



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Revisión de Orden Político y Jurídico con respecto de la Salud Mental de Colombia

Dina Luz Mora Valero

Universidad Nacional de Colombia
Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2013

Revisión de Orden Político y Jurídico con respecto de la Salud Mental de Colombia

Dina Luz Mora Valero
Código: 282776

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título
De:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):
Rocío Robledo Martínez.
OD, Magister, Candidata PhD en Salud Pública

Línea de Investigación:
Administración en servicios de salud

Universidad Nacional de Colombia
Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2013

Este trabajo de grado, lo dedico al ser con quien me conecto espiritualmente, por allanar mis caminos y permitir que llegase a cumplir esta meta; seguidamente a mi madre por ser la motivadora de emprender este nuevo camino, a mi familia por apoyar siempre mis nuevas metas y quienes siempre me están estribando con su compañía y animo de continuar con este trasegar educativo, que mientras exista vida y salud estarán presentes en mi vida, para aportar cada día, y de manera más completa, mi quehacer profesional.

Por último quiero incluir en este reconocimiento, a cada uno de los maestros que me estuvieron acompañando y aportando con sus conocimientos para culminar un escalón más de mi ascenso profesional.

Resumen

Este trabajo aproxima información de orden político y jurídico sobre la salud mental en Colombia. Toma como referencia dos normas puntuales: Política Nacional de Salud Mental y Ley 1616 de 2013. Para ello se contextualiza el panorama de salud mental basados en el Estudio Nacional de Salud Mental 2003, siendo este el más reciente encontrado en el país, en él se muestra una serie de resultados sobre el estado de salud de los colombianos, siendo los trastornos prevalentes para la época los de ansiedad, ánimo y aquellos ligados al consumo de alcohol. Teniendo como base este antecedente se prosigue a comparar tres factores de la Política y de la Ley; estos son: Atención, Tratamiento e Inclusión de las personas que presentan algún trastorno mental en su vida, a partir de lo encontrado se realiza un análisis de la correlación en los planteamientos.

Se halla que no difieren grandemente la una de la otra, salvo por ciertas circunstancias que no develan los resultados deseados a falta de mecanismos de control que respalden la implementación de los planes previstos a través de Políticas y Leyes, creados con el fin de amparar y restituir los derechos de las personas con este tipo de condiciones.

Palabras clave: Salud mental, trastornos mentales, marco político y jurídico, Política Nacional de Salud Mental, ley 1616 de 2013.

Abstract

This paper draws political and juristic information about mental health law in Colombia. It takes as reference two specific rules: National Mental Health Policy and Law 1616 of 2013. For that is contextualized on the scene of mental health based on National Mental Health Survey 2003, being the latest found in the country, it shows a series of results about the state of health of the Colombian people, being the prevalent disorders for that age the anxiety, mood, and those related to alcohol consumption. On the basis of this antecedent it continues to compare three factors of Politics and Law, which are: Care, Treatment and Inclusion of persons with any mental disorder in their life, from the findings are done an analysis of the correlation in the approaches.

It's found that not greatly differ from each other, except for certain circumstances that do not reveal the desired results in the absence of control mechanisms to support the implementation of the plans through Law and Policy, created in order to protect and restore the rights of people with this type of conditions.

Keywords: Mental health, mental political and legal framework, the National Mental Health Policy, Law 1616 of 2013.

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	VIII
Lista de tablas	X
Introducción	1
1. Salud Mental	3
1.1 Salud Mental y Trastornos Psiquiátricos	3
1.2 Estudio de Salud Mental en Colombia	4
1.3 Trastornos Mentales más prevalentes en Colombia	5
1.3.1 Trastorno de Ansiedad	7
1.3.2 Trastorno del estado de ánimo	8
1.3.3 Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas	10
2. Normatividad Salud Mental en Colombia	14
2.1 Marco Jurídico	14
2.1.1 Normas Internacionales	14
2.1.2 Normas Nacionales - Ordenamiento jurídico Nacional	15
2.2 Política Nacional de Salud Mental	23
2.2.1 Atención al paciente	25
2.2.2 Tratamiento	25
2.2.3 Inclusión	26
2.3 Ley 1616 de 2012	26
2.3.1 Atención al paciente	28
2.3.2 Tratamiento	28
2.3.3 Inclusión	28
3. Discusión	29
4. Conclusiones y Recomendaciones	33
4.1 Conclusiones	33
4.2 Recomendaciones	34
Bibliografía	35

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1: Resumen normativo Leyes	17
Tabla 2: Resumen normativo Decretos	19
Tabla 3: Resumen normativo Resolución	20
Tabla 4: Resumen normativo Acuerdos	22
Tabla 5: Resumen normativo Circulares	22
Tabla 6: Cuadro comparativo	30

Introducción

La Salud Mental es un asunto de interés público que ha cobrado cada vez más importancia en el contexto internacional. Desde hace ya más de dos décadas se viene comprobando con mayor claridad el profundo impacto que tienen los trastornos mentales en el devenir de las sociedades alrededor del mundo, de ahí que con mayor ímpetu los organismos involucrados insistan en la necesidad de dar forma a respuestas políticas de carácter integral, que permitan reducir la carga que representan estos trastornos y mejorar las capacidades del Estado y la sociedad para hacerles frente.

La problemática de la salud mental en el país es diversa y compleja. Para el Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social (2005), el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, muestra que cuatro de cada 10 individuos presentan al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad de separación del adulto y el abuso de alcohol. Entre los hombres, el abuso de alcohol es un problema más común en tanto que entre las mujeres, la depresión mayor. El trastorno de atención (5 años) y la fobia específica (7 años) son los dos padecimientos que se presentan en menores de edad. (Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social, 2005). (1).

Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias psicoactivas. (1)

La salud mental de la población colombiana cada vez es más frágil y, a pesar de las continuas alertas de los psiquiatras y las asociaciones de pacientes, la situación sigue siendo alarmante. Estados Unidos es la nación del continente con los indicadores menos favorables; Colombia ocupa tristemente el segundo lugar, siendo México el país que ocupa el tercer lugar.

Otros expertos indican que son diversos y abundantes los efectos que la condición de salud mental tiene sobre las personas; viéndose por ejemplo disminuida su productividad, calidad de las relaciones personales al interior de la familia, la comunidad y el ambiente laboral, además de contribuir a la producción y reproducción de un sistema de representaciones y simbolismos que pueden inducir a la producción de trastornos psiquiátricos. (1).

Este trabajo tuvo como objetivo realizar una revisión de orden político y jurídico con respecto a la salud mental de Colombia. Se estudiaron la ley de salud mental 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental, con el fin de identificar aspectos relacionados con la atención, tratamiento e inclusión de las personas que padecen los trastornos psiquiátricos más prevalentes detectados en los estudios realizados.

La importancia de la legislación deriva de la necesidad de avanzar en la sustitución de proyectos aislados o desarticulados en materia de Salud Mental, por planteamientos programáticos más vinculantes e integrados en todos los niveles de atención la cual se encuentre enfocada en el desarrollo de mecanismos que aseguren la disponibilidad de medicamentos a la población, la prestación de atención a la comunidad, la educación frente a la salud mental, el involucramiento de comunidades, familias y consumidores, el desarrollo del recurso humano, el apoyo a la investigación como componente fundamental del sistema; es decir el abordaje integral de los trastornos psiquiátricos y/o mentales, promoviendo el desarrollo de intervenciones en red y la actuación coordinada de los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud, en un marco descentralizado, participativo y pluralista.

Es importante tener en cuenta que el último estudio encontrado para Colombia, se encuentra publicado del año 2003, en contraprestación, día a día se publican normas como lo es la ley de salud mental publicada el 21 de enero de 2013.

1. Salud mental

La Organización Mundial de la Salud considera que los desórdenes mentales representan una gran parte escondida de la carga de enfermedad en el mundo, los cuales son a menudo descuidados especialmente en los países cuyos ingresos no les permiten hacer frente a la problemática. (Organización Mundial de la Salud, 2007). (2)

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar, en el que cada individuo es consciente de sus propias posibilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esta definición de salud mental es parte integral de la definición positiva de la salud dada también por la OMS “Salud es el completo bienestar de salud física, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. (2).

Estos trastornos mentales, comprenden un amplio rango de problemas con diferentes síntomas, sin embargo ellos están generalmente caracterizados por alguna combinación patológica de pensamientos, emociones, conductas y relaciones no adecuadas las cuales, en muchos casos, pueden ser tratadas exitosamente.

1.1. Salud Mental y Trastornos Psiquiátricos

Alrededor del 14 % de la carga de enfermedad en el mundo ha sido atribuida a desórdenes neuropsiquiátricos, dada su naturaleza crónica y discapacitante. Es probable que la carga de los trastornos mentales se haya subestimado debido a la falta de reconocimiento de la conexión entre enfermedad mental y otras condiciones de salud. Los desórdenes mentales incrementan el riesgo de padecer enfermedades crónicas, lesiones intencionales y no intencionales e igualmente muchas condiciones de salud que aumentan el riesgo de trastorno mental, comorbilidad, complicación en la búsqueda de ayuda para diagnóstico y tratamiento que influyen en el pronóstico. (Prince M, 2007). (3)

Los recursos que se han proporcionado para afrontar esta enorme carga son insuficientes, se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente, lo cual hace que la gran mayoría de las personas afectadas por estos trastornos no reciban atención en absoluto.

1.2 Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (ENSM)

El ministerio de la protección social, con el apoyo del consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES – Social, durante los años 2003 – 2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003. (1)

El Estudio Nacional de Salud Mental hizo parte de una iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM). Esta iniciativa busca evaluar el estado de las enfermedades mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de asistencia médica y orientar las diferentes políticas de salud. El Ministerio de la Protección Social decidió acoger la propuesta de la Encuesta Mundial de Salud Mental, ya que considera vital la información que de ella se derive como medio para formular e implementar una política nacional en esta materia. (1)

Según información publicada por el (Ministerio de la Protección Social, 2005) para el desarrollo de dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite Internacional Diagnostic Interview), en su versión computarizada (CIDI – CAPI, versión certificada 15), suministrada por la Universidad de Harvard. Se tuvieron en cuenta los diagnósticos definidos en el DSM–IV. El instrumento contiene, además de módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas, crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios. (1)

El estudio de salud mental se caracterizó por ser un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.

526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país.

Los resultados del estudio, muestran que cuatro de cada 10 Colombianos presentan trastornos psiquiátricos una vez en la vida, 3 de cada 20 en los últimos 12 meses y uno de cada 14 en los últimos 30 días; solo una de cada 10 personas recibe atención psiquiátrica y el principal problema es el abuso del alcohol. Uno de cada 15 Colombianos abusa del alcohol, siendo notoria la diferencia de la problemática por sexo pues uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres. Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol.

El trastorno de atención y la fobia específica fueron los dos eventos que presentan la edad de aparición más temprana, 5 y 7 años respectivamente, la ansiedad de separación de la infancia (8 años) seguida por el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante (10 años para ambos) aparecen después. Entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a ningún servicio de salud. El estudio concluye que se han detectado edades de inicio

Más tempranas para algunos factores de riesgo posiblemente como consecuencia a una mayor exposición de factores psicosociales desencadenantes.

También mostró con respecto a la correlación demográfica de trastornos en los últimos 12 meses, que las mujeres tuvieron mayor probabilidad de presentar trastornos del ánimo y de ansiedad mientras que los hombres tuvieron mayor probabilidad de tener trastornos del control de impulsos y trastornos por uso de sustancias. Aquellos que eran jóvenes y no casados presentaron mayor probabilidad de presentar trastornos por uso de sustancias

1.3 Trastornos Mentales más prevalentes en Colombia

Según los datos del estudio del Banco Mundial(1993) revelaron que “los trastornos depresivos representan cerca del 30% de la discapacidad de los trastornos

neuropsiquiátricos entre las mujeres en los países en desarrollo, versus el 12,6% en los hombres”. La disparidad en las prevalencias entre hombres y mujeres tiende a ser aún más pronunciada en las poblaciones de escasos recursos. (Banco Mundial, 1993). (4)

Los hallazgos aplicando los criterios diagnósticos del DSM-IV, mediante los resultados globales de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI), muestran como el 41.1% de la población colombiana presentó alguno de los 23 trastornos estudiados alguna vez en su vida; el 16.0% los presentó en los últimos 12 meses y el 7.4% durante los últimos 30 días.

Los eventos en salud mental más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (24.0% alguna vez), seguidos por los trastornos afectivos (13.9%) y los trastornos de uso de sustancias (10.7%). En los últimos 12 meses, los trastornos que presentaron mayor frecuencia fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos y por los de uso de sustancias psicoactivas. En igual orden se presentan en los últimos 30 días. En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (42.5% y 40.6%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (20.9% y 16.7%) y en los últimos 30 días.(1).

Este análisis permite observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

Al analizar los trastornos individuales, mediante este estudio, se puede observar que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (14.6% alguna vez en la vida), seguido de episodio depresivo mayor (5.3%), trastorno de ansiedad de separación del adulto y abuso de alcohol. Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: episodio depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad de separación del adulto. Para los hombres, estos tres trastornos fueron abuso de alcohol, fobia específica y trastorno de conducta. En general, al pasar al análisis de los trastornos individuales en los

periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se observa

que en las mujeres el episodio depresivo mayor, las fobias y el trastorno de ansiedad de separación del adulto tienen un gran peso, mientras que en los hombres los trastornos, las fobias, el abuso y dependencia al alcohol y el episodio depresivo mayor pesan más.

Basados en los resultados obtenidos se ilustra un poco los conceptos más relevantes de los trastornos encontrados, que por su número porcentual afectan más a la población en general.

1.3.1 Trastorno de Ansiedad

La ansiedad ha sido definida como un “estado emocional inmediato caracterizado por la aprensión y la tensión, es un estado afectivo negativo resultante de la percepción individual en situaciones asociadas a eventos vitales, traumáticos, o estresores de la vida diaria y se caracteriza por una aparente incapacidad para predecir, controlar u obtener los resultados preferidos”. Desde una perspectiva cognitiva y subjetiva, la ansiedad supone un estado del ánimo negativo, una preocupación respecto a peligros o amenazas futuras, o de poder controlarlas en el caso de que realmente se produzcan. (Butcher J, 2007). (5)

La ansiedad no solo involucra componentes cognitivos y subjetivos, sino también otros de carácter fisiológico y conductual. En el ámbito fisiológico, supone un estado crónico de sobreactivación, que refleja la preparación para enfrentarse con el peligro en el momento en que aparezca. Desde una perspectiva conductual, implica el resultado de una fuerte tendencia a evitar situaciones potencialmente peligrosas, aunque no existe una urgencia inmediata para huir. El valor adaptativo de la ansiedad proviene del hecho de que nos ayuda a planificar la mejor manera de enfrentarnos con una posible amenaza, de manera que cuando se presenta de una manera moderada y suave, de hecho mejora la capacidad de aprendizaje y el resultado de la conducta. (5)

Pero si bien un nivel moderado de ansiedad suele tener un carácter adaptativo, cuando esta se mantiene de manera crónica e intensa, degenera en una situación de desadaptación.

En cuanto a la prevalencia de los TA según el Estudio de Salud Mental (2003), las cifras evidencian el aumento a nivel mundial en relación estrecha con problemas como el aumento de la violencia, la persistencia de la pobreza y el consumo de sustancias psicoactivas entre otros estresantes propios de la sociedad actual. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18,1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta.

En Colombia, según la información registrada el último Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), se evidenció que los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19,3% de la población entre 18-65 años de edad reportó haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad, siendo más frecuentes entre las mujeres (21,8%). Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta, se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada de TA alguna vez en la vida con 22,0% y 21,7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14,9%). Con relación a los TA solo el 1,9% de la población que los sufre acude al psiquiatra para tratamiento y en contraste, el 5,6% de estos acuden al médico general. Es significativo que el 3,9% prefieren acudir a tratamientos de medicina alternativa. (1) Los principales TA son:

- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de pánico
- Trastornos fóbicos
- Trastorno de estrés postraumático
- Trastorno de ansiedad por separación
- Trastorno obsesivo compulsivo.

1.3.2 Trastornos del estado del Ánimo

Continuando con la definición y clasificación dada en el DSM IV, los trastornos de ánimo (TA), “son un grupo de padecimientos que se caracterizan por anormalidades en la regulación del afecto o el ánimo. Estos trastornos generalmente se acompañan con

alteraciones del funcionamiento cognitivo, del sueño, del apetito, y del equilibrio interno (homeostasis)". (American Psychiatric Association, 1995). (6)

Aunque la etiología u origen de estos padecimientos se desconoce en la mayoría de los casos, recientes investigaciones sostienen la idea de que existe una base neurobiológica en los trastornos afectivos independientemente de su etiología. Sin embargo, en lugar de definir una sola causa de anormalidad biológica, los modelos actuales proponen una serie de factores distintos pero interconectados con base en los sistemas neuronales subyaciendo a los rasgos fenomenológicos de estos trastornos.

Cada uno de los diferentes sistemas involucrados en los trastornos afectivos puede estar más o menos alterado, lo que resulta en una amplia variabilidad de presentación sintomática y de respuesta a tratamiento.

Según la clasificación del DSM IV (1995) los TA se clasifican en trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor (TDM), el Trastorno distímico (TD) y el Trastorno afectivo bipolar (TAB). En cada uno de estos tres tipos, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.(6)

El comportamiento de la prevalencia de vida para los trastornos del ánimo como grupo es de 11,41% con IC de 95% entre (10,4 y 12,4). Su distribución según sexo es 7,49% para el masculino versus 13,7% para el femenino y la razón por sexo es de 1,8. Para el total de la población, la prevalencia en los últimos 12 meses fue de 4,9% con IC de 95% entre (4,2 y 5,6) menor que la encontrada para Colombia en el Estudio de 2003 con iguales criterios diagnósticos.

La prevalencia actual (últimos 30 días) se presentó para el total de la población con 1,51%, con un IC de 95% entre (1,1 y 1,9), para el sexo femenino fue de 1,98% y para el masculino 0,72% respectivamente. La razón fue de 2,7 mujeres por cada hombre.

Como tercer factor que incide en la salud mental de los Colombianos se tiene el trastorno por uso de consumo de sustancias psicoactivas, del cual se describe a continuación su definición y prevalencia.

1.3.3. Trastorno por uso de consumo de sustancias psicoactivas

El impacto de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas ha ido en incremento en el ámbito mundial y uno de los grupos más afectados es el de la población de adolescentes, con alto impacto en los ámbitos social, económico y en la salud.

Según los resultados del último estudio realizado sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (Ministerio de la Protección Social 2008). El uso en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 2,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 540 mil personas; siendo el consumo reciente muy superior entre los hombres (4,5%) que entre las mujeres (1,2%); entre los grupos de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año con 3,4% está el de 12 a 17 años; al igual que en la gran mayoría de países del mundo, la marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, el 8,0% de las personas encuestadas informaron haberla consumido al menos una vez en la vida, aproximadamente 13,0% entre los hombres y 4,0% entre las mujeres. (1)

Comorbilidad

En años recientes se ha prestado atención a la comorbilidad que hay entre el uso y el abuso de sustancias, y los trastornos psiquiátricos. Su importancia reside en que:-a lo largo de la vida, este tipo de comorbilidad tiende a ser crónico en ambos tipos de trastornos; - las personas afectadas muestran un mayor deterioro y mayor riesgo suicida, en comparación con las personas que sólo tienen una de estas patologías; - al prevenir el desarrollo de la comorbilidad entre las personas que presentan sólo trastornos mentales o sólo por el uso de sustancias se producirán efectos importantes en la prevención secundaria. Sin embargo, para lograr este propósito se requiere de una mayor comprensión sobre los patrones y correlatos del inicio de este tipo de comorbilidad.(Kessler R, 2001). (7)

En Colombia se han llevado a cabo importantes estudios sobre la epidemiología del consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, con el fin de estimar, entre otros elementos, la magnitud del consumo y el comportamiento de los trastornos por abuso y dependencia. En el último Estudio Nacional de Salud Mental del Ministerio de la Protección Social, que hace parte del WMH-CIDI (Estudio Mundial sobre Salud Mental-

CIDI, de la OMS), el cual se llevó a cabo entre la población urbana de 18 a 65 años, informó que el 94,0% de los entrevistados ha Consumido bebidas alcohólicas; el 48,1%, cigarrillo; el 12,7%, medicamentos no formulados; el 10,8%, marihuana; y el 4,0%, cocaína. Entre estas personas que informan consumo también se presentan quienes llenan los criterios para trastorno por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas. (1)

Muchos de los que son afectados por estos trastornos también presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, lo cual aumenta la severidad del problema para el individuo, la familia y la sociedad. El abuso de sustancias complica casi todos los aspectos del cuidado de una persona que sufre de un trastorno psiquiátrico. (Torres de Galvis Y, 2003).(8)

Teniendo en cuenta estas características, el diagnóstico se dificulta porque toma tiempo descubrir los efectos interactivos del abuso de sustancias y el trastorno psiquiátrico. Lo habitual de las hospitalizaciones (efecto de “puerta giratoria”) y el riesgo de otras consecuencias médicas y psicosociales, incluyendo el suicidio, hacen más difícil el tratamiento, y pueden constituir un gran reto para el tratamiento clínico y en consecuencia para el sistema de salud.

Es así como, muchas personas que abusan con regularidad de las drogas también son diagnosticadas con otros trastornos psiquiátricos, y viceversa. La alta prevalencia de esta comorbilidad se ha documentado en múltiples encuestas nacionales de población desde la década de 1980 Institute on Drug abuse (2009). Los datos muestran que las personas con diagnóstico de estado de ánimo o los trastornos de ansiedad son dos veces más propensos a padecer también un trastorno por consumo de drogas (abuso o dependencia), comparadas con la población general.(Ministerio de la Protección Social. República de Colombia, 2008). (9)

Esta información se corrobora con lo mismo que informan las personas diagnosticadas con personalidad antisocial o trastorno de la conducta. Cabe agregar que los trastornos por consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos son trastornos del desarrollo, lo cual significa que a menudo empiezan en la adolescencia, o, incluso como se ha venido presentando en la última década a una edad más temprana, periodos cuando el cerebro

experimenta cambios radicales en su desarrollo. La exposición temprana a las drogas puede cambiar al cerebro de tal manera que el riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos sea más alto; además, los síntomas tempranos de un trastorno psiquiátrico pueden ser indicadores de un mayor riesgo para que más adelante se presente un trastorno por dependencia.

Los indicadores de frecuencia para el abuso de alcohol muestran como de cada cien personas estudiadas casi 13 presentan el trastorno con IC95% entre 11,4% y 14,3%, lo que muestra su importancia para la orientación de los programas de prevención, como una de las mayores prioridades. Especial problema se presenta para las personas del sexo masculino con uno de cuatro hombres que cumplen los criterios diagnósticos para este problema, con una razón por sexo de 0,3, lo anterior no le quita la importancia a la prevalencia de vida encontrada (7,1%) para el sexo femenino La prevalencia del último año para el total de la población fue de 3,64% con IC95. (1)

El análisis por edad presenta el grupo de 19 a 29 años como el de mayor riesgo para los tres indicadores de prevalencia para el trastorno por abuso de alcohol, este hallazgo se considera fundamental por la fuerte asociación que representa con muertes por causa externa como violencia y accidentes de tránsito, y con igual importancia si se considera su asociación con el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. (1)

2. Normatividad – Salud mental en Colombia

2.1 Marco jurídico

Se revisaron la legislación internacional, nacional y distrital pertinente al tema de Salud Mental; a continuación se menciona la normatividad más importante.

En el plano internacional el Estado Colombiano adoptó varios convenios en materia de salud tales como los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), en el país se dispone de una amplia normatividad encabezada por la Constitución Nacional y otras normas expedidas por los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional siendo estas las directrices de decretos y acuerdos distritales y locales.

2.1.1 Normas Internacionales

Entre los instrumentos jurídicos internacionales más importantes que se ocupan del tema, se destacan la Carta de las Naciones Unidas, la Carta de la Organización de los Estados Americanos, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Interamericana de Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. Organización Mundial de la Salud. (Organización Mundial de la Salud, 2001). (10)

La declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los enfermos mentales, adoptada por el Consejo de administración de la Federación Mundial de la Salud Mental, el 26 de agosto de 1.989, da competencia a los estamentos gubernamentales y no gubernamentales para la realización de actividades de promoción de la salud mental. Refiere que los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos al resto de ciudadanos. Todo enfermo mental tiene derecho

a ser tratado según los mismos criterios éticos y profesionales que otros enfermos.(Nella, 2007) (11)

En la Carta de Caracas, de 1990 se realizó la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, dentro de los sistemas locales en salud, convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS.(Itzak Levay, 1994) (12)

El informe de Salud en el Mundo del año 2001 de la OMS realiza las siguientes recomendaciones generales: tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional, desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones. (10)

La OMS, ha establecido que se contribuye a solucionar los problemas y necesidades en salud mental a través de:

- Fortalecimiento de la red de Salud mental, lo cual implica una reorientación de los servicios de salud siendo las IPS nodos facilitadores para la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud mental.
- Reforzar la salud mental en el sistema de seguridad social en salud: Implica desarrollar el componente de salud mental en los diferentes planes de beneficio, pero también la abogacía para incorporar ajustes a la Ley 100 de 2.003 en salud mental.
- Intervenciones de las políticas públicas: Incluye la incorporación de la promoción de la salud mental en el plan de desarrollo de Bogotá.(Social, <http://www.minsalud.gov.co/buscar/results.aspx?k=ley%2010&s=All%20Sites.>). (13)

La OMS propone las siguientes iniciativas:

- Mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

- Desarrollar una estrategia de educación continuada en salud mental dirigida a los trabajadores de la salud.
- Mejorar políticas públicas de género, evitar la violencia contra las mujeres y fortalecer su situación socioeconómica.
- Reforzar el componente de detección temprana y prevención de trastornos mentales en niños, niñas y adolescentes.
- Reforzar programas de abuso de alcohol y psicoactivos.
- Reforzar iniciativas para prevenir las causas y consecuencias de la violencia.
- Desarrollar estrategias de prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos, del comportamiento y psicosociales en los programas de salud. (9)

2.1.2 Ordenamiento jurídico Nacional

Está constituido por un conjunto de normas del orden nacional, relacionadas con algunos aspectos de la salud mental, lo integran básicamente, leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y circulares.

Las leyes tocan los siguientes temas: Penalización del consumo de SPA; procedimientos penales a seguir cuando una persona incurre en un delito asociado a la condición de la salud mental; organización administrativa de las instituciones de salud, competencias y recursos para el desarrollo de las acciones prioritarias en salud mental; tratamiento integral a la violencia intrafamiliar y el maltrato al menor; IVA social para financiar acciones dirigidas a personas con trastorno mental y grupos de riesgo; integración social de las personas con limitaciones; anticipación social al riesgo y promoción de la salud; restricciones a menores respecto del acceso a alcohol y otras SPA; la salud mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; regulaciones para la prestación de servicios de salud mental en los organismos de salud especializados y medicamentos de control especial.

Los decretos están relacionados con: La organización estructural de las instituciones de salud y de prestación de servicios, sobre la atención en salud a pacientes inimputables; participación en salud, restricciones al consumo de SPA, readaptación laboral de las personas inválidas; código del menor; control a la publicidad de alcohol y cigarrillo; contravenciones de policía.

Las resoluciones abordan situaciones relativas a los recursos económicos para salud mental en situaciones de emergencias y desastres y accidentes; certificación de los centros de atención en salud mental para personas consumidoras de SPA y demanda inducida y detección temprana de problemas de salud mental; normas para el manejo de medicamentos y precursores; atención integral a víctimas del terrorismo; actividades y procedimientos para promoción y prevención; derechos de las personas con problemas de salud mental; política nacional de salud mental; manuales normativos para el ejercicio de la enfermería, psicología y trabajo social en el manejo de la salud mental; normas para el manejo nutricional en los hospitales psiquiátricos.

El Acuerdo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se refiere a los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos, para la promoción de la convivencia y la prevención y atención de la violencia. Finalmente la circular hace referencia a los lineamientos para el PAB durante el cuatrenio en lo relacionado con las acciones prioritarias en salud mental.(<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32036>, 2004) (14)

En general el instrumento jurídico más importante que regula la intervención en la salud mental es la Constitución Política de Colombia en sus diferentes artículos relacionados con la salud de la población, particularmente el artículo 13, donde se señala que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental, o, física se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta. (Constitución Política de Colombia, 1991) (15)

De igual forma, en el artículo 47 se dispone que el Estado adelantara políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran. En el inciso final del artículo 68 se establece la necesidad de erradicar el analfabetismo garantizando el acceso a la

educación adecuada de las personas con limitaciones mentales. Existen además otras normas reglamentarias de la Constitución Nacional que regulan aspectos específicos relacionados con el tema. (15)

A continuación se presenta el cuadro resumen normativo en donde se relacionan cronológicamente y de manera jerárquica las principales normas jurídicas vinculadas al manejo de la salud mental.

Tabla 1. Resumen normativo. Leyes

LEYES	
NORMA	PROPÓSITO
Ley 1566/12	Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”.
Ley 906 /04	Por medio de la cual se expide el código de procedimiento penal.
Ley 790/02	Por medio de la cual se ordena la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y se crea el Ministerio de la Protección Social
Ley 789/02	Por medio de la cual se define el Sistema de Protección Social
Ley 745/02	Por medio de la cual se establecen las sanciones sobre el consumo de SPA, aún para dosis personales, cuando se hace en sitios públicos en presencia de menores.
Ley 715/01	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto legislativo 01 de 2.001) de la Constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 575/00	Por medio de la cual se reforma la Ley 294/96
Ley 383/97	En donde se establece la destinación del IVA social, según grupos de riesgo, entre los cuales se encuentran las personas con trastorno mental inimputables y discapacitados menores de edad.
Ley 361/97	Por medio de la cual se establece el mecanismo de integración social de las personas con limitación, reconociendo su dignidad sus derechos fundamentales de carácter económico, social, cultural para su completa

LEYES	
NORMA	PROPÓSITO
Ley 294/96	realización personal y su total integración social y garantizar a las personas con limitaciones severas y profundas la asistencia y protección necesarias Por medio de la cual se desarrolla el artículo 42 de la CP, en lo relativo al tratamiento integral de las diferentes modalidades de violencia en la familia.
Ley 115/94	Por medio de la cual se definen, entre otros, los fines de educación respecto a la formación para la promoción y la prevención de la salud, e, higiene y la prevención integral de problemas socialmente relevantes
Ley 152/94	Ley orgánica de planeación, por la cual se establece la ley orgánica del plan de desarrollo, define los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes, así como, la regulación de los demás aspectos previstos en el artículo 342 de la CN.
Ley 124/94	Por la cual se reglamenta la venta de licor a los menores de edad.
Ley 100/93	Hace referencia a las coberturas, los planes de beneficios, las urgencias, la libertad de escogencia de los prestadores y administradores de los servicios de salud, y la provisión de recursos económicos provenientes del Fosyga y de otras fuentes del Estado.
Ley 65/93	Por la cual se señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tiene el carácter de centros asistenciales y pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, formando parte el subsector oficial y estarán destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental, o, inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

25

Ley 10/90	Por la cual se 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. Obliga a los gobernadores y a los jefes seccionales De salud a 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 30/96	Conocida como la ley antidroga. 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 el trabajo de menores en sitios donde se expenden licores y obliga a incluir en las cajetillas de cigarrillos la nocividad del tabaco
Ley 9/79	Se relaciona con la temática en sus artículos cuatrocientos sesenta, quinientos noventa y cuatro, y quinientos noventa y nueve, en lo relacionado a los medicamentos de control especial, el carácter de bien común que tiene la salud, el derecho a vivir en un ambiente sano, el cuidado y auto cuidado de la salud, el carácter de orden público de las normas relativas a la salud de la población, respectivamente.

Tabla 2. Resumen normativo: Decretos

DECRETOS	
NORMA	PROPÓSITO
Decreto 205/03	Por medio del cual se estructura y se definen las funciones del Ministerio de la Protección Social.
Decreto 1320/97	Por medio del cual se crea el comité de evaluación interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables
Decreto 1757/94	Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud, en particular lo planteado en el capítulo V “Participación Social”, en donde se habla de su expresión en los procesos cogestionarios de planeación y veeduría comunitaria en salud
Decreto 1108/94	Por medio del cual se reglamenta el consumo de SPA
Decreto 2177/89	Por el cual se desarrolla la ley 82 de 1.982, aprobatoria del convenio No.: 159, suscrito con la OIT relativa a la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas
Decreto 2737/89	Por el cual se expide el código del menor
Decreto 3788/86	Sobre estupefacientes y control a las campañas para promover el consumo de alcohol y tabaco.
Decreto 3430/82	Por medio del cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del decreto-ley 1188/74m, sobre la propaganda para promover el consumo de alcohol.

Decreto 2358/81	Por el cual se coordina el sistema nacional de rehabilitación.
Decreto 1136/70	Por medio del cual se dictan algunas medidas sobre protección social, sobre rehabilitación de la vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos.
Decreto 1355/70	Por medio del cual se dictan normas sobre policía, disposiciones relativas a contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.

Tabla 3. Resumen normativo. Resoluciones

RESOLUCIONES	
NORMA	PROPÓSITO
Resolución 474/03	Por la cual se definen los cupos indicativos para la distribución de los recursos de la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito
Resolución 196/02	Por medio de la cual se adoptan normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los centros de atención, tratamiento y rehabilitación integral que prestan servicios a personas con problemas asociados al consumo de SPA
Resolución 412/00	Por la cual se reglamenta el acuerdo 117/98, en lo relativo a la demanda inducida, protección específica y detección temprana. Permitió la definición de las normas técnicas y las guías de atención integral (Guía de atención a la mujer y menor maltratada, y normas técnicas sobre c y d
Resolución 2358/98	Por medio de la cual se acoge la Política Nacional de Salud Mental.
Resolución 3997/96	Por medio de la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
Resolución 5261/94	<p>Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud, en lo relativo a:</p> <p>Artículo 8. Asistencia domiciliaria: es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las guías de atención integral establecidas para tal fin. Este artículo constituye un argumento jurídico para incluir acciones de atención primaria en salud mental.</p> <p>Artículo 37. La estancia en instituciones psiquiátricas y en unidades de salud mental, de cualquier tipo y nivel, comprende además de los servicios básicos, los de terapia ocupacional, recreativa y de grupo, y la atención</p>

RESOLUCIONES	
NORMA	PROPÓSITO
	<p>médica especializada.</p> <p>Artículo 52. Se clasifican como actividades de control y seguimiento en las guías de atención integral de grupos específicos tales como hipertensos, diabéticos, crecimiento y desarrollo, atención prenatal, higiene mental e industrial, salud ocupacional, etc. Incluye las actividades realizadas por personal de la salud en las áreas de Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental, Optometría, Nutrición, Terapia y otros.</p> <p>Artículo 54. El paciente psiquiátrico se manejará preferencialmente en el programa de “Hospital día”. Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad, o, en caso de que ésta ponga en peligro su vida, o, integridad, o, la de sus familiares o de la comunidad. Para los servicios de Psiquiatría y Psicología, serán considerados en el nivel II de atención los siguientes exámenes y procedimientos: Valoración por psiquiatría, valoración por psicología, Psicoterapia individual por psiquiatría, o, psicología solo en la fase aguda de la enfermedad, Psicoterapia de grupo por psiquiatría o psicología.</p>
Resolución 5165/94	<p>Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración, y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos</p>
Resolución 03913/94	<p>Por la cual se adoptan unas medidas sanitarias en desarrollo de políticas de salud mental en lo relativo a la adquisición y distribución de los fármacos básicos.</p>
Resolución 04108/93	<p>Por medio De la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la resolución No.: 003001/93.</p>
Resolución 02417/92	<p>Por medio de la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental.</p>
Resolución 06980/91	<p>Por medio de 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</p>
Resolución 14130/85	<p>Por medio de 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.</p>
Resolución 14129/85	<p>Por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para la psicología en el programa de salud mental, organización y funciones</p>

RESOLUCIONES	
NORMA	PROPÓSITO
Resolución 9090/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para la unidad de terapia ocupacional en el hospital psiquiátrico y la unidad de salud mental integrada al hospital general”.
Resolución 02417/82	Relativa a los criterios técnicos para la prestación de los servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas.
Resolución 08187/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental, según niveles de organización y atención y funciones
Resolución 08186/82	Por medio de la cual se adopta el manual general de organización “Modelo normativo para enfermería en el programa de salud mental a nivel local.
Resolución 08185/82	Por medio de la cual readopta el documento para la organización del departamento de nutrición y dietética en los hospitales psiquiátricos.
Resolución 09089/82	Por medio de la cual se adopta el manual normativo y de organización “Propuesta para un taller protegido, en el área de la salud mental”.

Tabla 4. Resumen normativo. Acuerdos

ACUERDOS	
NORMA	PROPÓSITO
ACUERDO 265 DEL CNSSS	Por medio del cual se regula el empleo de los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos.
ACUERDO 029 DE 2011 CRES	Inclusiones comunes para el régimen contributivo y subsidiado para la atención de enfermedades mentales, inclusiones para niñas y niños menores de 18 años.

Tabla 5. Resumen normativo. Circulares

CIRCULARES	
NORMA	PROPÓSITO
CIRCULAR EXTERNA MINISTERIO DE LA	Está dirigida al ejecutivo de la administración pública en las entidades territoriales y a los integrantes de los de los consejos territoriales de seguridad social en salud. En

<p>PROTECCIÓN SOCIAL</p> <p>No.: 00018/04</p>	<p>ella se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2.004-2.007 y de los recursos asignados para salud pública. Define como una acción prioritaria para el país de conformidad con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/01 la reducción del impacto de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.</p>
---	--

Como se puede apreciar, existe un conjunto de normas que permiten un campo de acción; es posible que no estén todas y que algunas no estén vigentes debido a la intensa dinámica de su evolución, pero relacionarlas permite una visión panorámica de los recursos jurídicos disponibles, además, observar los cambios ocurridos en la normativa relacionada con los diversos aspectos de la salud mental.

“Es un sentir generalizado la necesidad de sistematizar y analizar las normas vigentes, para poder identificar los vacíos normativos y generar un marco que articule orgánicamente el soporte jurídico y controle la proliferación de normas aisladas unas de otras, sin un objetivo claro respecto a la regulación de las acciones en salud mental de una manera integral y comprensiva”. (Gloria Echeverry Arango, 2005) (16)

2.2 Política Nacional de Salud Mental

El Estado Colombiano en la actualidad cuenta con La Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante resolución No. 02358/98, en ella se integran los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, comportamental, social, político, económico, cultural y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupo étnico y género ajustados a criterios de priorización como la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Sin embargo, por las limitaciones de diferente índole que han afectado su real implementación, esta política se encuentra en fase de reformulación. (Política Nacional de Salud Mental, 1998) (17)

La formulación de la Política se realiza en el año 1998, hace 15 años, tiempo suficiente para considerar sus resultados y llevar a cabo su reformulación teniendo como base los cambios del perfil epidemiológico que se presenta en materia de salud mental.

La Política de salud recoge algunas de las recomendaciones hechas por la OMS las cuales serían publicadas posteriormente, estas tienen que ver con brindar una atención al paciente a través de tratamientos indicados, garantizando la prescripción de medicamentos, atención por parte de un equipo interdisciplinario capacitado; además de la atención individual integra al paciente con sus diferentes contextos por lo cual la familia es vista y tratada como factor fundamental para la recuperación del paciente.

Se refleja la situación de salud mental como un trazador social por cuanto es imperativo involucrar a todos los sectores del Estado en la colaboración de la inclusión del paciente, rescatando su funcionalidad en varios aspectos de su vida como lo son el escolar y el laboral entre otros.

La formulación de una Política de Salud Mental en Colombia se sustenta en la situación presentada y en la existencia de una clara voluntad para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El estudio de Salud Mental de 1993, señala un déficit importante en la oferta que alcanza un 52.2% de demanda insatisfecha. De acuerdo con las conclusiones expresadas por los autores del estudio en sentido de que la morbilidad sentida expresada, se encuentra muy por debajo de la magnitud real de la problemática de salud mental en el país, la situación con respecto a la demanda insatisfecha resulta perturbadora. (1)

Señala también que en el país, la información disponible en cuanto a infraestructura de 24 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.*

Los servicios de salud mental se caracterizan por su desigual 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.

Los esfuerzos del Ministerio de salud por reestructurar la atención psiquiátrica se remonta hacia finales de los años sesenta con la resolución 679 de 1967, y mediante la cual se impulsaba la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. Desde entonces se ha venido insistiendo en la atención psiquiátrica en hospitales generales, la determinación de no estimular la creación de nuevos hospitales mentales y la creación de centros de salud mental comunitarios.

Las experiencias internacionales muestran como, en últimas, son las condiciones históricas y culturales particulares de cada país las que determinan las líneas de acción a seguir en los planes de desarrollo, programas y proyectos específicos, para lo cual hay que conocer a profundidad las características diversas de la población y sus condiciones de salud.

En general, puede afirmarse que la información existente dentro y fuera del país ofrece elementos suficientes relacionados con los componentes, políticas y elementos básicos a tener en cuenta en un diagnóstico de salud en general y de salud mental en particular y en la formulación de alternativas. Es consensual que en todos los países se organicen las acciones de salud mental a manera de programas; así mismo, coinciden en que la política pública en salud mental sea una política estratégica de estado, en consideración a su importancia en la productividad y desarrollo del país.

2.2.1 Atención al Paciente

Aunque la política no es muy clara en especificar las acciones que se proyectan para la atención de pacientes con algún tipo de trastorno mental, deja entrever que la atención se enfoca a la detección precoz del trastorno mental, reorientación en la prestación de los servicios abarcando todas las fases del proceso de salud: enfermedad a saber, promoción, prevención, atención y rehabilitación.

2.2.2 Tratamiento

Según la política, tanto las EPS como ARS, contratarán las actividades requeridas frente a los procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, establecidos 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 los sistemas de habilitación o su equivalente, para las instituciones que presten servicios

en salud mental de baja, mediana y alta complejidad. (Comisión Reguladora en Salud, 2010). (18)

Dentro de los tratamientos se tienen en cuenta las urgencias psiquiátricas, los trastornos psiquiátricos crónicos y la consulta externa. Para estos trastornos se garantiza la medicación de sostén de bajo costo prescrita por médico especialista en su defecto médico general, continuidad del tratamiento, controles que ameriten e inclusión en contextos escolares, laborales, comunitarios y demás que apliquen para la recuperación de estos pacientes.

2.2.3 Inclusión

Desde la Política se plantean unas estrategias tendientes a la inclusión de los pacientes con algún tipo de trastorno mental a través de estrategias que impulsen y fomenten estilos de vida saludable en contextos como la escuela, atendiendo la perspectiva de ciclo vital.

Programas para el desarrollo de actividades en la promoción de la salud mental, el desarrollo psicosocial y comunitario; educación y prevención de situaciones que pongan en riesgo la salud mental como lo son el consumo de SPA, a través de medios de comunicación que incluyan a toda la población y no focalizándolo en ciclos que se crean están en alto riesgo de vulnerabilidad; fortalecimiento de redes de apoyo social e incremento de la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud mental.

2.3 Ley de Salud Mental. 1616 de 2013

La ley citada, presenta la siguiente composición: 44 artículos, 10 títulos y capítulo I, II, V. En este capítulo solo se tendrá en cuenta algunos aspectos importantes como información pertinente al trabajo que se viene desarrollando. (Ley No 1616 , 2013) (19)

La garantía en el derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el objetivo que promulga la Ley de Salud Mental 1616 de 2013, sancionada por el Presidente de la República.

El derecho a la atención oportuna y digna, bajo los preceptos positivos de salud mental, salud integral y Atención Primaria en Salud para responder a las necesidades y demandas poblacionales, son algunos de los aspectos a destacar de la Ley de Salud Mental.

La Ley 1616 establece retos para el Ministerio de Salud y Protección Social como la cualificación del talento humano, el ajuste a los sistemas de información, la integración con otros sectores, la creación de equipos interdisciplinarios en los territorios.

Entre otros aspectos se destacan:

- La adecuación de los servicios en el marco del Plan Obligatorio de Salud (POS). (18)
- El enfoque preferencial a niños, niñas y adolescentes.
- La implementación de acciones integrales para prevenir conductas como el acoso escolar, el estigma y la discriminación, violencias, y la conducta suicida.
- El fortalecimiento de la salud mental comunitaria, involucrando de manera activa a los pacientes, cuidadores, familias y sus organizaciones, y a la misma academia, en las diferentes modalidades de atención en salud mental.
- La creación de un instancia especializada a nivel nacional denominada Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por el Ministro de Salud y Protección Social o viceministro delegado, el Defensor del Pueblo, el Director de Promoción y Prevención, un representante por cada uno de los colegios o asociaciones profesionales que determina la Ley, dos representantes de los prestadores de servicios de salud, dos representantes de las asociaciones de pacientes, un representante de las facultades de ciencias de la salud, uno de las ciencias sociales y un representante de organizaciones sociales y comunitarias.

Lo anterior con la finalidad de atender la carga oculta de pacientes con problemas o trastornos de salud mental. La atención de pacientes con trastornos en salud mental oscila entre el 5 y 15 por ciento según diagnósticos desarrollados por las entidades prestadoras de servicios.

2.3.1 Atención al Paciente

Según la ley 1616 de 2013 en su artículo 4, refiere que a través del Sistema General de Seguridad social en Salud, el Estado debe garantizar a la población, atención integral e integrada que incluya los siguientes servicios: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. Además de la generalidad en la atención se resalta la atención a población especial como lo es aquellos que se encuentran privados de la libertad, para quienes según esta ley se garantizara el servicio adecuado.

La atención integrada hace referencia a los servicios que se prestaran complementarios a los tratamientos como lo son la atención integral familiar, social, laboral y educativa. Esto bajo un enfoque promocional de calidad de vida y la atención transectorial e intersectorial necesaria de la atención complementaria para la atención integral en salud mental.

2.3.2 Tratamiento

Frente a los tratamientos en varios apartes de la ley se mencionan, no existiendo un ítem que aclare ciertamente cuáles serán los procedimientos a implementar con esta población; sin embargo se enuncia en los derechos de los usuarios a tener una atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances que se tengan en la materia, que no exista restricción de los eventos en los cuales se tenga que intervenir, como también de contar con un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones adecuadas para asegurar un trato digno y repercusión en el tratamiento implementado.

Con lo que respecta a medicamentos, es un tema en discusión por las falencias que presenta el sistema, la Política refiere que se establece su entrega siempre y cuando tenga fines terapéuticos sin limitación alguna.

2.3.3 Inclusión

En el artículo 5, además de las aclaraciones conceptuales sobre Salud Mental, se describen uno a uno los derechos de los usuarios sobre la atención general y especializada, información y educación, incapacidad cuando el caso lo amerite, a que la población con algún tipo de trastorno mental no sea estigmatizada y por el contrario habla sobre la inclusión de este tipo de población en ámbitos escolares y laborales

3. Discusión

De la revisión realizada en las temáticas centrales, Política Nacional de Salud Mental y Ley de Salud Mental 1616, se percibe una debilidad en el planteamiento de Políticas ligadas a las leyes específicas en el área, que se ocupen de implementar, vigilar, revisar y controlar el cumplimiento de lo estipulado, lo que ha generado una situación no propicia para el desarrollo de la Salud Mental de la población colombiana.

Es claro que Colombia cuenta con una política Nacional de Salud Mental desde 1998; Sin embargo, se carece de una legislación integrada en materia de Salud Mental, que brinde la oportunidad para superar algunos de los problemas estructurales que afronta el país. Problemas asociados a las dificultades y limitaciones de la atención primaria en Salud Mental, la inequidad en el acceso a los servicios de mayor complejidad, los efectos generalizados de una exclusión social derivados de la estigmatización de los pacientes mentales y la ausencia de fuentes de información que permitan evaluar el desarrollo de las iniciativas y coordinar los diferentes esfuerzos que hacen algunos sectores que sin dar respuestas integrales en su totalidad se ocupan del tema.

En un marco constitucional tan amplio como el que ofrece la constitución política que rige en el país la crítica y el disenso, entre otros, se convierten en certeros indicadores que evalúan no solo el nivel de aprehensión de los preceptos y principios constitucionales por parte de ciudadanos, sino la salud de la política, de sus formas de expresión, de los trazos que le permiten ser reconocida y aceptada como camino para lograr los objetivos diseñados. A la luz de estas falencias se sobrevienen las reestructuraciones institucionales y de los servicios de salud mental sin prever las necesidades reales de la población, impidiendo la factibilidad y viabilidad de la atención a grupos poblacionales que requieren de servicios de protección, ofreciendo una limitada cobertura de acciones específicas en salud mental dentro del Plan Obligatorio de Salud – POS-

Si bien es cierto que la severa problemática de orden mental, es considerada como prioridad de salud pública y señalada por indicadores directos e indirectos como violencias, consumo de SPA entre otros, existe carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, que cuenten con el apoyo intersectorial, principalmente dirigido a grupos de poblacionales con discapacidad, para así limitar las secuelas y cronicidad que puedan dejar. Esto queda claro tanto en la política Nacional de Salud Mental como en la Ley 1616 solo que en los señalamientos hechos, no es claro como los entes de control velaran por lo que allí dejan consignado se cumpla, pues la norma solo encamina las acciones a seguir de cierta manera utópicas pues a la hora de implementarlas las estructuras no están diseñadas y preparadas para atender este tipo de población.

Se estima que producto de tan copiosa negligencia, es reflejo de la amplia normativa existente, desarticulada de una línea de base que organice los eventos epidemiológicos que se van presentando y a su vez la respuesta que van a dar a ello; tal parece que los trastornos que aparecen organizan la política y no la política a las situaciones a obrar.

Los resultados de los ítems propuestos para la comparación de la Política y la Ley se encuentra que:

Tabla No. 6Cuadro comparativo

	POLÍTICA DE SALUD MENTAL	LEY 1616 DE 2013
ATENCIÓN AL PACIENTE	Realizar acciones de detección precoz de la enfermedad, promoción, prevención, atención y rehabilitación.	Estado como garante de la atención integral e integrada de los usuarios que padezcan algún tipo de trastorno mental. Se incluyen acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Salud integral bajo la estrategia promocional de calidad de vida.
TRATAMIENTO	EPS y ARS deben contar con la prestación de servicios de salud mental a través de prestadores como IPS públicas o privadas habilitadas para tal caso. Los servicios se prestaran bajo modelos hospitalarios minimizando al máximo los gastos.	Atención especializada e interdisciplinaria con la mayor evidencia científica posible; no limita la prestación de servicio ante cualquier tipo de evento. Garantiza además tratamiento farmacológico necesario.

INCLUSIÓN	Contextos que impulsen el desarrollo de estilos de vida saludable orientados a ciclo vital. Programas para el impulso promocional de salud mental. Aparecen términos de desarrollo psicosocial y comunitario.	Derecho a recibir información y educación. Inclusión a partir de sus funciones ejecutivas en el ámbito escolar, laboral entre otros.
-----------	---	--

Realmente se percibe un avance frente a la ley respecto de la Política desde su misma formulación de los postulados, lo que se deseaba analizar la concordancia entre Política y Ley deja ver que no difieren grandemente la una de la otra, salvo por ciertas circunstancias que no develaran los resultados deseados como por ejemplo que la política data del año 98 y la ley es una norma vigente pero que se queda sin respaldo de un diagnóstico certero que direcciona los temas propuestos por lo cual se habla desde la generalidad dejando zonas grises que se prestan a libre interpretación y por ello a la hora de responder por las acciones ninguna entidad involucrada se hace responsable de su competencia.

Ni la Política ni la Ley establecen estrategias que originen un sistema de información integrado que facilite la vigilancia epidemiológica de todos los problemas de salud mental, el análisis de la demanda real poblacional y la oferta de los servicios que se prestan, por esto tanta desactualización con respecto de los cambios que se sufren en el tema de salud mental.

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

Inexistencia de una línea de base que integre la normatividad en cuanto a las respuestas que desean brindar y las necesidades que realmente se le presenta a la población con algún tipo de trastorno mental.

Los resultados de este estudio demuestran que debido a la falta de actualización del perfil epidemiológico en Colombia, se presenta una contradicción en los objetivos que pretenden resolver a través de su marco normativo y los resultados presentados en estudios que datan de 10 años atrás.

Es importante para el país contar con una ley que logre ampliar y hacer real el derecho a la salud mental, tanto de quienes padecen algún tipo de trastorno como de quienes aún no lo tienen, mediante acciones de prevención y promoción de la salud mental que impacten de manera positiva su calidad de vida.

Es claro, que además del sufrimiento de los enfermos mentales, se ha de tomar en consideración la reducción en la productividad de quienes los padecen, sus familiares, y aquellos encargados de su cuidado. A lo que se añade, el incremento drástico en los gastos de salud que experimentan las familias cuyos miembros sufren este tipo de trastornos y el efecto probado que estos tienen sobre la evolución de las afecciones crónicas asociadas. Situaciones estas de por sí muy graves, cobran en el país dimensiones cada vez más alarmantes, dados los altos índices de pobreza, y el hecho de que son los pobres quienes más dificultades suelen afrontar, en virtud de las condiciones de inequidad en el acceso a la atención médica.

4.2 Recomendaciones

Convertir a la Salud Mental en un tema prioritario de salud pública, al tiempo que obligue al país a comprometerse en un esfuerzo decidido e integral para establecer disposiciones normativas claras en materia de prevención, educación y rehabilitación. Medidas estas que han de permitir reducir las tasas de morbilidad asociadas a los trastornos mentales, además de buscar un impacto positivo en otras áreas en las cuales el país enfrenta retos importantes. Así, por ejemplo, ha sido demostrado que la reducción en el consumo ilegal de drogas y el tratamiento asistencial a los adolescentes que las usan, puede atenuar el riesgo de contraer VIH/SIDA, así como reducir los índices de criminalidad en este grupo etáreo.

Actuar decididamente supone no sólo hacerlo en sintonía con un esfuerzo que se adelanta a escala global, sino, además, reconocer que en torno a este problema ya se han realizado avances importantes en el país, que son punto de éxodo a partir de la iniciativa legislativa con la que cuenta Colombia.

Crear una legislación en materia de Salud Mental, con planteamientos programáticos más vinculantes e integrados en todos los niveles de atención, aboliendo la situación que se presenta actualmente como lo son proyectos aislados y desarticulados que solo tratan de dar medianamente respuesta a las urgencias de momento.

Apuntar al desarrollo de mecanismos que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos a la población, la prestación de atención a la comunidad, la educación frente a la salud mental, el involucramiento de comunidades, familias y consumidores para su recuperación; el desarrollo del recurso humano y el apoyo a la investigación como componente fundamental del sistema.

En materia normativa de Salud Mental, propender por la constitución de mecanismos que permitan el abordaje integral de los trastornos mentales, promoviendo el desarrollo de intervenciones en Red y la actuación coordinada de los diferentes actores del Sistema General de seguridad Social en Salud, en un marco descentralizado, participativo y pluralista.

Bibliografía

- [1] Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. (Diciembre de 2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali, Colombia: C&C Gráficas Ltada.
- [2] Organización Mundial de la Salud. (Septiembre de 2007). Mental health: a state of well-being. *Mental health: a state of well-being*.
- [3] Prince M, P. V. (2007). *No health without mental health*. *Lancet*.
- [4] Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo Mundial*. Washington. EE.UU: Banco Mundial.
- [5] Butcher J, M. S. (2007). *Pánico, ansiedad y sus trastornos*. (P. Clínica, Ed.)
- [6] American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM IV)*. Barcelona: Masson.
- [7] Kessler R, A. -G. (2001). <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/TSUSTAN.PDF>. Recuperado el Mayo de 2013, de <http://148.228.156.172/DSMIV/DSMIV/TSUSTAN.PDF>.
- [8] Torres de Galvis Y. (2003). Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003 Hallazgos para la prevención. *Consumo de sustancias psicoactivas: prevalencia factores asociados. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del Departamento de Antioquia 2003 Hallazgos para la prevención*.
- [9] Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2008). Available from: <http://www.corazonesresponsables.org> *Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf*. Recuperado el Mayo de 2013, de Available from: <http://www.corazonesresponsables.org> *Estudio_Nal_Completo_Psicoactivas.pdf*.
- [10] Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- [11] Nella, M. d.-Y. (Junio de 2007). http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/derechos_humanos.pdf. Obtenido de

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/derechos_humanos.pdf.

[12] Itzak Levay, H.R. (1994). The Restructuring of Psychiatric Care in Latin America: A new Policy for Mental Health services, 15J. PUBLIC HEALTH AND POLICY, p. 71.

Declaración de Caracas.

[13] Ministerio de Salud y de la Protección Social.(s.f.).

<http://www.minsalud.gov.co/buscar/results.aspx?k=ley%2010&s=All%20Sites>. Recuperado el 18 de Junio de 2013, de

<http://www.minsalud.gov.co/buscar/results.aspx?k=ley%2010&s=All%20Sites>.

[14] <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32036>. (27 de 02 de 2004). Recuperado el 19 de 06 de 2013, de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32036>.

[15] (1991). Constitución Política de Colombia. En *Constitución Política de Colombia*.

Bogotá: Unión Ltda.

[16] Gloria Echeverry Arango, N. O. (2005). *Guía para la planeación del componente de Salud Mental en los planes territoriales de salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

[17] Política Nacional de Salud Mental. (Mayo de 1998). *Republica de Colombia Ministerio de salud Política Nacional de Salud Mental*. Santafé de Bogotá, D.C, Colombia.

[18] Comisión Reguladora en Salud. CRES. (Noviembre de 2010).

<http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=ArXzoVgRuyg%3D&tabid=205>. Obtenido de <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=ArXzoVgRuyg%3D&tabid=205>.

[19] Ley No 1616 . (21 de Enero de 2013). *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá.