



UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL CUCUTA
BIBLIOTECA "MANUEL JOSE VARGAS"

Resumen Tesis de Grado

FANNY JOHANNA CARVAJAL DURAN

AUTOR (ES) Nombres y Apellidos Completos

DERECHO

FACULTAD

FERNANDO BECERRA AYALA

DIRECTOR

"ATENCIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE ACUERDO A LA LEY 100 DE 1993 (SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)".

TÍTULO DE TESIS

RESUMEN

Con este proyecto se pretende hacer una descripción de la situación actual, en cuanto a la atención de los pacientes psiquiátricos en Colombia, evaluando el contenido de la Ley 100 de 1993, donde se observa un gran vacío respecto a normas y reglamentaciones articulantes que permitan hacer un correcto uso de los servicios de salud, tratamientos, atención de urgencias, prevención, promoción y seguimiento, tanto de los pacientes como de sus familias. La gran responsabilidad que tiene el estado como veedor de los derechos fundamentales de los ciudadanos Colombianos en cuanto a la igualdad, integridad física y moral, a la salud y la calidad de vida. Esta calificación deficiente se hace basado en un comparativo con la reglamentación internacional que sugiere la Organización Mundial de la Salud para Latinoamérica, mediante un trabajo de diagnóstico de la situación actual del país, donde identifican las causas más frecuentes que generan los trastornos y enfermedades mentales, elaborando una propuesta de la política de salud mental que debería ejecutarse, para así superar las deficiencias que actualmente se observan. A futuro se espera que este proyecto sea una motivación para dar continuidad a la propuesta de mejoramiento del sistema y por ende a la calidad de vida de los colombianos afectados en su bienestar mental.

CARACTERÍSTICAS

76 Páginas

Páginas

Planos

Ilustraciones

Diapositivas

ENCABEZAMIENTO DE MATERIAS

Uso Exclusivo de la Biblioteca

FECHA

**“ATENCIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE ACUERDO A LA LEY
100 DE 1993 (SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)”.**

**FANNY JOHANA CARVAJAL DURAN
Código 27.604.897
Radicado N° 031-06**

**UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
SAN JOSE DE CUCUTA
2006**

**“ATENCIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE ACUERDO A LA LEY
100 DE 1993 (SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)”.**

FANNY JOHANA CARVAJAL DURAN
Código 27.604.897
Radicado N° 031-02

Proyecto presentado para optar por el título de Abogada.

Presentado a:
Dr. FERNANDO BECERRA AYALA
Especialista en Derecho Laboral

UNIVERSIDAD LIBRE DE COLOMBIA
FACULTAD DE DERECHO
SAN JOSE DE CUCUTA
2006

DEDICATORIA

***A mi hijo Juan David Lozano Carvajal,
que es el motor de mi vida,
para que tome como ejemplo mi superación,
y de esta manera transmitirle que el ser profesional,
es un sueño que yo deseo,
que él cumpla algún día.***

AGRADECIMIENTOS

“PON EN MANOS DE DIOS TODAS TUS OBRAS Y TUS PROYECTOS SE CUMPLIRAN”

A MIS PADRES: Luis Eduardo y Fanny América, por el amor, la formación y el apoyo con el que siempre cuento para cumplir mis metas.

A MI ESPOSO: Mauricio, por ser mi amigo, mi compañero, la persona que ocupa un lugar especial en mi corazón, por su paciencia y colaboración.

A MIS HERMANOS: Vane y Javi, por que gracias a su alegría y compañía, han dado a mi vida la fortaleza necesaria para alcanzar mis sueños, pues se que siempre estarán ahí.

A MIS FAMILIARES: Por su afecto incondicional.

A MI PRIMA: Mabel Rocío Ardila, por su asesoría, aportes y paciencia en el desarrollo del proyecto.

A MIS PROFESORES: Por aportar sus conocimientos y experiencia, para hacer de mí una profesional.

AL DOCTOR ALVARO RIVERA: Por sus aportes y colaboración en el desarrollo del proyecto.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION

1. TITULO

2. PROBLEMA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

3. JUSTIFICACION

4. ALCANCES Y LIMITACIONES

5 OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

5.2. Objetivos Específicos

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. ANTECEDENTES

6.2. BASES TEORICAS

6.3. BASES CONCEPTUALES

6.4. BASES LEGALES

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

7.2. FUENTES DE INFORMACION

7.2.1. Información primaria.

7.2.2. Información secundaria.

7.3. POBLACION Y MUESTRA

7.4. TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION

7.5. TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

8. DESARROLLO DEL PROYECTO

8.1. REGLAMENTACION INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL

8.2. LEY 100 DE 1993

8.3. EXCLUSION DE LA SALUD MENTAL DEL POS

8.4. POLITICA DE SALUD MENTAL

8.5. APARTES DE LA RESOLUCION 2358 DE 1998

8.6. ANALISIS DE INFORMACION

9. CONCLUSIONES

10. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo A. Modelo de encuesta a los médicos de urgencias.

Anexo B. Derechos y Deberes de los Enfermos Mentales.

INTRODUCCION

“Vale la pena aquí preguntarse: “Qué es vida? “Es simplemente la conservación de ciertos parámetros biológicos, o lo que quiere decir, es equivalente vivir a tener vida?, o por el contrario, “son conceptos no equiparables? Por tanto al Estado no sólo en defensa del derecho a la vida le compete mantener a sus asociados vivos, sino proporcionarles los espacios donde las posibilidades de vivir con dignidad se transformen en realidades donde podamos afirmar que los colombianos tenemos vida.

Sin esta concepción es imposible el aproximarnos a otros derechos, ya que su vigencia y disfrute fundamentalmente dignifican la condición estrictamente biológica de estar vivos, transformándola en disfrutar de vida al dar al hecho de estar vivos la condición de dignidad. No se puede entonces afirmar que quien está vivo tiene vida si no disfruta de derechos tales como la libertad, la presunción de su inocencia, la libertad de su conciencia y expresión o locomoción, a su intimidad y buen nombre o al libre desarrollo de su personalidad, al derecho a la defensa y al debido proceso entre otros muchos, no menos importantes.”

“Quisiera tener un sueño y creer que los esfuerzos de todos con la experiencia y las buenas intenciones que nos motivan, darán a los colombianos un espacio para pensar y actuar en pro de la salud mental, para con esto engrandecer así al ser humano que aquí vive, respetando y asumiendo la individualidad y por tanto la pluralidad.”

“Las abrumadoras necesidades en salud mental, tanto actuales como futuras, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos.”

Con estos comentarios es evidente que todo **Ciudadano Colombiano** requiere un ambiente mejorado para poder obtener oportunidades de disfrutar de una vida con calidad, en especial aquellas personas que padecen de enfermedades crónicas de la mente, como también aquellos que son pacientes transitorios, porque el pertenecer a este grupo no excluyente, no existe una vacuna, ni mucho menos y determinante específicamente reconocido, por lo tanto cualquiera de nosotros está expuesto a esta necesidad de atención que no solo es médica, es social, es familiar, corresponde a todos y cada uno de los que estamos en constante interacción con el resto del mundo, ya que de las conductas sociales y de el bienestar que nosotros mismo nos demos estaremos en vía de reducir esta tendencia: **DIAGNOSTICADO COMO PACIENTE MENTAL**, lo que no es una vergüenza pero si genera dolor a quien lo padece. Porque no prevenirlo?

1. “ATENCIÓN EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS DE ACUERDO A LA LEY 100 DE 1993 (SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.)”.

2. PROBLEMA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este trabajo pretende identificar las deficiencias que presenta la reglamentación en el Plan Obligatorio de Salud, plasmado en la ley 100 de 1993, en cuanto a la atención a los pacientes psiquiátricos que rige actualmente, como es la ausencia de un protocolo adecuado de la atención en urgencias, el correcto manejo y la implementación de un equipo de salud mental que debería contar con un Psiquiatra, un enfermero profesional especializado en el área, un psicólogo clínico entre otros, con el fin de intervenir en las situaciones específicas, dando un mejor manejo que redunde en la disminución de casos patológicos y crónicos, que con la debida atención pueden ser estabilizados.

Algunos de los casos mas frecuentes que se observan en la comunidad, son los que se dan en atención de urgencias generales donde el paciente recibe un manejo fisiológicos, ya que los profesionales no cuentan con las herramientas de conocimiento que les permitan hacer un correcto diagnostico y por ende un adecuado tratamiento, lo mas común es encontrarse con pacientes con sintomatología fisiológica, dolores de cabeza, dolor de estomago, diarrea, náuseas, parestesias, que fisiológicamente no son confirmados sus orígenes y por ende no procede la calificación de trastorno mental, desencadenando un gran número de diagnósticos herrados que se convierten en riesgo tanto para el paciente como para la comunidad, ya que se convierten en casos recurrentes agravados y posiblemente un numero importante en casos de suicidio, homicidio o pacientes asociales, que realmente generan al sistema un mayor gasto como crónicos, lo que se evitaría con la aplicación de un manejo preventivo evitando así el tratamiento complejo y de alto costo. Pues un paciente con síntomas de inicio o patologías leves con un correcto manejo a tiempo pueden ser nivelados y romper la cadena de la enfermedad.

Actualmente las enfermedades y trastornos mentales mas frecuentes son la depresión, la ansiedad y el síndrome conversivo, que provienen en su mayoría por la exposición a estresores, que ha nivel mundial se han convertido en el detonante de estas patologías, sin desconocer la carga genética y el efecto del uso de sustancias psicoactivas, cabe mencionar otros como los que genere la violencia, el maltrato, el desplazamiento forzado, la constante presión del medio por la ausencia de controles que estabilicen la salud mental a nivel laboral, escolar y cotidiano, que también se consideran causa de este grupo de enfermedades.

En el mundo países como Canadá, Estados Unidos, Suiza entre otros son pioneros en la investigación del modelo de tratamiento y cura de muchas de estas enfermedades que durante el último siglo se han incrementado en la población, pues todo esto viene como consecuencia del desarrollo tecnológico que domina el que hacer del común desde muy temprana edad los niños se ven afectados por las exigencias que se requieren para ser competitivos. Si se hace memoria las generaciones anteriores vivan una niñez en torno a una familia estable, diversión sana, recreación, socialización, mayor tiempo libre, el disfrute de la naturaleza, un mayor y mejor contacto con el entorno, lo que facilitó una mejor salud mental y una mayor resistencia a los estresores de la época.

Hoy día es muy común encontrar que la recreación se ha limitado a juegos electrónicos, al uso del computador en el tiempo libre, con frecuencia estancias largas sin sus padres, lo que generará estado de soledad y posible depresión, la conformación del núcleo familiar se limita a únicos hijos que no poseen apoyo generacional y se ven estigmatizados como individuos ajenos a la sociedad.

Por estas y muchas otras causas más, se ve la necesidad de reevaluar la ley 100 que rige el sistema de seguridad social en cuanto a salud, resaltando la ausencia de una sana política de salud mental, que aplique los principios de igualdad, solidaridad y ante todo calidad de vida.

En cuanto a la atención de pacientes psiquiátricos, que pertenecen tanto al régimen contributivo como al régimen subsidiado, con el fin de dar aplicación al principio de igualdad que la constitución consigna como derecho fundamental.

También se busca dar a conocer los vacíos que contiene la ley 100, ya que el legislador no fue preciso en cuanto a la creación de normatividad y reglamentación que rige la gran variedad de casos que pueden presentarse en esta área de salud.

No se puede desconocer que todo individuo está expuesto a ser paciente de salud mental.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles serían las causas y efectos de los problemas en la atención a los pacientes psiquiátricos, en lo referente al Plan Obligatorio en Salud mental y cuáles las posibles soluciones?

2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los casos más recurrentes en salud mental en Colombia?

¿Cuáles son las causas de las enfermedades o trastornos mentales?

¿Existe una guía o protocolo de urgencias para pacientes de salud mental?

¿Qué se conoce como política de Salud Mental?

¿Qué consecuencias o efectos ocasiona la incorrecta atención a los pacientes de salud mental, tanto a nivel individual, como social?

¿Existe en el pensum y prácticas del médico general una capacitación acerca del diagnóstico y tratamiento de trastornos o enfermedades mentales tanto en urgencias como en consulta general?

¿El POS describe con claridad los pasos a seguir en salud mental y brinda las herramientas suficientes?

3. JUSTIFICACION

Este es un tema que corresponde a Seguridad Social, que es el área que maneja la legislación de salud, entre otras y que tiene la tarea de dar el enfoque normativo y jurisprudencia, en cuanto al tema de pacientes de salud mental, ya que se ha observado que existen falencias en la aplicación de la Ley 100, por ausencia de normas específicas que regulen los procedimientos de atención.

En cuanto al aporte profesional que se obtiene del desarrollo de este proyecto cabe decir que se realiza una evaluación de los parámetros dictados por la ley y su comparación con la aplicabilidad de los mismo, donde se percibe una gran brecha que radica en la falta de precisión en la información contenida por las normas articulantes y su vez la generalización de las mismas que no permiten la prestación de un servicio eficiente y contundente hacia la población objeto de estudio, como lo son los pacientes que padecen trastornos y enfermedades mentales.

Para la Universidad el desarrollo de este tema es de gran interés, ya que como ALMA MATER se encarga de dar las bases conceptuales y teóricas que en este caso identifica las fallas de la ley 100 en salud y por ende enseñar al profesional como aplicar su carrera haciendo uso de sus competencias tanto argumentativas como propositivas, pues si bien es cierto que de los aporte que la universidad dé a sus alumnos, estos contarán con la habilidad de proponer y gestionar cambios en la legislación, que sirvan para el buen desarrollo y el cumplimiento de la verdadera razón de existir del DERECHO.

Los directamente beneficiados con este proyecto son todas aquellas personas que tanto hoy como a futuro puedan padecer de un trastorno o enfermedad menta; en este compendio se podrá encontrar el análisis de la base legal que sustenta los recursos jurídicos de carácter individual, para hacer respetar y cumplir su derecho de ser atendido a tiempo, con un servicio digno, con calidad y eficiencia, que de como resultado un proceso de recuperación que incorpore al individuo a una vida útil.

A nivel personal sentí la motivación de reevaluar la aplicabilidad de la Ley 100 en cuanto a salud mental, ya que una pariente ha sufrido los inconvenientes de las falencias de las normas y ha visto afectado su tratamientos y su necesidad de recuperación, con ello he aprendido que un enfermo mental es tan valioso y puede llegar a ser tan normal como cualquiera de nosotros y sus aportes no dejan de ser importantes a la sociedad, además de conocer que existen unos derechos y deberes específicos para este tipo de pacientes, que la ley no contempla ni aplica. Ver Anexo B.

4. ALCANCES Y LIMITACION

Con el desarrollo de este proyecto se busca crear una herramienta que enmarque las principales necesidades de la población colombiana en cuanto al manejo de las enfermedades o patologías de salud mental, tomando como referencia su legislación principal que es la Ley 100 de 1993 y que de ella se deriva la poca reglamentación que existe sobre este tema.

Es importante dar claridad que a nivel internacional se reconoce la situación actual del país en cuanto a salud mental, que esta información revela lo ineficaz que esta siendo el sistema de salud y su obligación de dar cumplimiento al derecho fundamental a la vida, a la integridad tanto física como moral y por ende a la salud.

Como consecuencia de estos factores las entidades encargadas de brindar estas garantías no tienen obligatoriedad legal, porque no existe una legislación en firme o concisa que los haga cumplir con su compromiso social que a fin de cuentas es su razón de ser.

Se abre un interrogante respecto al nivel académico y preparación de los profesionales en salud, ya que pareciera que se carece de uniformidad y homologación en cuanto a la capacitación en el protocolo de manejo de salud mental de las diferentes universidades en el país.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Explicar causas y efectos de los problemas en la atención a los pacientes psiquiátricos, en lo referente al Plan Obligatorio en Salud mental y proponer posibles soluciones.

5.2. Objetivos Específicos.

Reconocer como ciudadano con derechos al paciente mental.

Identificar las patologías de trastornos y enfermedades mentales, que más se presentan en la región.

Identificar las causas de los trastornos y enfermedades mentales.

Conocer el contenido de acerca de salud mental en la ley 100 de 1993

Reconocer las carencias que el sistema presenta respecto a la atención de pacientes psiquiátricos

Definir las consecuencias que generan las falencias de la atención en salud mental.

Complementar la Política de Salud Mental.

Proponer elementos que garanticen la equidad a los pacientes que padecen enfermedades y trastornos mentales.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. ANTECEDENTES

PEDRAZA LIZARAZO, Magaly. ANGRITA LLANES, María Isabel. PACHECO LAGUADO, Maribel. Atención en salud mental para el adulto mayor de zona urbana del municipio de Bucaracica, diagnóstico, diseño y ejecución de un programa con enfoque y aprovechamiento del tiempo libre y elaboración de un proyecto de continuidad durante del periodo de abril a agosto de 1999. Enfermería Psiquiátrica. Cúcuta: Editorial Francisco de Paula Santander. 1999.

ACEVEDO QUIJANO, Sandra Milena. VALOYES CACERES, Elsi Yaneth. Estado actual y posibilidades de transformación de la atención a pacientes hospitalizados con trastornos afectivos bipolares y esquizofrenicos, Empresa Social del Estado Hospital Mental Rudesindo Soto. Enfermería Psiquiátrica. Cúcuta: Editorial Francisco de Paula Santander. 1999.

BOHORQUEZ DE FIGUEROA, Alix Zoraida. ZAMBRANO PLATA, Gloria Esperanza. Equidad de género en la prestación de los servicios de salud del actual sistema de seguridad social en el municipio de los Patios, Norte de Santander Colombia. Enfermería. Cúcuta: Editorial Francisco de Paula Santander. 2000.

BOTELLO MARTINEZ, Mary Antonia. SOTO MARTINEZ, María Belén. Conocimiento sobre deberes y derechos que tienen los usuarios dentro del sistema general de seguridad social en salud, Unidad Básica Puente Barco Leones, San José de Cúcuta, Agosto del 2003. Cúcuta: Editorial Francisco de Paula Santander. 2004

6.2. BASES TEORICAS

Colombia como Estado social de derecho está en la obligación de velar por los derechos y el bienestar de los individuos que a ella conforman, sin importar su género, raza, credo y política. Pues para el Estado todos estos tienen la misma importancia y demandan el mismo amparo.

Nuestra legislación tiene como directriz la Constitución Política de Colombia de 1991, en la cual se consignan los derechos fundamentales de todo Colombiano, los cuales son inviolables e irrenunciables y de obligatorio cumplimiento, en especial por los entes del Estado encargados de ejecutar las acciones para las cuales fueron creados, un ejemplo de ello es el Ministerio de Seguridad Social, quien a su vez debería velar por el cumplimiento que de a lugar a los derechos fundamentales y en caso de no cumplirse establecer los correctivos que permitan cumplir con el mandato de la ley.

Es importante resaltar que dentro de la aplicación de la seguridad social en el país, los derechos fundamentales más comúnmente vulnerados son los de equidad, salud, integridad física y moral, entre otros.

“En Colombia el grado de impunidad imperante se presenta como una expresión de las desigualdades sociales, la deslegitimación judicial y la congestión de procesos. De acuerdo con datos de 1991, la criminalidad oculta en el país alcanza el 73.7%, y para 1990, el 48.5% de las providencias de calificación correspondían a procesos terminados por prescripción. La tasa de impunidad supera el 95%.

En el estudio de Salud Mental de 1993, tan sólo el 1.1% de la muestra expresó satisfacción con la situación actual del país, y estos altísimos niveles de insatisfacción se encuentran generalizados en todos los estratos sociales. Para 1997, sólo el 1.8% expresó sentirse muy satisfecho con la situación del país, mientras el 44.6% de la muestra reportó desilusión.

En el ámbito de actividades recreativas, la televisión continúa siendo una de las principales fuentes de entretenimiento. Los estimativos señalan que tan sólo el 10% de la población practica algún deporte, y que únicamente el 0.7% lo hace con regularidad.

Los datos del estudio de 1997 reportaron una prevalencia de vida para la depresión clínica del 19.6%, siendo más frecuente en personas de sexo femenino, en mayores de 61 años, y en los departamentos de Cauca, Risaralda, Sucre, y Valle. En los departamentos de Boyacá, Meta, Putumayo y Arauca se reportaron las menores prevalencias.

La prevalencia de vida de la ideación suicida es del 4.7%, y el intento de suicidio lo reportó un 1.7%. El análisis de los datos señalan una disminución de la ideación y el intento, en comparación con la información del estudio de 1993. Las mujeres reportaron mayor frecuencia de ideación que los hombres.

La prevalencia de vida para el Trastorno Bipolar I se estima en 1.2%, con mayor frecuencia en hombres. Para el Trastorno Bipolar II, la tasa es del 0.5%, encontrándose una mayor prevalencia en el sexo masculino. Las prevalencias más altas corresponden a los departamentos de Córdoba, La Guajira y el Distrito Capital. La esquizofrenia muestra una prevalencia en el último año de 0.6%, y una prevalencia de vida del 1.4%, con mayor frecuencia de presentación en los departamentos de La Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.

La epidemiología de las demencias también fue incluida en el Segundo Estudio, lo cual resulta especialmente pertinente dadas las condiciones de envejecimiento poblacional que se están presentando en Colombia, y que llevan a un aumento de la población mayor de 65 años que va de 3.9% en 1985 a 4.4% en 1993. La prevalencia de vida para las demencias es del 2.6%.

El Síndrome de Estrés Post-Traumático, muestra una prevalencia de vida de 4.3%, y en el último año de 3.5%. Su frecuencia de presentación se encuentra principalmente en hombres, y en los departamentos de Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare y Santander.

Prevalencia Trastornos de Ansiedad

Entidad	Prevalencia anual %	Prevalencia de vida %
Trastorno de pánico	0.1	0.3
Fobias	0.2	3.8
T. de Ansiedad generalizada	1.3	3.1
T. Obsesivo-compulsivo	3.1	3.6

Con referencia a los trastornos somatoformes, se estima una prevalencia de vida para la somatización de 4.9% y mayor frecuencia en mujeres, mientras que la hipocondriasis resulta más frecuente en hombres, con una prevalencia de vida del 0.6%. La prevalencia de los trastornos de la alimentación señala unas tasas de prevalencia anual de 1.8% y de vida de 2.3% para la anorexia nerviosa, mientras que la bulimia presenta una prevalencia de vida del 0.1%.

Con respecto a la salud Mental infantil, el estudio señala unas prevalencias de 5.1% para trastornos del aprendizaje; 9.4% para ansiedad; y 5.3% para trastorno convulsivo. Estos datos no son tasas reales de prevalencia, sino prevalencias basadas en el reporte de familiares de los menores.

Los indicadores de maltrato al menor reportados por los familiares, presentan unas tasas de 12.1% para maltrato físico; 21.4% para maltrato verbal; y 2.6% para abuso sexual.

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, actualmente se cuenta además del Segundo Estudio Nacional, el Segundo Estudio de la Dirección Nacional de Estupefacientes, realizado en 1996 (DNE) y que permiten contar con datos muy completos sobre la situación del consumo de sustancias psicoactivas en el país. De acuerdo con el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, el consumo de alcohol presenta un incremento en la proporción de prevalencia del 18.7% entre 1987 y 1997, señalando una prevalencia del consumo de alcohol en el país del 85.8%. El mayor incremento en el consumo de alcohol se ha producido en las mujeres, con una diferencia de proporciones de 27.1% entre 1987 y 1997, lo cual permite expresar que por cada mujer con problemas de alcohol en el estudio de 1987 se encontraron 6 en 1997. En general, la prevalencia del alcoholismo es del 12%.

El Segundo Estudio de Salud Mental indica también una tendencia en la disminución del consumo actual de tabaco, la cual es más fuerte en hombres que en mujeres, pasando de 29.7% en 1987 a 22.2% en 1997. El Segundo Estudio de Consumo de la DNE estima el incremento en el número de nuevos consumidores de tabaco en el país en 1.3%.

Consumo de sustancias psicoactivas (por mil habitantes) en Colombia, 1993

Sustancia	Prevalencia anual	Prevalencia de vida
Marihuana	11.0	33.1
Bazuco	3.6	11.5
Cocaína	2.8	8.1
Heroína	0.3	0.5
Inhalantes	0.6	2.2
Anfetaminas	2.5	7.1

Los datos presentados por el Segundo Estudio de Consumo de la Dirección Nacional de Estupefacientes, DNE, señalan una prevalencia de vida del consumo global del 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.674.510 consumidores, la mayor parte de los cuales es de sexo masculino. Comparando dichas cifras con el estudio realizado en 1992 se obtiene un incremento del consumo global del 0.6%. El consumo en el último año para al menos una sustancia psicoactiva es de 1.6% correspondiente a 400.768 personas. El aumento en el consumo de marihuana entre 1992 y 1996 es, de acuerdo con el estudio de la DNE, del 0.1%, siendo proporcional al aumento poblacional.

Con respecto a la cocaína, el estudio de la DNE reporta una prevalencia para 1996 similar a la encontrada en 1992, señalando aproximadamente 400.000 consumidores de cocaína y un aumento de 60.000 casos.

Para el bazuco, se considera que existen en el país aproximadamente 385.000 consumidores. Para la heroína se señala una prevalencia de vida de 12.566. El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental encontró un incremento en el consumo de heroína en el grupo de 12 a 15 años. El incremento en el consumo de esta sustancia de acuerdo con tal estudio es de aproximadamente el 5%.

La prevalencia anual de consumo de tranquilizantes menores es de 5.7% y 10.2% para prevalencia de vida, mientras el 1.5% reportó consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, con una prevalencia anual de 0.5%.

El consumo de inhalantes señaló una tasa de prevalencia anual del 1%, y una prevalencia de vida del 1.6%. Los estudios realizados en 1996 no incluyeron población de la calle ni institucionalizada, por lo cual podría suponerse que la prevalencia en el consumo de inhalantes es superior a la registrada en los estudios. La prevalencia en el consumo de alcohol del estudio de la DNE de 1996, señala un consumo en el último año de 59.8% y de 35% en el último mes. 2-3-3 Violencia y Salud Mental.”¹

“La formulación de una nueva Política de salud mental integra los factores condicionantes como son los aspectos biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos y culturales y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupos étnico y género. Se ajusta a criterios de priorización como son la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los distintos fenómenos que determinan el estado de salud de la población.

La Política Nacional de Salud Mental pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado, enmarcado legalmente en la Constitución Nacional, la descentralización institucional y la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, adaptados a los procesos coyunturales de desarrollo del talento humano, las particularidades territoriales, la problemática social vigente del país, considerando los recursos de inversión destinados para Salud Mental, los institucionales y la complementariedad intersectorial.

¹ The Nation's Health. The Official Newspaper of the American Public Health Association. March, 2000.

La Política de salud mental contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación; estas dos últimas desarrolladas a través de la formulación, elaboración y seguimiento de las actividades del Plan Nacional de Salud Mental y de los programas que lo componen, los cuales ejercitan el posicionamiento del sector con respecto a la Salud Mental.

La Política Nacional de Salud Mental se refiere a la agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental, basándose en principios constitucionales y en armonía con los fundamentos del Sistema de Seguridad Social, las políticas generales del sector, y las demás disposiciones gubernamentales que le sean relevantes.

La formulación de una Política de Salud Mental en Colombia se sustenta en la situación presentada y en la existencia de una clara voluntad política para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Entre los factores críticos identificados para la formulación de la presente Política se encuentran:

- Debilidad en el planteamiento de Políticas específicas en esta área, lo que ha generado una situación no propicia para el desarrollo de la Salud Mental de la población colombiana.
- La severa problemática de orden mental, es considerada como prioridad de Salud Pública y señalada por indicadores directos e indirectos como violencia, maltrato infantil e intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- Tendencias al aumento en los Años de Vida Saludable Perdidos (Avisa), causadas por enfermedades neuropsiquiátricas.
- Algunas etapas y acontecimientos cruciales en el ciclo vital, requieren de espacios y de apoyo institucional para abordarlos de manera que beneficie al individuo, a su grupo familiar y social.
- Pocas oportunidades para el ejercicio de los derechos humanos, que redundan en escasa consolidación de las redes sociales de apoyo, como factor protector del proceso de integración social.

- Pese a los esfuerzos de las distintas regiones por abordar la problemática de salud mental, en la gran mayoría de los municipios se carece de oportunidades de acceso a este tipo de servicio.
- Ausencia de una clara inclusión de los contenidos de la salud mental dentro de los servicios previstos en el Sistema.
- La problemática de los desplazados por la violencia de las distintas regiones del país, amerita intervención y apoyo, dadas las condiciones de desarraigo, tensiones emocionales, sociales, familiares y afectivas por las que pasan.
- Carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, que cuenten con el apoyo intersectorial, principalmente dirigido a grupos poblacionales con discapacidad, para así limitar las secuelas y cronicidad que pueden dejar.
- Insuficiencia de acciones intersectoriales e interinstitucionales con limitada praxis en la coordinación y coparticipación, especialmente en prevenir la violencia como factor relacionado con los trastornos mentales.
- Las reestructuraciones institucionales y de los servicios de salud mental sin prever las necesidades reales de la población, impidiendo la factibilidad y viabilidad de atención a grupos poblacionales que requieren de servicios de protección, con limitada cobertura de acciones específicas en salud mental dentro del Plan Obligatorio de Salud-POS.
- Falta de un Sistema de Información que facilite la vigilancia epidemiológica del problema, el análisis de la demanda real / potencial y la oferta de servicios en Colombia.”²

6.3. BASES CONCEPTUALES

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO. Las acciones en este sector son de carácter variado y comprenden el apoyo técnico para promover la inclusión de componentes conductuales en la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar la efectividad de las intervenciones y en la difusión de

² María Cristina de Taborda, Consultora de Salud Mental. Organización Panamericana de la Salud Consideraciones generales para delinear políticas públicas de salud mental.

conocimientos y técnicas que permitan a las comunidades estimular mejor el desarrollo humano.

Básica (PAB), destacando el papel en la promoción de la salud territorial del país que directa o indirectamente sufren las consecuencias del conflicto armado y que generaron grupos de población en alto riesgo, en su condición de desplazados y/o refugiados y traumatizados.

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES. La clasificación de los trastornos mentales es todavía inexacta y varía según las escuelas y doctrinas psicopatológicas. Para uniformar criterios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la DSM, clasificación universal de los trastornos mentales que ha conocido hasta la fecha varias versiones.

La mayoría de los sistemas de clasificación reconocen los trastornos infantiles (por ejemplo, el retraso mental) como categorías separadas de los trastornos adultos. Igualmente, distinguen entre trastornos orgánicos, los más graves provocados por una clara causa somática, fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves. Partiendo de la distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos ‘psicóticos’ de los ‘neuróticos’. De forma general, psicótico implica un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, mientras que neurótico se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad. En su extremo, como formuló Sigmund Freud, el fundador del psicoanálisis, todos somos “buenos neuróticos”, en tanto que los casos de psicosis son contados. Los más comunes son: la esquizofrenia, la mayor parte de los trastornos neurológicos y cerebrales (demencias) y las formas extremas de la depresión (como la psicosis maniaco-depresiva). Entre las neurosis, las más típicas son las fobias, la histeria, los trastornos obsesivo-compulsivos, la hipocondría y, en general, todos aquellos que generan una alta dosis de ansiedad sin que exista una desconexión con la realidad.

CLÍNICAS PSICOTERAPÉUTICAS U HOSPITALES MENTALES. Centro destinado al tratamiento de las enfermedades mentales. Los psiquiátricos, como instituciones organizadas para la reclusión y, en ocasiones, el tratamiento de las personas con desórdenes mentales, son un invento relativamente reciente.

COMORBILIDAD DE TRASTORNOS FÍSICOS CON TRASTORNOS MENTALES EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL. Diversos estudios han puesto de relieve que entre el 20 y el 43% de los pacientes que concurren a centros

generales de salud en el país, lo hacen por síntomas psicológicos que identifican como un problema de tipo orgánico. Tales pacientes suelen quejarse de diversas molestias somáticas, son sometidos a exámenes innecesarios y costosos y, con frecuencia su padecimiento psicológico no se diagnostica y menos aun se trata, acuden repetidamente a múltiples centros y por último los abandonan para intentar otra forma de tratamiento. Con el fin de evitar intervenciones innecesarias, todos trabajadores de la salud deberán capacitarse para identificar ese tipo de pacientes y, dado su número, aprender cómo ayudarlos. Existen para este fin múltiples instrumentos de tamizaje para detectar posibles casos de enfermedad mental, que dada su sensibilidad y especificidad, servirían de filtro (Triage) para la consulta especializada en salud mental, permitiendo la clasificación de los pacientes de acuerdo a la severidad de su sintomatología.

CONDUCTAS ADICTIVAS. En la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, los gobiernos tienen responsabilidades primordiales como la legislación sobre la producción, distribución y consumo de las sustancias psicoactivas con capacidad de producir conductas adictivas incluidos el alcohol, el tabaco, las anfetaminas, benzodiacepinas y barbitúricos. Es importante por tanto, diseñar una política del sector frente al llamado problema de las drogas en el componente que corresponde a consumo, incluido el síndrome de dependencia, y sus problemas asociados. De la misma manera, todos los trabajadores de la salud deben estar en capacidad de comprender que su obligación consiste, también, en explicar y defender la legislación que regula el consumo, y generar un ambiente propicio para el tratamiento de esta problemática. Así mismo existirá un nivel secundario y terciario de asistencia a personas con conductas adictivas y/o problemas asociados, niveles estos que deberán proporcionar apoyo a las unidades del nivel primario de asistencia cuando estos captan un paciente con dicha problemática.

A estos pacientes se les garantizará el mismo plan de atención que se contemple en el POS y en el POS-S.

El Ministerio de Salud diseñará las guías de atención integral de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, que serán de obligatorio cumplimiento para las EPS y ARS. De la misma manera, y con recursos provenientes del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), se iniciará en todo el país la implementación de la estrategia de Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas (UAICA) en los distintos hospitales psiquiátricos pertenecientes a la red pública, estas unidades estarán integradas funcionalmente a los hospitales, pero especializadas en la promoción de la salud mental, prevención de las conductas adictivas, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación integral de abuso, dependencia y problemas asociados al consumo de las sustancias psicoactivas.

Las UAICA para lo referente a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral, serán exclusivamente comunidades terapéuticas con énfasis en salud mental. El Ministerio de

Salud expedirá la normatividad para que tales comunidades terapéuticas con énfasis en salud mental tengan que cumplir unos requisitos mínimos para poder ser asimiladas como instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del actual Sistema de Seguridad Social en Salud, y poder así ser contratadas por parte de las EPS y ARS. Las UAICA requieren para su conformación de la implementación de un servicio farmacéutico integral en la sede del hospital psiquiátrico, conforme a lo establecido en la Resolución número 4252 de 1997.

En este sentido, el Ministerio de Salud ha elaborado la estrategia denominada Reducción del Daño, que es la forma como el Sector Salud inicia el proceso de asumir el problema de las conductas adictivas a las sustancias psicoactivas, ya se trate de uso, abuso dependencia o de problemas asociados a las anteriores condiciones. Esta estrategia está basada en el más reciente, comprobado y firme conocimiento técnico-científico propio y foráneo.

Hasta tanto no se reglamente de manera exclusiva los requisitos mínimos para que los centros que atienden pacientes con conductas adictivas, se deberán llenar los establecidos en la Resolución 4252 de 1997 en el aparte correspondiente a instituciones psiquiátricas, tanto en su componente ambulatorio como institucional. Para este efecto el Ministerio de Salud ha incluido en el presente documento el anexo técnico denominando: La disminución del Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual es parte integral de la política nacional de salud mental. El Ministerio de Salud y el Invima, garantizarán la calidad de los medicamentos de los grupos II, III, IV y VI contemplados en la Resolución número 6980 de 1991, para lo cual exigirán a los productos genéricos estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia, realizados con la molécula genérica.

CONCEPTO DE SALUD MENTAL. "La salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica y social." Comité de Salud Mental de la OMS.

"Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre si y con el medio ambiente; un medio repromover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Asimismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común." Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá. Mental Health for Canadiens. 1988.

"Salud mental es la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad o cultura, relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio den el que participa, creando mayor bienestar para él y los demás y

adquiriendo por ello un sentido para su existencia. " Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 1994

INIMPUTABLES. Son enfermos mentales que han cometido delitos, pero que no comprenden la ilicitud de su conducta. Es decir que no son conscientes de las consecuencias que acarrea su proceder. Por esta razón no se consideran internos carcelarios sino pacientes que requieren tratamiento especializado en centros de rehabilitación, con el fin de lograr su readaptación social. El Código Penitenciario y Carcelario estableció en 1993 que en un plazo de cinco años el Gobierno debía incorporar al sistema de salud el tratamiento psiquiátrico de estas personas. Esto implicaba trasladarlos de los anexos o pabellones psiquiátricos de las cárceles, a establecimientos especializados en atención de pacientes con enfermedades mentales, donde se les debe tratar como personas y no como delincuentes. Por esta razón el Ministerio de Salud asumió dicha responsabilidad a partir de 1998, labor que continúa en la actualidad el Ministerio de la Protección Social.

ENFERMEDADES MENTALES. Afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental. En general, son causa de angustia y deterioro en importantes áreas del funcionamiento psíquico, afectando al equilibrio emocional, al rendimiento intelectual y a la adaptación social. A través de la historia y en todas las culturas se han descrito diferentes tipos de trastornos, pese a la vaguedad y a las dificultades que implica su definición.

PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS Y EMOCIONALES DE GRUPOS MUY EXPUESTOS. Solamente trabajando en el seno de la comunidad es posible identificar a los grupos más susceptibles y aprovechar los recursos existentes para contrarrestar los riesgos y tensiones a que se encuentran expuestos. El maltrato intrafamiliar es, obviamente, un factor de riesgo, pero existen muchos otros que los trabajadores de la salud deben saber reconocer para aminorarlos. Esta es una ampliación de las funciones de los trabajadores de salud que entraña mucho más que el simple tratamiento individual de los pacientes e incorpora métodos y criterios de salud pública a la solución de los problemas de salud mental. Por tanto, para que el trabajador de salud logre este objetivo, es menester modificar su formación y la descripción de sus funciones.

SALUD MENTAL. Estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre en mayor o menor medida, pero el desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, cuando eminentes reformistas, como el médico francés Philippe Pinel o el estadounidense

Benjamin Rusht, introdujeron este tipo de tratamientos como alternativos a los tratos inhumanos que hasta entonces habían prevalecido. A pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS. Los trastornos psiquiátricos crónicos pueden y deben ahora tratarse en el seno de la comunidad, de ordinario por medio de una medicación de sostén de bajo costo. Por lo común, esta medicación habrá de ser prescrita inicialmente por un médico especialista en psiquiatría o al menos por un médico general, pero lo más importante es que los pacientes reciban asistencia continua en su propia comunidad, con el fin de asegurar que no interrumpan la medicación y su asistencia a los controles de su tratamiento. Si los pacientes permanecen sin tratamiento fuera del hospital, su existencia puede ser improductiva, carecer de rumbo y ser causa de gastos para el país y de aflicción para sí mismos y sus allegados.

Se calcula que entre la población general, la proporción de este tipo de pacientes es de alrededor de 5 por 1.000, de suerte que plantean un problema considerable para los servicios de salud. En algunos casos, este tipo de pacientes es alojado en salas para enfermos crónicos de los hospitales y, si bien en nuestro país son un porcentaje reducido frente a quienes demandan servicios de salud mental, absorben en todo caso una parte importante de los recursos con que se cuenta.

Frente a la magnitud de las necesidades actuales y futuras que demanda este tipo de pacientes, contrasta la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios y programas, que si bien varían a lo largo y ancho del país, muestran en general, deficiencias preocupantes. Por lo general, la atención se apoya en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura, accesibilidad y frecuentemente estigmatizantes, donde los pacientes tienen un promedio de estancia largo. Tampoco es infrecuente que estas instituciones se encuentran aisladas ya sea geográfica, física o socialmente, y que en ellas se violan los derechos humanos de los pacientes, por omisión o por comisión. Además, su integración dentro del sistema de salud es ausente. Una organización de servicios así concebida no permite que la reforma del sector salud, asumida por el país (descentralización, participación ciudadana, participación comunitaria, complementariedad, subsidiariedad, enlaces intra e intersectoriales, universalidad, entre otras) pueda cumplirse enteramente. Esta situación de este tipo de servicios es doblemente preocupante, dado que la enseñanza impartida en pre y postgrado no proporciona al profesional de la salud, especializado o no, la posibilidad de adquirir conocimientos, las destrezas y actitudes necesarias que le permitan ejercer una práctica integral en la comunidad y su rápida incorporación a los programas de control de la depresión, la psicosis y los síndromes convulsivos. Se reconoce, sin embargo, que a veces es necesaria la institucionalización de paciente con trastorno mental por largos períodos de tiempo, en razón de su deterioro secundario a su cronicidad o abandono, aun que esta necesidad sólo

puede calcularse después de organizar un servicio comunitario en salud mental eficaz y haber conocido el número y las categorías de paciente que tal servicio no puede atender.

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. La información epidemiológica disponible pone de manifiesto que muchos episodios psicóticos agudos son de corta duración. Siempre que se pueda administrar sedantes a los pacientes, para evitar que se lesionen o lastimen a otros y se investigue si hay alguna enfermedad orgánica que pueda haber precipitado el episodio, convendrá que los pacientes permanezcan dentro de la comunidad, bajo el cuidado de personas conocidas y rodeados de un ambiente familiar.

Sin embargo, se suelen ejercer presiones sobre los servicios de salud para que se separen de la comunidad, a tales pacientes, principalmente porque los trastornos mentales causan, con frecuencia, temores entre quienes conforman su núcleo social de referencia. Muchas veces, la educación impartida por agentes comunitarios y trabajadores de salud puede atenuar tales temores y, en consecuencia, reducir la presión social para que los pacientes sean segregados. Si estos pacientes se colocan en un ambiente institucional, cualquiera que éste fuere, muchas veces se consigue su reagudización y cronificación. Por esta razón, es necesaria la intervención rápida de un trabajador primario de salud (capacitado más no especializado), con un conocimiento básico de este tipo de afecciones para evitar que estos pacientes sean remitidos desde el principio a un trabajador de la salud especializado en psiquiatría. Se han elaborado protocolos de manejo sobre las diversas maneras en que los trabajadores primarios de salud pueden hacerse cargo de estos pacientes y se ha comprobado que el tratamiento así aplicado es inocuo a la vez que económico.

Los pacientes con un trastorno mental agudo que requieran atención institucional, serán atendidos preferencialmente en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales.

6.4. BASES LEGALES

CONSTITUCIÓN NACIONAL. El artículo 1o. establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, fundada en el respeto de la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas y en la prevalencia del interés general.

El artículo 2o. informa que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los derechos consagrados en la Constitución. Además, que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de

los deberes sociales del Estado y de los particulares. El artículo 11 declara que el derecho a la vida es inviolable, mientras que el 12 proscribire todo trato cruel, inhumano y degradante.

Por su parte el artículo 13 plantea el principio de igualdad ante la ley, imponiendo al Estado la promoción de condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y para que se adopten medidas en favor de grupos marginados.

Además, señala que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental o física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

El artículo 44, consagra que los derechos de los niños; priman sobre el derecho de los adultos. Señala la obligación de la familia, de la sociedad y del Estado de asistir y proteger a los niños, a fin de garantizar su desarrollo armónico e integral.

El artículo 47, dispone que el Estado adelantará políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran.

El artículo 49, manifiesta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas relacionadas con la prestación del servicio de salud, en forma descentralizada. El artículo 51, dispone la atención gratuita a todo niño menor de un año, por parte de las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

El inicio final del artículo 68, establece que la erradicación del analfabetismo y la educación de persona con limitaciones mentales, son obligaciones especiales del Estado.

El artículo 93, señala que los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos, ratificados por Colombia.

El artículo 366, indica que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y será su objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, para lo cual, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social será prioritario.

CÓDIGO PENAL. El artículo 31 establece el concepto que es inimputable quien en el momento de ejecutar.

Ley 30 de 1986: Esta disposición, conocida como “Ley antidrogas”, plasma principios generales y, adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción. Limita en el trabajo de menores en sitios donde se expandan licores, obliga a incluir leyendas alusivas a la nocividad del tabaco.

Limita el horario a la radio y a la televisión para emitir mensajes comerciales de licores, tabaco y cigarrillo. Integra el Comité Técnico Asesor de Prevención Nacional de la Farmacodependencia.

Ley 10 de 1990: Reorganiza el Sistema Nacional de Salud, prevé el establecimiento de la Junta Nacional de Tarifas, para la venta de los servicios en los hospitales públicos. Impone la obligación a los gobernadores y jefes seccionales de responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio público y define los servicios de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos.

Ley 60 de 1993: Distribuye la competencia a los municipios, a los departamentos y a la nación en lo tocante con la prestación de los servicios de salud, asignando a cada uno de los entes territoriales las funciones específicas que le corresponde cumplir. Regula lo atinente a situado fiscal y, los requisitos para la administración de recursos del mismo por parte de los departamentos, distritos y municipios. Señala las reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios y departamentos.

Ley 65 de 1993: Señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tienen el carácter de asistencial y, pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, harán parte del subsector oficial del sector salud y están destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial. El Gobierno Nacional en un término no mayor de cinco (5) años incorporará al Sistema Nacional de Salud el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, para lo cual deberá construir instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su funcionamiento.

Ley 100 de 1993: Se propone lograr cobertura universal de seguridad social en salud. Crea los regímenes contributivo y subsidiado a fin de garantizar la atención de servicios de salud contemplados en el POS, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de las instituciones prestadoras de Servicios (IPS). La atención inicial de urgencias en todo el territorio nacional es obligatoria por parte de todas las entidades que presten servicios de salud. La libre escogencia y traslado entre EPS dentro de las condiciones previstas en esta ley. El POS, tiene cobertura familiar. El Gobierno Nacional creó el Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado de pagar los servicios de urgencias por accidentes de tránsito, acciones terroristas por bombas y explosivos en catástrofes naturales y otros eventos aprobados por el CNSSS, reglamentará la inclusión de los hijos que por una incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar.

Ley 124 de 1994: Por medio de la cual se reglamenta la venta de licor a menores de edad.

Ley 361 de 1997: Establece mecanismos de integración social de las personas con limitación. Sus principios se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 de la Carta Política, reconocen la dignidad que les es propia a las personas con limitación, sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social. Y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

Las Ramas del Poder Público pondrán a disposición los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos consagrados, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y rehabilitación, la adecuación apropiada, la orientación, integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales, económicos, culturales y sociales. Las personas con limitaciones deben aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. Se constituye el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación”. Se eliminan las barreras arquitectónicas para acceder a edificios ya sean públicos o privados y, especialmente de carácter sanitario. Los edificios e instalaciones existentes, se adaptarán de manera progresiva. Las empresas de transporte deberán facilitar, sin costo adicional, a las personas con limitación el transporte de sillas de ruedas u otros implementos, relacionados con su limitación, así como los perros guías que acompañan a los limitados visuales.

La Ley 383 de 1997: En la que se establece la destinación del IVA social. La misma ley define tres grupos poblacionales objetos a saber: personas con trastorno mental, inimputables y, discapacitados menores de edad.

DECRETOS REGLAMENTARIOS.

Decreto número 3430 de 1982 “por el cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del Decreto-ley 1188 de 1974”, respecto de la propaganda comercial al consumo de alcohol.

Decreto 3788 de 1986 “ por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes”, trata de las campañas sobre consumo de alcohol y tabaco. 5-7- Otros decretos.

Decreto 1136 de 1970 “por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social”- vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros.

Decreto número 1355 de 1970 “por el cual se dictan normas sobre policía”. Disposiciones sobre contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas. Decreto número 2358 de 1981 “por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación”.

Decreto número 2177 de 1989 “por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del convenio número 159, suscrito con la OIT sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas”.

Decreto número 2737 de 1989 “por el cual se expide el Código del Menor”. Decreto número 1320 de 1997 “por medio del cual se crea el comité de evaluación interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables”.

RESOLUCIONES.

Resolución número 08185 de 1982 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el documento Organización del Departamento de Nutrición y Dietética en Hospitales Psiquiátricos”.

Resolución número 08186 de 1982 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental a nivel Local”.

Resolución número 008187 de 1982 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental, según niveles de atención organización y funciones”. Resolución número 09089 de 1982 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el Manual Normativo y de Organización Propuesta para un Taller Protegido, en el área Nacional de Salud Mental.

Resolución número 09090 de 1982 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo Unidad de Terapia Ocupacional en Hospital Psiquiátrico y Unidad de Salud Mental integrada a Hospital General”. Resolución número 14129 de 1985 Ministerio de Salud “por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo, para psicología en el Programa de Salud Mental Organización y funciones”. Resolución número 14130 de 1985, Ministerio de Salud, “por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo para Trabajo Social en el Programa de Salud Mental, según niveles de Atención Organización y funciones”.

Resolución número 006980 de 1991 “por la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial”.

Resolución número 002417 de 1992 “por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental”.

Resolución número 004108 de 1993, “por la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la Resolución número 003001 del 7 de mayo de 1993”. Resolución número 03997 de 1996 “por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este proyecto es de carácter explicativo, trata un tema de seguridad social, donde la autora del proyecto recopila información valiosa que se analiza para determinar puntos de vista, de los cuales posteriormente tendrán origen algunas propuestas.

Se establece una comparación entre la reglamentación de Organización Mundial de la Salud y la ley 100 de 1993 junto con las resoluciones que de ella se derivan, en cuanto a salud mental, para establecer las fallas en el sistema de seguridad social.

Evalúa la aplicación de la ley y la discriminación que se observa en la asignación de recursos en el régimen subsidiado vs. el régimen contributivo vs. Medicina particular.

7.2. FUENTES DE INFORMACION

7.2.1. Información primaria. Estarán conformadas por todas aquellas personas que laboran en Salud Mental y que de alguna manera darán sus conceptos tanto legales como históricos, respecto de la ley 100 y los vacíos que esta presenta respecto a la adecuada atención que se debería brindar al enfermo mental.

7.2.2. Información secundaria. Son todos aquellos textos legales, médicos, terapéuticos, psiquiátricos, que permitan a la autora del proyecto poseer la información y el manejo de los conceptos más importantes que influyan en el desarrollo del tema a tratar en el proyecto.

7.3. POBLACION Y MUESTRA

Estará formada por los profesionales en salud, los funcionarios de las entidades de salud tanto general como especializada en salud mental, los asesores departamentales y municipales de los programas de salud mental, encargados de velar por la aplicación de la ley 100 y sus normas reglamentarias en la Ciudad de Cúcuta.

La participación de los profesionales en salud en cuanto a las entrevistas planeadas es de uno por entidad o especialidad, la encuesta se espera aplicar a un número no inferior de 10 médicos generales de atención en urgencia..

7.4. TECNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para obtener la información necesaria y requerida, en el desarrollo del proyecto se llevarán a cabo entrevistas, consultas, asesoramiento o acompañamientos de profesionales especializados en el área social-legal.

Mediante la ejecución de entrevistas a funcionarios encargados de la prestación del servicio de salud mental como es el caso de el Instituto departamental de Salud - Jefe Clara Gereda, Auditora del Hospital mental Rudesindo Soto - Jefe Noema Godoy, Dr. Orlando Ballén - Especialista en Neurología, Dr. Manuel Serrano - Psiquiatra de la Clínica Psicoterapéutica, Dr. Leonardo Durán- funcionario de la secretaria de Salud municipal, Dr. Franklin Hernández- funcionario de la secretaria de Salud municipal., se logró recopilar información acerca de el manejo que se viene dando a la población objeto de estudio y las falencias que aun quedan por cubrir, dando herramientas para definir los parámetros a proveer en cuanto al manejo de la ley 100 y sus normas complementarias, para lograr la eficiencia y eficacia inminentemente necesarias en un país en el que el incremento de pacientes de salud mental cada día es mayor e incontrolado.

Para poseer una fuente primaria de información exacta del manejo de los pacientes de urgencias en salud mental se utiliza la encuesta que aparece en el Anexo A.

7.5. TECNICA DE ANALISIS DE DATOS

La información obtenida se procesará y servirá de punto de apoyo del proyecto, ya que a partir de ella se formularán deducciones de lo que acontece en realidad y como cambiar estas situaciones mediante propuestas de mejoramiento.

8. DESARROLLO DEL PROYECTO

8.1. REGLAMENTACION INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL

“ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD”.

LA SALUD MENTAL EN LAS EMERGENCIAS. Albania / refugiados de Kosovo.
Foto cortesía de ACNUR. Prensa

Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2003.

Antecedentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de las Naciones Unidas responsable de las medidas y actividades encaminadas a lograr el nivel de salud más alto posible para todas las personas. Dentro de la OMS, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías proporciona el liderazgo y la orientación para cerrar la brecha entre lo que se necesita y lo que está disponible en la actualidad para reducir la carga de trastornos mentales y promover la salud mental.

Este documento resume la actual posición del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías para asistir a las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos, como los refugiados, los desplazados internos, los sobrevivientes de desastres y poblaciones expuestas al terrorismo, a la guerra o al genocidio. La OMS reconoce que un gran número de personas están expuestas a factores estresantes extremos y que dicha exposición constituye un factor de riesgo en relación con la salud mental y los problemas sociales. Los principios y estrategias que aquí se describen están destinados principalmente a los países pobres en recursos, en los que vive la mayoría de las poblaciones expuestas a desastres y a la guerra. También se justifica la atención de la salud mental y el bienestar de los trabajadores de ayuda humanitaria, pero sus necesidades no serán abordadas en este documento.

En el presente documento, el término intervención social se emplea para las intervenciones encaminadas principalmente a tener efectos sociales, y el término intervención psicológica se utiliza para las intervenciones encaminadas principalmente a tener efectos psicológicos.

Es un hecho reconocido que las intervenciones sociales tienen efectos psicológicos secundarios y que las intervenciones psicológicas tienen efectos sociales secundarios, como lo sugiere el término psicosocial. En su constitución, la OMS define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Utilizando esta definición como punto de anclaje, la presente declaración cubre la actual posición del Departamento en lo referente a los aspectos mentales y sociales de la salud de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

Nuestros objetivos, con respecto a los aspectos mentales y sociales de la salud de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos son los siguientes:

1. Ser un recurso en términos de asesoramiento técnico para actividades de campo realizadas por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales en coordinación con el Departamento de Acción de Emergencias y Acción Humanitaria de la OMS.
2. Brindar liderazgo y orientación para mejorar la calidad de las intervenciones en el terreno.
3. Facilitar la generación de una base de elementos de juicio para actividades y políticas en el terreno a nivel de la comunidad y del sistema de salud.

Principios generales

En base a la información obtenida a partir de una serie de documentos elaborados por reconocidos expertos sobre lineamientos, principios y proyectos, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías destaca los siguientes principios generales:

1. Preparación antes de la emergencia.

Deben prepararse planes nacionales antes de que ocurran las emergencias y éstos deben incluir: a) desarrollo de un sistema de coordinación, asignando a personas claves a cargo de cada organismo competente, b) diseño de planes detallados para preparar una apropiada respuesta social y de salud mental, y c) capacitación de personal competente en las intervenciones sociales y psicológicas indicadas.

2. Evaluación

Las intervenciones deben ser precedidas por una planificación cuidadosa y una amplia evaluación del contexto local (por ejemplo: entorno, cultura, antecedentes y naturaleza de los problemas, percepciones locales de sufrimiento y enfermedad, formas de enfrentar los problemas, recursos de la comunidad, etc.). En el contexto de las emergencias, el Departamento alienta una evaluación cualitativa del entorno con una evaluación cuantitativa de las discapacidades. Cuando la evaluación deja al descubierto una amplia gama de necesidades cuyo cumplimiento es improbable, los informes de evaluación deben especificar la urgencia de las necesidades, los recursos locales y los recursos externos potenciales.

3. Colaboración

Las intervenciones deben incluir consultas y colaboración con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) especializadas en el área. Es esencial que haya una participación continua, preferentemente del gobierno o, de lo contrario, de las ONG locales, para asegurar la sustentabilidad. El funcionamiento independiente de una multitud de organismos sin coordinación provoca la mala utilización de recursos valiosos. De ser posible, debe contratarse al personal, incluyendo el administrativo, en la comunidad local.

4. Integración en la Atención Primaria de Salud

Guiadas por el sector de salud, las intervenciones de salud mental deben ser realizadas en el marco de la atención primaria de salud (APS) general y deben maximizar la atención por parte de las familias y el uso activo de recursos dentro de la comunidad. La capacitación clínica en el servicio y la supervisión y el apoyo minuciosos de los agentes de atención sanitaria primaria por parte de los especialistas de salud mental son un componente esencial de una integración exitosa de la atención de salud mental en la APS.

5. Acceso a los servicios para todos.

Se desalienta la instalación de servicios de salud mental verticales e independientes para poblaciones especiales. En tanto sea posible, el acceso a los servicios debe ser para toda la comunidad y preferentemente no debe restringirse a subpoblaciones identificadas en base a la exposición a ciertos factores estresantes. Ello no obstante, quizá sea importante conducir programas de divulgación para asegurar el tratamiento de grupos vulnerables o minorías dentro de la APS.

6. Capacitación y supervisión.

Las actividades de capacitación y supervisión deben estar a cargo de especialistas de salud mental—o bajo su orientación—durante un período de tiempo sustancial, para asegurar que la capacitación redunde en efectos duraderos y una atención responsable. No se recomiendan cursos de capacitación breves, de una o dos semanas sin una minuciosa supervisión de seguimiento.

7. Perspectiva a largo plazo.

Luego de la exposición de una población a factores estresantes graves, es preferible concentrarse en el desarrollo a mediano y largo plazo de los servicios de asistencia de la salud mental basados en la comunidad, en vez de concentrarse en el alivio del sufrimiento psicológico inmediato, de corto plazo, durante la fase aguda de una emergencia. Desgraciadamente, el ímpetu y los fondos para los programas de salud mental tienen su auge durante o inmediatamente después de las emergencias agudas, pero dichos programas se aplican mucho más efectivamente en el transcurso de un tiempo prolongado en los años siguientes. Es necesario incrementar la conciencia de los donantes sobre este tema.

8. Monitorización de los indicadores.

Es preciso realizar una monitorización de las actividades y evaluarlas mediante indicadores que deben ser determinados æen lo posibleæantes de comenzar la actividad, y no tardíamente.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA SALUD EN EL TERRENO.

En base a la información obtenida en la literatura y la experiencia de expertos, y con el propósito de informar los pedidos actuales desde el terreno, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías asesora sobre las estrategias de intervención para poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. La elección de la intervención varía según la fase de la emergencia. La fase de emergencia aguda se define aquí como el período donde la tasa de mortalidad bruta se eleva sustancialmente debido a la privación de necesidades básicas (es decir, alimentos, vivienda, seguridad, agua y saneamiento, acceso a la APS, gestión de las enfermedades transmisibles), debido a la emergencia. Este período es seguido de una fase de reconsolidación, en la que las necesidades están nuevamente a un nivel comparable al existente antes de la emergencia o, en caso de desplazamiento, están al nivel de la población vecina. En una emergencia compleja, a) las distintas regiones de un país pueden estar en diferentes fases o b) un sitio puede oscilar entre las dos fases, en el transcurso de un período de tiempo.

1 Fase aguda de la emergencia

Durante la fase aguda de la emergencia es aconsejable realizar fundamentalmente intervenciones sociales que no interfieran con las necesidades agudas, tales como la organización de alimentos, vivienda, vestimenta, servicios de APS, y, si correspondiere, el control de enfermedades transmisibles.

1.1 Las intervenciones sociales tempranas valiosas pueden incluir:

- Establecer y difundir un flujo confiable permanente de información creíble sobre a) la emergencia; b) esfuerzos para establecer la seguridad física de la población, c) información sobre los esfuerzos de socorro, incluyendo lo que cada organización de ayuda hace y dónde están ubicadas; y d) la ubicación de los familiares para potenciar la reunión familiar (y, de ser factible, establecer acceso a comunicación con los familiares ausentes). La información debe difundirse de acuerdo a los principios de la comunicación de riesgo: por ejemplo: la información no debe ser compleja (comprensible para los habitantes locales de 12 años) aunque empática (mostrando comprensión de la situación del sobreviviente del desastre).
- Organizar el rastreo de las familias de los menores no acompañados, los ancianos y otros grupos vulnerables.
- Dar instrucciones a los funcionarios en el terreno en las áreas de la salud, distribución de alimentos, bienestar social y mantenimiento de registros referentes a asuntos de sufrimiento, desorientación y necesidad de una participación activa.
- Organizar refugios con la finalidad de mantener unidos a los miembros de las familias y las comunidades.
- Consultar a la comunidad en lo referente a las decisiones sobre dónde ubicar los lugares religiosos, escuelas y suministro de agua en los campamentos. Prover de espacios religiosos, recreativos y culturales en el diseño de los campamentos.
- De manera realista, desalentar la evacuación no ceremoniosa de los cuerpos con el fin de controlar las enfermedades transmisibles. Contrariamente al mito, los cadáveres no plantean riesgo de enfermedades transmisibles, o este riesgo es extremadamente limitado. Los afligidos sienten la necesidad de poder realizar funerales ceremoniosos y—suponiendo que el cuerpo no esté mutilado o descompuesto—de ver el cuerpo del ser querido fallecido para despedirse. De todas formas, es preciso organizar los certificados de defunción para evitarle a los familiares consecuencias financieras y jurídicas innecesarias.

- Estimular el reestablecimiento de los eventos culturales y religiosos normales (incluyendo los rituales de duelo en colaboración con los guías espirituales y religiosos).
- Estimular las actividades que faciliten la inclusión en redes sociales de huérfanos, viudas, viudos, o de las personas sin familia.
- Alentar la organización de actividades recreativas normales para los niños. Los prestadores de asistencia deben cuidar de no generar falsas expectativas en la población local repartiendo materiales de recreación (por ejemplo: camisetas de fútbol, juguetes modernos) del tipo que fuera considerado como artículo de lujo en el contexto local anterior a la emergencia.
- Alentar el inicio de la escolaridad de los niños, aún parcialmente.
- Invitar a los adultos y adolescentes a participar en actividades concretas, de interés común, con un objetivo definido (por ejemplo, construcción y organización de refugios, organización de la búsqueda de las familias, distribución de alimentos, organización de las vacunas, enseñanza de los niños).
- Diseminar ampliamente información simple, tranquilizadora, empática sobre las reacciones normales al estrés en la comunidad en general. Los comunicados de prensa no sensacionalistas, los programas radiales, afiches y folletos concisos pueden ser de gran valor para tranquilizar al público. La educación pública debe estar principalmente centrada en las reacciones normales, ya que la sugerencia diseminada de psicopatología durante esta fase (y aproximadamente las primeras cuatro semanas posteriores) potencialmente puede resultar en un daño no intencional. La información debe destacar una expectativa de recuperación natural.

1.2 En términos de intervenciones psicológicas en la fase aguda se aconseja lo siguiente:

- Establecer contactos con la APS o cuidados de emergencia en el área local. Manejar las dolencias psiquiátricas de urgencia (por ejemplo, peligrosidad para uno mismo o para otros, psicosis, depresión severa, manía, epilepsia) dentro de la APS, ya sea que la misma esté a cargo del gobierno local o de las ONG. Asegurar la disponibilidad de medicaciones psicotrópicas esenciales a nivel de la APS. Muchas personas con dolencias psiquiátricas de urgencia tendrán trastornos psiquiátricos preexistentes y debe evitarse la interrupción brusca de su medicación. Además, algunas personas consultan por problemas de salud mental debidos a la exposición a factores estresantes extremos. La mayoría de los

problemas agudos de salud mental durante la fase de emergencia aguda se manejan mejor sin medicación, siguiendo los principios de ‘primeros auxilios psicológicos’ (es decir: escuchar, transmitir compasión, evaluar las necesidades, asegurar que se satisfagan las necesidades físicas básicas, no forzar la conversación, proporcionar o movilizar compañía, preferentemente de la familia u otras personas importantes en su vida, estimular pero no forzar el apoyo social, proteger de un daño ulterior).

- Suponiendo que se cuenta con trabajadores comunitarios voluntarios o no voluntarios, organice un apoyo emocional que llegue a la comunidad pero que no resulte invasivo, proporcionando, cuando fuere necesario, los ‘primeros auxilios psicológicos’ arriba mencionados. Debido a los posibles efectos negativos, no se aconseja organizar sesiones individuales de “debriefing psicológico”, que inducen a las personas a compartir sus experiencias personales más allá de lo que las compartirían naturalmente.

- Si se prolonga la fase aguda, comenzar a capacitar y supervisar a los trabajadores de APS y a los trabajadores de la comunidad (para una descripción de estas actividades, ver la sección 2.2).

2. Fase de re consolidación

2.1 En términos de intervenciones sociales, se sugieren las siguientes actividades:

- Continuar con las intervenciones sociales pertinentes resumidas arriba en la sección 1.1.

- Organizar actividades de educación psicológica en la comunidad. Educar al público sobre la disponibilidad o las opciones de la asistencia primaria de la salud. Comenzando no antes de las cuatro semanas después de la fase aguda, educar cuidadosamente al público sobre la diferencia entre psicopatología y sufrimiento psicológico normal, evitar las sugerencias de presencia de psicopatología en amplia escala y evitar jergas y modismos que conlleven un estigma. Utilizar las formas positivas preexistentes para hacer frente a los problemas. La información debe enfatizar las expectativas positivas de recuperación natural.

- Con el tiempo, si la pobreza persiste como problema, alentar las iniciativas de desarrollo económico. Los siguientes son ejemplos de dichas iniciativas a) esquemas de microcrédito o b) actividades generadoras de ingresos cuando sea probable que los mercados brinden una fuente sustentable de ingresos.

2.2 En términos de las intervenciones psicológicas durante la fase de reconsolidación, se sugieren las siguientes actividades:

- Educar a otros trabajadores de ayuda humanitaria, así como a líderes de la comunidad (como líderes del pueblo, maestros, etc.) en los principales conocimientos de atención psicológica (como ‘primeros auxilios psicológicos’, apoyo emocional, cómo brindar información, reconocimiento de los principales problemas de salud mental) para incrementar la conciencia y el apoyo de la comunidad, y derivar a las personas a la APS en los casos necesarios.
- Capacitar y supervisar a los trabajadores de APS en el conocimiento básico y las destrezas necesarias en salud mental (como administración de la medicación psicotrópica apropiada, ‘primeros auxilios psicológicos’, ayuda psicológica de apoyo, trabajo con las familias, prevención del suicidio, gestión de los motivos de consulta somáticos sin explicación médica, problemas de uso de sustancias y referencia de pacientes). El principal programa recomendado es Salud Mental de los Refugiados de la OMS/ACNUR, 1996.
- Asegurar la continuación de la medicación de los pacientes psiquiátricos que puedan no haber tenido acceso a la medicación durante la fase aguda de la emergencia.
- Formar y supervisar a trabajadores de la comunidad (es decir, trabajadores de apoyo, consejeros psicológicos) para asistir a los prestadores de APS con una gran cantidad de casos complicados. Los trabajadores de la comunidad pueden ser voluntarios, paraprofesionales, o profesionales, según el contexto. Los trabajadores de la comunidad deben ser cuidadosamente capacitados y supervisados en lo que respecta a una serie de destrezas clave: evaluación de la percepción de los problemas por parte de los individuos, las familias y los grupos, ‘primeros auxilios psicológicos’, apoyo emocional, ayuda psicológica del duelo, gestión del estrés, ‘asesoramiento en la solución de problemas’, movilización de los recursos de la familia y la comunidad y referencia de pacientes.
- Colaborar con los curanderos, de ser factible. En ciertos contextos tal vez sea posible hacer una alianza de trabajo entre los médicos alópatas y los curanderos tradicionales.
- Facilitar la creación de grupos de autoayuda basados en la comunidad. Dichos grupos de autoayuda habitualmente se concentran en compartir los problemas, sugiriendo ideas y buscando soluciones o maneras más efectivas de enfrentar los problemas (incluyendo las maneras tradicionales), generar un apoyo emocional mutuo, y algunas veces generar iniciativas a nivel de la comunidad.

Se sugiere llevar a cabo las intervenciones arriba mencionadas en sinergia con las prioridades de desarrollo del sistema de salud mental en curso:

- Trabajar en pos del desarrollo de planes estratégicos factibles para el fortalecimiento de los programas de salud mental a nivel nacional. La meta a largo plazo es reducir el tamaño de las instituciones psiquiátricas existentes ('asilos'), fortalecer la APS y la atención psiquiátrica en los hospitales generales, y fortalecer el cuidado de las personas con trastornos mentales crónicos y severos por parte de la comunidad y la familia.
- Trabajar en pos de legislación y políticas de salud mental correctas y pertinentes. La meta a largo plazo es obtener un sistema de salud pública funcional que incluya a la salud mental como un elemento esencial.

Materiales de apoyo de la OMS

La siguiente lista de materiales de apoyo de la OMS abarca: (i) documentos de salud mental que probablemente sean aplicables a todas las poblaciones, expuestas o no a factores estresantes extremos (ii) documentos específicos de salud mental pertinentes a poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

Organización Mundial de la Salud (1990). La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. http://www.who.int/mental_health/media/en/4_2.pdf Nota: Este documento clásico cubre la integración de la atención de la salud mental en APS.

Organización Mundial de la Salud (1990). La salud mental de los refugiados. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544861.pdf> . Nota: Este documento está escrito para los trabajadores de APS y de la comunidad para el tratamiento de una serie de trastornos de la salud mental y problemas en el contexto de campamentos de refugiados.

World Health Organization (1994). Quality assurance in mental health care. Checklists, glossaries, volume 1. World Health Organization: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_MND_94.17.pdf

World Health Organization (1997). Quality assurance in mental health care. checklists, glossaries, volume 2. World Health Organization: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_MND_97.2.pdf . Nota: Estos dos documentos cubren la garantía de calidad, vigilancia y evaluación de los servicios de salud mental en una serie de contextos.

World Health Organization (1997). Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders: A guide for rehabilitation in primary health care. World Health Organization: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MNDRHB_97.1.pdf. Nota: Este es un manual con lineamientos para el tratamiento de la discapacidad mental por parte del trabajador de APS.

World Health Organization (1998). Mental disorders in primary care. World Health Organization: Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIE_AC_98.1.pdf . Nota: Este documento contiene un programa educativo para asistir a los trabajadores de APS en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales.

World Health Organization (1998). Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. WHO: Geneva. http://www.who.int/msa/mnh/ems/icd10/icd10pc/icd10_phc.htm

World Health Organization (1999). Declaration of cooperation: Mental Health of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations. World Health Organization: Geneva. <http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm> .Nota: Esta declaración resume los principios rectores de proyectos destinados a poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

World Health Organization (1999, revised 2001). Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations: A community-oriented assessment.

World Health Organization: Geneva. <http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>. Nota: Este documento resume la evaluación cualitativa del contexto de la situación de los refugiados. El documento se centra en la preparación, alcance de la evaluación y elaboración de informe.

World Health Organization (2000). Preventing suicide: A resource for primary health care workers. World Health Organization: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000059. Nota: Este folleto resume el conocimiento básico sobre la prevención del suicidio para el trabajador APS.

World Health Organization (2000). Women's mental health: An evidence based review.

World Health Organization: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000067. Nota: Este informe brinda las evidencias de investigación más recientes pertinentes a la relación entre el género y la salud mental, concentrándose en depresión, pobreza, posición social y violencia contra la mujer.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001.

Organización Mundial de la Salud: Ginebra. <http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/>
Nota: Esta es una completa revisión autorizada sobre la epidemiología, la carga emocional, los factores de riesgo, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales a nivel mundial. Este informe brinda el marco para organizar los programas de salud mental del país.

World Health Organization (2001). The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world. World Health Organization: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000050. Nota: Esta es una revisión y una evaluación de la efectividad de los programas de salud mental en APS en países en desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (2001). Proyecto de política de salud mental.

Organización Mundial de la Salud: Ginebra. http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf Nota: Este documento describe una serie de actividades de asistencia técnica de políticas y desarrollo de servicios de salud mental a nivel del país.

Organización Mundial de la Salud (2001). Atlas: Recursos de salud mental en el mundo 2001. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. http://www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf Nota: Esta base de datos actualizada, disponible en Internet, ofrece la información disponible sobre los recursos de salud mental en la mayoría de los países del mundo, incluyendo los países con grandes poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. (<http://mh-atlas.ic.gc.ca>)

World Health Organization (2002). Nations for Mental Health: Final report. World Health Organization: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400 Nota: Este documento resume las estrategias recientes de la OMS: aumentar la conciencia sobre los efectos de los problemas de salud mental y toxicomanías, promover la salud mental y evitar trastornos, para generar capital para la promoción de la salud mental y prestación de asistencia, y promover el desarrollo del servicio.

WHO (2002). Working with countries: Mental health policy and service development projects. WHO: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000404 Note: This document describes a variety of technical assistance activities of mental health policy-making and service development at the country level.

WHO (2002). Nations for Mental Health: Final report.

WHO: Geneva. http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400 Note: This document summarises WHO's recent strategies: to raise awareness to the effects of mental health problems and substance dependence, to promote mental health and prevent disorders, to generate capital for mental health promotion and care provision and to promote service development.

WHO (2002). Atlas: Country profiles of mental health resources.

WHO: Geneva. <http://mh-atlas.ic.gc.ca> Note: This updated, online searchable database provides available information on mental health resources in most countries of the world, including countries with large populations exposed to extreme stressors.

Pan American Health Organization (2000). Mental health services in disasters: Instructor's guide. Pan American Health Organization: Washington, DC. <http://www.helid.desastres.net> Note: This book covers a training course for psychosocial counselling programmes after disasters.

Pan American Health Organization (2001). Insights into the concept of stress. Pan American Health Organization: Washington, DC. <http://www.paho.org/english/ped/stressin.htm> Note: This book provides emergency personnel with basic knowledge about their own stress management.

8.2. LEY 100 DE 1993.(Diciembre 23)

“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.”

“PREÁMBULO. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. “

Es importante destacar que la disposición primaria de la ley de seguridad social es velar por la calidad de vida y la salud de los colombianos, dando articulación a la ejecución de planes y programas que permitan desarrollar la promoción, prevención, y tratamiento de las enfermedades, específicamente en este caso las que corresponden a salud mental. Ya que si el individuo no posee el control de sus habilidades mentales, estará incapacitado para cumplir tanto con sus deberes como con sus derechos

“ARTÍCULO 1°. SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL. El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.”

El objeto de la presente Ley reafirma el compromiso del Estado, por medio de las instituciones creadas, con el fin de velar por el cumplimiento de los derechos fundamentales consignados en la constitución, entre otros el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la salud y por ende a la calidad de estos derechos.

“ARTÍCULO 2°. PRINCIPIOS. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación:

a. EFICIENCIA. Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

b. UNIVERSALIDAD. Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

c. SOLIDARIDAD. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

d. INTEGRALIDAD. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley;

e. UNIDAD. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

f. PARTICIPACIÓN. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

PARÁGRAFO. La seguridad social se desarrollará en forma progresiva, con el objeto de amparar a la población y la calidad de vida.

ARTÍCULO 3°. DEL DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social. Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

ARTÍCULO 4°. DEL SERVICIO PÚBLICO DE SEGURIDAD SOCIAL. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.”

Partiendo de que la seguridad social es un derecho esencial obligatorio, que debe ser brindado en igualdad de condiciones a todo ciudadano, sin discriminación y ni restricción, donde no se puede separar la salud mental de la física y muchos menos si esta atención implicare alto o bajo costo. Sin que por estar a cargo del estado se le permita menguar en su calidad y rendimiento, al igual que en su eficacia frente al amparo que este prestando, con esto se da claridad de que no por contratar un intermediario privado renuncia a ser veedor y responsable de la calidad del servicio.

“ARTÍCULO 9°. DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.”

Los problemas de corrupción afectan profundamente la correcta destinación de los recursos asignados para la salud, esto se observa en los frecuentes avisos de posible cierre de instituciones médicas como es el HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ, entre otros.

“ARTÍCULO 152. OBJETO. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las

disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9 de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.”

Lamentablemente, las disposiciones legales se han quedado cortas respecto a la planificación y aplicación de los requerimientos necesarios para constituir una política de salud mental eficiente y estable, que cubra todas las necesidades de la población, en la variedad de trastornos y enfermedades mentales que se registran por la Organización mundial de la salud, en cuanto a Colombia.

“ARTÍCULO 162. PLAN DE SALUD OBLIGATORIO. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el Plan Obligatorio del Sistema Contributivo, en forma progresiva antes del año 2.001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

PARÁGRAFO 1o. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el estado tenga contrato de prestación de servicios.

PARÁGRAFO 2o. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 3o. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

PARÁGRAFO 4o. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El gobierno nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.”

Donde que el tan nombrado derecho constitucional de igualdad, la calidad de vida no puede ser referida a una reglamentación discriminatoria, que ejerce una presión frente a un derecho fundamental, limitando los servicios de salud, a un nivel específico, cuando la población menos favorecida que da desprotegida y afectada por la falta de servicios de salud con calidad, específicamente el caso de salud mental, donde es un hecho que se prefiere no diagnosticar el trastorno o enfermedad mental como tal para no asumir los costos y las responsabilidades que implican un tratamiento.

“ARTÍCULO 165. ATENCIÓN BÁSICA. El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta Ley y las acciones de saneamiento ambiental. Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.

La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.”

De acuerdo a las evaluaciones de patologías recurrentes en la población se observa un alto

índice en cuanto a trastornos y enfermedades de salud mental, lamentablemente como se observa en este artículo ellas están excluidas de la atención básica que se supone ampara aquellos factores de alta frecuencia, por tanto se requiere de la implementación de las políticas de salud mental respecto a la promoción, prevención, urgencias y tratamiento.

ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Es irónico que ni las propias entidades que poseen el compromiso con el usuario, no tengan la capacidad de atender una urgencia de salud mental, ni posea un protocolo definido y mucho menos la ética de un diagnóstico y estabilización a pacientes de salud mental.

“ARTÍCULO 170. COMPETENCIAS. Subrogado por el artículo 119 del Decreto extraordinario 2150 de 1995. **El nuevo texto es el siguiente:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno frente a la salud pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas y el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud, de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.

El Presidente de la República podrá delegar las funciones de inspección y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud y en los jefes de las entidades territoriales.

El Superintendente Nacional de Salud podrá celebrar convenios con las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud para facilitar el ejercicio de sus funciones y establecerá mecanismos de coordinación, cooperación y concertación con el fin de evitar la duplicación de información y procurar la racionalización de las actividades de inspección y vigilancia. Además fomentará el desarrollo de una red de controladores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

Pareciera que poseen estas autoridades capacidades metafísicas para nunca estar en función de los problemas reales de la comunidad, ya que un ciudadano que ingrese a un hospital a clínica con una patología de salud mental, deberá soportar un tratamiento farmacológico irrelevante para su condición y ser sometido a la espera de un medico de consulta externa que certifique que es correcto el diagnóstico y si es su voluntad proceda a remitir a dicho paciente a un especialista en el mejor de los casos o en su defecto formule medicación de una practica que no le corresponde, ya que es muy claro que el medico general no reemplaza a un especialista, no tiene la preparación, las capacidades y mucho menos la experiencia en el manejo y curación de las patologías mentales, por tanto expone al paciente un estado de deterioro mal controlado que se proyectará en farmacodependencia, suicidio, homicidio, patologías inmanejables por términos de duración.

“ARTÍCULO 188. GARANTÍA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS. Artículo subrogado por el artículo 121 del Decreto extraordinario 2150 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Las Instituciones Prestadoras de Servicios no podrán discriminar en su atención a los usuarios.

Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el Comité técnico - científico integrado por la Empresa Promotora de Salud a la cual esté afiliado, integrado de la siguiente forma: un representante de la EPS, un representante de la IPS y, un representante del afiliado, quien podrá concurrir directamente. Si persiste la inconformidad, ésta será dirimida por un representante de la Dirección Municipal de Salud.”

Lamentablemente este mecanismo no es viable, ya que la disposición de las empresas de salud a cumplir con sus afiliados no permite dar esta herramienta correctiva, el interrogante que cabe es para que fue creado el artículo 188 si no es aplicado.

“ARTÍCULO 189. MANTENIMIENTO HOSPITALARIO. Los hospitales públicos y los privados en los cuales el valor de los contratos suscritos con la Nación o las entidades territoriales representen más del treinta por ciento (30%) de sus ingresos totales deberán destinar como mínimo el 5% del total de su presupuesto a las actividades de mantenimiento de la infraestructura y la dotación hospitalaria.”

Si esto se cumpliera lo mínimo que tendría en una institución que atiende mas de 60.000 usuarios es un stock de medicamentos básicos y un área de observación destinada para pacientes que padecen trastornos de salud mental o enfermedades de salud mental, en ultimas algo tan simple como implementos de control físico del paciente para facilitar y asegurar la correcta y eficaz atención de urgencia, cumpliendo con el periodo de hospital

24 horas, que no es mas que la observación de la evolución del paciente para definir un correcto manejo y evitar que la crisis desencadene daños a el mismo o a otros miembros de la sociedad.

“ARTÍCULO 194. NATURALEZA. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las Empresas Sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en este capítulo.”

Por que los hospitales e instituciones del estado deben ser negligentes en cuanto a la calidad de los servicios y el trato a los pacientes, es evidente que nunca han escuchado el término de humanización del servicio y de que es satisfacción del cliente. Se espera que en un futuro no muy lejano sin ser yanqui se logre contar con instituciones como las que posee Estados Unidos, donde tanto sus elementos tecnológicos como sus galenos están en función del paciente y la calidad del servicio.

“ARTÍCULO 199. INFORMACIÓN DE LOS USUARIOS. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.”

Si realmente se aplicara este criterio ningún enfermo mental estaría en crisis y mucho menos mendigando una cita con el especialista, para iniciar un proceso de recuperación que seguramente a causa del mismo sistema se quedará a medias por el alto costo en el que incurre.

“ARTÍCULO 201. CONFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. En el Sistema General de Seguridad Social en Salud coexisten articuladamente, para su financiamiento y administración, un régimen contributivo de salud y un régimen de subsidios en salud, con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías.”

Esta definición deja entredicho un sistema articulado, ya que para las entidades de régimen contributivo y subsidiado no existen recursos del Fondo de Solidaridad y Garantías, en lo que se apoyan para negar la prestación del servicio.

8.3. EXCLUSIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL POS: SALUD MENTAL PRESENTE Y FUTURO³

Hoy, concebimos la salud mental dentro del contexto general de la salud física, en particular de la salud cerebral. Salud mental es mucho más que la ausencia de síntomas emocionales, es decir, no presentar un trastorno mental.⁴ A pesar de todo, el concepto de trastorno mental es más confiable y reproducible que la noción de salud mental.⁵

Para muchos el concepto de salud y enfermedad mental debería desaparecer.⁶ ¿Las razones? La primera, esta aseveración implica una separación explícita entre cuerpo y mente. Durante los tres últimos lustros se ha logrado una mejor comprensión del funcionamiento cerebral y cómo la disfunción o la alteración de sus funciones se traduce en patologías o trastornos, según el patrón de expresión del fenotipo.⁷ Si las manifestaciones pueden en forma general explicarse por una lesión específica, el manejo estará en manos de neurólogos y neurocirujanos. En cambio, si los síntomas son del orden comportamental sin lesión objetiva por las técnicas paraclínicas diagnósticas comunes, generalmente es de tratamiento por psiquiatría.⁸ La segunda razón, el uso del calificativo mental ha llevado a que las personas que reúnen criterios para un trastorno mental sean discriminadas de diferentes formas. Mirar de manera trivial los síntomas mentales es la discriminación que ejerce el cuerpo médico⁹, la segregación social, la de la comunidad en general¹⁰; y el escaso presupuesto para la investigación y la promoción de la salud mental, como problema de salud pública, es la discriminación estatal.¹¹ En Colombia, esta idea está plasmada en la omisión de la salud mental en el Plan Obligatorio de Salud (POS).¹²

³ Adalberto Campo-Arias, MD Profesor Asociado. Línea de Salud Mental. Grupo de Neuropsiquiatría UNAB. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

⁴ Vaillant GE. Mental health. Am J Psychiatry 2003; 160: 1373-84.

⁵ Ibid.

⁶ Baker M, Menekn M. Time to abandon the term mental illness. Br Med J 2001; 322: 937.

⁷ Mayberg H. Depression, II. Localization of pathophysiology. Am J Psychiatry 2002; 159: 1979.

⁸ Campo A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. MedUNAB 2003; 6: 32-5.

⁹ Üstün TB. The global burden of mental Disorders. Am J Public Health 1999; 89: 1315-8.

¹⁰ Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá, Noosfera editorial, 1999: 186-205.

¹¹ Üstün TB. The global burden of mental Disorders. Am J Public Health 1999; 89: 1315-8.

¹² Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J. Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá, Noosfera editorial, 1999: 186-205.

Sin duda, el giro dado a la nosología en psiquiatría, con sus limitaciones, ha permitido un mejor estudio de los trastornos mentales con el uso de criterios comunes. Ahora, entendemos un poco más la interacción de factores biológicos y medioambientales para la presentación clínica de síntomas cerebrales, es decir, mentales.¹³ Finalmente, el cerebro no es más que la suma de los elementos biológicos, heredados o adquiridos, y sociales.¹⁴

Hoy, conocemos cómo interactúan algunos factores biológicos con algunos factores ambientales¹⁵, cómo estos factores externos producen cambios en el funcionamiento cerebral, mecanismos mediados por la liberación de hormonas que modulan la expresión de genes y, por ende, de proteínas y otros mediadores que regulan la vida neuronal. De la misma forma, sabemos cómo los estresores vitales importantes, percibidos como amenazas para la integridad física o el bienestar psicológico del sujeto, aumentan la liberación de cortisol. Esto se traduce en una serie de mensajeros. Si el estresor es lo suficientemente fuerte o duradero puede producir cambios permanentes en el funcionamiento cerebral haciendo al individuo más susceptible a otros estresores.¹⁶ De tal suerte, por ejemplo, un individuo que nació con una alta carga genética para presentar un trastorno depresivo mayor, quien durante la infancia, la adolescencia o la adultez se enfrenta a situaciones negativas, presentará con mayor facilidad el conjunto de síntomas propios del trastorno.¹⁷ Y una vez se ha activado esa cascada de cambios del trastorno o enfermedad en las vías implicadas, como en otras condiciones médicas, se comportará como enfermedad de larga evolución.¹⁸

Sin duda, esto tiene implicaciones para el abordaje terapéutico de los pacientes. Los datos disponibles muestran que los trastornos del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar, presentan un curso de larga evolución, generalmente son episódicos, recurrentes con remisión total o parcial de síntomas entre cada episodio; en otras palabras, las personas pueden o no presentar algunos síntomas residuales o atenuados en los períodos críticos o más sintomáticos.¹⁹ A pesar de la creencia popular y de un número importante de profesionales de la salud y de carreras humanistas, la psiquiatría es la parte más humanista de la medicina, pero no por esto menos científica. Sólo un tratamiento farmacológico permanente sumado a intervenciones psicosociales apropiadas garantiza un adecuado, o por lo menos un aceptable, control de síntomas. Los trastornos mentales mayores no se mejoran

¹³ Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illness. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 69-71.

¹⁴ Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1563-75.

¹⁵ Cooper B. Nature, nurture and mental disorders: old concept in the new millennium. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 91-102.

¹⁶ Haghghat R. A Unitary theory of stigmatization. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 201-15.

¹⁷ Strickland PL, Deakin JFW, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio-social origins of depression in the community. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 168-73.

¹⁸ Rost K, Nuttung P, Smith JL, Elliot CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomized trial of going treatment in primary care. *Br Med J* 2002, 325: 934-9.

¹⁹ Harrinson PJ. Neuropathology of primary mood disorder. *Brain* 2002; 125: 1428-49.

únicamente “poniendo de su parte”.²⁰ Para pocos profesionales de la salud es incuestionable el manejo farmacológico de personas que reúnen criterios para esquizofrenia; pero miran con recelo este manejo en personas que reúnen criterios para un trastorno depresivo mayor recurrente. Muchos siguen pensando que los trastornos mentales son el producto de la invención, de falta de iniciativa o de debilidad psicológica del individuo, de la corriente de la “psiquiatría biológica” o del mercadeo de las empresas farmacéuticas.

Naturalmente, queda mucho camino por construir y mitos o creencias, “científicas” y populares, por proscribir. Los trastornos mentales conllevan un gran impacto en el funcionamiento global del individuo; es decir, generan gran discapacidad, tan importante como la producida por las enfermedades cardiovasculares.

Este especial de MedUNAB es el producto del trabajo de investigadores y académicos nacionales e internacionales impregnados de una visión renovada de la salud y de la enfermedad mental, o cerebral, como un paso en el sendero que está por construirse. La investigación biológica nos traerá, sin duda, una mejor comprensión del funcionamiento cerebral y cómo los factores psicosociales modulan y cambian, en forma temporal o permanente, la fisiología cerebral. Esta nueva visión permitirá una mejor formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud, una comunidad mejor y científicamente informada y actualizar los conceptos en salud pública para diseñar estrategias encaminadas a aumentar el número de personas que reciban un tratamiento óptimo para su enfermedad cerebral.

8.4. POLITICA DE SALUD MENTAL. CONSIDERACIONES GENERALES PARA DELINEAR POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL²¹

Las políticas constituyen instrumentos fundamentales para el ordenamiento de las acciones en un determinado campo, son competencia de las autoridades que a través de ellas ejercen su función rectora. Generalmente las políticas en salud pública implican compromisos suprasectoriales aunque el liderazgo sea de la autoridad sanitaria. La estrecha relación entre la salud mental con el desarrollo personal y colectivo confiere características peculiares, de importancia crítica, a la definición de políticas en salud mental.

DEFINICIÓN DE TERMINOS. “La Salud Mental se entiende como la capacidad del individuo, del grupo y el ambiente social para interactuar el uno con el otro de tal manera

²⁰ Campo A. Manejo de los síntomas mentales en la práctica clínica no psiquiátrica (No basta con “ponga de su parte”). Cuadernos de Psiquiatría de Enlace 2002 (13): 3-4.

²¹ María Cristina de Taborda. Consultora de Salud Mental. Organización Panamericana de la Salud.

que se promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo y el desarrollo de las habilidades mentales (cognoscitiva, afectiva y relacional) y el logro de las metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y la preservación de las condiciones fundamentales de equidad.”

Esta concepción actual de la salud mental trasciende la ausencia de enfermedad e implica un concepto positivo que incluye tanto la vivencia intrapersonal como la experiencia interpersonal, intrafamiliar y comunitaria que se da en las relaciones efectivas y armónicas del individuo con los otros y con su ambiente. Una buena salud mental permite que las personas tengan competencias para manejar su propia vida, abriguen sentimientos positivos de felicidad y autoestima y posean aptitudes para amar y relacionarse armónicamente, disfrutar y divertirse, trabajar productivamente y superar las dificultades y penas que se le presentan en el transcurso de la vida.

La salud mental entonces, es condición fundamental del desarrollo armónico del individuo como ser social y productivo y por ello, del bienestar general de las personas, las sociedades y los países.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Los diferentes estudios a través del tiempo señalan la magnitud del problema de la salud mental: a nivel mundial, una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales en alguna época de su vida. La carga social y económica de la enfermedad mental es enorme: unos 450 millones de personas padecen actualmente alguna dolencia de este tipo. Los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad y se sabe que muestra una persistente tendencia a aumentar, de tal suerte que se prevé que para el 2020 ocuparan el segundo puesto, luego de la cardiopatía isquémica. Igualmente, el aumento en la esperanza de vida, permite prever un progresivo aumento de las enfermedades demenciales. Unos 70 millones de personas dependen del alcohol, y 24 padecen de Esquizofrenia, cada año un millón de personas se suicida y al menos otros 20 millones intentan hacerlo.

Algunos grupos sociales como las minorías étnicas, los más pobres, los que afrontan enfermedades crónicas, los niños, adolescentes y ancianos son más vulnerables a la aparición de los trastornos mentales. Mención especial merecen los afectados por los desastres naturales y las guerras que pueden conducir a situaciones de verdaderas emergencias complejas y que, para el caso de las víctimas del conflicto, retroalimentan un

verdadero círculo vicioso de violencia familiar y generalizada, con sus consecuentes repercusiones en la salud.

Los problemas mentales entrañan costos económicos y sociales claros. Los pacientes y sus familias o cuidadores, padecen frecuentemente una reducción de su productividad en el lugar de trabajo y en el hogar, a lo cual es necesario sumar el gasto de la atención sanitaria. Todo ello contribuye al sufrimiento del paciente y su familia, a la estigmatización, la destrucción de las redes sociales y la disminución de la calidad de vida.

En la actualidad sabemos que la mayoría de las enfermedades, tanto las tradicionalmente llamadas físicas, como las mentales, obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales, sabemos que los trastornos mentales son el producto de muchos factores y que tienen una base fisiopatológica en el sistema nervioso central, sabemos que pueden afectar a cualquier persona, de cualquier cultura, Sin embargo, el panorama es mucho más optimista que hace cincuenta años, puesto que ahora poseemos esos nuevos conocimientos y disponemos de un arsenal terapéutico, que ofrece esperanzas fundadas para los enfermos mentales.

CONDICIONES DEL CONTEXTO

Muchas de las personas con trastornos mentales están solas y sufren en silencio, pues a pesar de la magnitud de los padecimientos mentales como causas principales de discapacidad y sufrimiento, aún no se ha superado la estigmatización, la exclusión y la negligencia histórica de su consideración por parte de la sociedad, la comunidad de la salud pública y los gobiernos.

Una reciente encuesta de la OMS (Proyecto ATLAS del 2002), ha revelado que:

- Mas de un 40% de los países carecen de una política de salud mental
- Mas del 30% de los países carecen de una programa de salud mental
- Mas del 25% de los países carecen de medicación psiquiátrica básica en la atención primaria de salud

Además, es frecuente que aunque los países tengan una política y un plan formulados, éstos no pasen de ser documentos coherentes pero pobremente implementados y además,

incongruentes con la realidad de los sistemas de salud profundamente transformados en los últimos años o con pobre viabilidad a la luz de las provisiones económicas.

La descentralización administrativa vigente requiere desarrollar procesos claves para que los actores de todos los niveles sean concientes de las competencias normativas que señalan un marco a su trabajo y adquieran, si no las tienen, las competencias laborales necesarias para ejercer responsablemente sus funciones.

Los procesos de Reforma del sector, en general han tenido la loable motivación de disminuir las inequidades en el acceso a la salud, a través de la provisión integral de servicios acorde con las necesidades y expectativas de los usuarios y con una activa participación de la comunidad. En teoría, los nuevos sistemas propuestos constituyen una oportunidad para integrar la salud mental en los servicios de salud general, en particular en la atención primaria en salud. La dificultad ha radicado en gran medida limitaciones en la capacidad de gestión de las diferentes instancias comprometidas, a la resistencia al cambio de estructuras antiguas por modelos integrales de atención a las personas, desde la visión del control de riesgos y en el marco de dar prioridad a lo local y a la reconstrucción de nuevas redes de servicios, con los necesarios procesos de reconversión laboral que todo ello implica.

Las reformas en la financiación de la salud encaminadas a la contención de costos han aumentado el riesgo de las inequidades en el acceso a la salud, especialmente para el caso de los usuarios de los servicios de salud mental, generalmente con menguados recursos y pobre capacidad de defender sus derechos.

En el ámbito mundial se han realizado grandes esfuerzos en los últimos 25 años para destacar la prevalencia de los trastornos mentales y la repercusión negativa de los mismos. Muchos países, especialmente europeos, han realizado notables progresos en la disminución de la discriminación y en el desarrollo de políticas, planes y servicios.

En la región de las Américas se ha venido trabajando para mejorar la calidad de los servicios. La Declaración de Caracas de 1990 marcó un hito en el proceso de reestructuración de los servicios psiquiátricos en el que se han empeñado muchos países desde entonces, paralelamente con el desarrollo de los procesos comunitarios y la

protección de los derechos de los enfermos mentales y que se ha traducido en el fortalecimiento de la autoridad sanitaria en salud mental con la creación de unidades de salud mental en los Ministerios y descentralizadamente y el desarrollo de unidades asistenciales integradas a servicios generales o en escenarios comunitarios. De hecho en 1997 los Ministros de Salud de las Américas adoptaron unánimemente los principios establecidos en la declaración de Caracas y se comprometieron a promover la salud mental y a tratar los trastornos mentales más prevalentes, compromiso que fue ratificado en el marco de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud del 2001.

Desafortunadamente el desarrollo no ha sido homogéneo en la Región y en ocasiones hemos asistido a procesos de estancamiento o retroceso en la reestructuración de los servicios y se ha aumentado el desfase entre las intervenciones eficaces y las intervenciones disponibles.

Por tanto el Estado Colombiano a definido una serie de normas en busca de mejorar el perfil de la política de salud mental.

8.5. APARTES DE LA RESOLUCION 2358 DE 1998.PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

Proveer mediante campañas de comunicación, la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad, el propósito de éstas es integrar los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores.

Fomentar cambios de conducta con el fin de adoptar estilos saludables de vida.

Control de los trastornos psiquiátricos.

Las EPS y ARS contratarán las actividades, procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos establecidas en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) con las IPS de la red pública y privada que cumplan con las normas mínimas exigidas en la Resolución número 4252 de 1997, o su equivalente, para las instituciones que presten servicios en salud mental de baja, mediana y alta complejidad.

Son problemas prioritarios para el Sistema de Seguridad Social en Salud los siguientes:

Las urgencias psiquiátricas. La información epidemiológica disponible pone de manifiesto que muchos episodios psicóticos agudos son de corta duración. Siempre que se pueda administrar sedantes a los pacientes, para evitar que se lesionen o lastimen a otros y se investigue si hay alguna enfermedad orgánica que pueda haber precipitado el episodio, convendrá que los pacientes permanezcan dentro de la comunidad, bajo el cuidado de personas conocidas y rodeados de un ambiente familiar.

Sin embargo, se suelen ejercer presiones sobre los servicios de salud para que se separen de la comunidad, a tales pacientes, principalmente porque los trastornos mentales causan, con frecuencia, temores entre quienes conforman su núcleo social de referencia. Muchas veces, la educación impartida por agentes comunitarios y trabajadores de salud puede atenuar tales temores y, en consecuencia, reducir la presión social para que los pacientes sean segregados. Si estos pacientes se colocan en un ambiente institucional, cualquiera que éste fuere, muchas veces se consigue su reagudización y cronificación. Por esta razón, es necesaria la intervención rápida de un trabajador primario de salud (capacitado más no especializado), con un conocimiento básico de este tipo de afecciones para evitar que estos pacientes sean remitidos desde el principio a un trabajador de la salud especializado en psiquiatría. Se han elaborado protocolos de manejo sobre las diversas maneras en que los trabajadores primarios de salud pueden hacerse cargo de estos pacientes y se ha comprobado que el tratamiento así aplicado es inocuo a la vez que económico.

Los pacientes con un trastorno mental agudo que requieran atención institucional, serán atendidos preferencialmente en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales.

Las IPS que presten sus servicios deberán cumplir con la totalidad de las normas mínimas contempladas en la Resolución 4252 de 1997 o la que la sustituya.

Los trastornos psiquiátricos crónicos. Los trastornos psiquiátricos crónicos pueden y deben ahora tratarse en el seno de la comunidad, de ordinario por medio de una medicación de sostén de bajo costo. Por lo común, esta medicación habrá de ser prescrita inicialmente por un médico especialista en psiquiatría o al menos por un médico general, pero lo más importante es que los pacientes reciban asistencia continua en su propia comunidad, con el fin de asegurar que no interrumpan la medicación y su asistencia a los controles de su tratamiento. Si los pacientes permanecen sin tratamiento fuera del hospital, su existencia puede ser improductiva, carecer de rumbo y ser causa de gastos para el país y de aflicción para sí mismos y sus allegados.

Se calcula que entre la población general, la proporción de este tipo de pacientes es de alrededor de 5 por 1.000, de suerte que plantean un problema considerable para los servicios de salud. En algunos casos, este tipo de pacientes es alojado en salas para enfermos crónicos de los hospitales y, si bien en nuestro país son un porcentaje reducido frente a quienes demandan servicios de salud mental, absorben en todo caso una parte importante de los recursos con que se cuenta.

Frente a la magnitud de las necesidades actuales y futuras que demanda este tipo de pacientes, contrasta la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios y programas, que si bien varían a lo largo y ancho del país, muestran en general, deficiencias preocupantes. Por lo general, la atención se apoya en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura, accesibilidad y frecuentemente estigmatizantes, donde los pacientes tienen un promedio de estancia largo. Tampoco es infrecuente que estas instituciones se encuentran aisladas ya sea geográfica, física o socialmente, y que en ellas se violan los derechos humanos de los pacientes, por omisión o por comisión. Además, su integración dentro del sistema de salud es ausente. Una organización de servicios así concebida no permite que la reforma del sector salud, asumida por el país (descentralización, participación ciudadana, participación comunitaria, complementariedad, subsidiariedad, enlaces intra e intersectoriales, universalidad, entre otras) pueda cumplirse enteramente. Esta situación de este tipo de servicios es doblemente preocupante, dado que la enseñanza impartida en pre y postgrado no proporciona al profesional de la salud, especializado o no, la posibilidad de adquirir conocimientos, las destrezas y actitudes necesarias que le permitan ejercer una práctica integral en la comunidad y su rápida incorporación a los programas de control de la depresión, la psicosis y los síndromes convulsivos.

Se reconoce, sin embargo, que a veces es necesaria la institucionalización de paciente con trastorno mental por largos períodos de tiempo, en razón de su deterioro secundario a su cronicidad o abandono, aun que esta necesidad sólo puede calcularse después de organizar un servicio comunitario en salud mental eficaz y haber conocido el número y las categorías de paciente que tal servicio no puede atender.

Comorbilidad de trastornos físicos con trastornos mentales en la consulta externa de medicina general:

Diversos estudios han puesto de relieve que entre el 20 y el 43% de los pacientes que concurren a centros generales de salud en el país, lo hacen por síntomas psicológicos que identifican como un problema de tipo orgánico. Tales pacientes suelen quejarse de diversas molestias somáticas, son sometidos a exámenes innecesarios y costosos y, con frecuencia su padecimiento psicológico no se diagnostica y menos aun se trata, acuden repetidamente a múltiples centros y por último los abandonan para intentar otra forma de tratamiento. Con

el fin de evitar intervenciones innecesarias, todos trabajadores de la salud deberán capacitarse para identificar ese tipo de pacientes y, dado su número, aprender cómo ayudarlos.

Existen para este fin múltiples instrumentos de tamizaje para detectar posibles casos de enfermedad mental, que dada su sensibilidad y especificidad, servirían de filtro (Triage) para la consulta especializada en salud mental, permitiendo la clasificación de los pacientes de acuerdo a la severidad de su sintomatología.

Lamentablemente de acuerdo a la reglamentación internacional la política de salud mental se debe enfocar en cumplir como mínimo, con los siguientes fines:

- ⌘ *Formular políticas adecuadas a mejorar la salud mental de las poblaciones.*
- ⌘ *Asegurar el acceso a toda la población a servicios adecuados y eficaces sin importar el costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención.*
- ⌘ *Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves.*
- ⌘ *Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular a las poblaciones vulnerables como las mujeres, los niños y los ancianos.*
- ⌘ *Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social.*
- ⌘ *Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.*
- ⌘ *Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental.*

Para respaldar esta necesidad debemos tener en cuenta casos como los descritos a continuación:

Se aplicó una encuesta a los médicos de urgencia de los centros de atención mas frecuentados en la ciudad de Cúcuta, encontrando falta de colaboración en la IPS Clínica de SALUDCOOP la salle donde tanto el gerente como el administrador negaron la autorización de la aplicación de la entrevista a 8 medicos de turno dia en urgencias, mientras que en COOMEVA no se pudo realizar el ejercicio, ya que durante el dia de aplicación se coincidió con la evaluacion de calidad de la institución a encuestar, se obtuvo la siguiente información.

PROFESION: MEDICO GENERAL 6
ENTIDAD PUBLICA: 2

ENTIDAD PRIVADA: 4

1. ¿De qué Universidad es usted egresado y en qué año?

COOPERATIVA DE COLOMBIA 2003

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS 2002

SAN MARTIN 2003

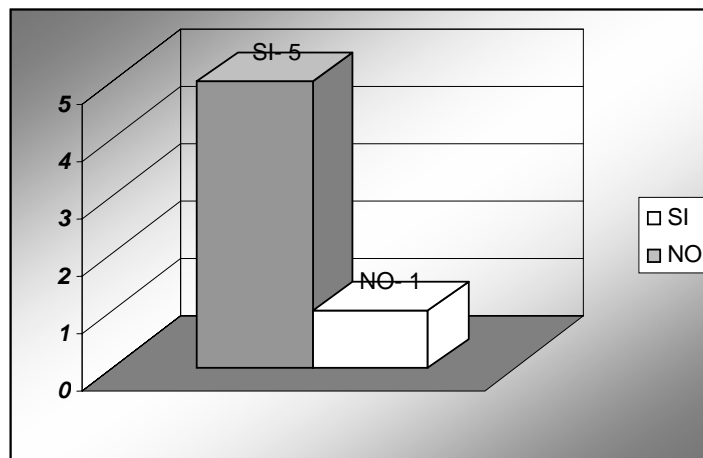
JAVERIANA 2006

TECNOLOGICA DE PEREIRA 2000

UNIVERSITARIA DE SANTANDER UDES 2005

2. En el pensum de medicina general recibió capacitación sobre el tema de protocolo de salud mental en urgencias?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	83%
NO	1	17%
TOTAL	6	100%



3. Si su respuesta es afirmativa, describa el protocolo que usted conoce y aplica en pacientes de salud mental en urgencias.

RECEPCION DEL PACIENTE

VALORACION DE SINTOMAS

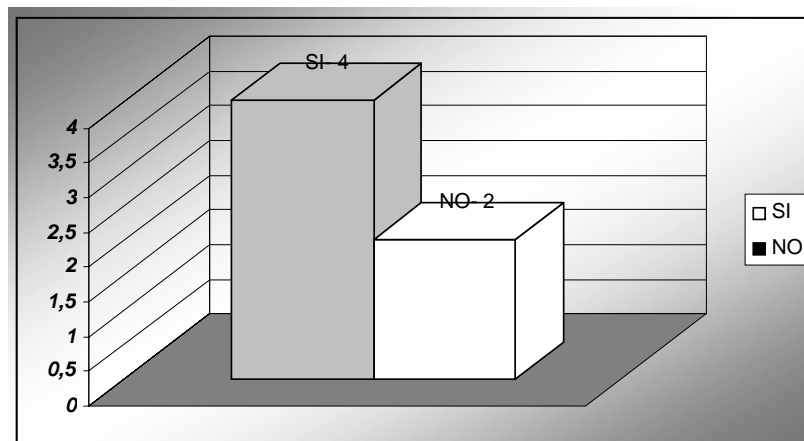
ELABORACION DE ANALISIS PARA DESCARTAR PATOLOGIA FISIOLOGICA

REMISION A CONSULTA EXTERNA

MEDICACION TRANSITORIA

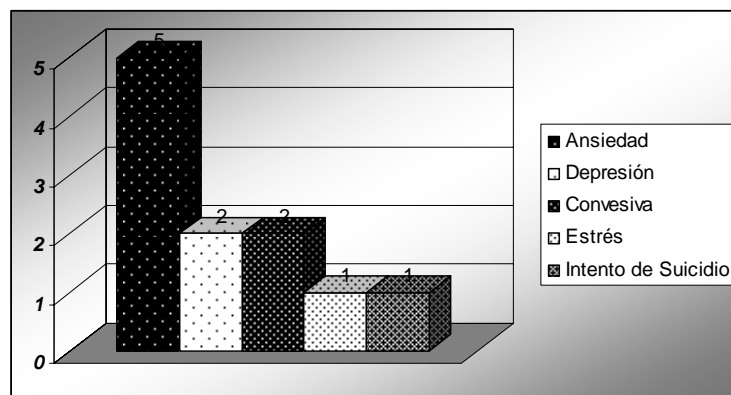
4. Considera usted que se requiere de Médico psiquiatra, para atención 24 horas en urgencias de la entidad?

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	67%
NO	2	33%
TOTAL	6	100%



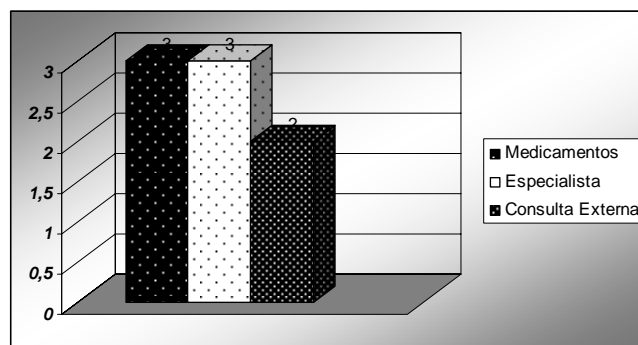
5. Cuales son las patologías mas frecuentes que usted atiende en urgencias de salud mental?

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad	5	83%
Depresión	2	33%
Convesiva	2	33%
Estrés	1	17%
Intento de Suicidio	1	17%



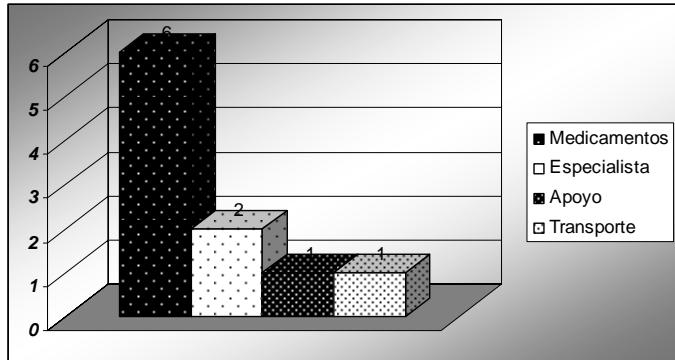
6. Posterior al diagnóstico de pacientes de salud mental en urgencias, ¿Cuál es el procedimiento médico a seguir?

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicamentos	3	50%
Especialista	3	50%
Consulta Externa	2	33%



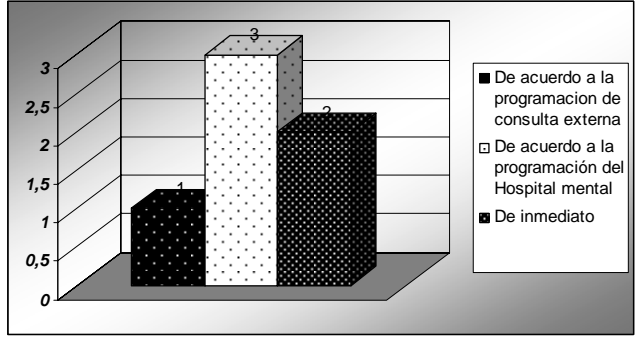
7. La institución en la que usted trabaja, ¿Qué recursos le provee para la atención de salud mental en urgencias?

RECURSOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicamentos	6	100%
Especialista	2	33%
Apoyo	1	17%
Transporte	1	17%



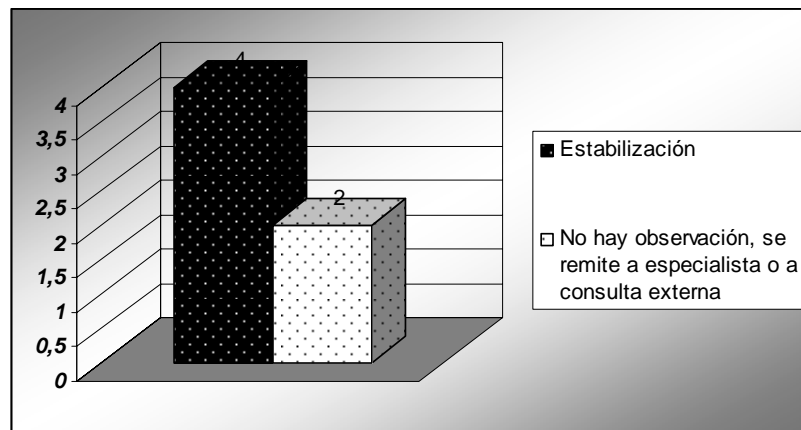
8. Posterior a la urgencia de salud mental, si es el caso, ¿Cuánto se requiere para ser atendido por el especialista?

REQUERIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De acuerdo a la programación de consulta externa	1	17%
De acuerdo a la programación del Hospital mental	3	50%
De inmediato	2	33%



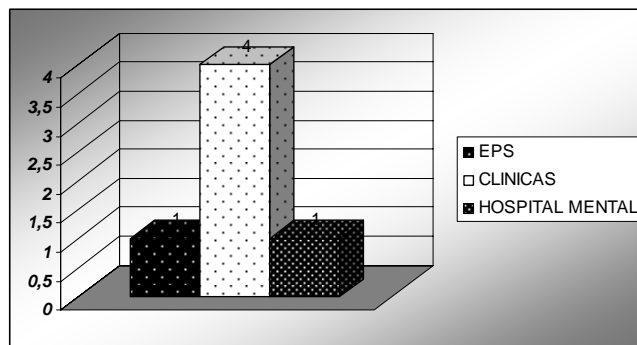
9. ¿Qué entiende usted por “hospitalización 24 horas”?

DEFINICION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estabilización	4	67%
No hay observación, se remite a especialista o a consulta externa	2	33%



10. ¿A qué clínica especializada se remiten los enfermos de salud mental que están afiliados a la institución?

INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EPS	1	17%
CLINICAS	4	67%
HOSPITAL MENTAL	1	17%



8.6 ANALISIS DE INFORMACION.

Las entidades encuestadas fueron la unidad básica de Puente Barco, la Clínica Norte y la Clínica San José.

En su mayoría los médicos manifiestan que la atención a pacientes de salud mental se descarga posterior a su diagnóstico a consulta externa quien se deberá encargar de medicar o remitir a especialista.

Se determina la necesidad de contar con el apoyo del médico psiquiatra con disponibilidad de atención las 24 horas.

En su mayoría dicen haber adquirido una información básica del protocolo de urgencias para salud mental, pero no cuentan con la experiencia requerida para hacer uso de él.

Desafortunadamente en su mayoría las instituciones no cuentan con la infraestructura, suministros y autorización para brindarles a los pacientes hospital 24 horas.

9. CONCLUSIONES

El diagnóstico de la situación actual socioeconómica, sociopolítica y ambiental del país es considerado como el principal generador de estresores que causan trastornos de la salud mental de los colombianos, también se deben tener en cuenta los pacientes que sufren de enfermedades hereditarias y patologías generadas por el consumo de sustancias psicoactivas.

Se observa una gran ausencia de reglamentación en cuanto a la política de salud mental, por lo que se hace imposible evaluar su eficiencia y su efecto.

La ley 100 es muy general, ya que no especifica el tipo de enfermedad y el manejo o protocolo autorizado obligatorio para las entidades del Sistema general de salud.

Constitucionalmente se violan los derechos fundamentales de igualdad, equidad, solidaridad, cobertura, calidad de vida, salud, integridad física y moral, en cuanto al proceso que se sigue con los pacientes que padecen trastornos mentales y enfermedades mentales.

Las soluciones mas evidentes están consignadas en las consideraciones que presenta la Organización mundial de la salud, donde se sugiere que se le brinde una atención con calidad, en cuanto a la promoción, prevención, tratamiento y seguimiento de los pacientes de salud mental.

10. RECOMENDACIONES

Fomentar la cultura de la Salud Mental mediante actuaciones con individuos, grupos y comunidades.

Prevenir la aparición de trastornos de Salud Mental en el país.

Reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios en Salud Mental, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Impulsar la rehabilitación psicosocial de los individuos, grupos y comunidades.

Fomentar procesos de investigación básica y aplicada en Salud Mental.

Fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en Salud Mental.

BIBLIOGRAFIA

Adalberto Campo-Arias, MD Profesor Asociado. Línea de Salud Mental. Grupo de Neuropsiquiatría UNAB. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Bucaramanga.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Definición (Ley 100/93, art. 168; Dec. 806/98, art. 16; Circular 014/95 Supersalud, arts. 1 a 6).

Baker M, Menekn M. Time to abandon the term mental illness. *Br Med J* 2001; 322: 937.

Campo A. Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial. *MedUNAB* 2003; 6: 32-5.

Campo A. Manejo de los síntomas mentales en la práctica clínica no psiquiátrica (No basta con “ponga de su parte”). *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace* 2002 (13): 3-4.

Cooper B. Nature, nurture and mental disorders: old concept in the new millennium. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 91-102.

Eisenberg L. The social construction of the human brain. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1563-75.

Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Control del Fondo de Solidaridad y garantía (FOSYGA) (Dec. 1283/96, arts. 45, 46).

Goldberg D. Vulnerability factors for common mental illness. *Br J Psychiatry* 2001; 178 (suppl 40): 69-71.

Haghighat R. A Unitary theory of stigmatisation. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 201-15.

Harrinson PJ. Neuropathology of primary mood disorder. *Brain* 2002; 125: 1428-49.

Manual de atención de la Salud Mental, Instituto Departamental de Salud. Gobernación de Norte de Santander.

María Cristina de Taborda. Consultora de Salud Mental. Organización Panamericana de la Salud.

Mayberg H. Depression, II. Localization of pathophysiology. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1979.

Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) (Res. 5261/94, Minsalud).

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (POS-S) (Dec. 806/98, art. 13).

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) (Ley 100/93, art. 162; Dec. 806/98, art. 7).

Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J.

Posada J, Córdoba RN. Ley 100, salud mental y psiquiatría. En: Arteaga C, Ospina J.

Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá, Noosfera editorial, 1999: 186-205.

Recomendaciones básicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Santafé de Bogotá, Noosfera editorial, 1999: 186-205.

República de Colombia, Acuerdo 72, CNSSS, 1997, artículo 4.

República de Colombia, Ley 100, artículos 159 y 168; Decreto 412 de 1992; Resolución 5261; circular externa 14 de 1995 de la Superintendencia de Salud, y Ley 10 de 1990, artículo 2.

República de Colombia, Ley 715 de 2001, artículo 46. Los pacientes psiquiátricos en la Ley 100 de 1993.

República de Colombia, Resolución 5261, Manual de actividades y procedimientos del POS (MAPIPOS), artículo 18.

República de Colombia, Resolución 5261, Manual de actividades y procedimientos del POS (MAPIPOS), artículo 54.

Rost K, Nuttung P, Smith JL, Elliot CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomized trial of going treatment in primary care. *Br Med J* 2002, 325: 934-9.

Strickland PL, Deakin JFW, Percival C, Dixon J, Gater RA, Goldberg DP. Bio-social origins of depression in the community. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 168-73.

Üstün TB. The global burden of mental Disorders. *Am J Public Health* 1999; 89: 1315-8.

Vaillant GE. Mental health. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1373-84.

ANEXOS

Anexo A. Modelo de encuesta a los médicos de urgencias.

UNIVERSIDAD LIBRE
SECCIONAL CUCUTA
PROYECTO DE SALUD MENTAL LEY 100 DE 1993

NOMBRE:
PROFESION:
ENTIDAD:

1. ¿De qué Universidad es usted egresado y en qué año?

2. En el pensum de medicina general recibió capacitación sobre el tema de protocolo de salud mental en urgencias?

SI NO

3. Si su respuesta es afirmativa, describa el protocolo que usted conoce y aplica en pacientes de salud mental en urgencias.

4. Considera usted que se requiere de Médico psiquiatra, para atención 24 horas en urgencias de la entidad?

SI NO

5. Cuales son las patologías mas frecuentes que usted atiende en urgencias de salud mental?

6. Posterior al diagnóstico de pacientes de salud mental en urgencias, ¿Cuál es el procedimiento médico a seguir?

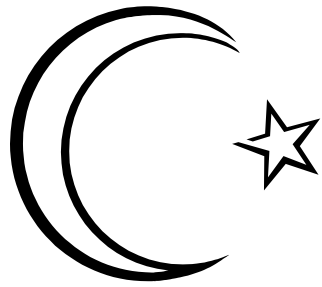
7. La institución en la que usted trabaja, ¿Qué recursos le provee para la atención de salud mental en urgencias?

8. Posterior a la urgencia de salud mental, si es el caso, ¿Cuánto se requiere para ser atendido por el especialista?

9. ¿Qué entiende usted por “hospitalización 24 horas”?

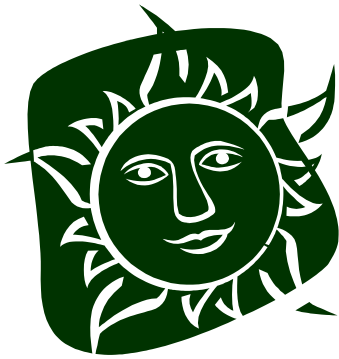
10. ¿A qué clínica especializada se remiten los enfermos de salud mental que estan afiliados a la institución?

Anexo B. Derechos y Deberes de los Enfermos Mentales.



DERECHOS DE LOS ENFERMOS MENTALES

- ⌘ Derecho a ser tratado en todo momento con el respeto y la dignidad propia de su condición de persona.
- ⌘ Derecho a no ser calificado como enfermo mental, ni ser objeto de diagnóstico o tratamiento en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de salud mental.
- ⌘ Derecho a recibir la atención y el tratamiento apropiado según las más elevadas normas técnicas y éticas.
- ⌘ Derecho a ser informado sobre su diagnóstico y el tratamiento más adecuado y menos riesgosos y de prestar o revocar su consentimiento para ejecutarlo.
- ⌘ Derecho a no ser objeto a pruebas clínicas ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado.
- ⌘ Derecho a que sus antecedentes personales, fichas e historias clínicas se mantengan en reserva y a tener acceso a esa información.
- ⌘ Derecho a recibir o rechazar auxilio espiritual o religioso.



DEBERES DE LOS ENFERMOS MENTALES

- ⌘ Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios.
- ⌘ Obrar conforme al principio de solidaridad social respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
- ⌘ Respetar y apoyar a las autoridades democráticas legítimamente constituidas para mantener la independencia y la integridad nacional.
- ⌘ Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica.
- ⌘ Participar en la vida política, cívica y comunitaria del país.
- ⌘ Propender al logro y mantenimiento de la paz.
- ⌘ Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de justicia.
- ⌘ Proteger los recursos cultivables y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano.
- ⌘ Contribuir al funcionamiento de los gastos e inversiones del estado dentro del concepto de justicia y equidad.