la salud mental? ¿Esas intervenciones son a corto, media plazo?*

Entrevistado: *La gran dificultad que nosotros hemos vivido durante todo ese tiempo es el tema de poder implementar programas a largo plazo. Nuestros programas de gobierno van a cuatro años, y el nuevo gobernante cambia las políticas y el programa, porque tiene que colocar su ingrediente político. ¿Cuál sería la ventaja de trabajar con procesos más sociales, más de monitoreo? Independiente del gobernante que llegue, el programa continúa. El programa es evaluado y monitoreado y se le da esa continuidad. El problema es que lo que estamos viendo es que, para el próximo año, lo más seguro es que muchos programas sociales que fueron buenos durante ese periodo se acaben, porque el nuevo gobernante tiene que marcar una nueva política. La política debe permanecer, los programas se pueden ajustar. El problema es que nuestros programas no se ajustan. Nuestros programas continúan o se suspenden dependiendo del gobernante que llegue. Si trabajáramos en programas a largo plazo, pudiéramos generar que esos programas se sostengan por la base comunitaria, no por la base institucional. Que sean programas que se respeten desde su implementación, porque están permeados por la participación de los mismos usuarios. Eso garantizaría las habilidades de los programas y la continuidad.*

Entrevistador: *¿La salud mental en Colombia no es una política estatal, sino una política de turno?*

Entrevistado: *Si, desafortunadamente, y dependiendo de la necesidad, de la agenda política del gobernante. cuando uno mira el plan de desarrollo, uno puede saber que tanta incidencia o que tanto interés tiene el gobernante en el tema de la salud mental, y uno lo evidencia en la asignación de recursos que tiene para el tema, que es muy poco, especialmente en el tema de promoción y prevención de la salud mental. Vemos la incidencia y el tema de no es de tanto interés. Desafortunadamente en el tema de salud todavía estamos con la vieja premisa que entre más instituciones tengamos en salud mental mucho mejor, pero instituciones que hagan atención física, pero no que hagan atención en salud mental.*

Entrevistador: *¿Qué factores culturales pueden afectar la salud mental de colombiano?*

Entrevistado: *Un factor cultural que se fue permeando con el tiempo es el tema de la inmediatez. Los colombianos nos volvimos muy inmediatezistas. Y la inmediatez hace que cuando yo no logre las metas a corto plazo, entra a pensar que no funcionó, me deprimí, y entra a un ciclo en el cual vuelve e inicio un proceso y vuelve el proceso no se da. Nosotros no hemos aprendido. Un ejemplo, tenemos que montar proyectos a*

largo plazo, y que los proyectos no necesariamente dan resultados en el corto plazo. Yo sí creo que desde el punto de vista cultural el tema de la inmediatez ha afectado, el tema del narcotráfico ha afectado, que es el dinero fácil, y eso culturalmente y socialmente se ha aceptado, y es el cómo obtener dinero fácil sin tener que esforzarme mucho. Eso de una u otra manera nos está afectando, y lo estamos viendo hoy en día en los jóvenes.

Entrevistador: ¿En qué medida el colombiano es responsable con su salud mental?

Entrevistado: *Yo diría que el tema no es tanto de responsabilidad. El colombiano no ha reconocido que tiene problemas en salud mental. Entonces que pasa, yo no puedo ser responsable cuando no parto de un principio básico: y es el de reconocer que tenemos problemas de salud mental. Hoy en día uno ve las encuestas de salud mental y la población dice ¡ay si estamos mal!, pero no se hace nada. Uno ve los indicadores de violencia intrafamiliar que de una u otra manera terminan derivando en otro tipo de trastornos y no se hace nada. Hemos ido aceptando como sociedad que eso es normal, que tener ese tipo de trastornos en salud mental es normal, y lo requerimos, pero no lo exigimos. Exigimos atención en salud física, pero no atención en salud mental. Y desde ahí empezamos con un tema, y es que tanta incidencia hace el Estado para garantizar el servicio cuando la misma población ni siquiera lo considera que es fundamental para su salud.*

Entrevistador: ¿Qué elementos psicológicos fueron tenidos en cuenta para el PND en el contexto de la salud mental?

Entrevistado: *Dígannos que nuestra política de atención en salud mental está fundamentada más en el marco del modelo asistencialista. Manejamos unos perfiles epidemiológicos basados en la atención en salud mental (de que se enferma y de que se muere nuestra población). En el caso de la salud mental, cuales son los trastornos de salud mental más evidentes. Y lo que hemos tratado de hacer es una mayor incidencia en el tema de salud mental, en este momento, con el tema de la convivencia ciudadana, el tema del relacionamiento, y el tema de procesos de intervención psicosocial, en el cual hoy en día una de las grandes necesidades que vemos es que no podemos seguir viendo el tema de la salud mental desde el trastorno; también tenemos que mirar al ser mas allá de la salud mental como un componente fundamental en el entorno psicosocial. Y el tema psicosocial podemos evidenciar otros factores importantes, como el tema cultural, el tema familiar, el tema del ambiente, el tema de las condiciones socioeconómicas. Tenemos que cambiar mucho en parte del enfoque, porque el enfoque que conservamos hoy en día en salud mental es el enfoque asistencialista. Hemos tratado de modificar algunos aspectos, pero creo que nos hace falta mucho.*

Entrevistador: ¿La democracia puede ser definida como una forma de vida?

Entrevistado: *Yo pensaría que sí, porque para mí ser democrático es aceptar también al otro, es ser tolerante con el otro, es convivir con el otro, es confiar en el otro, es pensar con el otro yo puedo, que es mejor articular esfuerzos que ser individualista; eso hace parte de la democracia. Pero la democracia parte de un principio: y es de la buena fe, y desafortunadamente eso es lo que tenemos que fortalecer, partiendo de que el otro no me va a hacer daño. Cuando yo puedo incidir de manera efectiva en la política del país, de esa manera siento yo que estoy siendo tenido en cuenta como*

ciudadano. La democracia no se da por la constitución, se da por el ejercicio de los espacios, y en la medida en que yo puedo ejercer en el espacio. Si los espacios democráticos no se ejercen, eso no funciona. Un ejemplo, la tutela, el mejor ejemplo que tenemos en salud es la tutela. Cuando la tutela surgió, no surgió como un elemento clave en el ejercicio de la salud; surgió como un elemento jurídico, que fue retomado por la ley estatutaria de salud como un elemento fundamental para ejercer el derecho a la salud. Y la tutela hoy en día es la principal herramienta para hacer cumplir mi ejercicio de derecho a la salud, que no debería ser, No debería existir un instrumento que me haga a mi hacer valer mi derecho de la salud como un derecho fundamental. La tutela es el único instrumento válido para ejercer el derecho a la salud, y el único que está funcionando.

Entrevistador: ¿Qué valores democráticos refleja la sociedad colombiana?

Entrevistado: *Mire que independientemente de todo ese tema de violencia, de ese tema de no participación el tema de la solidaridad social, pero en momentos en que se requiere. A nosotros nos une más un partido de fútbol como comunidad, que un tema social, y en su efecto que lo estamos viviendo. Esa solidaridad funciona solamente en momentos específicos. Aparecen y desaparecen, pero no es permanente. Somos solidarios en algunas cosas. Desafortunadamente parte de nuestra propia cultura. Terminamos siendo un poco apáticos con la realidad.*

Entrevistador: ¿En el contexto de la participación ciudadana, las comunidades participan en la elaboración de las propuestas de políticas en salud mental?

Entrevistado: *No. Estamos muy en pañales, en poder trabajar eso. Eso es parte de lo que tenemos que hacer con los nuevos gobernantes, y es poder de una u otra manera incidir en hacer democracia desde la construcción de los programas, desde el diseño del interior de los programas, porque normalmente lo que se hace es continuidad de los programas con algunas modificaciones, pero no se hace una evaluación de los programas que permita tomar decisiones. Son decisiones que se hacen más desde lo administrativo, y no desde la ciudadanía. Y yo creo que eso de alguna u otra manera termina influyendo en que los ciudadanos terminen viendo en que esos son programas del gobierno para el gobierno, no para la comunidad. En la medida en que yo no me siento participe en el diseño e implementación, no me siento participe de nada. El programa es del candidato, no es un programa que sea incluyente. Yo no puedo diseñar mi programa con los que están a mi favor, sino también con los que están en mi contra. Creo que eso es parte en lo que debemos empezar a cambiar, en que no necesariamente los programas los tenga que hacer con la población que comparte mis ideales.*

Entrevistador: ¿El PND es circunstancial?

Entrevistado: *Aja*

Entrevistador: ¿No hay una evolución del concepto del plan de desarrollo, sino que cada gobierno propone su propio plan?

Entrevistado: *Con el PND sucede lo mismo que con los demás planes a nivel territorial. Cada grupo político que llegue va a colocar cuáles son sus prioridades, y pueden ser las mismas, sino que las prioridades cambian. Un ejemplo, en salud yo*

puedo cambiar las prioridades. Para mi puede ser más prioritario en este gobierno trabajar el tema de salud mental, y ¿eso a donde se ve? En la agenda política. Al revisar la asignación de recursos uno se da cuenta de cuáles son las prioridades del gobierno.

Entrevistador: ¿En el periodo 2010-2014, a Salud mental fue una prioridad?

Entrevistado: *No. Empieza a ser una prioridad a partir de la promulgación de la ley y de la reglamentación. Y en este momento, en el marco del proceso de paz, requerimos de procesos de desarrollo de salud mental, porque todo esto está asociado al tema de la convivencia ciudadana que tenemos que implementar.*

Entrevistador: Durante ese periodo 2010-2014, en materia legislativa ¿Qué ocurrió en relación con la salud mental?

Entrevistado: *Como te comentaba, lo que se hizo ahí fue la construcción de los estudios para soportar la construcción de una política de salud mental. La ley 1616 que hace es establecer la política. Cuando yo saco una reglamentación como gobierno, lo que hago es, a través de la norma, establecer las prioridades de política y la asignación de recursos. Lo que hace la ley 1616 es a partir de los estudios que se hicieron en salud mental es establecer prioridades, que posteriormente deben ser reglamentadas, que es lo que apenas se está iniciando ahorita (que es la reglamentación de la ley). Esa reglamentación de la ley es lo que esperamos ver reflejada en este nuevo plan de desarrollo, en la implementación ya a nivel del territorio.*

Entrevistador: ¿Cuál fue el enfoque epistemológico o teórico que se tuvo en cuenta para crear el PND 2010 – 2014?

Entrevistado: *Recordemos una cosa: nosotros veníamos de un cambio de gobierno. Si bien es cierto fue el gobierno de la continuidad del gobierno de Uribe. Y en el gobierno de Santos si marcó una diferencia en términos de iniciar esos procesos de evidenciar el tema de la salud mental. Digamos que cuando se hace un estudio lo que se hace es soportar científicamente la necesidad de crear una política de salud mental. Todos sabíamos que se requería, todos sabíamos que hay indicadores graves en salud mental, pero se necesitaba esa evidencia científica que le permitiera al Estado tomar la decisión de sacar una ley que estableciera como desarrollar la salud mental en el país. Cuando saco una ley es porque estoy reconociendo que hay problemas que hay dificultades, que se requiere de unos procesos de intervención en salud mental. Por eso se saca la norma.*

Entrevistador: ¿Cómo concibe el PND a la persona?

Entrevistado: *En este nuevo plan, se está pensando más desde lo diferencial hoy en día y el nuevo modelo cuando plantea el enfoque territorial lo que me está diciendo es: ustedes desarrollan la política teniendo en cuenta el enfoque territorial que parte de un enfoque diferencial. Y es que si bien es cierto, tenemos población vulnerable, y dentro de esas poblaciones vulnerables también podemos establecer diferencias, desde lo étnico, diferencias desde la población vulnerable, diferencia desde que tenemos víctimas del conflicto armado, que tenemos población reinsertada, que tenemos*

población hoy en día migrante que está llegando a nuestros territorios, y eso va a implicar que si yo no empiezo a manejar el enfoque diferencial en el nuevo modelo, no voy a poder diseñar programas que en verdad respondan las necesidades particulares de la población.

Entrevistador: ¿Y cómo fue concebida a la persona en el PND 2010 – 2014?

Entrevistado: *Es que eso viene de allá. Lo diferencial no es nuevo. Lo diferencial es continuidad. Mire que el tema de lo diferencial ha sido tan fuerte, que hoy en día lo que se hace es reconocer la importancia de lo diferencial. Lo diferencial empezó con el tema del desplazamiento en el país. La sentencia T-025 de la corte constitucional que habló de la población desplazada y del incumplimiento del gobierno en cuanto a los diferentes fallos que se profirieron en su momento con las víctimas (población desplazada) lo que la corte estableció fue: si bien es cierto el Estado atiende a la población, es necesaria que dentro de esa atención a la población habría que tener en cuenta el enfoque diferencial. De ahí surge el enfoque diferencial.*

Entrevistador: Gracias por su tiempo.

Anexo 12

Transcripción de la entrevista 2

Entrevistador: Buenas noches

Entrevistado: *Buenas noches*

Entrevistador: vamos a dar inicio entrevista el día de hoy. En primera instancia me confirma su nombre?

Entrevistado: *L.P.A.*

Entrevistador: L.P.A. ¿Hace cuánto tiempo trabaja para sector salud en Bogotá?

Entrevistado: *Hace 23 años.*

Entrevistador: Como es de su conocimiento, esta investigación va en torno a conocer el Tema de la salud mental y democracia participativa en Colombia. para ello hemos estipulado dos 2 categorías grandes que son salud mental y democracia y cada una de ellas tiene sus propias subcategorías. La primera pregunta que te quiero hacer el día de hoy es ¿Qué relevancia tuvo la Salud Mental para el periodo 2010-2014?

Entrevistado: *Bien, para poder, digamos, la respuesta a la pregunta del es importante basarnos en el concepto salud mental, planteado por la política, a través del plan de desarrollo que está orientado a vincular una serie de determinantes sociales, determinantes psico-emocionales, que están articulados con el ejercicio del servicio, la prestación de servicio en sí mismo, entonces se le dio énfasis en este periodo a esta articulación de la estructura, o de la infraestructura través de la cual se presta un servicio a la comunidad y como desde la comunidad también se evidencia una serie de factores que afectan los procesos de salud mental, entendiendo la salud mental como ese proceso de equilibrio a nivel familiar, a nivel individual, a nivel laboral, de una persona puede estar en un margen de en cumplimiento de los derechos humanos, a partir de una serie de factores que lo vinculan o no en esos procesos de derechos humanos*

Entrevistador: Durante el periodo 2010 2014 ¿Qué determinantes sociales considera usted que influyeron en la salud mental de los colombianos?

Entrevistado: *Bien, dentro de la política se planteaba que era fundamental el ejercicio de la economía, la posibilidad de abrir espacios y de integrar otras instituciones, entendiendo que la salud mental no solamente depende de y la institución de salud, la que presta el servicio, sino que además vincula la en el desarrollo económico, el desarrollo político, el desarrollo cultural, el rescate una serie de valores, la posibilidad de cómo determinante social de vincular e incluir a la familia dentro de la institución y en el ejercicio del derecho. Básicamente la salud mental estuvo afectada durante este periodo, generando un ejercicio de posibilidades, fundamentalmente, abrir posibilidades institucionales de los diferentes sectores para participar en el desarrollo de la salud mental, en donde el individuo es un eje fundamental en esa política. Sin*

embargo, nos quedamos cortos en cuanto a la posibilidad de asignación de recursos. En conclusión, hay elementos o determinantes sociales, psicológicos, económicos, institucionales, que redundan en el desarrollo de la salud mental del Pueblo, del país.

Entrevistador: Dentro de su experiencia que lleva en el sector salud en Bogotá, ¿Cómo cree usted que la vulnerabilidad social afectó la salud mental durante ese periodo de estudio

Entrevistado: *Bien para responder esta pregunta es necesario identificar una serie del de datos epidemiológicos en donde observamos cómo esa vulnerabilidad social hace que las personas empiezan a presentar una serie de enfermedades, de patologías, no solamente entendidas como patologías mentales sino también en desequilibrio, en desequilibrio individuales, desequilibrio social. veamos cómo entre la población femenina, por ejemplo, particularmente se aumentaron los niveles de estrés, niveles de depresión en el margen de las dificultades y de las posibilidades para ingresar a procesos, incluso laborales, ¿si? Vimos como también se presentaba la mujer soltera con la serie de situaciones, enfrentando la familia sola, si, con una serie de hijos y además también, vemos cómo se alteraron los niveles de consumo de sustancias, en particular de la mujer, la mujer en esta época empezó un consumo fuerte y la estadística o los datos epidemiológicos dan resultado de alto consumo por parte de la mujer, consumo de benzodiacepinas, a diferencia del hombre que empezó a consumir de manera muy fuerte el bazuco. Veámos también habitabilidad en Calle, esa vulnerabilidad social se desborda en esa en esa época, hacia el aumento de la enfermedad mental, en la enfermedad mental entendida como a la alteración más más que la enfermedad mental alteraciones Mentales entendidas como aumento de la violencia intrafamiliar, la ideación y la conducta suicida, suicidio consumado, consumo de sustancias y otra serie de aspectos allí que valen la pena revisar en el estudio que se hizo en la época, un estudio descriptivo a nivel nacional, el estudio de salud mental de ministerio de salud, que no se ofrece esos datos y que confirman como esa vulnerabilidad social afectó y alteró la salud mental de los colombianos en ese periodo.*

Entrevistador: En relación con todo ese tipo de factores, como el consumo de sustancias psicoactivas, el género, la edad, ¿de qué forma o de qué manera el gobierno colombiano tuvo en cuenta esos determinantes o esos factores para la elaboración del plan nacional de desarrollo 2010 2014?

Entrevistado: *Bueno, en esta época hubo la apertura de algunos programas, incluso en esa época nosotros desarrollamos el plan de atención básico que hasta la hasta el año 2010 fue un, pues, la posibilidad de integrar de manera universal y de manera gratuita la población, en diferentes procesos, pues de prevención fundamentalmente y de promoción de la salud mental, que finalmente durante el transcurso de los 4 años, el 2010 al 2014 muchos de sus programas se vinieron abajo, precisamente dificultades a nivel de presupuesto, es decir que el plan nacional planteaba una serie de objetivos muy muy amplios que finalmente no fueron cumplidos en la medida en que estos programas se desbordaron y no hubo la posibilidad de darles continuidad por la falta o déficit de recursos. Entonces empezaron a menguar los recursos para otro lado y salud mental empezó a entenderse como un problema que no era, no era tan importante de abordar, y se le dio la vuelta a la prestación del servicio, y ya dejó de ser gratuito para*

pasar a hacer parte del plan obligatorio de salud, y de un servicio de salud que tenía que hacer usarlo, solamente unos pocos tenían acceso al servicio de salud en esa época, porque los programas de reventaron, incluso los del talento humano, hubo déficit de talento humano porque no habían los recursos suficientes para contratarlos y hubo cierre de los programas que se venían adelantando años atrás. Incluso desde el año 2000 se venían adelantando muy importantes, pero vamos a través de su plan de atención básica, y esos planos complementarios que hoy día los conocemos como plan de intervenciones colectivas dieron la vuelta y empezaron a prestarse como como servicios específicos. Se atendió la salud mental con un problema de hipertensión, pero no de manera integral a pesar de que el plan de desarrollo y en el concepto del abordaje de la salud mental tenía que ser integral. A pesar de ese concepto, de esa política y de esa propuesta política, los recursos económicos no fueron suficientes ya que se desbordó se desbordó la prestación de servicio y se quedó resumida a atender la salud mental igual como atendemos una hepatitis o como atendemos cualquier otro tipo de enfermedad. Entonces, es complejo, es complejo y el resultado de eso lo estamos viviendo hoy, justamente el déficit de recursos para el sector salud y particularmente para el área de salud mental.

Entrevistador: Perfecto en función de todos esos determinantes que usted acabo de mencionar, ¿cree usted que la violencia afectó la salud mental Durante ese periodo de estudio?

Entrevistado: *Si claro. Es evidente que, como le mencionaba ahora, epidemiológicamente aumentaron los niveles de violencia a nivel Intrafamiliar, hubo aumento de casos a nivel de los hospitales, de los servicios de urgencias, hubo más abandono a los niños por parte de los padres o las madres, por lo que, las situaciones económicas y las familias no se... hubo factores económicos.... La economía del país que en esos años afectaron a las familias. Finalmente, las dificultades de acceso a nivel laboral, a la posibilidad económicas y laborales de la mujer y del hombre afectaron finalmente a la familia ¿no? Y afectó a la salud mental. Si la familia se afecta, si se pierde el equilibrio social, laboral, familiar, pues eso redundo, o se resume, o el resultado es vivir todos esos procesos de alteración en la salud mental. No solamente de los niños, sino pues de toda la familia ¿no? Y a nivel de la empresa por ejemplo, también nosotros veíamos como los indicadores mostraban en el observatorio de salud mental, como hubo aumento del consumo de alcohol; muchas empresas nos solicitaron servicios y atención en salud y programas de prevención, que incluso siguen débiles; no solamente en la empresa sino también en la escuela no?, porque de la mano también estaba la dificultad de los docentes, dificultades a nivel económico, no se les pagaba sus salarios; hubo una serie de polémicas respecto a que era necesario mejorar los salarios de los docentes. Todo esto también afecta la escuela y altera la salud mental a nivel general de la población. Realmente fue un periodo de crisis a todo nivel a nivel institucional en todos los sectores, a nivel de educación, a nivel social, a nivel de salud. Se cerraron programas. En ese año 2014 funcionaba la GUAICA que ahí solo un año después no más presupuesto para poder continuar. No hubo sostenibilidad de lo que sabe abierto a nivel universal como programas de prevención. Además, que concepto del proceso de prevención tampoco está claro ni siquiera uno ¿no? Nosotros hemos*

venido avanzando propuestas de prevención y promoción, y planes de prevención y promoción, pero realmente seguimos cortos. faltan procesos y construcciones epistemológicas y conceptuales para garantizar que sus procesos de previsión lleguen a las comunidades, y apenas estamos.... yo diría que hemos avanzado sistema de información y en sistemas de vigilancia epidemiológica, pero en sistemas de atención, intervención y rehabilitación del tema de la salud mental estamos muy cortos, aunque tenemos, digamos que algunos ejercicios algunos de sus pilotos que muestran resultados basados en la evidencia, pero realmente los planes de prevención y los planes de promoción y de intervención de atención siguen siendo débiles en Colombia. Las instituciones no tienen los recursos..... tenemos la experiencia, pero nosotros como Buenos colombianos desafortunadamente no escribimos y esos programas y modelos que hemos elaborado están aún por escribirse.... Tenemos la experiencia, pero no nos hemos tomado el tiempo para, ni tampoco hay recursos para garantizar que se investigue sobre cuál es el impacto de los que hemos hecho, y llevemos a la literatura y a la academia la construcción de esos procesos de prevención y de promoción orientados a la salud mental, para fortalecer la salud mental en Colombia.

Entrevistador: Hace un momento usted mencionaba el tema de las familias, el contexto social y otros factores ¿cómo fue proceso desarrollo de trabajos sociales y/o comunitarios para potencializar la atención primaria de salud mental en ese periodo de estudio?

Entrevistado: *Ehhhhh como mencionaba anteriormente, se fortaleció el programa del plan de atención básico y generaron algunas estrategias desde ese plan de atención básico, pero estaban orientados más a fortalecer los procesos de vacunación, apoyar acciones frente a brotes y endemias o pandemias ¿si? pero realmente la salud mental como tal ha tenido (se reduce) a esa atención primaria, a hacer programas epidemiológicos, hacer seguimiento, y hacer una atención del médico y la enfermera en el hospital, pero realmente se hizo un intento de realizar acciones en la casa, en los proyectos de domiciliarios, la salud a su hogar, de ir a la casa y hacer procesos allí de trabajo orientados a hacer prevención; pero realmente nosotros los profesionales desde la academia no estamos formados para hacer un proceso de atención de salud en casa, y yo diría que ese sería el modelo, el modelo ideal ¿si? de estar en el barrio, de estar en la casa. En esos años se intentó un poco en hacer ese ejercicio, pero de igual manera en muchas ocasiones la misma comunidad no tiene la cultura ¿no? de recibir al médico en casa y hubo mucho recurso en ese momento asignado para poder garantizar esa atención; incluso en esos años se abrieron algunos programas locales importantes; la comunidad participó en la elaboración de diagnósticos locales, las alcaldías asignaron algunos presupuestos; hubo algunos proyectos de otras instituciones como el ICBF, la secretaria de integración social, pero que finalmente no se ejecutaron. Fíjate hubo de alguna manera un recurso para garantizar la atención primaria en salud, pero no se ejecutó el presupuesto, entonces se reversó hacia otros proyectos, hacia otras acciones. Entonces seguimos siendo en eso estamos a un.... pues yo diría que hemos avanzado un poco en la medida en que los nuevos gobiernos algo nuevas posibilidades si lo haces parte, pero seguimos cortos en procesos de prevención.*

Entrevistador: ¿Hasta qué punto el gradiente social pudo haber tenido una influencia en la salud mental de las personas?

Entrevistado: *Ehhhhhh pues en la medida en que, en la parte social, digamos, hace presencia en las instituciones. En este momento hablamos de veedores sociales, veedores comunitarios, de la participación social orientada a que el individuo, el ciudadano se involucre en esos procesos de salud enfermedad, se vincula de una manera activa para apoyar estos procesos de salud, que sea de alguna manera aquel quien también ayuda a cuidar la salud del del grupo social, del entorno, pero pero en este momento lo que estamos viviendo y desde estos años y con más énfasis en estos años el papel del del de la comunidad ha sido vigilar a controlar pero no ha sido participar, involucrarse en los procesos sociales. Pues desafortunadamente, nosotros incluso nos hemos encargado de convertirlos a ellos en el policía de la salud y no a quien se involucre realmente participa, se vincula y garantiza cambios y gestión y como debería hacer; en poder dar a la comunidad para que se vinculen en esos procesos de desarrollo social. en eso estamos estamos trabajando, pero es muy complejo ¿Por qué? porque no hay realmente una política o puede que la política institucional exista, pero no lo hemos entendido, y no la hemos llevado a la práctica.*

Entrevistador: Pasando al siguiente escenario de estudio hablemos de la parte económica, aunque ya usted trocó unos temas importantes en su momento quisiera preguntarle ¿hasta qué punto la política económica neoliberal influyó en la salud mental de la población colombiana y/o en la formulación de políticas públicas en este campo especial?

Entrevistado: Digamos que yo no tengo una cifra exacta pero lo que sí te puedo decir es que claramente se cortaron los presupuestos para los programas en salud mental. De hecho, se disminuyó a un 50% el recurso humano, el talento humano que venía trabajando en salud mental de nuestra institución y se cerraron programas importantes que veníamos adelantando para justamente fortalecer esas acciones sociales, comunitarias, de democracia, participación social, se cerraron, y nos quedamos en el escritorio y en el consultorio. Volvimos al modelo anterior, a la medicina alopática.

Entrevistador: ¿Esa política económica neoliberal tuvo alguna incidencia el Marco de la construcción de las políticas públicas de la salud mental sancionadas Durante ese periodo de tiempo?

Entrevistado: *Si evidentemente, lo que mencionada ahora en su momento con relación al modelo de atención en salud que volvió nuevamente a la a la salud igual hospital médico y no a una atención integral como desde la política se había planteado, que tenía que ser una atención integral interinstitucional, interdisciplinaria, intersectorial, incluso se habían vinculado en períodos anteriores y más adelante en otros periodos se vincularon antropólogos y otras disciplinas porque la salud es... el proceso de salud – enfermedad es integral que esa misma manera tiene que ser intervenido de manera integral. Entonces se vincularon otras disciplinas y sin embargo económicamente no hubo los recursos para garantizar y posibilitar estas acciones integrales y volvimos al modelo anterior. Y evidentemente ese modelo afectó el servicio de atención en Salud en general ¿no? y obviamente en la salud mental.*

Entrevistador: Pasamos al siguiente escenario, al escenario epidemiológico. Hoy en día ¿Cómo se concibe la salud mental en Colombia?

Bueno, de acuerdo a lo que se plantea desde la Organización Mundial de la Salud, digamos que desde ahí se concibe la salud mental como el proceso de homeostasis, de equilibrio de componentes biológicos, psicológicos, social, psico-emocional, cultural, y hoy en día incluso en algunas academias se ha pensado y desde las instituciones también vincular otros conceptos del tema alternativo, el énfasis en el área espiritual, incluso en el tema religioso, que es vinculante.... vincula todos estos aspectos de derechos fundamentales individuales y de ideologías, y de esa misma manera se piensa el modelo de salud. intervenir no solamente lo médico sino lo demás, pero como te digo nos quedamos cortos en la prestación del servicio, y nos volvimos al modelo anterior. debería ser integral esa atención por tal como está concebido desde la organización mundial de la salud del concepto de salud mental.

Entrevistador: ¿Cómo se conciben esos determinantes y los condicionantes de la salud mental?

Entrevistado: *Bueno, hoy estamos hablando incluso del nuevo modelo y hemos determinado 4 áreas de trabajo para hablar de determinantes de salud y condicionantes de la salud mental, y realizamos acciones a nivel del espacio público, acciones a nivel del espacio educativo, en el espacio social y de la institución o de la organización. Entonces es un modelo que incluye esos cuatro elementos, y que de la misma manera se trabaja en una serie de acciones en lo público, en la educación, en lo social y en la organización. Y desde esos espacios se conciben o se describen los determinantes y los condicionantes de la salud mental. Entonces hemos vinculado a la escuela, a la organización, a las entidades sociales, a la alcaldía, a los escenarios comunitarios y de participación social, una serie de elementos donde todos pues definen los procesos de salud mental de la comunidad.*

Entrevistador: Desde su conocimiento y experiencia ¿Cuáles fueron las principales manifestaciones clínicas que afectaron la salud mental en Colombia en ese periodo de tiempo?

Entrevistado: *Bueno, las manifestaciones definitivamente tienen que ver con alteraciones a nivel de, vuelvo y retomo, la respuesta anterior respecto a los datos epidemiológicos del último estudio del 2016 en donde nos muestra que se aumentó el consumo de sustancias psicoactivas, que aumentaron los niveles de violencia, que respecto al año 2016 respecto a las que se tiene del año actualmente aumentó en un 50% el nivel de desnutrición en nuestra población infantil y pues eso nos habla de Negligencia, de descuido, de violencia intrafamiliar, de abuso sexual, maltrato sexual, de indigencia o habitante de Calle, aumentaron los habitantes de Calle ir adicionalmente pues proliferan, proliferan en cada vez más casos de ideación y conducta suicida, intento suicida y suicidio consumado. Entonces es importante rescatar de ese estudio del 2016 la diferencia de cómo se afecta la mujer (en las diferencias de género) y como también a nivel de ciclo Vital hay unas dificultades que se circunscriben a esas situaciones económicas y sociales y que en últimas pues tiene que ver con esas manifestaciones clínicas de salud mental.*

Entrevistador: ¿Cuáles pudieron haber sido los principales factores de riesgo que afectaron la salud mental de los colombianos?

Entrevistado: *Mmmmmmm Bueno yo diría que es de salud existen algunos elementos de la ley, porque en este momento hablamos de barreras de acceso a los servicios de salud. Entonces si tú no tienes el régimen contributivo donde es garantizar económicamente un pago, un copago, no puedes acceder a ciertos servicios ¿si?. entonces de vinculan a procesos de subsidiado, de un SISBÉN pero que definitivamente también de igual manera los accesos, el acceso a estos servicios son restringidos. Hay alteraciones de diferente nivel clínico, que hace que nuestros hospitales, incluso el modelo de sistema como opera el sistema estructuralmente y administrativamente, nuestro sistema de salud está pensado en un mercadeo de salud. Entonces la EPS recibe los recursos (anteriormente la administradora de régimen subsidiado) hoy entendidas o ubicadas como entidades promotoras de salud (EPS), reciben los recursos, pero se quedan con los dineros y no llegan a donde tiene que llegar. Entonces desafortunadamente toda esta dinámica de los sistemas de salud redundan en finalmente en afectaciones a nivel social, a nivel económico. Muchas personas no tienen incluso como desplazarse al servicio de salud para recibir una atención, o cómo pagar, hacer el copago, como vincularse de manera contributiva, entonces es un escenario que pareciera muy, digamos poco creíble y de poca fe de mi parte, pero realmente eso es lo que estamos viviendo. Incluso, la única entidad que nos ha permitido a nosotros vincular un mayor número de personas para prestar un servicio adecuado desde el nivel subsidiado ha sido con capital salud, que en este momento está reventado, porque ya no tiene cómo seguir atendiendo a la población. Incluso también hemos conocido de casos recientemente de niños que fallecen en los hospitales por falta de una atención rápida en urgencias, por falta de insumos incluso algunas de las gerentes de nuestras entidades han sido demandadas, pues no me atrevo a decirlo porque he vivido de manera cercana la situación porque hubo falta de un insumo que valía 600 pesos en un hospital y muerte de un materna solamente porque hubo falta de un insumo. Entonces, de esa manera es bastante complejo, y pues con una mirada muy desalentadora, nuestro servicio de salud para garantizar la salud mental en general, la salud en general de los colombianos.*

Entrevistador: Pasamos al escenario político y hay una pregunta central desde su conocimiento y experiencia ¿La democracia es una determinante a un condicionante de la salud mental en Colombia?

Entrevistado: *Yo diría que es un determinante y además un condicionante, porque porque en este momento cuando haces la pregunta recuerdo un escenario que tal en donde funcionaba un programa de rehabilitación con habitante de calle y atendíamos a 300 pacientes mensualmente, en esa época tuve la posibilidad de hacer parte del equipo líder coordinador de calidad, de servicio de calidad en la pensión de ese grupo de rehabilitación y había una tarea Fundamental y era construir el manual de convivencia dentro de la entidad hospital, estoy hablando del hospital XXXX, en ese momento nosotros veníamos trabajando un modelo muy conductista, de respuesta castigo, premio castigo, reforzamiento y finalmente nos dimos a la tarea de hacer lectura de otros modelos, de otros enfoques y leímos a Lakan, leímos un poco de Freud, leímos un poco de sujeto, de aquel que permite que se vincule el sujeto a en esos procesos de la construcción de la Norma y esos programas fueron muy efectivos, de decir, cuando tú le permites al otro pensarse, pensarse en su salud, pensar sobre su estilo de Vida, sobre su calidad de Vida sobre qué es lo que tiene que hacer para estar*

mejor o para mejorar su Vida y para estar mejor en términos de salud, es posible realmente garantizar una sanación, un proceso importante allí en donde el sujeto se vincule no solo como paciente, sino como sujeto activo, sujeto que piensa, sujeto que construye su salud, sujeto que genera procesos, sujeto que es activo, entonces desde esa mirada incluso las familias se vinculan de otra forma por el sujeto a garantizar la construcción de la Norma. Entonces definitivamente es un determinante de la salud y condiciona la democracia. Es fundamental la democracia en en el hospital, en los servicios de salud y todos los escenarios, entendida así. Eso es la salud mental: Estar bien, sentirme bien con lo que yo hago, con lo que quiero, con lo que yo vivo, con lo que yo construyo, en lo que yo sueño

Entrevistador: ¿Cómo se desarrolló la democracia participativa en el contexto de la salud mental para el desarrollo del PND?

Entrevistado: *Mira, básicamente se traduce en lo que ya de alguna u otra manera también había mencionado, y que la población participativa en la organización de los diagnósticos en salud, se elaboraron unos módulos manuales y la población ayuda a hacer la encuesta, ayudaba a llevar a la casa a Golpear la puerta para preguntar sobre los servicios de salud, sobre la participación social, básicamente se redujo a eso a que participaran como veedores por la un lado, que vigilan y controlan, pero no que acompañan, se vinculan, construyen, y por otro lado el tema de que ayudan a hacer un diagnóstico, a levantar una información en eso se excede, en eso están digamos se reduce el papel de la comunidad en estos servicios. En eso se enmarcaba la democracia.*

Entrevistador: ¿Hasta qué punto la salud mental pudo haber sido un objetivo estratégico para la elaboración del PND?

Entrevistado: *Debió haber sido. No lo fue de ninguna manera. pues digamos que se pensaría que si porque ayudaron a ser la encuesta o porque llevaron la información, pero realmente no una participación que vincule a la comunidad en la construcción, y nunca realmente nunca lo había como debería ser, nunca la ha habido local. En ese ejercicio pequeño que te cuento que se realizó en el hospital que podemos decir que ellos ayudaron en la construcción de su bienestar y de su salud en ese periodo de tiempo, pero no así de la misma manera se vinculan las personas, se vinculan desde la política, pero no desde la democracia, entendida como lo estoy planteando desde la democracia, que vincula y genera cambios en la comunidad reales ¿no? Y de impacto social.*

Entrevistador: ¿Cuál sería un modelo democrático orientado hacia la salud mental?

Entrevistado: *Definitivamente basado en los derechos humanos, los derechos humanos son claves sobre la posibilidad, son la posibilidad de entender al otro, de ponerme en el lugar del otro, de generar acciones conjuntas... tiene que ser basado en los derechos humanos.*

Entrevistador: ¿Se podría decir que también aparte los derechos humanos también podrían estar involucrado el enfoque diferencial?

Entrevistado: *Claro claro evidentemente. Tiene que ser.*

Entrevistador: En cuanto al factor cultural, ¿Cómo se percibe la responsabilidad del colombiano con su salud mental?

Entrevistado: *No hay responsabilidad del colombiano con su salud mental, porque si está todo el tiempo digamos que, generando cosas, produciendo, basado en el hacer, en garantizar recursos pues nunca se piensa mi hay un espacio para para construir desde otra mirada, sino desde la mirada económica, la globalización, desde la necesidad de tener no de ser, en construir el ser. Desde ahí es donde deberíamos enmarcar nuestra vida, pero realmente tenemos una cultura que hace énfasis en lo económico, en ver al otro como la cosa que produce. Tu vales por lo que eres capaz de hacer, pero no de ser. No desde el escenario de la construcción del ser.*

Entrevistador: ¿Qué factores culturales inciden en la salud mental de la población Colombia?

Entrevistado: *Conocemos que históricamente pues somos un Pueblo que viene de violencia, de una cultura muy enmarcada en modelos de otros países, como que perdemos nuestra esencia. Entonces todos estos factores culturales dentro de la historia de los abuelos, desde las familias también empoderamos a los niños más de la competencia y no desde el crecer juntos, de vivir juntos, desde la solidaridad, el resultado es lo que vemos ahora el resultado de esa cultura, de esa historia nuestra.*

Entrevistador: ¿Qué elementos de la salud mental fueron tenidos en cuenta para la construcción del PND?

Entrevistado: *Pues digamos que los estudios que venían haciendo el ministerio de la de salud y de protección social y fue el estudio básico que se hizo cada 5, cada 6 años se realizó ese estudio a nivel nacional. Y desde ahí se tomaron elementos, pero como te digo terminan siendo débiles, porque son estudios también enmarcados en revisar que afecta la salud mental en términos de enfermedad ¿no? Mira la salud mental desde lo que está enfermo, y no desde lo que podemos revisar que funcione bien, desde los factores de protección, que es un modelo que también está planteado, incluso, para los otros países si lo hace. En Europa, Por ejemplo, en Estados Unidos orientados al rescatar elementos de conciencia, de fortalecer una serie de aspectos Individuales, de darle el lugar al otro, de un modelo integrador, pero este PND tuvo en cuenta los datos estadísticos.*

Entrevistador: ¿Qué forma o de qué manera a las emociones influyen influyeron en la salud mental durante ese periodo?

Entrevistado: *A todo nivel, porque si yo me siento mal con el otro, el lugar donde estoy, si no estoy de acuerdo con un gobierno, si estoy mirando como económicamente no hay las garantías, laboralmente no hay las opciones de las posibilidades para integrarme algo que me permita un desarrollo psicológico, emocional, de mi bienestar, pues realmente afecta la salud mental, las emociones tienen que ver evidentemente.*

Entrevistador: ¿Dentro de ese orden de ideas, los Valores Morales podría hacer unos protectores para la salud mental?

Entrevistado: *Si claro. habíamos hablado pues de los derechos humanos y el tema de valores está ahí incluido, son protectores, claro. Habría que de revisar como*

investigamos sobre eso, para mirar cómo rescatamos esos valores, como hacemos una labor de promoción más que de prevención, promover la salud mental.

Entrevistador: Historicamente se ha dicho que el colombiano es resiliente ante las dificultades y hace una característica que hemos tenido como a nivel cultural, social. ¿cómo se puede explicar la resiliencia y su relación con la salud mental del colombiano?

Entrevistado: *Yo pienso que eso está enmarcado en esas políticas de gobierno, igual de producción. La resiliencia está orientada hacia habilidades para la Vida, desarrollar habilidades para la Vida finalmente terminamos adaptándonos ¿no? Pero adaptándonos a ese modelo que nos presenta el gobierno, el Estado, que no vincula la sociedad civil, que no genera oportunidades, entonces terminamos adaptándonos y ahí hay una capacidad de resiliencia enorme nuestra porque si no me terminamos con nuestro estado de indefensión. De alguna manera seguimos siendo con la desesperanza aprendida pues vivir porque sobrevivir nos toca, pero realmente no vivimos felices, no vivimos con las garantías que deberíamos tener. Recientemente por ejemplo estoy... soy conocedora de que en España cuando tu cumples 45 años el Estado te da una pensión por cumplir los 45 años. Incluso el Estado le da vivienda a las personas que no tienen donde vivir les garantiza vivienda, les garantiza educación. Estamos a años luz de todos esos procesos que deberían ser. Colombia tiene dinero, tiene tanto dinero como para garantizar ese tipo de.... si realmente fuera un modelo pensado, pensado en nuestros sueños sería un modelo distinto. Pero además Colombia a Colombia llega toda clase de personas ¿no?. A Bogotá, las a las ciudades metrópolis invaden muchos lugares, vienen gente de todas partes es muy difícil con esa diferencia lograr lograr un esquema.... no hemos sido capaces de garantizar una atención, una intervención integral que vincule esa diferencia, no hemos sido capaces. Lo que estamos haciendo son pañitos de agua tibia ¿no? yo por lo menos, yo que estoy en esos procesos operativos de llevar la ley, aplicar la ley, el Marco normativo y legal, me veo cada vez menos ahí. soy un número más, Más tengo que cumplir una meta que no importa que haga usted realmente con este Chico o en esa familia, o en ese grupo social.... lo que me interesa es que facture. Entonces la salud termina en un mercadeo, en un número, en unos datos. Duele decirlo y es muy complejo después de haber estado tantos años aquí en estos procesos, pero realmente me siento ya incapaz de seguir ahí porque incluso estamos cayendo en mediocridad, por un lado, porque no realmente estamos haciendo lo que pensamos, lo que queremos, lo que soñamos.... terminamos siendo también un número más y facturando para que el hospital tenga dinero, para que unos pocos tengan el mejor salario y otros muchos incluso con menores salarios haciendo más actividades. Ha habido incluso suicidios del de las personas que prestamos los servicios en salud, alteraciones en salud mental bastantes de parte de la población, del talento humano que presta los servicios en salud. Entonces, estamos en un desequilibrio que nada tiene que ver con ese concepto de salud mental que planteamos, del equilibrio. Nosotros que trabajamos en salud mental no tenemos salud mental.*

Entrevistador: ¿Se podría decir que la democracia es una forma de vida?

Entrevistado: *Claro, es una forma de vida, pero es una forma de vida que si no está pensada desde el Estado, y si no está pensada desde la estructura del país, si seguimos siendo la cosa, si seguimos siendo un número, más seguimos pensando en que los años*

de Vida saludables los dedicamos es a pagar los impuestos ¿si?, a garantizar que sea lo económico lo que mueva este país, pues desafortunadamente difícilmente vamos a darle la vuelta a ese esquema ¿no? del sistema de país en el que impera lo económico, la competencia, el que más que más que tiene es el que tiene el poder, no sé qué habría, que tendríamos que hacer. Hace poco hacía una lectura en donde nos invitaban a vincular la triada para realmente pensarnos el sistema de distinto de democracia en el que deben participar la academia; Estanislao Zuleta incluso lo planteó como la trilogía, la academia, el Estado y la empresa y sociedad civil, para que se vinculen y trabajemos de manera articulada y de la mano en la investigación, en la formulación de la política, en la construcción de los escenarios sociales. Tendríamos que vivir de otra manera definitivamente para.... pero es desde la democracia, un país realmente democrático, con énfasis en esos Derechos Humanos y en el enfoque que tu planteas (diferencial), que integre la diferencia y que valore la diferencia. No sé si lleguemos a eso.

Entrevistador: ¿Cómo el PND concibió a la persona humana como eje central en ese periodo?

Entrevistado: *Para sostener los objetivos de la política, pero no el humano como lo estamos hablando, de que estamos pensando, soñador, el que ama la vida, y quiere integrarse de otra manera, de esa manera definitivamente no. como un número más. Años de vida saludable para el Estado, al servicio del Estado. si claro, pero no para la persona de ninguna manera.*

Entrevistador: ¿Qué valores refleja la democracia para la sociedad colombiana?

Entrevistado: *Lo que hablamos ahora el voto. Participo y voto. sé si me regalen el... el político que me dé la camiseta es es el que gana, o político que me dé el tamal y el caldo en el desayuno ese es el que gana somos un voto. Y entendemos la democracia así.*

Entrevistador: ¿Quiénes estuvieron encargados de la salud mental y de sus implicaciones para el PND periodo 2010 – 2014?

Entrevistado: *Pues las instituciones. Se supone que las instituciones estábamos a cargo de garantizar la salud. En las instituciones me refiero a todos los ministerios. teníamos a cargo llevar a la práctica esos planes ¿no? Siempre, digamos siempre desde el plan, desde la política se genera el plan de gobierno, los proyectos, y las pequeñas acciones que finalmente lo que buscan es traducir la ley o la norma en acciones. Y todas las entidades estamos al cargo de eso: el médico, el alcalde.*

Entrevistador: ¿Bajo que enfoque teórico o epistemológico fue diseñado el Plan nacional de desarrollo 2010 2014?

Entrevistado: *Bien que digamos si nos ubicamos en las escuelas Comportamentales se hizo énfasis en el desarrollo, en lo epistemológico desde lo positivista, modelo muy positivista muy analítico, muy muy empírico, diría yo. Pero fundamentalmente el enfoque fue cognitivo conductual. Desde ahí se construyó todo el modelo de salud mental. Incluso nuestros paquetes y planes en prevención hacen énfasis en el modelo cognitivo conductual. Y el PND con énfasis en lo económico.*

Entrevistador: ¿El plan nacional de desarrollo o el desarrollo es un producto histórico, o es circunstancial a la expectativa del gobierno de turno?

Entrevistado: *Circunstancial, a las expectativas. Eso es evidente.*

Entrevistador: Es decir que, si este es circunstancial, ¿las políticas de salud pública en cuanto a la salud mental también han sido circunstanciales?

Entrevistado: *También. Aunque ha habido líneas, ¿no?, trabajemos en lo económico, trabajemos en la parte de situación social, trabajemos en la inclusión. Pero eso es una teoría, eso no se lleva a la práctica ¿sí?, las políticas no llevan a la práctica ese ejercicio real. Incluso desde Naciones Unidas, dentro de los modelos internacionales están planteados y están propuestos, pero no se llevan a la práctica.*

Entrevistador: muchas gracias.