

Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006

Perceived access to mental health services in three municipalities of Antioquia, 2004-2006*

Silvia Henao H¹; Vilma Restrepo R²; Andrés F. Alzate R³; Carlos M. González P⁴.

¹ Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Abogada, Magíster en Salud Pública, candidata a doctora en Antropología y Salud.

² Profesora Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Médica, Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental. Correo electrónico: arepa@guajiros.udea.edu.co

³ Psicólogo, Universidad de San Buenaventura, Alcaldía de Medellín.

⁴ Profesor Instituto de Educación Física, Universidad de Antioquia, Licenciado en Educación Física, Magíster en Salud Pública con énfasis en Salud Mental.

Recibido: 6 de febrero de 2009. Aprobado: 25 de septiembre de 2009

Henao S, Restrepo V, Alzate AF, González CM. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2009; 27(3): 271-281.

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de usuarios, familiares, prestadores de servicios de salud y funcionarios sobre los servicios de salud mental y las condiciones de acceso en tres municipios. **Metodología:** la información parte de usuarios, familiares, prestadores y funcionarios. Incluye una mirada médica y social desde un enfoque etnográfico. Se entrevistaron 29 ciudadanos en los sectores de la salud, educativo, social y judicial. **Resultados:** la descripción del problema de salud mental es diferente en los tres municipios, tanto en su dimensión patológica como en las explicaciones causales, ya que se atribuye causalidad a la violencia social y a las con-

diciones laborales. Se evidenciaron dificultades en la prestación de los servicios, como también sobresalieron algunos aspectos positivos. El trauma posterior a la violencia es común en los municipios, pero los desencadenantes son particulares a las personas. **Discusión:** además de los trastornos mentales, los problemas psicosociales también se relacionan con la salud mental. Entre las dificultades de acceso, se encontró la afiliación al Sistema de Seguridad Social, recursos económicos y escaso personal calificado.

-----**Palabras clave:** acceso, servicios de salud mental, trastornos mentales, problemas psicosociales

Abstract

Objective: To know the perception of users, family, health providers and staff on mental health services and access conditions in three municipalities. **Methodology:** The information was extracted from users, family members, providers and officials. It includes medical and social gaze from an ethnographic approach. We interviewed 29 citizens in the sectors of health, educational, social and judicial. **Results:** the description of mental health problem is different in the three municipalities, both in its pathological dimension as causal explanations, because causation is attributed to social violence and working

conditions. The results showed that difficulties in providing services, but also highlights some positive aspects. Post-Trauma Violence is common in the municipalities but the triggers are specific to humans. **Discussion:** In addition to mental disorders, psychosocial problems are also related to mental health. Among the difficulties of access, it was found affiliation to the Social Security System, financial resources and scarce qualified personnel.

-----**Key words:** access, mental health services, mental disorders, psychosocial problems

* Investigación adscrita al Área de Comportamiento Humano y Salud, Grupo de Investigación en Salud Mental (SM), Línea de Trastornos Mentales. Grupo de Políticas de Salud. Medellín, Colombia, 2007

Introducción

Los servicios para los problemas de salud mental en el sector salud han sido ofrecidos desde diferentes referentes disciplinares que definen el término, y cada enfoque orienta la atención de forma particular. En ocasiones, las diferencias conceptuales y metodológicas afectan la accesibilidad de los usuarios. Otros sectores también ofrecen servicios que complementan o sustituyen los del sector salud; igualmente, en ellos los conceptos sobre salud mental modulan las acciones que se desarrollan. En este estudio, el término salud mental comprende los trastornos mentales según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (y las clasificaciones internacionales de patologías CIE-10 y DSM-IVR) y los problemas psicosociales, como han sido abordados por las ciencias sociales.

La oferta y la demanda de servicios de salud mental en Colombia están moduladas por el desarrollo del Sistema de Seguridad Social, la presencia de conflictos sociales y las características socio-culturales de cada localidad, entre las cuales se considera la situación económica de sus habitantes. A partir de la reforma del sistema de salud en 1993, los servicios se orientan de acuerdo con la demanda. Las empresas promotoras de salud (EPS) responden por la planeación, la prestación y la calidad de los servicios de salud, y el Estado tiene la obligación de asegurar la cobertura, vigilar y controlar la prestación de los mismos. Las entidades deben prestar un plan obligatorio de salud (POS), que incluye las acciones para mantener la salud. Sin embargo, en cuanto a la salud mental, existen limitaciones e imprecisiones sobre los requerimientos de tratamientos psiquiátricos, lo que impide, en algunas ocasiones, ofrecer cobertura, calidad, continuidad, seguimiento, prevención —incluyendo la búsqueda activa de casos—, así como asegurar la terapia y medicación adecuadas y oportunas.

La reglamentación de la cobertura de servicios en salud mental para los afiliados al régimen contributivo tiene tres tipos de restricciones:¹

- la psicoterapia prolongada o mayor de 30 días;
- la hospitalización superior a 30 días de pacientes con crisis aguda, y que no representen peligro para sí mismos, sus familiares o la comunidad; las normas no establecen que estas restricciones sean por año o por usuario;
- los medicamentos no incluidos y que no cumplen las condiciones establecidas en la reglamentación sobre formulación y despacho de medicamentos y su recobro posterior al Fosyga; sin embargo, la reglamentación vigente prevé la posibilidad de que, en caso necesario, el afiliado tenga acceso a medicamentos no listados y la EPS o la ARS recobre el excedente de costo al Fosyga.

En el régimen subsidiado (POS-S), se cubre solo el manejo ambulatorio y con internación ordenada por el mé-

dico general; no considera la atención de enfermera especializada. Se cubren todas las patologías mentales que no requieran atención en servicios de mediana y alta complejidad ni consulta por especialista. El POS-S tampoco cubre la atención por psicólogo en el nivel 1. Por lo tanto, en el régimen subsidiado, el POS solo cubre la atención en salud que pueda brindarse según lo establecido especialmente en el artículo 96 de la resolución 5261/94. En consecuencia, las aseguradoras del régimen subsidiado no están obligadas a cubrir la atención ni el suministro de medicamentos, en los casos que requieran manejo especializado, incluso si incluyeran actividades, procedimientos e intervenciones de baja complejidad.

La atención a algunas problemáticas psicosociales se realiza a través del plan de salud pública con programas colectivos; las psicoterapias individuales no están incluidas. Otros problemas son atendidos por el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, la división de justicia y las organizaciones sociales.

Los factores que dificultan el acceso a servicios de salud mental pueden ser diferentes para cada municipio, como también los problemas que enfrentan. Lo anterior se basa en el supuesto de que una mayor cantidad de servicios puede aumentar la aceptación del problema y su consiguiente demanda. Por tanto, el sistema de salud juega un papel importante al determinar la oferta y la disponibilidad de los servicios. El marco de referencia para observar este problema podría esquematizarse como se muestra en la figura 1.

Esta investigación hace parte de un proyecto macro sobre acceso a los servicios de salud mental en el departamento de Antioquia, del grupo de investigación de salud mental de la Facultad Nacional de Salud Pública. Se comenzó por Medellín, dada su alta exposición a conflictos sociales y armados y por ser la localidad que concentra la mayor parte de los servicios de salud mental de la región. Sin embargo, los hallazgos en Medellín se limitaron a casos de enfermos mentales o sus familias y no incluyeron problemas psicosociales ni funcionarios públicos.

Por lo anterior, el esfuerzo para abordar el asunto de la accesibilidad a los servicios de salud mental de Antioquia y, en este caso, la de los municipios A, B y C, debe orientar proyectos que concilien los intereses y visiones interinstitucionales, y aprovechar el potencial humano y la voluntad política para mejorar la calidad de vida de la población. El estudio, al profundizar en los temas de la atención a los problemas de salud mental en los municipios, puede utilizarse para orientar el cambio en las políticas municipales que respondan a las necesidades de la población. Este interés debe mantenerse para la construcción de un producto útil que determine una política clara de salud mental y que mantenga un pleno convencimiento de su importancia para el mejoramiento del diario vivir.

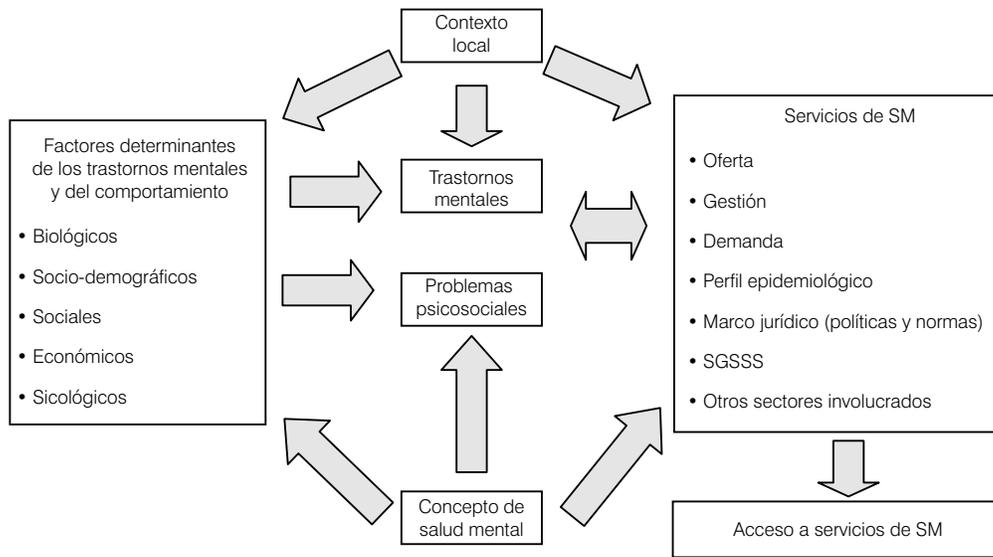


Figura 1. Esquema de un marco conceptual para la observación del acceso a servicios de salud mental

Metodología

Se diseñó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, y se tomó como población de referencia a los prestadores de servicios de salud mental, funcionarios locales, familiares de individuos con trastornos mentales o problemas psicosociales, o los pacientes mismos si estaban en condiciones de ser entrevistados, que eran residentes en los municipios seleccionados y que aceptaron participar en el estudio. Se seleccionaron 29 personas y se identificaron a través de la técnica de “bola de nieve”, iniciando con prestadores y funcionarios de los sectores de salud, educación, comisarías de familia, Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), eclesiástico y judicial, para pasar luego a individuos con la problemática o a sus familiares. Los individuos que presentaban enfermedad mental o problemas psicosociales no eran necesariamente usuarios de servicios de salud u otros, pues se trataba de aproximarse al fenómeno del acceso, se tuviera o no el antecedente de contacto con los servicios.

Para este estudio se seleccionaron tres municipios ubicados en las regiones del suroeste y oriente de Antioquia, teniendo en cuenta la oferta de servicios de salud mental y la exposición a riesgos psicosociales, derivados de los movimientos armados, de la violencia y del estrés. Los municipios seleccionados presentaron las siguientes características:

- el municipio A ha desarrollado en la última década programas de promoción y atención de la salud mental, con apoyo del gobierno departamental y, a su vez, ha estado poco expuesto a riesgos relacionados con conflicto armado;

- el municipio B tiene poca oferta de servicios de salud mental y poca exposición al conflicto armado;
- el municipio C se encuentra en una situación especial, pues se supone que su escasa oferta de servicios se enfrenta a numerosas consecuencias derivadas de las acciones de guerra.

Para el caso de un municipio con buena oferta de servicios de salud mental y con historia de conflicto armado, se tiene como antecedente la investigación realizada en Medellín, entre 2004 y 2005, por Duque, Jaramillo y Restrepo,² cuyos datos no se comparan con este estudio por tener metodologías diferentes.

Se realizaron las entrevistas con previo consentimiento informado. Se utilizó una entrevista semiestructurada con grabación en audio, que permitió la libre expresión de los sujetos y una completa recolección de la información. Se realizaron 29 entrevistas: 10 en el municipio A, 11 en el B, 8 y en el C. Los prestadores y funcionarios municipales fueron gerentes de instituciones prestadores de salud (IPS), profesionales en salud mental, sacerdotes, empleados de comisarías y juzgados de familia, defensores del pueblo y educadores. Cada uno se registró con un código.

Se consultaron documentos sobre políticas y legislación para la atención en salud mental, registros de morbilidad departamentales, investigaciones sobre atención en salud mental, el Plan de Atención Básico (PAB) y plan de atención obligatoria (POS), como figuran en la Ley 100 de 1993 y en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Para la recolección de la información, se formularon preguntas cerradas sobre las características socio-

demográficas y cuatro preguntas abiertas para todos los participantes; luego se indagó sobre las opiniones al respecto, permitiendo la libre expresión. Las entrevistas se realizaron en ambientes privados, preferiblemente la residencia del sujeto, lo que facilitó la interacción, o en las oficinas de los prestadores y funcionarios; tuvieron una duración aproximada de 30 a 60 minutos. Las entrevistas se transcribieron en Word y posteriormente fueron analizadas en el programa Etnograph. Se construyeron categorías emergentes las cuales fueron:

1. concepto de la expresión “problema de salud mental”;
2. explicación de la problemática por cada entrevistado;
3. soluciones o servicios buscados (en el caso de los prestadores y funcionarios, oferta local de servicios de salud mental);
4. opinión sobre estas soluciones o servicios.

El término “acceso a servicios de salud mental” surgió del análisis integrado de las otras cuatro categorías, y constituyó una conclusión general del estudio.

Se tuvieron en cuenta las siguientes dimensiones para una primera etapa de análisis: municipio de residencia, las opiniones de prestadores y funcionarios, y se compararon con las de los casos y sus familiares para terminar con una descripción de acceso a servicios de salud mental.

Se tuvieron en cuenta las disposiciones incluidas en el título 2, capítulo 1, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, referentes a investigaciones en seres humanos y sus aspectos éticos, tales como el respeto a la dignidad humana, la protección a los derechos y el bienestar de los menores.³ Lo anterior tuvo implicaciones, como es el hecho de sugerir atención o búsqueda de ayuda en casos en que fuera necesario. Se respetó la negación a la entrevista por parte de los participantes. Se pidió consentimiento informado de los sujetos de investigación o a la persona responsable de ella, en el caso de afectados por discapacidad mental, o al cuidador o tutor, en menores de edad. Esta investigación se clasifica en la categoría sin riesgo.

Resultados

A partir de las categorías iniciales (percepción del problema, búsqueda de solución, evaluación de los servicios encontrados) se construye la categoría final: acceso a servicios de salud mental. Aunque en una etapa inicial se analiza cada municipio por separado, su unión describe aspectos comunes y particulares, lo que permite una mejor comprensión sobre el acceso a servicios de salud mental desde la óptica de los informantes.

Percepción del problema de salud mental

Esta categoría se encuentra más detallada en el municipio A, mientras que el de menor capacidad descriptiva es

el municipio C. En el municipio B, se describe el problema incluyendo los síntomas y las denominaciones, pero no en el C; por su parte, la causalidad tiene más categorías en el municipio C y menos en el A. En el municipio C se encontró una detallada explicación de los factores protectores y de las consecuencias del problema.

En cuanto a los servicios ofrecidos, se encontró una subcategoría particular en el municipio A: la identificación de recursos adicionales de salud mental por parte de los entrevistados. Tanto en el municipio B como en el C aparece una subcategoría adicional: las dificultades en la prestación de los servicios de salud por parte de los funcionarios del municipio, explicada como “dificultades para la obtención de los servicios de salud mental” por parte de los usuarios.

Lo anterior podría significar una mayor demanda de los servicios en el municipio A y una mayor identificación de las dificultades para acceder a ellos. No es posible explicar esto solo por la prevalencia de problemas de salud mental en el municipio A; es necesario tener en cuenta las intervenciones que se han llevado a cabo en esa localidad por parte de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA).

También en el municipio A, aparece la evaluación al sistema de salud nacional, indicando un conocimiento más profundo de las situaciones que desencadenan todas las eventualidades descritas en este estudio.

Los municipios A y C hicieron un mayor análisis de las dificultades en los servicios: en A se llega hasta identificar los elementos de la calidad del servicio, mientras que en C se identifican las debilidades del servicio y, con mayor detalle, las dificultades para acceder.

En los tres municipios se identificó la categoría de aspectos positivos de los servicios. En el municipio B se pudieron reconocer mayores subcategorías: coordinación intersectorial, sistematización de los servicios y adhesión de los usuarios.

Como en la descripción de la problemática, las propuestas de solución son de mayor contenido en el municipio A, donde se encontraron cuatro subcategorías: servicios que se perciben como no prestados, identificación de necesidades, medidas de participación del sector salud y el concepto de derecho a servicios de salud como un “acto voluntario” de las instituciones y no como una responsabilidad.

Las entrevistas incluyen el suicidio como problema de salud mental, situación que, debido a sus características, no se contempla dentro de las especificaciones en los manuales diagnósticos para los trastornos mentales.^{4,5} Aunque en el imaginario de los entrevistados hay un concepto de salud mental que incluye los factores psicosociales (como suicidio), el sistema de salud colombiano no tiene una respuesta satisfactoria para estas categorías.⁶ Esto hace referencia a las limitaciones en la Ley 100 con respecto a las psicoterapias prolongadas y

Tabla 1. Percepción del problema de salud mental en tres municipios de Antioquia, 2005

| Municipio A | Municipio B | Municipio C |
|---|-------------------------|-------------------------|
| 1. Descripción del problema de salud mental | | |
| 2. Denominación del problema de salud mental | | |
| 3. Síntomas de los problemas de salud mental | | |
| 4. Causas atribuibles a los problemas de salud mental | | |
| | 5. Factores influyentes | 6. Factores protectores |
| | | 7. Consecuencias |

a la participación parcial de los psicólogos en la atención primaria.

También se vislumbra en todos los municipios la falta de control epidemiológico respecto a las enfermedades mentales y los problemas psicosociales, puesto que los prestadores se refieren a su experiencia profesional con la salud mental, sin hacer alusión a datos estadísticos. Esto se contrapone en parte con la información suministrada por el municipio B, la cual expresa cierta coordinación y sistematización de la información, aunque no integrada en red y no se encuentra disponible para todas las instituciones que deben intervenir en esta problemática.

Los usuarios de los servicios de salud mental tienden a relacionar tanto síntomas orgánicos como psíquicos dentro de la misma estructura de la enfermedad mental, omitiendo la disyuntiva entre la mente y el cuerpo planteada por Descartes.⁷ Lo paradójico es el retorno a la integración del ser humano percibida por los entrevistados, en comparación con la política expresada en el sistema de salud colombiano, que claramente se soporta en el paradigma en mención. La formulación de la etiología de problemas de salud mental en los tres municipios se basa en los factores sociales y culturales de cada localidad. Aunque esta situación converge en los tres municipios, se diferencia en el tipo de problema psicosocial.

Los entrevistados tienen dificultad para separar la identificación de los problemas, desde el punto de vista de la denominación de estos y de los factores desencadenantes, mostrando un imaginario continuo entre la causa y el efecto, que puede ser confuso para quien interpreta los procesos con un paradigma dicotómico causa-efecto.

Por las condiciones de los municipios, los prestadores plantean similitudes en la forma de percibir al paciente psiquiátrico como paciente de difícil manejo y tratamiento; esto plantea una falencia en la formación académica de los profesionales de la salud para tratar estos pacientes, de acuerdo con la OPS/OMS, como parte de la atención integral.⁸

La significación que tiene para prestadores, funcionarios, pacientes y familiares, denota la vergüenza que

implica reconocer un padecimiento mental, al igual del trato selectivo que les dan los prestadores de servicios de salud, al verlos como pacientes difíciles, sin la adecuada preparación para atenderlos. En este sentido se expresa Rueda cuando afirma que “es innegable que el trastorno mental soporta el lastre de un estigma en nuestra cultura”.⁹ Las categorías emergentes en esta sección se esquematizan en la tabla 1.

Descripción de los servicios de salud mental

Se identifica la categoría “ayuda” para calificar los servicios que brindan en salud mental, pues tanto prestadores, como funcionarios, usuarios y sus familiares, los consideran como tal y no como un derecho fundamental al cual todos deberíamos acceder por el hecho de ser ciudadanos, como lo plantea Laurell.¹⁰

La falta de personal capacitado en salud mental hace que los servicios para los pacientes psiquiátricos se centralicen en la capital; la mayoría de los casos presentados en los municipios son remitidos al Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Igualmente, se desarrollan precarios programas académicos para intervenir algunas de las dificultades en salud mental. En este sentido, Rueda expresa que la academia no ha planteado adecuadamente el problema, manifestándose en los rígidos planes de estudio y en los sitios de práctica.⁹ La falta de personal especializado o capacitado se confirma por los resultados de la investigación realizada por González y otros sobre recurso humano en salud en Colombia.¹¹

La inequidad de los servicios ofrecidos por el POS y el POS-S, con respecto a la atención psiquiátrica y psicológica, está en todos los municipios, puesto que se apoya en las normas vigentes.¹²⁻¹⁴

En la reglamentación de la Ley 100, el acceso a la consulta psiquiátrica y psicológica es limitado para el régimen contributivo; más aún para las personas pertenecientes al régimen subsidiado o vinculado. Esta afirmación la confirma el informe sobre la política nacional de prestación de servicios de salud, en que se muestra que el total de IPS del país declararon 40.809 servicios

de salud, de los cuales 2.329 correspondían a atención en psicología y psiquiatría, o sea, 5,71% del total.¹⁵ Esta idea se afirma también en el libro *La salud al derecho*, en el cual se manifiesta la inequidad en el acceso a los servicios de salud en general.¹⁶ A esta dificultad se suma la carencia de recursos económicos de los afiliados al régimen subsidiado o vinculado, lo que corroboran Duque y Jaramillo.¹⁷ En este mismo sentido, Rueda afirma que la actual política de salud es de papel, por cuanto se presenta la exclusión de las personas de “estratos económicamente deprimidos”.⁹

No obstante, en el estudio se aprecia una dificultad económica relacionada con el tratamiento; ésta se manifiesta, en primer lugar, en el cobro de los copagos o cuotas moderadoras para los servicios;[†] en segundo lugar, el costo del desplazamiento hacia los lugares de atención produce un mayor abandono de los tratamientos. Lo anterior ha sido corroborado por la OMS y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social.^{18, 19}

La imposibilidad de los entrevistados para denominar el problema padecido es otro de los hallazgos importantes, lo que se convierte en dificultad adicional y obstaculiza el acceso a los servicios.²⁰

En la tabla 2 se presenta la descripción de los servicios de salud mental en los tres municipios que hicieron parte del estudio.

Evaluación de los servicios de salud mental

Los usuarios del municipio A perciben que el acceso ha cambiado desfavorablemente con la reforma del sistema de salud. Esto lo confirma el estudio de Henao sobre el impacto de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica.²¹ Sin embargo, aunque este cambio es percibido como negativo, no culpan al profesional prestador sino que perciben que estas dificultades residen en el sistema de salud mismo,²² y son motivo también de desencuentro entre los profesionales y el sistema.

Entre las razones que aducen los usuarios para que no se ofrezcan los servicios demandados, sobresale la “mercantilización de la salud”, es decir, el afán de lucro por parte de EPS e IPS. Esta afirmación es corroborada por Laurell, cuando expresa que uno de los ejes de la política de salud es la mercantilización de la prestación de los servicios de salud desprendida de la concepción neoliberal.¹⁰

Igualmente, para los usuarios no hay una “buena” atención y existe un control que restringe los medios diagnósticos, terapéuticos y del tiempo de consulta, en detrimento de la atención. Con respecto a este control por parte de las EPS, es confirmado por los resultados del estudio de Henao, en el que se evidencia un cambio en la concepción del manejo clínico, cuando existe presión por parte de las IPS con relación a pruebas diagnósticas y terapéuticas, incurriendo en costos adicionales para los usuarios.^{21, 22}

Es importante resaltar que algunos usuarios reportan mejoría en su condición de salud, lo cual se justifica de alguna manera por la ampliación de cobertura

Tabla 2. Descripción de servicios de salud mental en tres municipios de Antioquia, 2005

| Municipio A | Municipio B | Municipio C |
|---|--|--|
| Demanda de servicios de salud mental | | |
| Oferta de servicios de salud mental | | |
| Recursos para salud mental | | |
| Dificultades en la obtención de servicios | Peritazgos | Todos los servicios y los sectores en el mismo nivel |
| Medicamentos por fuera de pos | Coordinación intersectorial/red de servicios | Congruencia de elementos logísticos |
| Disenso entre aspiraciones del usuario y decisiones del prestador | Sistematización de servicios | Recuperación psicosocial permanente |
| Psicólogo por fuera de la ARS, [‡] capacitación del médico general | Recurso humano con exceso de funciones | Aula de apoyo y trabajador social |
| Plan de atención básico | | Remisión |
| HOMO/DSSA/organizaciones religiosas | Policía como apoyo a equipos de salud | Líderes juveniles |
| Contratación discontinua del recurso humano | Afiliación al sgsss | |

† Los copagos o cuotas moderadoras son cobros de los diferentes regímenes que debe pagar el usuario.

‡ Administradora de régimen subsidiado de salud.

de estos servicios. En este sentido, Rueda afirma que la salud mental en la atención primaria debe formar parte de la atención a la salud general, teniendo en cuenta su indivisibilidad y aspectos bio-psicosociales.⁹

La situación de los prestadores para atender los casos psiquiátricos y de problemas psicosociales, en el primer nivel, con profesionales poco preparados, genera una preocupación manifiesta en el *Informe sobre la salud mental en el mundo*,²² apoyado también por Echeverri.²³ Según los entrevistados, la violencia, el conflicto armado, el desplazamiento forzoso y el consumo de sustancias psicoactivas empeoran la situación de salud mental de la población objeto de estudio. Lo anterior se confirma en el estudio nacional de salud mental en Colombia.²⁴ Sin embargo, sobre estos tópicos, la reglamentación de la ley de seguridad social en salud no es suficiente ni explícita. La tabla 3 presenta la evaluación de los servicios de salud mental en los tres municipios de Antioquia estudiados.

Propuestas de los entrevistados para solucionar dificultades en los servicios de salud mental

Las propuestas más frecuentes incluyeron la prestación de servicios especializados de atención en salud mental en cada localidad para evitar desplazamientos; además, se solicitó preparación adicional sobre trastornos

mentales para el personal que labora en el sector salud. También se hizo énfasis en la necesidad de expedir las incapacidades médicas para los pacientes con problemáticas de salud mental, la medicación indicada y la remisión temprana al psicólogo. Señalaron igualmente la necesidad de mayores y suficientes conocimientos y recursos financieros para un manejo adecuado de la salud mental. Se identificó la necesidad de establecer una vigilancia epidemiológica sobre los problemas de salud mental. Se planteó intervenir tempranamente en los centros educativos de cada municipio, pues allí se captaron numerosas problemáticas de salud mental.

Los planes de desarrollo de los municipios C y A^{25, 26} plantean el mejoramiento del componente en salud a través de campañas de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad. Sin embargo, no se especifica la atención a las personas que sufren de una patología mental. Se enfatiza en la aplicación de la política pública de la salud mental establecida desde 1997, resaltando el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud mental y la igualdad de condiciones independiente de su afiliación al sistema.²¹ Sin embargo, esta idea es contrapuesta por Plaza y Barona, pues plantean que la flexibilidad de la Ley 100 ha permitido que esta subsista sin necesidad de ser reformada.²⁷ En la tabla 4 se detallan las propuestas para el mejoramiento de los servicios de salud mental en los tres municipios estudiados.

Tabla 3. Evaluación de servicios de salud mental en tres municipios de Antioquia, 2005

| Municipio A | Municipio C | Municipio B |
|--|--|---|
| El sistema de salud | Dificultades para acceder a los servicios de salud mental | Fortalezas del servicio de salud mental |
| Calidad de los servicios de salud mental | Dificultades para la prestación de servicios de salud mental | Dificultades en el servicio de salud mental |
| Resultados de los servicios | Debilidades del servicio de salud mental | Adhesión a los servicios de salud mental |
| | Fortalezas de los servicios de salud mental | Dificultades de los usuarios |

Tabla 4. Propuestas para mejorar los servicios de salud mental en tres municipios de Antioquia, 2005

| Municipio A | Municipio C | Municipio B |
|---|---|---|
| Atención intersectorial | Articulación de programas | Capacitar, diversificar y reubicar recurso humano |
| Apoyo municipal e institucional a la problemática | Apoyo institucional | Atención oportuna al trastorno mental en todo el territorio nacional |
| Designar recurso humano | Mejorar la cobertura | Infraestructura hospitalaria |
| Mejorar seguimiento terapéutico | Sensibilizar el recurso humano en la atención de salud mental | Campañas, educación, apoyo familiar, para trastornos mentales y problemas psicosociales |
| | | Priorización del problema y aumento de recursos económicos |
| Nuevos servicios | | Equidad en la prestación de servicios |
| Vigilancia epidemiológica | | Sistematizar usuarios y familias |

Acceso a los servicios por municipios

Municipio A

La infraestructura de las áreas relacionadas con la salud mental en el Municipio A, es más completa en comparación con otros. Por ejemplo, cuenta con capacitación sobre manejo de pacientes psiquiátricos dirigido a las familias y médicos generales.

Llamó la atención que uno de los motivos por los cuales se eligió este municipio fuera la ausencia de conflicto armado en la zona (al momento de las entrevistas), pero en los testimonios se identificó la presencia de dicho fenómeno. Al parecer, la vigilancia epidemiológica que se realiza a las enfermedades mentales no es la más adecuada. Algunos profesionales, al referirse a estos casos, se remitieron a su experiencia y no contrastan con ninguna cifra estadística. Uno de los prestadores propuso la vigilancia epidemiológica como una necesidad sentida en el municipio.

Municipio B

Existe una divergencia en la etiología de los problemas de salud mental con respecto a los usuarios y a los prestadores, pues mientras que para los usuarios la violencia representa en gran medida la causa de los trastornos mentales, para los prestadores la ausencia de conflicto armado en el municipio es un factor que previene la proliferación de casos mentales y deposita la responsabilidad de los casos de salud mental en “la falta de oportunidades”. Se evidenció una percepción diferente sobre los orígenes y consecuencias de la violencia, entre la población y los prestadores.

Es de resaltar que los funcionarios del municipio percibieron de forma integral los problemas y las soluciones, al involucrar mayores posibilidades y servicios para atender a las personas, a diferencia de los prestadores, que circunscribieron a un perímetro reducido las posibilidades y acciones que pueden llevarse a cabo.

Municipio C

La descripción que realizaron los usuarios sobre los problemas de salud mental dio cuenta de una concepción amplia, haciendo más difícil el análisis sobre el acceso a los servicios. Existiría entonces un imaginario amplio sobre estos problemas y sus causas, que quizá no coincida con paradigmas médicos, psicológicos o incluso con los del sistema de salud; por lo tanto, la descripción de los problemas podría implicar no solo al sector salud para su solución.

Sin embargo, al dar cuenta de las problemáticas que les conciernen, se planteó la necesidad para la atención. Ahora bien, los medios por los que estas personas accedieron a tales servicios no respondieron a sus posibilidades y necesidades, dado que se hizo evidente la ausencia de atención especializada para casos de ur-

gencia, y la necesidad de remisión a otro municipio, lo cual implica falta de oportunidad. La prestación de los servicios de salud mental que ellos parecen requerir, al realizarse con la premisa de “prestar algún tipo servicio, ya que no existe localmente el adecuado”, puede convertirse en un factor iatrogénico en el proceso salud/enfermedad mental. El hecho de que se requiera la aprobación de instancias administrativas, no necesariamente conectadas con los prestadores del servicio (autorización de la remisión y del transporte), se traduce en un obstáculo que aumenta el tiempo en la atención.

El hecho de que no todos los usuarios tengan iguales derechos, debido a su vinculación al sistema de salud, puede dificultar el acceso a medicamentos y exámenes diagnósticos, la mayoría de ellos adscritos al régimen subsidiado. Es de anotar que las intervenciones que se realizan están, por lo general, enmarcadas en momentos de crisis de las personas que narran problemáticas de salud mental. Sin embargo, es precisamente en este punto, el de la urgencia, que la demanda de ayuda, el acompañamiento familiar y los profesionales idóneos no se integran en el municipio, y se presenta entonces una atención dependiente de otras instancias, otros profesionales, la voluntad de otros actores que no son los usuarios (administradores, médicos generales, familiares). Esta situación lleva a una atención desintegrada, que no propicia la comprensión del problema a enfrentar, que no permite un acompañamiento adecuado y su seguimiento, de manera que se puedan realizar evaluaciones futuras de las intervenciones.

Los prestadores entrevistados relacionaron de manera directa las problemáticas emocionales con el conflicto armado del que han sido víctimas durante los últimos años, debido a la exposición directa o través del contacto con las personas que atienden. Incluyeron, como parte de los servicios, los programas de apoyo psicoafectivo y los evaluaron positivamente; identificaron debilidades y falencias en el municipio, que podrían orientar futuras intervenciones. Estas debilidades son:

- precaria preparación profesional de los prestadores de los programas de recuperación psicoafectiva;
- diversidad de la población a atender;
- desarrollo de los programas con personal voluntario sin compensación económica o claridad contractual;
- percepción de una demanda potencial de atención en salud mental, para la cual no se cuenta con el recurso humano suficiente;
- entrenamiento insuficiente del personal de salud en temas de atención de trastornos mentales y problemas psicosociales.

Un funcionario afirmó que la génesis de los problemas de salud mental en el municipio está en la incursión de grupos armados. La atención que se ha brindado para ayudar a la recuperación ha sido satisfactoria, pero la

demanda es tan grande que requiere ser suplida por más profesionales y se planteó el reto de aumentar la cobertura y la atención de salud mental en el municipio.

El acceso a los servicios de salud mental por parte de algunas personas cuya problemática no tiene que ver directamente con el conflicto, pero que requieren de una intervención profesional, es nula. Tal es el caso de los llamados “locos” del pueblo, que son figuras conocidas y queridas por los habitantes; ellos son cuidados por las personas del pueblo, pero no reciben una atención o ayuda profesional. En la tabla 5 se esquematiza la percepción de acceso a servicios de salud mental.

Conclusiones

Del primer objetivo

Describir la forma en que las personas perciben los problemas de salud mental

Las personas perciben los problemas de salud mental a partir de hechos de diversa naturaleza que se identifican como causales, y se refieren de una manera menos específica a la sintomatología de las patologías. En general, el antecedente de un hecho traumático es una vivencia relativamente generalizada para las personas, aunque el desencadenante del hecho violento es diferente para cada individuo. La noción de sintomatología es imprecisa, igualmente se percibe falta de conocimientos sobre las manifestaciones de la enfermedad mental. Desde la perspectiva de los actores, la causalidad de las afecciones de salud mental está relacionada con la

violencia social y las condiciones laborales, en los tres municipios.

Del segundo objetivo

Comprobar la existencia de una relación entre lo psicosocial y la salud mental que permita ampliar la perspectiva de acción más allá de los trastornos mentales

Existe una relación explícita entre los problemas psicosociales y la salud mental, planteada por usuarios, prestadores y funcionarios de los tres municipios. La separación clásica entre enfermedades mentales y físicas se rompe al explicar fenómenos con una interrelación directa y explícita entre estos dos términos.

Del tercer objetivo

Identificar la percepción de accesibilidad a los servicios de salud mental desde la óptica de usuarios, prestadores y funcionarios

Los usuarios, prestadores y funcionarios de los tres municipios perciben una dificultad para acceder a servicios de salud mental, la cual se incrementa por el tipo de afiliación al SGSSS.

En los tres municipios se percibe carencia presupuestal y de personal calificado para la atención de problemas de salud mental. Dicha problemática de salud mental no se diferencia por el hecho de existir mayor magnitud del conflicto armado o una mejor oferta de servicios de salud mental.

Los testimonios de usuarios y prestadores evidencian desconocimiento de los servicios de salud mental.

Tabla 5. Acceso a servicios de salud mental en tres municipios de Antioquia, 2005

| Municipio A | Municipio B | Municipio C |
|---|---|---|
| Presencia de conflicto armado | Divergencia entre usuarios y prestadores sobre el origen (violencia) del problema de salud mental | Percepción amplia de la problemática en los usuarios que supera la oferta de servicios del sector salud |
| Capacitación en manejo de problemas de salud mental | Percepción de soluciones en forma integrada | Ausencia de atención especializada y falta de oportunidad (trámites administrativos), necesidad de la presencia de muchos actores en momentos de crisis |
| Vigilancia epidemiológica inadecuada | Prestadores con un concepto reducido de alternativas de servicios | Servicios “paliativos” |
| | | Inequidad en los planes de beneficios |
| | | Consecuencias del conflicto armado |
| | | Servicios dirigidos a las consecuencias del conflicto armado con escaso personal |
| | | La enfermedad mental que no es consecuencia de la violencia no convoca acciones del sector salud |

Limitaciones del estudio

En el aspecto teórico

No existe consenso sobre lo que significa salud mental y servicios de salud mental, entre los informantes seleccionados. Los referentes bibliográficos tampoco muestran una mirada única, por lo que se describen los disensos como hallazgos.

En el aspecto metodológico

Fue necesario buscar los casos a través de contactos institucionales, debido a la dificultad para encontrar familias o individuos que hubieran tenido contacto con instituciones de servicios, por lo tanto, las dificultades de accesibilidad sin interacción entre la institución y el usuario no se pudieron conocer.

En el análisis

No fue posible extrapolar los hallazgos a toda la población de los municipios, menos aún al departamento de Antioquia, pues fueron opiniones y vivencias específicas de los informantes; sin embargo, se constituyeron en una guía de comprensión de la visión de usuarios y prestadores de servicios de salud y funcionarios municipales.

Recomendaciones

Para el Estado, el sector salud y los prestadores de servicios

- Modificar la regularización de los servicios de salud mental de acuerdo a la política de salud mental y los planes de desarrollo, para que respondan a la problemática de la población.
- Establecer mecanismos en la Defensoría del Pueblo y las Veedurías en Salud que permitan responder efectivamente al derecho a la salud mental.
- Sugerir a las instituciones de la red de servicios de salud mental que garanticen el acceso a medicamentos psiquiátricos.
- Buscar que las instituciones municipales dirijan sus esfuerzos hacia la prevención y detección oportuna de los trastornos mentales y problemas psicosociales y propender por la rehabilitación psicosocial de individuos y comunidades.
- Consensuar y homologar las intervenciones que se realizan con la población víctima de hechos traumáticos en los municipios afectados, de manera que puedan ser permanentes mientras persistan los desencadenantes y las consecuencias.
- Propiciar la articulación, desde la administración municipal, con las organizaciones responsables de la atención a las problemáticas de salud mental.

- Capacitar al personal de la salud en el diagnóstico y la atención de casos de salud mental.
- Gestionar la articulación entre el sistema de salud y otras instituciones del estado que intervienen en la atención y resolución de problemáticas en salud mental.

Para las familias y usuarios

- Informar sobre la denominación específica de la enfermedad mental, con el fin de reconocer los síntomas y las manifestaciones, permitiendo que la ayuda sea oportuna y eficaz.
- Concienciar sobre la presencia de la enfermedad mental, aumentando su aceptación y facilitando el tratamiento humano y efectivo.
- Capacitar sobre la salud mental y el ejercicio de derechos a través de vías jurídicas, cuando se amerite.

Para las instituciones educativas, jurídicas y las organizaciones sociales

- Educar a las familias con el fin de que reconozcan las enfermedades mentales como un proceso complejo, pero con posibilidades de prevención, tratamiento y seguimiento.
- Propiciar la capacitación de los funcionarios y facilitar su asistencia a posgrados relacionados con la salud mental.
- Gestionar la articulación con el sector salud y otras instituciones del Estado que intervienen en la atención y resolución de problemáticas en salud mental.

Agradecimientos

El equipo investigador presenta agradecimientos a todas las personas que hicieron posible la culminación de este trabajo. Especialmente la Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, al Grupo de Investigación de Políticas Públicas y Salud y al Centro de Investigaciones de dicha facultad, por el apoyo financiero y logístico recibido.

A las instituciones de salud de los municipios participantes y otras entidades de orden gubernamental y comunitario que facilitaron la información y los funcionarios para comprender el fenómeno del acceso a la atención de problemas de salud mental.

A todos los miembros de la Mesa de Políticas Públicas en Salud Mental de la Facultad de Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez, por su asesoría y apoyo al proyecto.

A todos los miembros del Grupo de Investigación de Salud Mental y a la línea de trastornos mentales de la Facultad de Nacional de Salud Pública, por sus aportes al proyecto, tanto en la parte conceptual como metodológica.

A cada una de las personas entrevistadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los funcio-

narios de otras entidades, los usuarios y sus familias en los municipios, por la acogida y el suministro de la información necesaria para la realización de este trabajo.

Referencias

- 1 Saludcolombia.com. Salud Mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: La salud mental y el Régimen Contributivo [Internet] [acceso el mayo 7 de 2007]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/salud58/noticia58.htm>.
- 2 Duque DP, Jaramillo LA, Restrepo V. Proceso de acceso a los servicios de salud mental: percepción de los usuarios, sus familias y prestadores de los servicios (estudio de casos), Medellín 2004-2005. [Tesis]. Medellín.
- 3 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430 de 1993: por el cual se expide normas sobre aspectos éticos en las investigaciones. Bogotá: El Ministerio; 1990.
- 4 Othmer E, Othmer SC. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Masson; 2003.
- 5 Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionado con la salud. Vol. I. Capítulo V. OPS; 1995.
- 6 Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996: por el cual se define el Plan de atención Básico del Sistema General de Seguridad Social. Bogotá: El Ministerio; 1996.
- 7 Descartes R. Discurso del método. Meditaciones Metafísicas. 16ª ed. Editorial Espasa Calpe Mexicana. 1982. p. 15-45.
- 8 Raquel C. Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores. OPS/OMS; 1999. 176 págs.
- 9 Rueda GE. Salud mental: Sí a la atención, no a la exclusión. Bucaramanga: Medunab. p. 107.
- 10 Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social: Una mirada crítica y una propuesta alternativa. México: Ed. Era; 1997. p. 86.
- 11 Ministerio de Salud y Facultad Nacional de Salud Pública. Recursos humanos en salud en Colombia. 1961-2005. Medellín; 2003. p.188.
- 12 Paredes N. Derecho a la salud. Bogotá: Ediciones Antrópo; 2003. p. 50-53.
- 13 Franco S. Para que la salud sea pública: algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. Revista Debates 2004: 59-60.
- 14 Echeverry E. La salud en Colombia de cara al siglo XXI: entre la desigualdad y la violencia. Primer Congreso Nacional por la Salud. Bogotá; 2001. p 27.
- 15 Ministerio de la Protección Social. Política nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2005. p. 54.
- 16 Movimiento Nacional por la Seguridad Social. La salud al derecho. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. p. 36-44.
- 17 Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el Municipio de Medellín. Colombia Médica [revista en Internet] 2001; 32(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28332103&iCveNum=1039>.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Human Resources and Training in Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2005. p. 2.
- 19 Movimiento Nacional por la Seguridad Social. La salud al derecho. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia. p. 108.
- 20 Castrillón M, Ariza G, Yépez A. La profesión médica en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 1999; 16(2): 63.
- 21 Henao S. Impacto de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica. Universidad de Granada; 2001. p. 75.
- 22 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo 2001: salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001. p. 5-7.
- 23 Echeverry E. Neoliberalismo y políticas de salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1994. p. 19.
- 24 Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de salud mental, Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
- 25 Concejo Municipal de Municipio C. Plan de Desarrollo Municipal. "Hagamos de Municipio C una gran empresa". 2004-2007. p. 51-54.
- 26 Concejo Municipal Municipio A. Plan de desarrollo "liderazgo y comunidad". tomo I, 2004-2007. p. 121-123.
- 27 Plaza B, Barona A. Afiliación de población pobre al sistema de salud: El caso colombiano. FEDESARROLLO. Bogotá: Panamericana Formas e Impresos S.A; 1999. p. 129.