

Psiquiatría y salud mental en el marco de la Ley 1438 y el Acuerdo 029

Tuvimos que esperar desde 1993 hasta finales de 2011 para que se actualizaran los medicamentos y procedimientos que están inscritos en el plan obligatorio de salud para psiquiatría y salud mental. Mediante la Ley 1438 de 2011 se publicó el Acuerdo 029 que define, aclara y actualiza “integralmente” el plan obligatorio de salud. Bienvenida, pues, la reforma, que por primera vez pone de presente la necesidad de trabajar en salud mental, como se menciona en el artículo 66 de este nuevo acuerdo que tanto esperábamos y por el cual se ha luchado desde diferentes instancias de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Dentro de las modificaciones, es importante analizar los artículos 6, 17, 18, 22, 24, 55 y 73-77:

El *artículo 6* se refiere a las exclusiones. Aquí se dejan de lado las actividades con fines educativos, instruccionales o de capacitación en rehabilitación social o laboral, lo que está claramente en contravía de una de las necesidades fundamentales para la rehabilitación psicosocial y comunitaria, que es pieza clave de la atención primaria en salud mental.

En el *artículo 17* se definen hasta 30 sesiones anuales de psicoterapia individual (por psiquiatría y por psicología) y hasta 30 sesiones anuales de psicoterapia grupal, familiar o de pareja (también por psiquiatría y por psicología). Estos son cambios importantes si se tienen en cuenta las limitantes de los acuerdos anteriores. Sin embargo, es importante mantenernos vigilantes desde la Asociación, por cuanto muchos intermediarios de la salud procuran realizar esta modalidad sobre la atención con base en psicólogos, que resultan, por lo general, más económicos que los psiquiatras y que han llevado poco a poco a endosarnos la parte biológica y psicofarmacológica a expensas de dejar de lado las psicoterapias, que son la base de nuestra profesión. Vale la pena mantenernos atentos a esto.

El *artículo 18* incluye de manera obligatoria la atención psiquiátrica y psicológica a mujeres víctimas de violencia. No se había aclarado a quién le correspondía esta responsabilidad, pero aún falta definir las rutas y

las redes para la prestación de esta actividad, que es muy necesaria para esta población vulnerable.

El *artículo 22* trata sobre la atención de urgencias en salud mental. El plan obligatorio de salud incluye la atención de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de urgencias y en observación. Esta atención cubre las primeras 24 horas si se pone en peligro su vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad. Realmente esto no cambia lo que ya teníamos. Mantenemos, pues, la dificultad que se observa día a día en los servicios de urgencias cuando se trata de referir pacientes psiquiátricos a otras instituciones, pues no hay facilidad para lograr camas para su internación. Esto nos llevará a continuar las “riñas” para que se pague cuando un paciente requiere quedarse dos o más días en el servicio de urgencias mientras se logra conseguir alguna cama para su hospitalización. Por otra parte, en este artículo permanecen los vicios de antaño: ¿qué es “peligro para su integridad”? ¿Un paciente con una depresión mayor moderada o severa, sin riesgo suicida y que requiera internación tiene peligro para su integridad?, ¿podría ser mantenido en urgencias? Preguntas como estas todavía no se resuelven.

El *artículo 24* aborda el tema de la internación para el manejo de enfermedad en salud mental. Dice que se puede internar hasta por 90 días al año. No obstante, en el texto se afirma que se manejará de preferencia en el programa de internación parcial. Este incremento en días de hospitalización podrá beneficiar a algunos de nuestros pacientes más graves, que en ocasiones requerían más de los 30 días que hasta el acuerdo anterior se autorizaban, pero que aún sigue siendo una rueda suelta cuando pensamos en que la norma realiza la sumatoria de las atenciones en general, incluidas la hospitalización total y la hospitalización parcial. A pesar de ello, es claro que mientras sea clara la pertinencia clínica, este servicio podrá ser solicitado por fuera del plan obligatorio de salud. Vale la pena también preguntarse por aquellos pacientes que por su patología, su pobre red de apoyo o su situación social requieren claramente manejo institucionalizado. Si bien este servicio hoy lo están cubriendo algunas EPS, ¿hasta dónde queda en el limbo de lo sociosanitario? Aún no queda claro quién debe asumir la responsabilidad de este servicio.

El *artículo 55* se refiere a la cobertura de transición y a los beneficios para la población afiliada al régimen subsidiado sin unificación, donde hay cobertura para salud mental. Este es, definitivamente, un paso fun-

damental y de gran impacto para la población con patología mental, que tanta inequidad tenía en cada uno de los regímenes.

El *título IV* define los servicios para la población menor de 18 años y hace un énfasis en el cubrimiento en patología mental. Así, que del *artículo 73 al 77* se definen actividades para esta población cuando es víctima de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos de alimentación y uso de sustancias psicoactivas. Esto pone de presente que se está volviendo visible la importancia del trabajo en la enfermedad mental de la población menor, lo que es un gran acierto que permite iniciar tempranamente tratamientos conducentes a la curación o a evitar que se convierta en algo crónico, pero ¿qué pasa en términos de continuidad cuando se cumplen los 18 años? Seguramente quisiéramos la inclusión de todos los servicios para toda la población en el marco de búsqueda de la universalidad, pero son claras las limitantes para ello. Inquieta la situación para esta población, que, igual que las otras, envejece.

El *artículo 77*, que trata sobre la atención psicológica o psiquiátrica de menores con discapacidad, el plan obligatorio de salud para menores de 18 años cubre la atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación para todo menor de edad con discapacidad debidamente certificada por una autoridad competente. También existen las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24. Ahora bien, según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, todos los pacientes con enfermedad mental tienen discapacidad mental, entonces ¿qué significa “discapacidad” en el marco de este artículo?

Respecto a la lista de medicamentos, aparecen incluidos la risperidona, la sertralina, la olanzapina y la rivastigmina. Es importante anotar que cada uno de ellos fue definido para una patología en particular; por ejemplo, la risperidona es para uso exclusivo en esquizofrenia paranoide, por lo que si el paciente tiene un trastorno esquizoafectivo o un episodio maniaco, deberá emplearse un formato “no POS” y tendrá que pasar por un comité técnico científico (CTC), donde esperamos que sea rápidamente evaluado por pares nuestros, es decir, por nosotros como psiquiatras.

En cuanto a la sertralina, nos parece un gran acierto, aunque se comete un error al incluir la presentación de 25 mg, que en primera instancia se usaría poco y, hasta donde conozco, no existe en el país.

Acerca de la olanzapina, nos parece que podría haberse pensado en otras alternativas que tienen menos efectos metabólicos, como la quetiapina y el aripiprazol, y que, posiblemente por esta razón, podrían ser más costoefectivos.

Respecto a la rivastigmina, desde tiempo atrás se requería un medicamento de esta línea y pensamos que será beneficioso para los pacientes con demencia de Alzheimer en sus etapas iniciales. Ahora, lo que no conocemos es por qué se eligió la rivastigmina en lugar de la galantamina, el donepecilo, la memantina u otro. También hay medicamentos muy útiles en nuestra práctica clínica, como la lamotrigina, de uso para epilepsia, por lo que, igual, continuaremos recurriendo al mecanismo no POS.

En resumen, pensamos que la Ley 1438 del 2011 y el Acuerdo 029 son un paso adelante. pero esperamos que, como fue definido, cada año se realice de manera acuciosa la revisión de este nuevo “manual de tecnologías” (como se ha denominado), de forma que haya una depuración de aquellas tecnologías obsoletas y que se incluyan aquellas que posean la suficiente evidencia en beneficio de nuestros pacientes.

Carlos Gómez-Restrepo
Director RCP
cgomez_restrepo@yahoo.com

Nota: Agradezco a la Dra. Lina María González por sus comentarios a este editorial.

Psychiatry and Mental Health in the Framework of Act 1438 and Agreement 029

We had to wait since 1993 up to the end of 2011 to update drugs and procedures registered in the compulsory health plan allocated to psychiatry and mental health. Through Act 1438 of 2011, Agreement No. 029 was issued to integrally define, clarify and update the Compulsory Health Plan (CHP). Let's welcome then, the Reform to the Compulsory Health Plan that, for the first time, highlights the need to work in the field of mental health as stipulated in Article 66 of this new agreement we waited for so long and for whose attainment we have unflaggingly struggled from different instances of the Colombian Psychiatry Association.

Among modifications it is worth analyzing Articles 6, 17, 18, 22, 24, and 73-77:

Article 6th regarding exclusions that leave aside educational, instructing or training activities on social or labor rehabilitation, which is clearly against the satisfaction of one of the fundamental needs to be met for psychosocial and community rehabilitation, key in Primary Mental Health Attention.

Article 17th defines up to a total of 30 sessions (a year) for individual psychotherapy in psychiatry and psychology, and up to 30 sessions (a year) for group, family or couple psychotherapy in psychiatry and psychology. These are important changes, taking into account the limitations from previous agreements. However, we at the Association must be on the alert since many health intermediaries pretend to cover this modality with psychologists, generally less costly than psychiatrists. Gradually, this has led to transferring biological and psychopharmacological issues to us at the expense of leaving psychotherapies aside which are the basis of our profession. It is worth to be on the alert on this issue.

Article 18th includes as compulsory psychiatric and psychological attention to women who are victims of violence. It had not been defined whose this responsibility was and the routes and networks for rendering this service are still to be defined – a pressing need for such vulnerable population.

Article 22nd addresses mental health emergency attention. The Compulsory Health Plan includes emergency attention of patients with mental disorders in the emergency and observation service. This covers the first 24 hours if threatening patient's life and integrity or the life and integrity from his / her relatives or community. This does not actually modify the situation we had. The everyday situation we see in emergency services trying to refer psychiatric patients to other institutions without bed availability for admission is a difficulty that remains. This will take us to continue "fighting" for payment whenever a patient requires staying two or more extra days in the emergency service, waiting to be admitted for hospitalization. On the other hand, the Article still has the flaws of yesteryear... I wonder, what does it mean danger for the patient's integrity? Can a patient with a major moderated or severe depression, without suicidal risk but requiring admission, be considered as being in danger of affecting his/her own integrity? Could s/he stay in the emergency services? These sort of questions still remain unanswered.

Article 18th includes compulsory psychiatric and psychological attention to women who are victims of violence, a service not stipulated before in terms of responsibility; however, the routes and networks to render this service to such vulnerable population are still to be defined.

Article 24th refers to admission for mental disorder management up to 90 days a year. However, the Article states that it should preferably be managed within the partial hospitalization program. This increase in the hospitalization days could benefit some of our most severely affected patients requiring sometimes more than the 30 authorized days, which was the valid term before the above mentioned agreement. However, this issue is still a loosen wheel when considering that the norm adds all previous hospitalizations in general, including partial as well as total hospitalizations. In spite of this, it is clear that as long as it is clinically pertinent, this service could be requested from sources different to the Compulsory Health Plan. It is also important to take into account those patients that, due to their pathology as well as to their poor support network and social situation, do require institutional management. Although currently this service is being rendered by some EPS*, up to which point does it remain in the socio – sanitary limbo? It is still unclear whose responsibility it is.

Article 55th deals with the transition coverage and the benefits for the population affiliated to the subsidized non-unified regime where there is mental health coverage. Definitely, this is a fundamental step of great

impact for the population with mental pathologies who have been affected by so much inequality in every regime.

Title 4th defines services for the population under 18, emphasizing mental pathologies coverage, and Articles 73 to 77 define activities for this population in reference to victims of intra-family violence, sexual harassment, food disorders, and use of psychoactive substances. This highlights the importance of making visible the work on mental health for population under age, which is a wise decision that allows early treatment leading to cure or chronicity prevention. What happens in terms of continuity when patients become of age? We surely would like the inclusion of all services for all the population within the framework of universality, but limitations are clear. Nevertheless, such limitations for this population that becomes older as well as other populations is an issue to worry about.

Article 77th refers to psychological or psychiatric attention for disabled patients under age. The CHP for population under age covers outpatient psychologic and psychiatric attention for disabled population under age, and the Obligatory Health Plan for patients under age covers outpatient and hospitalized patients, provided every disability is duly acknowledged by a competent authority. There are also coverage forms established in Articles 17 and 24. According to the International Classification of Functioning, Disability and Health, are all patients with mental health problems mentally disabled? Then, what does disability mean in the framework of this Article?

The list of drugs includes: risperidone, sertraline, olanzapine and rivastigmine. It is important to note that each drug has been defined for a pathology in particular; for instance, risperidone is exclusively for paranoid schizophrenia. Therefore, if the patient has a schizoaffective disorder or a manic episode, s/he will require a non- CHP format thus passing by a Technical Scientific Committee by which we expect the patient to be rapidly evaluated by our peers, that is, by ourselves as psychiatrists.

Regarding sertraline, we consider it is a wise decision, in spite of the fact that we consider a mistake the inclusion of the 25 mg presentation, since in the first instance it will not be used so much and as far as I know, it does not exist in our country.

In the case of olanzapine, we consider that other alternatives with less metabolic effects could have been considered, i.e., quetiapine and

aripiprazol, which maybe due to such reason could possibly be more cost-effective.

There has been a long need for a drug in the line of Alzheimer Dementia, and Rivastigmine is a drug that surely will benefit these patients in their early stages. Now, we do not know reasons behind the decision in favor of this drug instead of galantamine, donepecile, memantine or any other. Besides, very useful drugs in our clinical practices such as lamotrigine for epilepsy do require that we continue resorting to the Non- CHP mechanism.

Summarizing, we consider that Act 1438 of 2011, as well as Agreement 029, constitute a step forward and we do hope that, as stipulated, every year a thorough review must be made of this Manual of Technologies (as it has been called), so as to allow refinement of obsolete ones as well as inclusion of those technologies bearing enough evidence for the benefit of our patients.

Carlos Gómez-Restrepo
Director RCP
cgomez_restrepo@yahoo.com

Note: I thank Dr. Lina María González for comments on this editorial.