



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

REVISIÓN DE LINEAMIENTOS Y ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y CHILE

**Dassy M. Vera Rosas
Sandra M. Rubiano López**

Universidad Nacional de Colombia
Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia

2012

Revisión de lineamientos y estrategias en salud mental en Colombia y Chile

Dassy M. Vera Rosas
Sandra M. Rubiano López

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):

Rocio Robledo Martínez

OD, Magister, Candidata Ph.D. en Salud Pública.

Área de Énfasis:

Administración en servicios de salud

Universidad Nacional de Colombia
Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2012

Agradecemos a Dios, por llevarnos a su lado
siempre llenas de alegría y gozo y también a
nuestras familias por su invaluable apoyo
durante este proceso de formación académica.

Resumen

Los trastornos de salud mental representan el 14% de la carga de morbilidad en el mundo, sin mencionar el impacto social y la estigmatización que representa para cualquier individuo padecer una enfermedad mental. La preocupación fundamental se basa más allá de las estadísticas, en el modelo asistencialista existente en el país que no brinda una cobertura total a toda la población. Se toma a Chile como país referente en América Latina para el manejo de los pacientes psiquiátricos siendo su modelo de atención uno de los mejores según la OMS, por su enfoque de manejo ambulatorio. La presente monografía realiza una comparación de las estrategias y los lineamientos de salud mental en Colombia y Chile para lo que se utilizó el instrumento de Evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS (WHO –AIMS), en las categorías de legislación, infraestructura, recursos humanos, financiamiento e implementación de programas.

Palabras clave: Salud Mental, Política Pública, promoción y prevención, atención primaria, trastorno mental

Abstract

Mental health disorders account for 14% of disease burden in the world, not to mention the social impact and stigma for any individual who is mentally ill. The main concern is based beyond the statistics, in the welfare model in the country that does not provide full coverage to the entire population. Take Chile as a country in Latin America regarding the management of psychiatric patients being its model of care one of the best according to the WHO, for its approach to outpatient management. This paper makes a comparison of strategies and guidelines for mental health in Colombia and Chile for what you use the instrument for the Evaluation of Mental Health Systems (WHO-AIMS), in the categories of legislation, infrastructure , human resources, financing and implementation of programs.

Keywords: Mental Health, Public Policy, promotion and prevention, primary care, mental disorder

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| LISTA DE TABLAS..... | 7 |
| LISTA DE GRAFICOS..... | 8 |
| Introducción..... | 9 |
| 1 CONTEXTUALIZACIÓN SALUD MENTAL..... | 12 |
| 1.1 Definición de Salud Mental y Carga De Enfermedad Mental En El Mundo..... | 12 |
| 1.2 Avances En El Mundo Para la Atención En Salud Mental..... | 14 |
| 2. POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL..... | 15 |
| 2.1. Definición de Política Pública..... | 15 |
| 2.2 Salud Mental en Colombia..... | 17 |
| 2.2.1 Estadísticas de Enfermedad mental En Colombia..... | 17 |
| 2.2.2 Normatividad Vigente en Salud Mental en Colombia..... | 19 |
| 2.3. Salud mental en Chile..... | 27 |
| 2.3.1 Estadísticas de enfermedad mental en Chile..... | 27 |
| 2.3.2 Normatividad Vigente en Salud Mental en Chile..... | 28 |
| 3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y CHILE..... | 32 |
| 3.1 Política y Normatividad..... | 34 |
| 3.2 Infraestructura..... | 36 |
| 3.3. Recursos humanos..... | 37 |
| 3.4 Financiamiento en salud mental..... | 39 |
| 3.5 Comparación de la implementación de los programas en salud mental..... | 42 |
| 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 44 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 47 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Áreas y secciones de WHO – AIMS..... | 38 |
| Tabla 2. Comparativo normatividad..... | 39 |
| Tabla 3. Graduados de programas relacionados con Ciencias de la Salud por nivel de formación (pregrado)..... | 45 |
| Tabla 4. Presupuesto FONASA Institucional para Psiquiatría y Salud Mental..... | 48 |

Lista de gráficos

| | |
|--|----|
| Grafica 1. Distribución de los recursos humanos de salud mental entre centro ambulatorios y hospitalarios del sector público en salud mental 2004..... | 46 |
|--|----|

INTRODUCCION

Actualmente la población mundial se ha visto enfrentada a grandes cambios en los contextos socioeconómicos y políticos tales como la violencia, la pobreza, las migraciones, y los desastres naturales; estas situaciones han generado infinidad de alteraciones en la actividad mental de los individuos haciéndolos más vulnerables y propensos a desarrollar trastornos mentales. La sobre estimulación mental y las diferentes presiones socioculturales también han sido factores de alto impacto para que un individuo desarrolle una enfermedad mental.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) los trastornos mentales representa el 14% de la carga de morbilidad en el mundo, también se ha estimado que las tasas de prevalencia en el curso de la vida para los trastornos mentales en adultos se encuentran alrededor de 12,2 – 48,6% (1), sin mencionar el impacto social y la estigmatización que representa para cualquier individuo padecer una enfermedad mental. Colombia no se encuentra exento de este panorama, según el estudio nacional de salud mental en el año 2003 muestra que el 40.1% de la población colombiana presento alguno de los 23 trastornos del DSM- IV. Es decir alrededor de 8 de cada 20 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida (2).

La preocupación fundamental se basa más allá de las estadísticas, en el modelo asistencialista existente en el país que no brinda una cobertura total a toda la población para la atención de la enfermedad mental, y por el contrario tiene completamente olvidada las actividades de promoción, prevención y diagnóstico oportuno para una atención prioritaria y de calidad que permita desarrollar un verdadero programa de atención en salud mental en el país.

La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, se define como el estado de bienestar en el cual un individuo es consciente de sus propias

capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida. Según la OMS el 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a los trastornos mentales.

Se escoge Chile como país referente, dado que dispone de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 y su organización para la prestación de servicios se realiza a través de su red territorial y la atención de los pacientes psiquiátricos se hace de manera ambulatoria; según la OMS la mejor manera para el tratamiento de dichos pacientes. La experiencia de Chile en la implementación del Plan Nacional de Salud Mental Ha sido exitosa.

Pues dispone de un Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría desde el año 2000 invierte el 2% del presupuesto total de salud en el sector público en la salud mental. En este país los servicios de salud mental del sector público están organizados en una red territorial para cada uno de los 28 Servicios de salud y la mayoría de los usuarios, tanto en el sistema público como privado, son tratados en forma ambulatoria, según la OMS la mejor forma de manejar los pacientes psiquiátricos, para permitir una rápida rehabilitación y reintegración social y laboral (3).

La presente monografía realiza una comparación de las estrategias en Salud mental y sus lineamientos de Colombia y Chile. Para este fin se utilizaron los lineamientos del instrumento de evaluación de los sistemas de salud mental de la OMS (WHO – AIMS), en las categorías de legislación, infraestructura, recursos humanos, financiamiento e implementación de programas.

En la estrategia de búsqueda se hizo uso de las bases de scielo, embase, ovid, pubmed y medline, se indago por los descriptores: salud mental, política pública, atención primaria, promoción, prevención y trastornos mentales limitada para Colombia y Chile, se tuvieron en cuenta los artículos publicados desde el año 2000; se hizo búsqueda en páginas web de los ministerios de salud sobre las leyes, proyectos de ley, planes y programas desarrollados en cada uno de los países en

relación a la salud mental y se tuvo en cuenta los artículos de investigación desarrollados por la OMS cargados en su página web.

Grandes son los retos que enfrenta el país para alcanzar una verdadera priorización y reducir el desequilibrio financiero y social existente en el campo de la salud mental en el país. El interés para mejorar el sistema de salud mental en Colombia debe nacer desde el gobierno nacional buscando fortalecer el diseño institucional de la atención y reformando las iniciativas legislativas y normativas en el área de financiación, sostenibilidad y priorización.

Es por esto que se hace necesario para Colombia examinar, debatir y enfrentar los obstáculos que siguen impidiendo el avance hacia la integración de la atención en salud mental. La meta debe enfocarse en el establecimiento de un sistema de salud apropiado, asequible y accesible que reúna todos los elementos necesarios para promover un enfoque integral en la atención en salud mental en el país.

1. CONTEXTUALIZACION SALUD MENTAL

1.1 Salud mental y carga de enfermedad mental en el mundo

La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, se define como el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de contribuir a su comunidad. En el mundo la mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se utilizan actualmente a la atención y tratamiento especializado de los enfermos mentales y en menor medida a un sistema integrado de salud mental. (5) Por tal razón es importante que la salud física no sea separada de la salud mental, sino que ambas sean vistas como un complemento que permita llegar al bienestar que es en sí, un buen estado de salud.

Durante siglos el mundo considero las enfermedades de la mente como un problema social, separado de cualquier problema de salud física. Pero ahora la mayoría concuerda que los trastornos de salud mental no suceden en forma aislada; de hecho, suelen ocurrir en relación con otros problemas clínicos o junto con éstos, tales como enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, trastornos neurológicos y como respuesta a muchas situaciones de la vida. Los problemas del diario vivir y las enfermedades de una persona no afectan solamente una parte del cuerpo sino la totalidad del ser, por lo cual se debe propender por un tratamiento integral de cualquier enfermedad que permita una recuperación más rápida e integral (6).

La salud mental tiene una importancia fundamental en lo relativo al bienestar personal, las relaciones familiares y el éxito en las contribuciones a la sociedad. Se relaciona con el desarrollo de las sociedades y de los países. La mala salud mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo: la mala salud mental supone una traba a la capacidad de aprender y de ocuparse productivamente de la propia economía; por su parte, la pobreza aumenta el riesgo de contraer trastornos mentales y reduce

la capacidad de la gente de obtener acceso a los servicios de salud. Lo cual convierte este círculo vicioso en un desencadenante de enfermedad en la población (1).

La OMS es consciente de la problemática en torno a la salud mental, por eso ha sido incluida dentro de la agenda global de la salud pública y estableció el mhGAP que es el programa de acción de la OMS elaborado especialmente para países con ingresos bajos y medios-bajos a fin de que amplíen los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Para el mhGAP (1) son afecciones prioritarias la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles, y lo que busca es establecer un conjunto de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de estas condiciones prioritarias.

Según la OMS el 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, evidenciando que las enfermedades mentales tienen una prevalencia permanente en todas las regiones del mundo, aclarando que las tres cuartas partes de esa carga corresponden a países de ingresos bajos y medios. Se estima que hay en el mundo más de 150 millones de personas que padecen depresión, y unos 125 millones de personas con trastornos en el consumo del alcohol. Unos 40 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones sufren enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Todos los años casi un millón de personas ponen fin a su vida (1).

Para la población en general una enfermedad mental es vista de forma distante, como algo que nunca les va a tocar o que pueda llegar a afectar a su familia o comunidad pues sus síntomas no son perceptibles a simple vista como un cáncer o una enfermedad orgánica por la que las personas logran sentir compasión, pero a un enfermo mental le toca enfrentarse a un estigma de ser llamado “loco”,

“mentiroso” o “manipulador”; incluso para sus familias es algo incomprensible y son rechazados.

La enfermedad mental se ha convertido en un grave problema para la salud pública en el mundo entero, tal como lo indica la OMS, los enfermos mentales están expuestos a muchas situaciones en las cuales les son vulnerados sus derechos, son estigmatizados, generando para ellos situaciones de aislamiento, carencia de cuidados y discriminación en diferentes contextos (7), de allí la importancia de trabajar desde el primer nivel de atención para promover programas y acciones que prevengan la enfermedad mental y permitan el desarrollo de habilidades personales y comunitarias que favorezcan el desarrollo de la salud mental.

1.2 Avances en el mundo para la atención en Salud mental

En el año 2000 la OMS desarrolla el proyecto ATLAS cuyo propósito era obtener, compilar y distribuir la información de interés sobre los recursos de salud mental en los países; el objetivo era conseguir información real de cada país sobre lo existente en políticas en salud mental (8).

Para el desarrollo de este proyecto se obtuvo la información pertinente de los estados miembros de la OMS a través de entrevistas con expertos en salud mental en cada país, basado en estas encuestas se redactó un cuestionario que se envió a los países miembros en que debían incluir los soportes de respaldo. Se analizó la información de 185 países dividido en 16 subdivisiones, en los resultados se evidencia: en la esfera de políticas el 40% de los países carecían de una política, el 30% no contaba con ningún programa en salud mental y el 25% no tenía ninguna legislación existente. La gran mayoría de países presentaron una lista de medicamentos pero la disponibilidad de los mismos en el primer nivel de atención no es uniforme.

El 28% de los países señalaron que carecen de presupuesto específico para la salud mental. El 36% de los países gastan menos del 1% del presupuesto total de salud para la salud mental. Aunque el 87% de los países han identificado la salud mental como una actividad de atención primaria, sólo en el 59% existen servicios para el tratamiento de los trastornos graves, y sólo en el 59% se lleva a cabo la formación sistemática de personal de atención primaria. También el personal especializado es insuficiente. En el 53% y el 46% de los países sólo se cuenta con un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica, respectivamente, por 100 000 habitantes. Este mismo indica que el 88% de los países reportaron el desarrollo de actividad por parte de organizaciones no gubernamentales en el ámbito de la salud mental.

2. POLITICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL

2.1. Definición de política publica

Según Aguilar, “Una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo, casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: es una acción con sentido. Es un proceso, un curso de acción que involucra todo un conjunto complejo de decisiones y operadores. La política también es una actividad de comunicación pública” (9).

Por otro lado Roth Deubel indica que la política pública es la herramienta usada por el Estado para cambiar la sociedad, las cuales son formuladas por expertos (científicos, burócratas, políticos etc) sin mayores consultas se basan en la jerarquía, la autoridad y el saber, siempre son hipótesis para el cambio de comportamiento y la transformación social que se validan a través del experimento, es decir de la implementación (10).

Pineda en el 2007, define la política o acción pública como “lo que deliberadamente las diversas autoridades u entidades públicas, de manera conjunta con persona o

grupos de la sociedad hacen o dejan de hacer en el espacio público para atender o resolver los problemas y asuntos de y su selección y alcanzar fines colectivamente construidos” (11). Este autor también resalta las limitaciones de las política pública debido a la escases de recursos de los gobiernos, por lo que es necesario priorizar lo cual genera la creación de una agenda publica, es decir la decisión y selección de varias alternativas, buscando la racionalidad entre la decisión tomada para cumplir con las necesidades inidentificadas.

Las Políticas Públicas (9) se pueden entender como el ámbito privilegiado de realización del “pacto” entre Estado y sociedad. Un nuevo papel del Estado, en el sentido de hacerlo más ágil y organizador. Donde a través del planteamiento e implementación de la política se busca el acceso de las personas a bienes y servicios del Estado, que responden a las necesidades y ayudan a la coexistencia de grupos y personas que conviven en la sociedad, a pesar de las diferencias que cada individuo.

Generalmente se tienen instrumentos para plantear e impulsar las Políticas Públicas, dependiendo del tipo de actores que intervienen éstos pueden variar. Para el caso del gobierno a través de sus instituciones al elaborar una propuesta se basan en los siguientes aspectos:

Las normas jurídicas. Es a través de las normas jurídicas que los poderes públicos autorizan y establecen las actividades que constituyen las políticas, y también, limitan la discrecionalidad en el actuar de los que la elaboran y ejecutan. Es decir, basarse en todo tipo de norma y ley establecida.

Los servicios de personal. Elaborar las políticas requiere infraestructura humana, organizativa y de material.

Los recursos materiales. Destacan principalmente los financieros ya que son lo que suelen ser más restringidos.

La persuasión. Los ciudadanos consideran al gobierno como legítima expresión de la interpretación mayoritaria de los intereses generales de la sociedad. Es por esto, que se debe responder correctamente a las demandas sociales, ya que el gobierno como ente debe velar por los intereses de los que están bajo su tutela.

2.2 Salud Mental en Colombia

2.2.1 Estadísticas de enfermedad mental en Colombia

Colombia no ha estudiado profundamente la magnitud de los trastornos mentales, ni sus factores de riesgo y protectores. Existen dos estudios previos en los años 1993 y 1997, pero dichos estudios no utilizan una metodología e instrumentación como la que se reporta en el estudio nacional en salud mental en el año 2003 desarrollado como iniciativa internacional de la OMS. (12).

Esta iniciativa se desarrolló en 26 países del mundo y buscaba aliviar la deficiente disponibilidad de información existente sobre la salud mental, a través de metodologías que permitan la comparación transcultural. El universo del estudio fue la población civil, no institucionalizada, de 18 a 65 años de las zonas urbanas de 1070 municipios de 25 departamentos de Colombia (2).

El estudio utilizó la versión en Castellano del CIDI, versión 15 (Composite International Diagnostic Interview o Entrevista diagnóstica compuesta), el trabajo fue llevado a cabo por 11 supervisores locales y 39 entrevistadores con amplia experiencia en encuestas con obtención sistemática de información. La población encuestaba a 4.544 adultos entre 18 y 65 años, residentes de 5.526 hogares urbanos de los 6 estratos socioeconómicos de 60 municipios del país.

El 40,1% de la población colombiana reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos mentales; el 16,0%, uno o más trastornos mentales en

los últimos 12 meses, y el 7,4%, uno o más trastornos mentales durante los últimos 30 días. Es decir, alrededor de 8 de cada 20 colombianos, 3 de cada 20 y 1 de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (19,3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias psicoactivas (10,6%).

En general, los hombres presentan estadísticas un poco más altas en cualquier trastorno, en comparación con las mujeres (41,0% y 39,5%, respectivamente). Sin embargo, estas últimas evidencian prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (16,3% y 15,6%) y en los últimos 30 días (8,7% y 5,8%) (12).

En la evaluación en la frecuencia de uso de los servicios de salud la encuesta evidencia que las personas sin trastorno mental reportan una prevalencia del 3,9% en el uso de cualquier servicio, comparado con el 10,5% en aquellos que reportaron un trastorno. Para aquellas personas que mencionan dos trastornos, 20,4% dijo usar el servicio comparado con el 18,3% para los de tres y más trastornos. Al revisar los grupos de trastornos, se puede observar que los trastornos del estado de ánimo reportan el mayor uso de servicios (17,6% de uso), seguidos por los trastornos de ansiedad (15,2%) y por los trastornos del impulso (13,9%).

La atención en el país de los enfermos psiquiátricos continua siendo deficiente. La primera puerta que toca el enfermo mental es el médico general. Sin embargo su detección, tratamiento y canalización a servicios especializados es insuficiente, y existe un importante estigma social que segrega a los pacientes. Por otra parte la población no solicita ayuda derivado del estigma y la vergüenza, así como del desconocimiento de los beneficios de la atención medico psiquiátrica (13).

En los estudios realizados en los últimos 30 años, los enfoques utilizados para la delimitación de la situación de salud mental se han centrado en determinar

indicadores relacionados con la presencia o ausencia de enfermedades, de factores de riesgo o protectores para desarrollarlas. Ninguno de los estudios ha buscado comprender la situación de salud como resultante de procesos históricos, ni ha trascendido el modo de asumir la esfera de lo social en el manejo de la enfermedad mental. (14).

En el año 2011 el ministerio de salud desarrollo el I diplomado en indicadores de salud mental, se han venido conociendo los primeros avances de los diagnósticos desarrollados por las entidades territoriales participantes, con el ideal de contar con información sobre los problemas de salud mental y mantener información valida y oportuna para la formulación de políticas, así como para el mejoramiento y optimización de la capacidad para planificar, organizar y evaluar los programas y las intervenciones desarrolladas a la fecha. (15) La presentación de los resultados no son unánimes, no utilizan un año específico para la comparación intermunicipal, lo que dificulta el análisis de los diagnósticos presentados. Cabe resaltar es un avance muy importante porque empodera a los territorios en el análisis de la situación de salud mental en cada uno de los municipios, y se hace un acercamiento a las asociaciones sociales, económicas y culturales relacionadas con la enfermedad mental.

2.2.2 Normatividad vigente en Salud Mental en Colombia

Colombia ha desarrollado propuestas y lineamientos para una política nacional y un proyecto de ley en salud mental pero hasta el momento no se ha visto un interés por parte de los dirigentes políticos de la nación que permita concretarlo y llevarlo a la realidad.

El Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014 “Prosperidad para todos” (16) recalca que para lograr dicho objetivo se hace necesario garantizar el funcionamiento del sistema de protección social, que comprende tres grandes componentes: la seguridad social integral (salud, riesgos profesionales y pensiones), la promoción

social y las políticas y programas de formación del capital humano. Desde esta perspectiva toma gran importancia la promoción social focalizada en la población más pobre y vulnerable al acceso de los servicios sociales, al igual que la consolidación de sistemas de salud con cobertura universal, sostenible y de calidad.

Inmerso en los grandes pilares del plan de desarrollo se involucra la igualdad de oportunidades para la prosperidad social; cuyo objetivo es lograr la prosperidad de todos los colombianos. Esto significa lograr una sociedad con mayor empleo, menos pobreza y mayor seguridad independientemente del género, etnia, posición social, orientación sexual o lugar de origen. Es importante rescatar que el mismo plan de desarrollo indica que invertir en el desarrollo social y la igualdad de oportunidades además de generar impactos positivos sobre el bienestar de la población, también retroalimenta en el crecimiento económico y se traduce en mayor productividad.

En referencia a este marco sobre acceso y calidad a los servicios de salud de una manera universal y sostenible, se identifica la necesidad de revisar, actualizar y unificar gradual y sosteniblemente los planes de beneficios, regular los servicios excluidos del plan de beneficios, promover estilos de vida saludable, reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas, prevenir el consumo de sustancias psicoactivas, promover la salud mental y la actividad física.

El último acuerdo de la CRES 029 del 28 de diciembre de 2011 (17) define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivos y subsidiados, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 25 de la ley 1438 de 2011, y lo estipulado por la Honorable Corte Constitucional en la orden Decimo Séptima de la sentencia T – 760 de 2008 (referencia). . El acuerdo incluye en salud mental:

- Atención ambulatoria con psicoterapia individual y grupal, con límite de 30 sesiones por modalidad durante el transcurso del año.

- Cubrimiento especial a las mujeres víctimas de violencia incluyendo atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y de internación para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica.
- Inclusión de medicinas alternativas y complementarias siempre y cuando se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.
- Hospitalización de pacientes con enfermedades mentales hasta 90 días en una o varias hospitalizaciones durante el año.

En un esfuerzo por la CRES de unificar los contenidos en los planes de cubrimiento dentro del POS, queda aun una porción de la población que no tiene el mismo cubrimiento que comprende la población de 19 a 59 años no incluidos en la unificación del POS para los regímenes contributivo y subsidiado.

En el campo de la salud Pública, la salud mental en Colombia es uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud Pública normatizado a través del Decreto 3039 de 2007 para el cuatrenio 2007 – 2010 (18), el enfoque de este Plan Nacional es un enfoque poblacional, en el cual las intervenciones en salud son dirigidas a la población buscando modificar los riesgos acumulados en cada ciclo vital, al igual que abordar e intervenir en los factores de riesgo que puedan ser modificables.

Los principios de este plan involucran equidad, calidad, eficiencia, responsabilidad, respeto por la diversidad cultural y étnica, participación social e intersectorialidad. El cuarto objetivo del Plan Nacional en Salud Pública se enfoca en mejorar la salud mental; se propone a nivel nacional adaptar los planes territoriales a la política nacional en salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas; pero dicha política ha sido poco divulgada y por tanto de muy bajo impacto en la población.

Dentro de las estrategias se plantea la promoción de la salud y la calidad de vida, La conformación de mecanismos de coordinación y articulación local e intersectorial

para la formulación y seguimiento de políticas y planes de salud mental, además de la Promoción del desarrollo de iniciativas con enfoque comunitario, la formación de grupos gestores y redes de apoyo de salud mental en los municipios y comunidades y el desarrollo de estrategias para favorecer la reinserción laboral y escolar en personas con enfermedad mental, entre otros.

A través de la resolución 425 de 2008 se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas (19). En este se incluyen un conjunto de intervenciones, procedimiento y actividades a cargo del estado, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de riesgos y de esta manera alcanzar los logros del Plan Nacional de Salud Pública.

En cuanto al objetivo de mejorar la salud mental de la población, la resolución 425 de 2008 contempla (19):

- promover la formación de redes comunitarias en salud mental y formación de grupos gestores y redes de apoyo para el desarrollo de actividades de promoción en salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas
- Además de realizar tamizajes en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria.
- Implantación de la estrategia de “Atención Primaria en Salud Mental” en coordinación con las EPS, ARP, los actores de otros sectores y la comunidad.

Vale recalcar que la implementación de estos planteamientos han sido mínimos en la realidad, El actual sistema de salud en Colombia, incluye atención ambulatoria y hospitalaria para el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental; pero como se evidencia en la normatividad vigente descrita dista mucho de un plan integral que incluya programas en prevención y promoción de la salud mental en el país.

En la actualidad se encuentra radicado ante el Congreso de la Republica el Proyecto de Ley de salud mental, su objeto es garantizar a la población el ejercicio pleno del derecho a la salud mental así como el goce efectivo de los derechos humanos de quienes padecen de enfermedad mental. Con la implementación de esta ley se garantizaría a todas las personas la atención integral e integrada en salud mental que incluya la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial para los problemas psicosociales y enfermedades mentales (20).

En este proyecto de ley se proponen acciones complementarias para la atención integral, como la integración familiar, social, laboral y educativa entre otros. Se propone la garantía de ampliación en los días de internación cuando una persona requiera una internación superior a 30 días. Para las personas que superen los 180 días de incapacidad, la EPS contributiva enviara el concepto a la aseguradora de pensiones o de riesgos profesionales para que se haga el proceso de calificación de invalidez.

Se propone disponer de una red integrada de prestación de servicios de salud mental pública y privada de servicios integrales de salud mental que estén articulados y coordinados bajo un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice la calidez y la calidad de la atención de una manera oportuna, eficiente y continua, con la coordinación de centros días diferenciados para niños y adultos, centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo, centros de atención en drogadicción, atención domiciliaria.

Colombia desarrollo la Política nacional de salud mental en el año 1998 a través de la resolución 2358 de 1998 (21). Para esta Política, la salud mental representa un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace

posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos (21) La Política de salud mental contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación; estas dos últimas desarrolladas a través de las formulación, elaboración y seguimiento de las actividades del Plan Nacional de Salud Mental y de los programas que lo componen.

Las áreas de acción incluidas en esta política nacional es: promoción y prevención de los trastornos psiquiátricos utilizando los medios de comunicación, estímulo de desarrollo temprano (cognitivo y afectivo), reducción de conductas violentas, la salud integral de niñas y niños, y personas de la tercera edad.

Para el control de los trastornos psiquiátricos dispone que 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 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.

Para el manejo de los pacientes psiquiátricos indican se deben tratar desde 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.

En cuanto a la prevención de las conductas adictivas, el gobierno tiene la responsabilidad primordial 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, benzodiazepinas y barbitúricos.

Por la amplitud de esta política y su bajo cumplimiento en la realidad en el año 2005 el ministerio de protección social creó los lineamientos para la política pública de salud mental para Colombia (22) derivado del estudio nacional de salud mental del 2003 en el que se señala un conjunto de acciones intersectoriales, que incluye objetivos, principios y a recomendaciones para la adecuada incorporación de la política de salud mental al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS; se derivó en el reconocimiento de analizar los costos de eventos prioritarios en salud mental, dado que su fin es reducir la carga que representa los trastornos mentales en la salud de la población y sus consecuencias en el desarrollo social, así como mejorar la capacidad del estado, las instituciones y la sociedad en general para afrontar la problemática.

En las recomendaciones de dichos lineamientos incluye modulación, financiamiento, prestación y articulación.

Modulación: El ministerio de protección social en ese momento se proponía redefinir la forma como se concebía la salud mental y reconsiderar la estructura organizativa adecuada en la que se debía cumplir las funciones de vigilancia y control del cumplimiento de la política de salud mental. Teniendo en cuenta que la función de modulación es indispensable el análisis y redefinición el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud- POS, las acciones que hacen parte del Plan de intervenciones colectivas, y dejar planteado cómo las acciones individuales del POS se articulan con las acciones colectivas del PIC en el tema de salud mental.

Además, se sugiere incluir la atención de la salud mental dentro del primer nivel de atención, lo que implica la disponibilidad y el entrenamiento de profesionales de cuidado primario en la detección y tratamiento de los problemas mentales. Unido al fortalecimiento del primer nivel de atención, se requiere mantener un tercer nivel de

atención altamente especializado, con recursos tecnológicos y humanos apropiados, integrado al sistema de prestación de servicios general.

Regulación: Existen tres ámbitos claves las entidades prestadoras de servicios, los medicamentos y entidades privadas que prestan servicios de salud mental. Las acciones de vigilancia se deben extender mas allá de las ciudades capitales y considerar las zonas rurales se recomienda definir los mecanismos y espacios para que las personas que sufren una enfermedad mental, junto con sus familias, puedan participar en la gestión de los servicios de salud mental, de tal forma que contribuyan a garantizar la calidad del servicio, la equidad en el acceso y la protección de los derechos de las personas con problemas mentales.

Adicionalmente, teniendo en cuenta el estigma y la discriminación existente frente a la enfermedad mental, se reconoce la necesidad de informar más y mejor a las familias sobre los recursos institucionales existentes para la solución de sus problemas en salud mental.

Financiamiento: Se propone la necesidad de incrementar la inversión para el tema de salud mental, Dicha sugerencia es coherente con el ajuste que se requiere hacer a los planes de beneficio, en la cual se propone la inclusión de nuevas actividades, procedimientos e intervenciones en los dos Regímenes de Afiliación en Salud; ello implica, por tanto, una redefinición de las fuentes de financiamiento para estos servicios.

Articulación: Para lograr una mejor articulación entre poblaciones y entidades prestadoras, es imprescindible que la red de servicios de salud, para la atención de la salud mental, se adecue a la situación actual del país. Por ejemplo, deben tenerse en cuenta las condiciones de las poblaciones de zonas rurales, que por razón del conflicto armado se ven altamente impactadas en su salud mental y las de poblaciones en situación de desplazamiento que requieren atención en los lugares de recepción.

En Colombia hay ausencia en procesos técnicos y sistemáticos que permitan la priorización de las actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos que se deben incluir en el POS en materia de salud mental. Por demás no existen grupos institucionales o interinstitucionales responsables de coordinar los procesos para la toma de decisiones relacionadas con la priorización de las necesidades en el país en este campo(23), actualmente existe el Observatorio Nacional de Salud Mental que se encarga de realizar actividades relacionadas con la recopilación, análisis e interpretación de toda la información veraz, actualizada y disponible sobre un conjunto de fenómenos de interés en salud mental que es analizado con el fin de tomar decisiones y orientar las acciones en salud pública.

La asignación de los recursos para la financiación del sistema de salud en Colombia no están orientadas hacia las necesidades de salud de los colombianos, aun menor atención presta a la salud mental, los recursos son asignados sin la información suficiente que caracterice las verdaderas necesidades de salud en la población. Lo que provoca grandes consecuencias para la eficiencia y equidad en la asignación de los recursos.

2.3 Salud mental en Chile

2.3.1 Estadísticas de Enfermedad mental en Chile

En Chile por el contrario se ha desarrollado gran cantidad de estudios de prevalencia de trastornos mentales la mayoría por grupos de población específicos; durante los años 92 y 99 la Universidad de Concepción desarrollo el estudio chileno de prevalencia psiquiátrica, en las ciudades de Santiago, Concepción, Iquique y Cautín; participaron un total de 2.987 individuos; el estudio demostró que poco más de un tercio de la población estudiada (36%) había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida. Mientras que 1 de cada 5, había tenido un desorden en los últimos 6 meses (24).

Los trastornos con mayor prevalencia en Chile son agorafobia (11.1%), depresión mayor (9.0%), la distimia (8.0%) y la dependencia al alcohol (6.4%). Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes de la población tal como lo indica el estudio (25). Aunque este estudio no es un estudio nacional como el existente en Colombia, es uno de los estudios más amplios realizados en Chile a la actualidad. Estas afecciones explican el 15% del total de los años de vida saludable perdidos por enfermedad.

En relación con la depresión, el estudio de trastornos mentales comunes en Santiago, mostro una prevalencia de 5,5% (2,75 para hombre 8% para mujeres). El estudio de prevalencia para trastornos depresivos en consultantes arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,7% para mujeres. Según la encuesta Nacional de Discapacidad el 5,87% del total de población discapacitada está relacionado con un diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento; esto implica que al menos, 1 de 4 familias, tiene al menos un miembro afectado por enfermedad mental o conductual, lo que conlleva a disfunción familiar, disminución de calidad de vida, discriminación social, pérdida de las redes de apoyo social/económicas. El 50% de las personas con trastornos psicóticos están imposibilitadas de trabajar en forma permanente, 12.5% desempleadas y 20% están empleadas (26).

2.3.2 Normatividad vigente en salud mental en Chile

Chile tiene el sistema nacional de salud mental, este es un sistema de salud mixto, aunque predomina el sector estatal en el que se atiende la población más pobre, de mayor edad y de mayor carga de enfermedad. Se encuentra a cargo del Ministerio de salud y tiene a su cargo 28 servicios de salud descentralizados territorialmente; su organismo de financiación es el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los cambios en los indicadores de salud, en la cantidad de recursos y el número de

actividades realizadas en los últimos años han sido grandes y positivas ubicando a Chile en la vanguardia de la región con logros reconocidos internacionalmente (27).

Chile ha desarrollado en los últimos 10 años un modelo de atención comunitaria que permite que los recursos asistenciales disponibles se apliquen a los trastornos de salud mental y de las enfermedades psiquiátricas de la población de una determinada área geográfica en forma coordinada e integrada (27) esto ha permitido al país desarrollar uno de los mejores sistemas para la atención de población con enfermedad mental.

Las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, desarrollan un modelo comunitario que se ha venido adoptando paulatinamente es considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000 recoge y sistematiza la experiencia de trabajo de muchas personas que en su condición de usuarios, familiares de los usuarios, técnicos y profesionales de la salud hicieron un valioso aporte a la reflexión y al análisis colectivo que permitió llegar a este plan (28). El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría hace hincapié en el enfoque comunitario de los problemas de salud mental. Además, se basa en intervenciones fundamentadas en los últimos avances científicos y toma en cuenta criterios económicos, tales como la eficacia en función del costo.

Si bien Chile no tiene una política de salud mental, la visión de la salud mental, principios y estrategias que se han recogido en el Plan Nacional de Salud Mental y

la aplicación de este Plan ha tenido como resultado mejoras importantes para los servicios de salud mental en Chile, incluyendo la implementación de servicios basados en la comunidad, que cada vez ofrecen una alternativa a la tradicional atención de la salud mental que es proporcionada por las instituciones psiquiátricas. También ha habido un aumento de cuidado en salud mental mediante el establecimiento de atención primaria de salud, que ha mejorado mucho el acceso a los servicios y el tratamiento para la población.

La red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población. Este modelo cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental y es parte del Modelo General de Atención en Salud que se aplica actualmente en todo el país como parte de la reforma del sector de la salud. Esta forma de abordar los problemas de salud mental favorece especialmente las acciones de promoción y prevención y el fortalecimiento de la atención primaria, con una buena capacidad resolutive enfocada en las personas, las familias y las comunidades.

En el año 2004 desde el ministerio de salud de Chile plantea en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, donde se establecen directrices en el plan de atención integral dirigido a: 1) niñas, niños y adolescentes afectados por maltrato, 2) mujeres y adultos mayores afectados por la violencia intrafamiliar y 3) personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973 a 1990 (PRAIS) (29).

En el plan de atención dirigido a niñas, niños y adolescentes afectados por el maltrato define que un/a niña/a maltratado/a es aquel que es víctima de violencia física, psicológica, negligencia (ausencia injustificada de cuidado) provocado por sus padres o adultos que los tengas a su cuidado, incluyendo el abuso sexual, lo que

puede derivar en consecuencias graves para su salud y su desarrollo físico y psicológico.

los factores de riesgo asociados a la violencia hacia los niños responde a las características de la familia , del padre o de la madre, las cuales se deben al nivel socioeconómico, escolaridad del padre y de la madre, el modelo de toma de decisiones en el hogar y la violencia en la pareja, lo cual tiene un efecto negativo en las relaciones interpersonales de los niños y adolescentes. Para lo cual han creado documentos guías de intervenciones, sin lograr establecer un programa único de intervención debido a la complejidad del problema.

Para el componente relacionado con la atención integral de mujeres y adultos mayores afectados por la violencia, definen este suceso como un fenómeno que se da en un grupo social domestico, donde una persona más débil que otra es víctima de abuso físico o psíquico ejercido por otro miembro, en condiciones tales que resulte difícil la implementación de recursos de control social que impidan esa práctica, por lo que tiende a repetirse.

la relación abusiva es crónica o periódica y se orienta a instalar o mantener una jerarquía de poder al interior de la relación, Los tipo de violencia son física, psicológica o sexual lo cual afecta la salud mental de los individuos. Las intervenciones desde el sector salud están enmarcadas en documentos guías.

El programa de reparación y atención integral en salud y derechos humanos (PRAIS), define que su actuar se da por la violencia ejercida desde el Estado, como una lógica definida que implica el estudio y la plantificación de la violencia, la produce un sistema, un poder que ocupa las funciones más elevadas del hombre, como lo son la razón y la conciencia para gestarla y aplicarla lo que implica la creación de aparatos técnico y la formulación de personas especializadas en la destrucción. Siendo la respuesta política en materia de derechos humanos se ha ido construyendo sobre tres pilares: verdad, justicia y reparación, a través de la

comisión de verdad y reparación (comisión RETTING) y diferentes leyes promulgadas por el Estado, siendo los principales fundamentos del programa son integralidad, universalidad, simultaneidad, eficacia, legalidad y legitimidad.

El PRAIS es la respuesta del sector salud al compromiso de reparación asumido por el Estado con las víctimas de la represión política, incorporando una nueva dimensión: Enfrentar los complejos problemas de salud de un grupo humano afectado por un agente de enfermedad distinta a los tradicionales, exigiendo hacer realidad la integralidad en la atención, y asigna un rol al sector salud dentro de la tarea de recuperación del país de las consecuencias de una de las más graves crisis morales que ha enfrentado Chile.

El PRAIS consiste en el acceso gratuito a todas las prestaciones de salud otorgadas en todos los establecimientos de la red pública y la atención de la especialidad para el tratamiento de las consecuencias en la salud mental de las víctimas.

Chile ha demostrado que está dispuesto a apoyar y a proteger la salud mental de sus habitantes, por eso frente al sismo ocurrido el 27 de febrero 2010, estableció las orientaciones básicas para la protección de la salud mental de las personas afectadas por el terremoto, bajo las directrices del documento de la OPS, Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias del 2004.

3. Análisis comparativo de las estrategias y lineamientos en salud mental Colombia y Chile

Para el análisis comparativo de los lineamientos se utiliza el instrumento de evaluación de sistemas de salud mental en el mundo de la OMS (WHO –AIMS), en las categorías de legislación, infraestructura, recursos humanos, financiamiento e implementación de programas.

El Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) ha sido conceptualizado y diseñado por el Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, con la colaboración de colegas de la OMS y de otras instituciones. (3)

Tabla No. 1

| AREAS, SECCIONES DE WHO – AIMS | |
|---------------------------------------|--|
| AREAS | SECCION |
| Política y marco legislativo | Política de salud mental |
| | Plan de salud mental |
| | Legislación en salud mental |
| | Monitoreo de derechos humanos |
| | Financiación de servicios de salud mental |
| Servicios de Salud mental | Integración organizacional de servicios SM |
| | Centros ambulatorios de SM |
| | Centros de tratamiento diurno |
| | Hospitalización basada en la comunidad |
| | Residencias comunitarias |
| | Hospitales psiquiátricos |
| | Unidades de hospitalización forense |
| | Equidad en el acceso a servicios de SM |
| Recursos Humanos | Numero de recursos humanos |
| | Formación de profesionales en SM |

| AREAS, SECCIONES DE WHO – AIMS | |
|--------------------------------|--|
| AREAS | SECCION |
| | Organización de usuarios y familiares |
| | Actividades de usuarios, familiares |
| Financiamiento | Recursos económicos destinados a SM |
| | Uso de los recursos en SM |
| Monitoreo | Monitoreo de servicios de salud mental |
| | Implementación de la normatividad |

3.1 Política y Normatividad

Tabla 2. Comparativo normatividad.

| COLOMBIA | CHILE |
|---|--|
| Plan Nacional de Desarrollo (2010-2014) Acuerdo 029 de la CRES | Sistema nacional de salud de Chile, donde se incluyen programas específicos para la población con enfermedad mental, |
| Resolución 2358/1998 Política Nacional de Salud Mental. lineamientos 2005 | Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiátrica 2004 |
| Plan Nacional de Salud Publica decreto 3039/2009 Proyecto de ley en salud mental | Programas específicos para atención en salud mental para las patologías de mayor prevalencia en Chile |
| Resolución 425/2008 plan de intervenciones colectivas. | Modelo de atención comunitaria en salud mental |

A través de la revisión de la normativa entre ambos países, se establece que Chile y Colombia han realizado esfuerzos en garantizar atención a la población en salud mental. Pero es evidente que en Chile existe un reconocimiento real de las personas

con enfermedad mental y un interés por la protección en salud mental de la población a través de diferentes mecanismos y programas que se encargan de esto, tomando a la salud mental no solo desde la perspectiva de la enfermedad sino de la inclusión social y de la promoción de hábitos saludables. Lamentablemente para Chile pese al establecimiento de estas políticas aun no existe una ley en salud mental, que garantice desde la constitución los derechos, disposición es y reglamentación para la salud mental.

En Colombia se han desarrollado estrategias a nivel Nacional, pero estas no tiene un enfoque directo y específico hacia la salud mental, esta por el contrario se cuenta dentro de las generalidades y aunque se han realizado avances, especialmente en el tema de cobertura en el POS, aun no es suficiente pues solo existe un enfoque permanente sobre la enfermedad y mínimo sobre la promoción y prevención, a pesar de tener problemáticas constante que afectan directamente la salud mental de los colombianos, como es lo es la violencia, un ejemplo de esto es que en el caso chileno a través del programa de reparación y atención integral en salud y derechos humanos (PRAIS), del Plan Nacional de Salud Mental, se delimitan estrategias para garantizar la reparación de las víctimas del periodo de violencia ejercido por el Estado en la era Pinochet, mientras que en la ley de Justicia y Reparación de Colombia escasamente se menciona el tema de salud mental, sin referirse a este como una prioridad o que se establezcan estrategias para garantizar está en la población.

En Chile y Colombia no existe una ley en salud mental, pero se debe resaltar que para el caso colombiano se han realizado avances en el tema y se cuenta con un proyecto de ley en salud mental que ya fue presentado en el congreso de la república.

3.2 Infraestructura

Frente a la infraestructura es evidente que existe una gran brecha entre Colombia y Chile. En Colombia la información disponible en cuanto la infraestructura de

servicios de salud mental es bastante incompleta y con frecuencia desactualizada. Los datos sobre indicadores de recursos, acceso, cobertura y utilización hospitalaria, no son fáciles de obtener en muchos de los casos. De igual forma Los servicios de salud mental se caracterizan por su desigualdad distribución, permaneciendo la población de amplias zonas del país con un acceso deficitario, y encontrando su máxima expresión en la existencia de departamentos con poca o ninguna prestación de servicios a este nivel, principalmente en aquellos que conformaban los antiguos territorios nacionales. (21)

Para el 2005 existen en Colombia 512 servicios de psiquiatría habilitados, 1.980 servicios de psicología, 9 hospitales psiquiátricos estatales y 1.343 camas. Sin embargo, se acusa un acceso limitado a estos servicios que puede deberse en buena parte a las carencias en los planes de beneficios y diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado (22). Dentro de la búsqueda de información no se encontró una estadística que mencione el número de centros de atención en salud mental desde lo privado, por lo que se calcula que son alrededor de 20 unidades de salud mental. De igual forma es imposible identificar cuáles de los 512 servicios de psiquiatría habilitados, son unidades de salud mental, hogares geriátricos, centros de rehabilitación, centros días y consultorios particulares en psiquiatría, psicología y terapia ocupacional (21).

En el caso de Chile la información frente a la infraestructura es mucho más amplia, pues se identifica que existen 50 unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria disponibles en el país, con un total de 9 camas por 100 000 habitantes. 19 Unidades de Corta Estadía en Hospitales Generales Públicos en el país, con un total de 397 camas, y 31 clínicas privadas, con un total de 886 camas. Hay 103 dispositivos residenciales comunitarios disponibles en el país, con un total de 5 plazas por 100 000 habitantes. El país cuenta con 5 hospitales psiquiátricos, con un total de 9.1 camas por 100 000 habitantes. Todos estos servicios están integrados con centros de atención ambulatoria. Existen 86 camas en Unidades de Psiquiatría Forense, 2 unidades de 40 camas cada una se encuentran en los hospitales

psiquiátricos Horwitz y Pinel y una de 6 camas en el establecimiento penitenciario de Punta Arenas. OMS CHILE

Este estudio concluye que la mayor oferta de camas de tratamiento para psiquiatría y adicciones se encuentra en las Comunidades Terapéuticas (37%) y en las Clínicas Psiquiátricas Privadas (26%). El número de camas en servicios de psiquiatría de corta estadía públicos es mayor en hospitales generales (17%, incluyendo el Hospital de la Universidad de Chile y los Hospitales de las Fuerzas Armadas) que en hospitales psiquiátricos (12%). Estos últimos ofrecen además camas de tratamiento en mediana estadía (3%), en unidades de psiquiatría forense (3%) y en unidades de adicción (2%).

La mayor oferta de plazas con cuidados residenciales para personas con trastornos y discapacidad mental corresponden a casas de reposo (72%). Siendo estos dispositivos orientados a adultos mayores y a personas con distintos tipos de discapacidad física y somática, pero alrededor del 50% de ellas incluyen también un número significativo de personas con trastornos mentales, especialmente personas con demencia. Otro 15% de este tipo de plazas están dedicadas a cuidados residenciales de personas con retardo mental. El número de plazas en hogares y residencias protegidas para personas con discapacidad psíquica es ahora mayor (7%) que las plazas de larga estadía en hospitales psiquiátricos. OMS CHILE.

En el documento de la OMS para Chile existe un alto grado de especificación frente a la relación de la infraestructura y las condiciones relacionadas con los usuarios en aspectos como el género, la edad, las condiciones económicas y el diagnóstico.

3.3. Recursos humanos

Frente a la capacitación y formación de profesionales en Chile graduados en instituciones docentes en el 2004 es la siguiente (tasa por 100.000 habitantes): 0.21 psiquiatras, 4.0 médicos generales, 2.32 enfermeros y los siguientes profesionales

con por lo menos un año de experiencia en salud mental: 0.08 enfermeros, 1.92 psicólogos y 0.14 trabajadores sociales y 0.38 terapeutas ocupacionales, en el área de salud mental específicamente. OMS

La distribución de recursos humanos entre áreas urbanas y rurales es levemente inequitativa, con una relación de 1,4/1 para psiquiatras y de 1,1/1 para enfermeras de salud mental entre la Región Metropolitana y el resto de las regiones del país. OMS

El número total de recursos humanos dedicados a salud mental y psiquiatría en Chile, tanto en dispositivos públicos y privados, se estima en 32 por 100,000 habitantes. Las tasas de diferentes profesiones como médico, médico psiquiatra, enfermera, asistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo donde se destaca la alta de estos últimos (12,3 por 100.000 habitantes) y la muy baja de enfermeras y asistentes sociales (1.7 para cada una de estas profesiones). En la categoría otros (7,5 por 100.000), la mayoría corresponde a técnicos paramédicos y en menor proporción a otras profesiones. OMS.

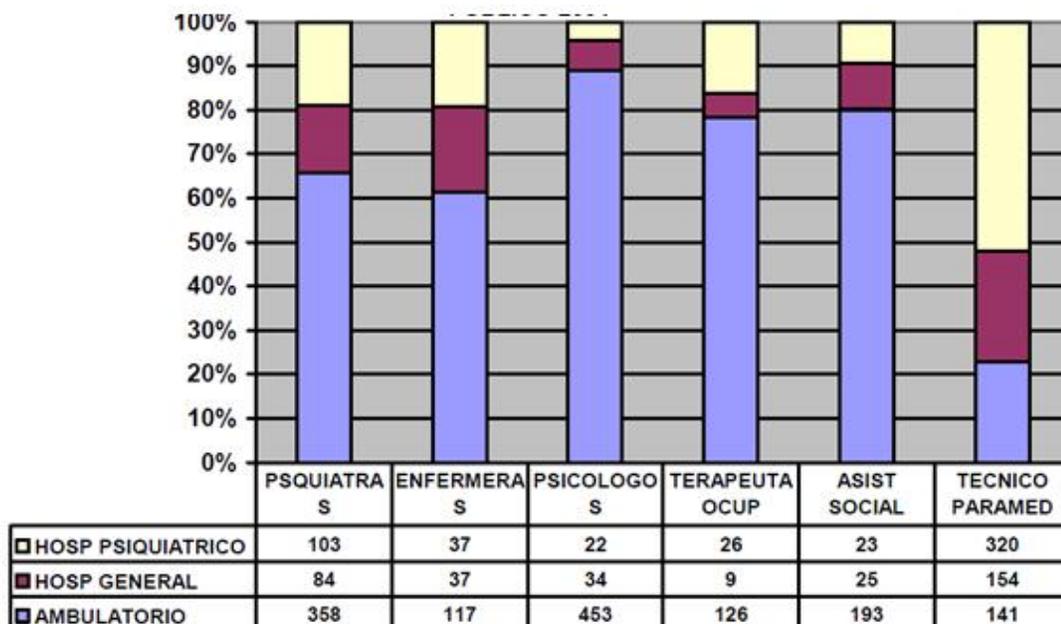
Colombia en este aspecto también presenta limitación en la presentación de información relacionada con el área de salud mental directamente. Por lo que se hace la relación entre la grafica 1 y 2 donde se observa que el gráfica 2 existe una mayor especificidad frente los recursos humanos en Chile.

Tabla 3. Graduados de programas relacionados con Ciencias de la Salud por nivel de formación (pregrado)

| NBC | TECNICA | TECNOLOGICA | UNIVERSITARIA |
|-----------------------------|--------------|--------------|----------------|
| BACTERIOLOGIA | 375 | 491 | 9.368 |
| ENFERMERIA | 997 | 129 | 22.912 |
| INSSTRUMENTACION QUIRURGICA | 696 | 164 | 5.418 |
| MEDICINA | 387 | 783 | 31.231 |
| NUTRICION Y DIETETICA | 0 | 0 | 2.384 |
| ODONTOLOGIA | 560 | 572 | 13.599 |
| OPTOMETRIA | 0 | 1.390 | 2.065 |
| SALUD PUBLICA | 967 | 1.343 | 3.435 |
| TERAPIAS | 22 | 0 | 20.267 |
| Total | 4.004 | 4.872 | 110.679 |

Fuente: Observatorio laboral para la Educación. Ministerio de educación 2011.

Grafico 2. Distribución de los recursos humanos de salud mental entre centro ambulatorios y hospitalarios del sector publico en salud mental 2004.



Fuente: Informe sobre Sistema de Salud Mental en Chile. OMS. 2007

3.4 Financiamiento en salud mental

Un buen número de intenciones se convierten en letra muerta. La última política de salud mental ilustra ese hecho: su difusión fue limitada, al igual que el respaldo programático, de recursos técnicos, financieros y de infraestructura. Además, para su ejecución la Política debe superar la dispersión de recursos y los intereses en su canalización (22).

La financiación de la salud se da a través de los recursos provenientes de: El Presupuesto General de la Nación para el desarrollo de programas de salud pública; los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía de la Salud –FOSYGA, los recursos para salud del Sistema General de Participaciones –SGP, Los recursos de las entidades territoriales para las acciones de promoción de la salud del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, con los recursos destinados a la Unidad

de Pago por Capitación –UPC, de cada régimen (contributivo o no) y los recursos que adicionalmente se reconocen a las entidades promotoras de salud –EPS. (30)

Es claro que en Colombia resulta difícil determinar cuánto del presupuesto es destinado realmente a salud, y mucho menos determinar cuánto le corresponde a salud mental. Haciendo evidente una realidad del país, y es que se tiene toda la reglamentación pero poco sucede frente a la ejecución de esta, quedándose todo en el papel, y tampoco se realiza un registro eficaz y verídico.

Para el caso de Chile la situación es diferente, pues pese a que en diferentes fuentes consultadas refieren que la inversión en salud mental es muy poca comparada con otros países; El Plan de Salud Mental y Psiquiatría, establece que el ministerio de salud, el Fondo Nacional de Salud de los Servicios de Salud y con una regulación que permita exigir lo mismo a las Entidades Aseguradoras Privadas de Salud. Como expresión el rol Estado debe ser el de la redistribución del ingreso y ejercicio de la solidaridad como principio rector de las políticas de salud, el financiamiento debe priorizar a las poblaciones más desfavorecidas.

Por lo que para el año 2000 la distribución de los recursos se realizó de la siguiente manera.

Tabla 4. Presupuesto FONASA Institucional para Psiquiatría y Salud Mental, 2000

| | | | |
|--|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Hospitales Psiquiátricos | | \$ | 8.348.776.037 |
| Camas Psiq.Hospitales Grales | | \$ | 1.711.626.620 |
| Sistema Nacional de Psiquiatría Forense | | \$ | 876.681.000 |
| Consultas Psiquiátricas | | \$ | 1.317.555.000 |
| Clozapina | | \$ | 375.273.000 |
| Campañas Sanitarias | Depresión | \$ | 42.000.000 |
| | Prioridades Salud | \$ | 44.190.000 |
| | Violencia y Maltrato | \$ | 10.000.000 |
| | Tabaco, alcohol y drogas | \$ | 51.000.000 |
| Atenciones S.M. en APS | | | 738.551.027 |
| Promoción Salud Mental | | \$ | 475.600.000 |
| Fondo Apoyo a Política y Plan Salud Mental | | \$ | 1.602.249.750 |
| Fondo Centros Alcohol | | \$ | 153.386.000 |
| TOTAL SALUD MENTAL | | \$ | 15.746.888.434 |
| TOTAL SECTOR SALUD | | \$ | 1.130.824.708.000 |
| % DEL PRESUPUESTO PARA SALUD MENTAL | | | 1,39 |

Fuente: Departamento planeación Nacional Chile (2000)

Deben aumentarse los recursos para salud mental del 1,39 al 5% del presupuesto total de salud del país. Para alcanzar esa cifra, el presupuesto actual de salud mental deberá incrementarse, cada año, en un 0,5 a 1 % del presupuesto de salud. Esto significa que una proporción importante de la expansión de recursos para salud debiera estar destinada a salud mental durante los próximos 10 años. (28)

Para el año 2007 la salud mental recibía 2,3% del presupuesto de salud.(31), lo cual demuestra que el país ha venido incrementado la inversión en salud mental, pero no ha alcanzado lo presupuestado en el Plan Nacional de Salud Mental para el 2005, que era del 5% en los siguientes 10 años, posteriores a la implementación.

Es evidente que en Chile existe más claridad frente al presupuesto nacional destinado a salud y específicamente al campo de la salud mental, debido a la

administración del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y al Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que aunque no ha cumplido con la meta propuesta en su creación, se continua trabajando y realizando esfuerzo por mejorar la salud mental de los chilenos.

3.5 Comparación de la implementación de los programas en salud mental

La implementación de los planes y programas en Colombia y Chile, han tenido grandes avances aunque en los dos países faltan aun mayor esfuerzo en el desarrollo de dichas propuestas, lo que se ha logrado hasta el momento ha sido muy importante. En Chile los avances de implementación han sido amplios, uno de los grandes avances en el sistema público de salud mental, ha sido el aumento en el presupuesto asignado para la salud mental, aunque a la fecha el plan nacional de salud mental no ha alcanzado el 5% del presupuesto, si están por encima del promedio latinoamericano y se encuentra en 2.4%. (25). Por el contrario Colombia no ha definido un porcentaje claro del presupuesto de salud en el sector de la salud mental, por lo cual no se puede realizar un comparativo de dicho porcentaje.

Chile ha desarrollado programas específicos para la atención de los trastornos mentales desde una perspectiva de atención comunitaria que facilita la reinserción de los enfermos mentales a la comunidad. En el país se han puesto en marcha cuatro programas de salud mental que responden de manera organizada y sistemática a las necesidades de la población.

Actualmente se desarrollan los programas para el tratamiento integral de la depresión, desde una perspectiva biosicosocial desde el primer nivel de atención con un grupo interdisciplinario. existe el programa nacional para el manejo de pacientes con esquizofrenia con el desarrollo de estrategias comunitaria y de atención ambulatoria con rehabilitación psicosocial y hogares protegidos y reincorporación social paulatina, también existe el programa para el tratamiento y la

rehabilitación de personas con dependencia al alcohol; este programa se encuentra en todas las instituciones de salud del país y participa toda la de atención primaria, este programa es intersectorial junto a consejo nacional de control de estupefacientes y por último se encuentra el programa de reparación integral de salud y derechos humanos para la atención de las personas afectadas por la por la represión política durante el periodo Pinochet.

Por el contrario Colombia no tiene programas nacionales para la atención de problemas de salud mental como los existentes en Chile; en la actualidad se están desarrollando las guías de atención en salud mental, a través del ministerio de salud y el observatorio nacional en salud mental pero no se conocen los avances a la fecha. Las acciones para la atención en salud mental se desarrollan desde el ámbito hospitalario y no hay desarrollo de programas a nivel comunitario. Cada ente territorial desarrolla acciones de prevención para el consumo de sustancias psicoactivas, prevención del maltrato y otros pero son acciones desarticuladas cuyo impacto no se ve reflejado en las estadísticas nacionales.

En cuanto a la ampliación de la cobertura de la atención en los servicios de atención psiquiátrica Chile ha implementado el modelo de atención primaria esto mejora el acceso a los servicios de atención a la población en general garantizando una atención biopsicosocial por personal especializado en el manejo de la enfermedad mental con el objetivo de garantizar la reinserción de la población y la disminución de los tiempos de hospitalización, esto se ha logrado a través de la disminución del presupuesto para la atención de segundo nivel y aumentado la inversión en la atención del primer nivel.

Colombia ha desarrollado a través de la comisión reguladora de salud el acuerdo 029 del 2011, en la que se hace un aumento en cuanto a la cobertura de los servicios de salud, para la población en los regímenes contributivos y subsidiados, toda la cobertura para atención en salud mental es a nivel hospitalario, y todavía no se han desarrollado un plan unificado para toda la población. El proyecto de ley

existente en la actualidad plantea la cobertura en salud mental para toda la población y desarrollo de programas de prevención.

4. Conclusiones

La salud mental en el mundo ha tenido grandes esfuerzos para la ampliación en la cobertura y el desarrollo de programas de prevención y promoción de salud mental. Como bien lo dijo en el año 2007 la Doctora Margaret Chan ex directora general de la OMS, es de vital importancia redireccionar todos los servicios de salud a la atención primaria y de esta manera conseguir sistemas de salud más equitativos, integradores y justos, y aunque la aplicación universal, no constituye un modelo o manifiesto para la acción; las medidas requeridas para hacerlas realidad en cada país deben establecerse en función del contexto y las condiciones específicas y a partir de la mejor evidencia disponible.

La renovación de la APS (Atención Primaria en salud) en la salud mental, se debe a que los formuladores de las políticas sanitarias son cada vez más conscientes de que la atención primaria puede propiciar un rumbo más claro y una mayor unidad en el actual contexto y fragmentación de los servicios de salud.

Las políticas públicas son un asunto de la población en general, aunque son planteadas y desarrolladas por el gobierno, es la sociedad y sus actores quienes generan la necesidad y desde este mismo punto están en la obligación y privilegio de dar respuesta a esta con ideas que nacen desde la experiencia propia. Por eso es necesario que exista mayor vinculación de la sociedad en la construcción de las políticas públicas, para que las acciones tomadas por el gobierno respondan fielmente a las expectativas y necesidades de la sociedad.

Es evidente que frente a Chile el desarrollo y esfuerzo realizado en vías de favorecer la salud mental en Colombia se queda corto, con aspectos relacionados a información, infraestructura, atención, normatividad e implementación, sin dejar de

lado la investigación y el talento humano que se desempeña en el área de salud mental.

Colombia y Chile han realizado grandes avances para el desarrollo de políticas, planes y programas en salud mental, aunque todavía son grandes los retos. Chile ha hecho tomado la delantera con la implementación del modelo de atención primaria en salud, el cual ha dado cobertura a la población chilena; este modelo de salud según la OMS es el mejor modelo de salud para la atención en salud mental, su estructura y desarrollo de programas han permitido dar acceso a mayor población, y brindar una atención de mayor calidad a la población con enfermedad mental.

Colombia a pesar de tener una buena estructura legislativa, no ha realizado la implementación de dichas propuestas en la atención de las personas con enfermedad mental como se propone en la normatividad, por el contrario los retos en cuanto a financiación, desarrollo de programas específicos, atención integral de la población, e implementación de la atención primaria para la población con enfermedad mental son grandes.

Es importante que el gobierno colombiano realice estudios que realicen un diagnóstico real de la salud mental en Colombia, el cual permita establecer estrategias reales y acordes a la población, siendo prioritaria la promoción de la salud mental y la atención a la población vulnerable. De igual forma esto nos permitiría acercarnos a las acciones que se han venido realizando en la región y en el mundo.

Es de vital importancia que se desarrolle en Colombia un sistema de salud mental basado en atención primaria, el cual garantice la atención integral de la población, siendo un eje vital implementación de la normatividad la cual debe ajustarse a la realidad y a las necesidades de la población y desarrollar programas específicos

para la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades mentales.

La garantía de la atención integral para el enfermo mental debe ser para toda la población, independientemente de su capacidad de pago, y no debe tener limitaciones; por el contrario se deben habilitar servicios de atención primaria que permitan la reintegración de las personas con enfermedad mental a la comunidad, el trabajo y la escuela, disminuyendo los tiempos de estancia hospitalaria y aumentando las actividades interdisciplinarias en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. MHGap: Mejora y Ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abusos de sustancias. [en línea]. Versión Provisional. 2008 [accesado 20 de febrero de 2012]. Disponible en http://www.who.int/mentalhealth/mhgap/mhg_apspanish.pdf
2. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia. Fundación FES Social 2003. [en línea] Colombia 2005. [accesado en 16 de febrero 2012]. Disponible en <http://www.minproteccion-social.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
3. Organización Mundial de la salud. *Informe WHO – AIMS sobre Sistema de Salud Mental en Chile*. [en línea] España. 2007 [accesado en 3 de agosto de 2011]. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.Pdf
4. Alarcón Renato. La salud mental y atención de salud mental en América Latina. Departamento de Psiquiatría y psicología de la Clínica Mayor. Revista Asociación Mundial de Psiquiatría. [en línea] USA. 2003. [accesado en 17 de marzo de 2012]. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525063/>.
5. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, evidencia emergente, Práctica. Informe compendiado*. [en línea] Francia. 2004. [accesado en 22 de marzo de 2012]. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
6. Federación Mundial para la Salud Mental. Salud Mental en la Atención Primaria: Mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. [Consultado miércoles

14 de marzo de 2012]. Disponible en: [www.wfmh.org/.../SPANISH % 20 WMHD09.pdf](http://www.wfmh.org/.../SPANISH%20WMHD09.pdf)

7. Organización Mundial de la Salud. Manual de Recursos humanos de la OMS sobre salud mental; Derechos humanos y legislación. Si a la atención no a la exclusion. [consultado jueves 19 de abril de 2012]. Suiza 2006. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9243562827_spa.pdf

8. Organización Mundial de la Salud. ATLAS. Recursos de Salud Mental en el Mundo. Departamentos de Salud Mental y Toxicomanías. Ginebra. 2001

9. Ruiz, L. Domingo; Cadenas, A. Carlos. ¿Que son las politicas publicas?. Revista Juridica On line. Universidad Latina de America. Mexico. 2009. [citado 2012 abril 26]; Disponible en: <http://www.unla.edu.mx/iusunla18/reflexion/QUE%20ES%20UNA%20POLITICA%20PUBLICA%20web.htm>

10. André-Noël Roth Deubel. Qué Y Para Qué Las Políticas Públicas. Simposio Idrd, Política Publica En Deporte, Recreación Y Actividad Física Bogotá. Colombia 2009

11. Pineda Nicolás. *El concepto de política pública: alcances y limitaciones*. Seminario de políticas públicas 22 de febrero 2007. México. 2007.

12. Posada. J, Aguilar. S, Magaña. C, Gomez. L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio Nacional en salud mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatria Vol. XXXIII. No 3. 2004. [Consultado Jueves 19 de abril de 2012] Disponible en http://foietes.files.wordpress.com/2011/06/requisitos_de_uniformidad_ejemplos_de_referencias_2010.pdf

13. Gómez LC. Propuesta para ejecutar el estudio nacional de salud mental e identificar lineamientos para la Política Nacional de Salud Mental [comunicación personal]; diciembre 2002.
14. Urrego. Zulma. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia. 1974 – 2004. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXXVI no 002. Bogotá, Colombia. 2007.
15. Ministerio de la Protección Social. Diagnósticos Regionales de Salud Mental 2011. Observatorio nacional de Salud Mental y Drogas. Disponible en http://www.onsm.gov.co/index.php?option=com_k2&view=item&id=258:diagnosticos-regionales-de-salud-mental-2011&Itemid=77.
16. Congreso Nacional de La Republica. Ley 1450. Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014. Colombia. Expedida 16 de junio de 2011.
17. Comisión de Regulación de Salud. Acuerdo 029 de 2011. Colombia Expedida 28 de Diciembre de 2011.
18. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Publica 2007 - 2010. Colombia. Expedida 2 de agosto de 2007.
19. Ministerio de la Proteccion Social (2008).Resolución 425. Colombia. Consultado el martes 21 de febrero de 2012.
20. Congreso Nacional de la Republica. Proyecto de ley 044 de 2011. Ley en Salud Mental. Colombia. 2011.
21. Ministerio de salud. Resolución 2358 de 1998. Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial No. 43.338, del 13 de julio de 1998.

22. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento Propuesta para la discusión y Acuerdos. Bogotá D.C. 2005.

23Equipo Investigativo del programa de salud y seguridad social de la defensoría del pueblo. *La salud mental en Colombia*. Bogotá. 2008

24. Vicente P Benjamín, Rioseco S Pedro, Saldivia B Sandra, Kohn Robert, Torres P Silverio (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. [citado 2012 Mar 16]; Disponible en: [http://www.scielo .cl/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es.doi:10.4067/S0034-98872002000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500007&lng=es.doi:10.4067/S0034-98872002000500007).

25. Minoletti, Alberto. Zaccaria, Alessandra. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Revista Panamericana de Salud Publica. Vol 18. 2005.

26. Araya R, Rojas G, Fritsh R, Acuña J, Lewis G. Common Mental Disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic Correlates. Br J Psychiatry 2001.

27. Sandoval H. Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. Cuad Med Soc. 2004

28. Ministerio de Salud. Plan Nacional de salud mental y psiquiatria. Chile 2000.

29. Ministerio de salud. Violencia y salud mental. Unidad de salud mental. Chile 2004.

30. Universidad de Valle. Aproximación al análisis de la política de salud mental en Colombia. Cali.

31. Benjamín Vicente P, Robert Kohn, Sandra Saldivia B, Pedro Rioseco S. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista médica de Chile*. v.135 n.12. Chile 2007. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200014. Revisado el 1 de Mayo de 2012
32. Cursio, P. Metodología para la evaluación de políticas públicas de salud.. [versión electrónica]. *Politeia*, jun, vol.30, no.38, p.59-85. 2007
33. Organización Mundial de la Salud. *Mejora la Calidad de la Salud Mental. Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental*. Ginebra: Editores Medicos, S.A. EDIMSA. 2003
34. Organización Mundial de la Salud. *Sistemas de Información de Salud Mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental*. España. 2005.