

**Artículo de revisión**

Naturaleza del acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia

Access to mental health services by the adult population victim of the armed conflict in Colombia

Natureza do acesso a serviços de saúde mental da população adulta vítima do conflito armado na Colômbia

Recibido: 20 | 01 | 2020

Aprobado: 09 | 03 | 2020


Publicado: 15 | 06 | 2020

DOI: <https://doi.org/10.18270/v10i1.3053>

How to cite:

Monroy-Sánchez DC. Naturaleza del acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia. Rev. salud. bosque. 2020;10(1): Págs. 91-105. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i2.3053>

Diana Carolina Monroy Sánchez

 orcid.org/0000-0002-2453-5961

Maestría en epidemiología. Grupo de investigación en medicina comunitaria y salud colectiva. Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Correspondencia:

dimonsa@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción. La salud es un derecho fundamental que, además de jugar un papel muy importante por su valor, cumple una función significativa en el desarrollo humano y social. En Colombia, la población víctima del conflicto armado es considerada vulnerable en este aspecto, pues tiene una alta probabilidad de padecer problemas mentales, los cuales, según sugieren algunos estudios, están asociados a determinantes individuales, organizacionales y sociales; además, el acceso a los servicios de salud mental en esta población es limitado.

Objetivo. Realizar una revisión documental de la naturaleza del acceso a los servicios de salud mental en la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia.

Discusión. Los factores asociados al acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado pueden abordarse de acuerdo con tres dimensiones: disposición de los servicios de salud, barreras de acceso a los servicios de salud mental y resultados en materia de salud. Los principales hallazgos del presente estudio revelan que, a diferencia de la población general, las víctimas del conflicto armado presentan mayores dificultades en las barreras personales y económicas para acceder a los servicios de salud mental, barreras que incluyen el desconocimiento de los servicios de salud y la dificultad en la articulación intersectorial.

Conclusiones. El acceso a los servicios de salud mental en la población general continúa mostrando dificultades debido a barreras de diferente orden: personales, económicas, geográficas, organizacionales y socioculturales, barreras que de igual forma se exacerban en población víctima del conflicto armado.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud; Servicios de salud mental; Conflicto armado; Guerra; Poblaciones vulnerables; Trastornos mentales.

Abstract

Introduction: Health is a fundamental right that in addition to playing a very important role for its own value, plays a significant role in human and social development. In Colombia, the population victim of the conflict is considered vulnerable and has a high probability of suffering from mental problems. Access to mental health services in this population is limited and studies are based on their individual, organizational and social determinants.

Objective: Make a documentary review of the nature of access to mental health services for the adult population victim of armed conflict.

Discussion: The factors associated with access to mental health services for the adult population victim of the armed conflict can be addressed according to the following dimensions: Disposition of health services, barriers to access to mental health services and results in health matter. The main findings reveal that, unlike the general population, victims of the armed conflict have greater difficulties in personal and economic barriers, which include ignorance about health services and, difficulty in the articulation of actions among organizations.

Conclusions: Access to mental health services in the general population continues to show difficulties due to barriers of different order: personal, economic, geographical, organizational and sociocultural. These barriers are exacerbated in the population victim of the armed conflict.

Keywords: Health Services Accessibility; Mental Health Services; Conflict; Warfare; Vulnerable Populations; Mental Disorders.

Resumo

Introdução. A saúde é um direito fundamental que, além de desempenhar um papel muito importante, desempenha um papel significativo no desenvolvimento humano e social. Na Colômbia, a população vítima do conflito armado é considerada vulnerável a esse respeito, visto que possui alta probabilidade de sofrer problemas mentais, associados a determinantes individuais, organizacionais e sociais. Porém, o acesso aos serviços de saúde mental nessa população é limitado.

Objetivo. Realizar uma revisão documental do acesso a serviços de saúde mental na população adulta vítima do conflito armado na Colômbia.

Discussão. Os fatores associados ao acesso a serviços de saúde mental da população adulta vítima do conflito armado podem ser abordados a partir de três dimensões: prestação de serviços de saúde, barreiras ao acesso a serviços de saúde mental e resultados de saúde. Os principais achados deste estudo revelam que, diferentemente da população em geral, as vítimas do conflito armado apresentam maiores dificuldades nas barreiras pessoais e econômicas ao acesso aos serviços de saúde men-

tal, barreiras que incluem o desconhecimento dos serviços de saúde e a dificuldade institucional da articulação intersectorial.

Conclusões. O acesso aos serviços de saúde mental na população em geral continua mostrando dificuldades devido a barreiras do tipo: pessoal, econômica, geográfica, organizacional e sociocultural (2,3), barreiras que são igualmente exacerbadas na população vítima do conflito armado.

Palavras-Chave: Acesso a serviços de saúde; Serviços de saúde mental; Conflito armado; Guerra; Populações vulneráveis; Transtornos mentais

Introducción

La razón de ser de un sistema de salud es propender por el progreso y la mejora de la salud de la población. Por ello, los servicios de salud deben dar cumplimiento a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuanto a su disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad (1). El acceso a los servicios de salud constituye la puerta de entrada para el goce de la salud como derecho y representa el interés del Estado por garantizar el bienestar físico, social y mental de la población.

Estudios realizados en Colombia (2,3-9) entre los años 2000 y 2020 indican que las cifras y datos disponibles sobre acceso de la población general a los servicios de salud, en especial los servicios de salud mental, son limitados, y que esta información es aún más restringida en lo que respecta a población víctima del conflicto armado (10).

Dado este panorama, la presente investigación tuvo como objetivo realizar una revisión documental de la naturaleza del acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado en el país.

La revisión contiene cinco apartados que abordan un recorrido histórico de los servicios de salud en Colombia y que abarcan los aspectos relativos al acceso a los servicios de salud mental y las barreras de acceso a los mismos que debe enfrentar la población víctima del conflicto armado. De esta forma, la exploración constituye una fase preliminar para identificar los factores asociados al acceso a los servicios de salud mental en las personas víctimas del conflicto armado en Colombia a partir de los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (11).

Servicios de salud en Colombia: un breve recorrido histórico

Con el fin de garantizar el derecho a la salud en Colombia, a lo largo de la historia se han implementado estrategias para promover la cobertura y el acceso a los servicios de salud y, en especial, para optimizar los recursos económicos, humanos y de infraestructura para la prestación de los mismos.

Antes de llegar al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), hacia los años 50, Colombia implementaba modelos de servicio alejados de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad que se limitaban a una intervención básica y a la atención de las emergencias sanitarias (12).

Más adelante, a mediados de los años 70, la Caja Nacional de Previsión y el Instituto de Seguros Sociales se encargaron de abastecer los servicios de salud de la población colombiana; la primera institución estaba dirigida a los empleados públicos y la segunda, a los empleados del sector privado. Sin embargo, el factor común de estos servicios era que gran parte de su financiación se hacía con recursos de los mismos usuarios y había una deficiente articulación entre procesos institucionales e interinstitucionales (13).

Con el Estado Social de Derecho declarado en la Constitución Colombiana en 1991 se llegó al acuerdo de que el servicio público de salud estaría dirigido por el gobierno nacional y se delegó la adopción de un paquete de servicios de salud de acceso gratuito (14), lo cual permitió orientar un nuevo concepto de salud basado en un sistema nacional descentralizado, participativo y con un aseguramiento integral en salud con cobertura universal. Este programa se planteó para brindar servicios eficaces y de calidad y estuvo enfocado en el manejo racional de la demanda de servicios con un modelo contributivo y solidario para brindarle, en teoría, protección a toda la población (13).

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 (15), la salud viró hacia el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual se basó en los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. El objetivo de esta norma fue comprometer de manera obligatoria al Estado, la sociedad y las instituciones para que garantizaran la cobertura en las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios.

Cabe resaltar que la aprobación y actualización de los servicios de salud cubiertos por el Estado se realiza hoy en día a través del análisis de las características epidemiológicas, la carga de la enfermedad de la población y la disponibilidad y equilibrio de los recursos (16).

A partir de la Ley 100 de 1993 (15), los servicios de salud se caracterizaron dentro del Plan de Atención Básica (PAB) y fueron recopilados en la Resolución 4288 de 1996 (16). Estos servicios contemplaban actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública, y su prestación se daba en un marco nacional con la participación de departamentos y municipios mediante la contratación de las empresas promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y el sector privado (16).

Como un gran paso, el PAB se convirtió en el Plan Obligatorio de Salud (POS); además, gracias a los fallos ordenados por la Corte Constitucional y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) se igualó el plan de beneficios en mayo de 2012 en los dos regímenes del SGSSS de Colombia (contributivo y subsidiado). Esto quiere decir que, en la actualidad, aunque los regímenes varían en su financiación, tienen la misma cobertura de servicios en salud, independiente de la capacidad económica de los usuarios (16,17).

Hoy en día los servicios del sistema de salud colombiano se encuentran representados en el Plan de Beneficios y las responsables de su prestación son las EPS a través de un paquete predefinido y conocido como Plan de Beneficios en Salud (17,18). La financiación de estos servicios se realiza por el Sistema General de Seguridad Social con un pago por cada afiliado a las EPS, el cual se denomina unidad de pago por capitación (UPC). Esta financiación opera como una prima de aseguramiento con la que las empresas aseguradoras se comprometen a cubrir el servicio en salud del paquete a todos sus afiliados (2,19,20).

El Plan de Beneficios está reglamentado por la Resolución 3512 de 2019 (17) y contiene las coberturas de la UPC, así como los anexos de medicamentos y procedimientos que soportan la actualización vigente. Este plan se actualiza antes del 1 de diciembre cada dos años y excluye tecnologías, procedimientos y medicamentos que son considerados cosméticos, estéticos, suntuarios o de embellecimiento; tecnologías en salud de carácter experimental o sobre las cuales no existe evidencia científica de seguridad o efectividad; tecnologías en salud que se utilicen con fines educativos o

de capacitación; tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad, y bienes y servicios en general que no correspondan al ámbito de la salud (21).

Este plan incluye puntualmente programas de prevención de enfermedades; atención de urgencias de cualquier orden (es decir, necesidades que requieren atención inmediata); consulta médica general y especializada en cualquiera de las áreas de la medicina; consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis dental); exámenes de laboratorio y rayos X; hospitalización, cirugía y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos descritos en el Anexo de esta misma resolución; consulta médica en psicología, optometría y terapias; medicamentos esenciales en su denominación genérica; atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido; atención con tratamientos de alto costo para enfermedades catastróficas (las que representan alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento); tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer; diálisis para insuficiencia renal crónica; trasplante de corazón, médula ósea, hígado, córnea y renal; tratamiento para VIH-sida y sus complicaciones; tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor; reemplazos articulares; tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central; terapia en unidad de cuidados intensivos, y tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito (21).

Hoy en día se incorporan los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual ha permitido movilizar algunos recursos humanos y técnicos para contemplar la salud desde un ámbito positivo y no desde la atención de la enfermedad. Empero, lo más importante es conocer en qué medida estos programas han sido ejecutados de manera efectiva a partir de la utilización de los servicios propiamente dichos.

Para el actual gobierno los servicios de salud apuntan a la ampliación de los esquemas de vacunación debido a la crisis migratoria y a la mejora de la experiencia de atención en los hospitales públicos y los costos de los medicamentos, lo cuales, según el informe del Ministerio de Salud (22), se han reducido hasta en un 50%.

Los indicadores del Departamento Administrativo Nacional de Estadística revelan que a enero de 2020 existe un 94,58% de cobertura del sistema de salud para la población colombiana, información que cobra importancia si se tiene en cuenta que para noviembre

de 2014 la cobertura de afiliación al SGSSS en Colombia fue de 91,55% (43.636.178 individuos). No obstante, estos porcentajes no son evidencia del acceso a los servicios.

En la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS del año 2017 (23) el acceso a los servicios de salud desmejoró en un 5% con respecto al año anterior, lo que indica que el 46% de los usuarios encuestados consideraron difícil el acceso a estos servicios.

Esta misma encuesta dio a conocer que la proporción de personas que reportaron que la EPS les negó un servicio se redujo a la mitad entre 2016 y 2017, pues pasó del 11% al 5%. Es importante anotar que el número de servicios negados por la EPS en ese mismo periodo fue superior para el régimen contributivo y las principales razones por las que no se prestaron los servicios fueron no disponibilidad del recurso (36,46%), servicio no incluido en el POS (29,02%) y no contratación con el prestador (22,16%) (9). Es importante mencionar que el 1,06% de la población encuestada refirió haber recurrido a una tutela para acceder a los servicios de salud; el 0,98%, a derechos de petición, y el 0,54%, a otro trámite (23,9).

Si bien, los servicios de salud en Colombia han presentado una transformación importante en cuanto a cobertura, los datos apuntan a que el acceso no parece ser efectivo en la población.

Servicios de salud mental y su acceso en Colombia

En Colombia, los servicios de salud, incluidos los de salud mental, se encuentran sistematizados en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), cuya última actualización fue publicada en la Resolución 3495 de 2019 del Ministerio de Salud (24). Dicha clasificación es el ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos en salud; allí se establece para cada procedimiento un código y una descripción, independientemente del ámbito de ejecución y de la profesión o disciplina del sector salud que lo realice. La CUPS se da en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (25), la cual determinó que se debería establecer un sistema único de información en salud en Colombia.

La CUPS se divide en 26 capítulos que agrupan los procedimientos realizados en el sistema de salud. El capítulo 21 incluye 50 procedimientos del área de salud mental, los cuales se actualizan de acuerdo con el perfil

epidemiológico de la población y con criterios que excluyen tecnologías, procedimientos y medicamentos considerados cosméticos, de carácter experimental o para fines educativos (21). Dicha clasificación, además de brindar una organización de los servicios de salud mental, permite hacer un seguimiento de la demanda de estos procedimientos, lo cual puede indagarse a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud y la base de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), pero sin duda alguna, una recopilación un poco más completa la tiene el Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM), que se nutre de ambas bases de datos (26).

Dicho esto, el ONSM muestra que entre 2009 y 2018, en promedio, solo el 24,36% de las personas que requirieron atención por salud mental fueron atendidas al menos una vez a través de los servicios. Los datos también muestran que en el 2018 cerca de 1.400.000 personas requirieron el servicio y solo se le prestó al 28% de ellas. Ese mismo año los departamentos de Antioquia, Risaralda y Caldas fueron los que menos porcentaje de atención en salud mental tuvieron frente a la demanda. En Antioquia, por ejemplo, de 250.000 personas que requerían atención en salud mental, solo el 19,91% la recibió (26). Adicional a lo anterior, los datos revelan un preocupante subregistro de información en los departamentos de Vaupés y Guaviare.

Por su parte, el SISPRO muestra que la consulta por primera vez por psicología fue el servicio de salud mental más solicitado y accedido en 2018, pues alcanzó el 49,6% de los procedimientos ofrecidos; el servicio de consulta de control o de seguimiento por esta misma área alcanzó el 32,7%, lo que sugiere que existe un bajo seguimiento a los procesos terapéuticos en salud mental y, a su vez, una baja adherencia al tratamiento o una continuidad insuficiente del proceso, quizás ocasionado por barreras de acceso. En otras palabras, hay una no continuidad de los procedimientos en salud mental debido a los trámites y tiempos prolongados de espera para brindar una oportuna atención y para acceder a los servicios de manera efectiva y satisfactoria.

Es este punto es importante anotar que el servicio de consulta por primera vez por medicina general es el más utilizado por los usuarios, tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado. Esta información reitera que la puerta de entrada para el uso de los servicios de salud en el sistema colombiano es la consulta por medicina general y que el médico posteriormente realiza las derivaciones correspondientes de acuerdo con el cuadro de síntomas del usuario.

A pesar de que la legislación actual (Política de Atención Integral en Salud (27), Ley 1616 de 2013 o Ley de Salud Mental (28) y Resolución 4886 de 2018 (29)) promueve la especial atención a la salud mental de la población colombiana a partir de acciones intersectoriales, integradas e integrales, las cifras muestran una brecha entre la oferta y la demanda de estos servicios (28,30).

Lo anterior obedece a que la ejecución de la Ley de Salud Mental ha sido lenta y en algunos casos no se han desarrollado los procedimientos para su implementación, además su práctica requiere cambios estructurales que aún no han sido ajustados en el sistema de salud.

Aunque una forma de asegurar la salud mental de la población es la oferta de estos servicios en el área, esto no significa la garantía de un uso efectivo, ya sea por desconocimiento de la población o porque hay mora en la presentación del servicio, tal como Fajardo-Dolci et al. (31) lo sugieren. De igual forma, en la actualidad no se cuentan con datos y cifras reales sobre el acceso efectivo a los servicios de salud en general que puedan sustentar efectivamente la calidad de los servicios presentados a la población (32).

Barreras de acceso a los servicios de salud mental

En virtud de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (25), la salud se convierte en un derecho fundamental en Colombia, y por tanto se debe garantizar un servicio oportuno, eficaz y de calidad, sin la posibilidad de ser negado. Con esta ley se obliga al Estado a responder y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, y se prioriza la atención de los niños, niñas, adolescentes y mujeres en estado de embarazo, además se enfatiza la salud de desplazados, víctimas de la violencia y el conflicto armado, adultos mayores, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, especialmente de las zonas marginadas (25,33).

Más allá del cumplimiento de la legislación, la salud mental trasciende a esferas éticas y a la comprensión de que esta es el resultado de la interacción de aspectos sociales, económicos y políticos. Por tanto, conseguir y mantener la salud no es solo cuestión de curar un padecimiento sino de dar respuesta a necesidades del medio en el que se desarrolla la población.

La accesibilidad hace parte de los cuatro elementos fundamentales del derecho a la salud: disponibilidad,

aceptabilidad, calidad y acceso (1,8,19,31). Para que un sistema de salud sea accesible, los servicios deben estar disponibles y ser pertinentes y efectivos para que la población logre obtener resultados satisfactorios, además se debe garantizar igualdad para la población con menores ingresos y en condiciones de marginalidad (5).

El acceso a servicios de salud, según Ariza-Montoya & Hernández-Álvarez es “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por deterioro, diagnóstico o mantenimiento de la salud se satisfaga completamente” (34, p4). No obstante, el abordaje del término acceso en el marco del sistema de salud requiere de varias perspectivas a fin de facilitar su comprensión.

En relación con los servicios, el acceso se analiza desde la oferta y la demanda: desde la oferta hace referencia al tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado, y desde la demanda se considera como el grado en el cual los individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención en salud (35).

Por otra parte, el acceso en términos de satisfacción (36,37) considera tres dominios: acceso estrecho, acceso intermedio y acceso amplio; el primero es el paso inicial y comprende el origen de la atención; el segundo, además de contemplar el primero, refiere a la continuidad en el proceso de atención, y el tercero es un proceso conjunto que vincula el deseo de la atención de los usuarios y la prestación de los servicios.

En el presente estudio la interacción oportuna de la oferta y la demanda, así como la satisfacción de los servicios, permiten percibir entre los actores un equilibrio en el sistema de salud que conlleva a un cumplimiento de objetivos, los cuales redundan en un completo proceso de atención en salud de la población (38).

Aday & Andersen (39) señalan que en el acceso se involucran determinantes individuales, organizacionales y sociales que pueden verse en tres niveles:

1. *Acceso político*: son acciones planeadas y dirigidas por el Estado que contribuyen a mejorar el acceso a los servicios de salud. En este, muchas de las barreras están asociadas con deficiencias institucionales del sistema originadas por la mala asignación de recursos o como consecuencia de la definición del plan de beneficios para los usuarios.

2. *Acceso potencial*: es la interacción entre las características del sistema de salud y las de los individuos; sus barreras pueden verse desde la demanda y la oferta.
3. *Acceso real*: relaciona determinantes objetivos, que es la manera como el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos, dados por la satisfacción de la utilización de los servicios.

En este sentido, el diseño de los servicios de salud permite un *acceso político*; es decir, el Estado implementa acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, a este aspecto se suma el *acceso real*, que tiene que ver con la satisfacción y la resolución de las necesidades de los usuarios. En este último punto es en donde se gestan parte de las brechas en la atención de la salud que se convierten en barreras para la población, especialmente en cuanto a la atención en salud mental (39).

Las barreras de acceso son una situación que limita recibir la atención o los beneficios que ofrece el sistema de salud (40). Un indicador de estas barreras es el hecho de que un paciente que cuenta con cobertura pública para el financiamiento de su salud decida recurrir a servicios privados, (8) o incluso que se perciban diferencias de calidad entre los servicios públicos y privados, a pesar de que la evidencia no apunte en dicha dirección.

Las barreras de acceso se traducen con frecuencia en la subutilización de los servicios de salud (40,41) y pueden clasificarse en geográficas, financieras, administrativo-institucionales o socioculturales: las *geográficas* son la distancia entre los usuarios y las entidades que prestan servicios, las *administrativas* se relacionan con los trámites burocráticos del mismo sistema de salud que dificulta el disfrute del plan de beneficios, las *financieras* representan el costo en términos monetarios de la persona que solicita o necesita el servicio y las *socioculturales* representan las discrepancias entre la cultura y las costumbres de individuos y comunidades, por un lado, y la forma cómo se organizan los servicios de salud, por el otro, incluyendo a los mismos profesionales (9,38).

En consonancia con lo anterior y según el Censo de 2018 (42) en Colombia cerca del 70% de la población habita en cabeceras municipales o zonas urbanas y el resto en zonas rurales, muchas de las cuales son de difícil acceso, lo que constituye una barrera geográfica importante. Del mismo modo, la Encuesta Nacional de Presupuestos (43) indica que las tasas de incidencia de pobreza multidimensional municipal más altas en Colombia para

2017 se presentaron en Uribía (La Guajira) con 92,2%, Cumaribo (Vichada) con 91,4% y Alto Baudó (Chocó) con 90,6%. Estas zonas, de igual forma, son las que más presentan problemas de salud y de atención.

En relación con el acceso a los servicios de salud mental, una de las barreras socioculturales de acceso es el estigma, el cual priva a las personas con trastorno mental de la posibilidad de recibir una atención integral e integrada (41). El estigma puede actuar de forma directa sobre el individuo o de forma indirecta sobre quienes prestan los servicios de salud, sobre los interlocutores del sistema o sobre las familias y personas relacionadas.

Las barreras de acceso a los servicios de salud mental se hacen más fuertes cuando se desconoce la importancia que tiene la promoción de la misma y las consecuencias que trae su falta de atención.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (19) incluye acciones orientadas a la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la prevención de la violencia, el maltrato, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio. Este plan también traza la elaboración de un perfil epidemiológico para identificar los factores protectores de riesgo, los determinantes y la prevalencia de los problemas de salud mental (20), con lo cual esta última se convierte en un componente relevante al que se deben dedicar acciones que contribuyan al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, aspectos que, valga decir, no se reflejan en los actuales servicios de salud (18).

Por otro lado, la efectividad en el sistema de salud se hace evidente cuando todos los recursos empleados actúan en conjunto para generar un resultado que se puede observar y medir en términos del estado de salud y que involucra la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio (14,44).

Autores como Aday & Anderson (39) argumentan que el acceso efectivo a los servicios de salud se refiere a la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere. Sin embargo, esa es una de las debilidades más importantes del sistema de salud colombiano, pues, aunque los usuarios en teoría cuentan con los servicios, esto no ocurre de manera efectiva, es decir, las personas encuentran dificultades para acceder a dichos servicios en una forma conveniente o a tiempo (39,45).

Las barreras de acceso pueden medirse a partir de la demanda de los servicios y la posibilidad de utilizarlos. En el estudio de Andrade *et al.* (38) se indica que para medir el acceso se deben cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan. En términos simplificados, González *et al.* (2) afirman que el acceso puede medirse con el porcentaje de personas que utilizan los servicios médicos al momento de necesitarlos.

No obstante, las barreras de acceso se incrementan cuando la población es vulnerable y se encuentra en condición de víctima de violencia del conflicto armado. En esta situación se presentan barreras que tienen que ver con la inequidad que se origina por factores económicos, culturales, sociales, educativos, geográficos y de regulación (46).

Las desigualdades e inequidades sociales y el conflicto armado han hecho que la brecha entre las necesidades en salud de la población colombiana y la atención oportuna sean un tema de suma importancia para estudiar en conjunto.

Conflicto armado en Colombia y población vulnerable

El conflicto armado en Colombia tiene una larga historia (47) cuyo origen se remonta a la Guerra de los Mil Días en 1899, pero dado el objetivo del presente artículo, se tendrá en cuenta información sobre víctimas del conflicto a partir de los años 40 cuando se dio la guerra civil partidista de la cual se originaron las dos grandes guerrillas de la historia reciente del país: las FARC y el ELN.

El conflicto armado en Colombia es un conflicto asimétrico, es decir, en este confluye tanto la disposición a emplear la violencia para alcanzar objetivos políticos, como la percepción de que es imposible alcanzar los objetivos mediante el uso convencional de dicha violencia. Este ha traspasado varias etapas de recrudescimiento debido al enfrentamiento entre los partidos Liberal y Conservador, lo que estuvo acompañado de una persecución a la población civil debido a su orientación política; también influyeron las inconformidades por la posesión de la tierra y, en especial, la existencia de marcadas diferencias económicas y políticas entre la población. Aunado a lo anterior, se destaca la debilidad del Estado y la permanencia de guerrillas, grupos paramilitares y narcotraficantes que ha tomado fuerza en muchos espacios de la sociedad y el Estado (47-49).

Cuando se presentan enfrentamientos entre el Estado, las guerrillas, los grupos de narcotraficantes y los paramilitares tiene lugar la mayor degradación del conflicto armado y se dan eventos como tomas armadas de poblaciones, masacres, desplazamientos y desapariciones forzadas y secuestros de civiles, militares y políticos (48,50).

Lo anterior coincide con el liderazgo que ejerce el gobierno y que está cargado de inclinaciones ideológicas y acciones arbitrarias que, en su mayoría, perjudican a la comunidad, siendo la principal víctima la población civil. En este sentido, a los grupos armados al margen de la ley se suma la Fuerza Pública, que ha configurado alianzas con grupos paramilitares que han ocasionado crímenes de lesa humanidad como ejecuciones extrajudiciales, más conocidas como falsos positivos (48).

El conflicto armado ha dejado a su paso masacres, asesinatos selectivos, violencia sexual, torturas y un sinnúmero de desplazamientos forzados de muchas poblaciones que han migrado a zonas urbanas. Asimismo, se calcula que entre 1958 y 2012 ocurrieron cerca de 220.000 muertes a causa de minas antipersonas, masacres y otros rigores de la guerra (50).

Según el Registro Único de víctimas (51), para 2018 se reportaron 8.989.570 víctimas, de las cuales 7.134.646 casos fueron de desplazamiento; 983.033, de homicidios; 165.927, de desapariciones forzadas; 10.237, de torturas, y 34.814, de secuestros. En estos hechos, los grupos paramilitares, la guerrilla y los agentes del estado son responsables del 40%, 25% y 8% de las muertes civiles, respectivamente.

Este panorama muestra la necesidad urgente de atención de grandes grupos poblacionales en materia de salud mental. Si bien no siempre los eventos de alto impacto requieren de una intervención de este tipo, es necesario pensar en estrategias que redunden en la comunidad en pro de su resiliencia.

Necesidades de atención en salud mental de la población víctima del conflicto armado

Las secuelas de la violencia en Colombia se pueden ver reflejadas en varios informes y estudios realizados a nivel nacional. Por ejemplo, en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (11) se encontró que el 13,7% (IC95%:10,6-17,4), el 18,3% (IC95%:14,9-22,4)

y el 18,7% (IC95%: 17,1-20,4) de la población entre 7 y 11 años, entre 12 y 18 años y entre 18 y 44 años, respectivamente, había sufrido desplazamiento forzado. Esta misma encuesta reporta que el 11,7% de los niños de 7 a 11 años ha vivido al menos un evento traumático o estresante a lo largo de su vida y que el 40,2% de los adultos de 18 a 44 años ha sufrido por lo menos un evento traumático en su vida, entre los que se encuentran accidente de tránsito (18,6%), delincuencia organizada o común (10,7%), conflicto armado (7,9%) y violencia intrafamiliar física, psicológica o sexual (7,7%) (11).

En el marco del Programa de la Organización Panamericana de la Salud sobre la atención a la salud mental en situaciones de conflictos, con énfasis en la población desplazada, se ha encontrado que las personas enfrentadas a situaciones de violencia, especialmente en conflicto armado, tienen reacciones de estrés agudo, trastornos depresivos o ansiosos, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y consumo excesivo de sustancias psicoactivas (52).

Así mismo, el estrés vital se ha relacionado con la conducta suicida; Cohen-Sanler y colaboradores, citado por Londoño et al. (10), encontraron que los niños y adolescentes que habían realizado un intento de suicidio también habían experimentado niveles de estrés significativamente mayores durante los 12 meses anteriores al evento en comparación con los niños deprimidos o con otro tipo de patología.

Estudios en otros países expuestos a los rigores de la violencia muestran que los problemas en salud mental aumentan durante y después de las guerras (4,7,8,53). Por ejemplo, en Guatemala, país que por más de tres décadas se enfrentó a situaciones de guerra, se incrementó el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes directamente afectados por la guerra; de igual forma, las personas de zonas rurales e indígenas manifestaron tener sensación de temor, desconfianza, desesperanza y frustración. A esto se suma el desarraigo cultural que sufren los grupos indígenas, pues las víctimas buscan ayuda espiritual en momentos de crisis y se incrementan las sectas religiosas (10,54).

En la misma línea, Kagee (55), en un estudio sobre la violación de los derechos humanos en Sudáfrica, investigó las consecuencias psicológicas de las torturas físicas recibidas por razones políticas en un grupo de 20 personas y encontró que el TEPT fue la que se presentó con mayor frecuencia.

En el territorio colombiano existen varios episodios de violencia que han marcado la historia emocional de la población; uno de estos sucedió el 2 de mayo de 2002 en Bojayá (Chocó), cuando en medio de un enfrentamiento armado 119 personas murieron y 98 resultaron heridas. Sobre este episodio, Londoño et al. (10) realizaron, un año después, un estudio de casos y controles con una muestra aleatoria de esta población y encontraron que el 37% presentó TEPT, en especial aquellos que habían retornado al municipio, dado que muchos de ellos abandonaron la región. Los trastornos que mostraron mayor asociación con el TEPT fueron fobia social y trastorno por angustia (TA). De igual forma gran parte de los casos y los controles presentaron depresión mayor (DM) (38% y 37%, respectivamente), riesgo de suicidio (63% y 37%, respectivamente) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (47% y 38%, respectivamente) (10). Esto coincide con otros estudios que sugieren que en las víctimas de violencia armada son frecuentes el TEPT, el TAG, la DM y el riesgo de suicidio (44).

Así mismo, el TA y la fobia social pueden considerarse factores de riesgo asociados al TEPT. Es importante anotar que los individuos con TEPT tienen mayor riesgo de presentar, a su vez, TA, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia, fobia social, fobia específica, DM, trastorno afectivo bipolar, TAG y trastorno relacionado con sustancias (55).

Por su parte, Cubides et al. (7) realizaron una investigación con 222 víctimas de la violencia armada en el municipio de San Joaquín (Santander) y encontraron que 76 (37,6%) sufrían de TEPT. Aunque no hubo pérdidas humanas, el pueblo quedó deshecho después del conflicto y los habitantes presentaron perturbaciones emocionales agudas. En este estudio se concluyó que las víctimas de violencia tienen un mayor riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental (7).

Es importante anotar que en los modelos multicausales de psicopatología los aspectos psicológicos y biológicos predisponen la aparición de trastornos mentales. Sin embargo, los estresores medioambientales y las condiciones sociales influyen directamente en la precipitación y el mantenimiento de la sintomatología (45,49).

Sin lugar a dudas, el sometimiento de los individuos a los rigores de la guerra genera trastornos emocionales que reflejan la dificultad del ser humano para adaptarse a la violencia, un desencadenante de sucesos traumáticos que da origen a discapacidades físicas, muertes y heridas emocionales en los individuos, las familias y la sociedad.

No obstante, es frecuente que los problemas y trastornos mentales se aborden desde la atención psiquiátrica, un elemento que puede sumarse a la lista de barreras de acceso, ya que el componente farmacológico se convierte en la principal alternativa de tratamiento, desconociendo procesos sociales y psicológicos para la atención de la salud mental de los colectivos (3). Por esta razón, la atención inmediata en salud mental de esta población debe ser prioritaria en la agenda de los sistemas de salud y de los actores ejecutivos y legislativos.

Barreras de acceso al sistema de salud en la población víctima del conflicto armado

Los factores que intervienen en las barreras aportan información importante acerca de desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental. En un estudio realizado por Hernández-Bello & Gutiérrez-Bonilla (4) en 2008 y que tuvo el objetivo de describir las condiciones de vida y salud y los factores que condicionan el acceso a servicios de salud de la población desplazada, se encontró que estas personas tienen malas condiciones de vida y salud, además de más barreras de acceso que otras poblaciones al vivir en condiciones precarias. Las barreras de acceso que se mostraron en el estudio se derivan del proceso de reconocimiento de la situación de desplazamiento, del flujo de información entre instituciones y de los mecanismos y beneficios del aseguramiento.

Estas barreras guardan relación con lo expuesto por Landini et al. (40), quienes muestran que una de las principales dificultades en el acceso a los servicios de salud es de orden administrativo. En el caso particular de la población víctima del conflicto armado, se revela una barrera que involucra a otros sectores diferentes a los de salud.

Otro estudio de tipo descriptivo realizado por Mogoílón-Pérez & Vázquez (56) en 2008, y en el que se analizaron los factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia, se encontró que las brechas de acceso detectadas estuvieron relacionadas con las características intrínsecas del sistema que parte de desigualdades en las prestaciones garantizadas a los diferentes regímenes, la compleja administración, los problemas financieros por parte de las empresas sociales del Estado para el cumplimiento de los mandatos

del gobierno y el exceso de trámites. Las mismas autoras, en otra investigación cualitativa descriptiva de tipo exploratorio realizada en 2006 (46), ya habían encontrado que las características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud están relacionadas con dificultades económicas, escasa información acerca de los servicios de salud ofertados, problemas para acreditar su condición de víctimas, integración social en su nuevo entorno inmediato, problemas de salud de diversa índole y actitud frente a su situación.

Por su parte, Moreno et al. (6) detectaron limitaciones en la accesibilidad por cobro de los servicios de salud (26,7%) y negación del servicio por la ausencia de contratos (14,4%). Además, en una muestra de 385 personas se midieron las variables accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y calidez del servicio, siendo la de menor calificación la oportunidad, lo que se reflejó en el tiempo para la búsqueda de la cita de consulta especializada y el tiempo de espera en urgencias percibidos como muy largos; de igual forma, se evidenció que el 75,1% de los usuarios declararon que no se dio solución a sus necesidades de salud (6).

La información anterior revela claramente una disonancia en lo expuesto en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (25) con respecto a priorizar la atención de desplazados y víctimas de violencia y del conflicto armado.

En una revisión sistemática realizada por Tovar-Cuevas et al. (3) se recopiló información de los años 2000 a 2013 acerca de investigaciones sobre accesos a servicios de salud en Colombia. De los 31 artículos incluidos, el 22,6% eran sobre grupos de poblaciones vulnerables como los desplazados por la violencia y migrantes rurales. Las barreras de acceso fundamentales reportadas fueron económicas, geográficas y administrativas.

La calidad de vida de la población víctima del conflicto armado presenta gran afectación debido a la migración a nuevos lugares por el desplazamiento forzado, y muchas veces por su precaria situación de salud (46). En este sentido, las familias desarrollan problemas inherentes a estas condiciones, tales como alteraciones en la salud mental, detrimento de la estabilidad psicológica y social, y enfermedades debido a la baja calidad en su alimentación y otros servicios de salubridad y prevención.

De igual forma, las representaciones sociales de las víctimas del conflicto armado acerca de su salud mental indican problemas en su autoestima y muestran una necesidad de atención (56).

Como parte de la solución en la atención a esta población, se promulgó la Ley 1616 de 2013 (28) y la Ley 1448 de 2011 (33), siendo esta última un hito en la defensa y garantía de los derechos humanos en Colombia en cuanto a la atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno.

No obstante, llama la atención la necesidad de mejorar la afiliación al SGSSS de este grupo poblacional, dado que aún no existe un acceso efectivo a los servicios de salud (45). Esto adquiere relevancia si se tiene en cuenta que la adaptación de la población víctima del conflicto armado se dificulta si no se disponen de condiciones, recursos y estrategias de afrontamiento apropiados (10).

De esta manera, es evidente que las barreras de acceso para las víctimas de conflicto armado guardan relación con las de la población en general. Sin embargo, los estudios mencionados demuestran que, además de las brechas en el acceso a los servicios de salud compartidas con la población no víctima, se suman otras relacionadas con las condiciones de pobreza y desconocimiento del sistema de salud, muchas de ellas competencia de otros sectores como la justicia, que a su vez involucra otros ministerios diferentes al de Salud y la Protección Social como organismos que propenden por salvaguardar los derechos humanos de la población colombiana.

Discusión

Además de las cuantiosas pérdidas económicas provocadas por la violencia armada, existe un aumento en el número de problemas y trastornos mentales. Aunque no toda la población que vive eventos altamente traumáticos desarrolla una enfermedad mental, es cierto que muchas personas experimentan reacciones inesperadas.

Los factores asociados al acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado pueden abordarse de acuerdo con lo planteado por Gulliford y Figueroa, citado por Fajardo-Dolci et al. (31). En este sentido, los factores asociados al acceso se clasifican en 3 dimensiones: disposición de los servicios de salud, barreras de acceso a los servicios de salud y resultados en materia de salud.

Disposición de los servicios de salud

Hace referencia a la disponibilidad de los servicios de salud para que sean utilizados de manera equitativa (31,38,54,5). A este respecto son varios los estudios (3,5,10,31,35,41) que evidencian que los servicios de salud mental en Colombia son escasos y tienen serias

limitaciones de acceso para las personas consideradas víctimas del conflicto armado. Adicional a lo anterior, tan solo 6.839 IPS tienen habilitado el servicio de psicología en el país, por lo que la oferta de profesionales del área de la salud mental es insuficiente, especialmente en las zonas dispersas. En consecuencia, no existe equidad en el acceso desde la disposición de los servicios en salud mental para este grupo poblacional.

Barreras de acceso a los servicios de salud

Las barreras de acceso a los servicios de salud están influenciadas por los elementos que no permiten que todo el proceso de atención, prevención y promoción se lleven a cabo. Estas barreras pueden clasificarse en personales, económicas, geográficas, organizacionales y socioculturales (2,31,38).

En la población en general existen principalmente barreras personales, como por ejemplo percibir como innecesario ir a los servicios de salud mental o no tener tiempo para ello; en el caso de las víctimas del conflicto armado, estas barreras personales se incrementan por el desconocimiento del concepto de salud mental (2,31,38,3-7,10,41,57). De igual forma, los estudios coinciden en que la población general tiene una barrera de acceso de tipo sociocultural relacionada con el estigma de la enfermedad mental y el desconocimiento del tipo de servicio que puede ofrecer el sistema en relación con la salud mental.

Las barreras económicas se encuentran especialmente presentes en la población víctima del conflicto armado. Aunque muchos de los servicios del sistema de salud en el régimen subsidiado son gratuitos, los desplazamientos a los centros de salud implican un recurso monetario que es escaso y en ocasiones nulo en esta población. Es importante anotar que algunas personas del régimen contributivo tienen como alternativa acudir a servicios de salud mental particulares en caso de contar con los recursos (4,8).

En cuanto a las barreras geográficas, se evidencia que en la población víctima del conflicto armado, debido a distancia, no siempre son cercanos los servicios de salud, por lo que acudir a ellos requiere en muchos casos horas e incluso días de marcha para llegar al destino (8,10,35).

Las barreras administrativas, por su parte, evidencian una mayor dificultad para el acceso a los servicios de salud, en especial de salud mental. Los estudios refieren exceso de trámites burocráticos y una pobre oferta

de servicios psicológicos de promoción y prevención a pesar de la demanda y las altas cifras en la Encuesta Nacional de Salud Mental (11) de problemas de ansiedad y del estado de ánimo (8,19,36,58). A la cantidad de trámites se suma la desarticulación intersectorial para la atención integral e integrada de las víctimas del conflicto armado, ya que estudios como los de Mogollón-Pérez & Vázquez (56) indican que los problemas para acreditar su condición de víctimas limitan el acceso a los servicios y la atención oportuna de sus múltiples problemas de salud.

Resultados en materia de salud

Este refiere a la manera como se mide todo el proceso de acceso a los servicios de salud y su efectividad, cobertura y equidad. De igual forma tiene en cuenta indicadores de la promoción y mantenimiento de la salud, la evaluación de los resultados en salud y la frecuencia de uso de los servicios (31,38).

Teniendo en cuenta que según la OMS (1) la cobertura implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud de manera adecuada y oportuna, de calidad, con cobertura total y de acuerdo con las necesidades, las víctimas del conflicto armado reportan sentirse discriminadas y con restringidas posibilidades de adquisición de un servicio de salud.

En cuanto a la efectividad, entendida como la capacidad que tiene el sistema de salud de atender las necesidades de su población de manera adecuada para el uso de los mismos (59), se evidencia que aún existen dificultades, incluso en la población en general, por ejemplo, en la no continuidad de los procesos de atención en salud por parte de los pacientes o la falta de seguimiento por parte de las entidades de salud. En el caso de la población víctima del conflicto armado existe una marcada deficiencia incluso desde la toma de decisión para acudir al sistema de salud, ya sea por experiencias previas o por considerar ineficiente el proceso (3,8,60).

Dado este panorama, se recomienda continuar realizando estudios que identifiquen, a través de fuentes primarias, los factores que intervienen en el acceso a los servicios de salud mental (19) en poblaciones marginales. Adicionalmente, se invita a que los estudios realizados sean tenidos en cuenta en la toma de decisiones de los actores involucrados en la formulación y ejecución de políticas de salud, especialmente en la política de salud mental reglamentada en la Ley 1616 de 2013.

Conclusiones y recomendaciones

A pesar de los lineamientos de la normatividad vigente, los estudios sugieren que la población víctima del conflicto armado continua presentando dificultades en su atención sanitaria, en especial en aspectos relacionados con su salud mental. En este sentido, si se tiene en cuenta que los determinantes sociales, políticos y económicos son definitivos para el desarrollo individual y colectivo de las poblaciones, es importante fortalecer los mecanismos que garanticen realmente la promoción de la salud y la prevención de los problemas mentales.

El acceso a los servicios de salud mental en la población general continúa mostrando dificultades debido a barreras de diferente orden (2,31,37,60), las cuales se exacerban en la población víctima del conflicto armado. Teniendo en cuenta que esta población tiene un mayor riesgo de desarrollar graves problemas de salud mental, su acceso a los servicios de esta especialidad debe ser prioritario, ya que las personas deben recibir tratamiento en el menor tiempo posible para evitar la aparición de trastornos mentales. De igual forma, además de lo psicopatológico se debe tener en cuenta la amplia gama de problemas con alto contenido social.

A partir de lo anterior se deben crear programas de atención integral que garanticen la anulación de las barreras de acceso en las comunidades y que se contemplen en los planes de gobiernos regionales y en estrategias que involucren a la comunidad.

Dado que los conflictos afectan principalmente las áreas rurales, se deben implementar mecanismos que acerquen los servicios de salud mental a la comunidad o que permitan a los agentes sociales a partir de capacitaciones fortalecer las estrategias de afrontamiento de la población. En este sentido, la Atención Primaria en Salud cobra un importante papel, especialmente en comunidades en donde el acceso a recursos especializados es limitado.

Asimismo, es importante incrementar la descentralización de los servicios públicos de salud mental y buscar alternativas de atención, ya que muchos de los servicios se encuentran ubicados en grandes ciudades. En este sentido, el servicio psicológico debe estar disponible en las diferentes regiones y sus intervenciones deben encaminarse a servicios de base comunitaria sin separar a las víctimas de su núcleo social y comunitario. Estas intervenciones deben ser dirigidas a los individuos, las familias y grupos sociales, para lo cual deben pensarse incentivos y salarios dignos para los profesionales.

Finalmente, se debe tener en cuenta que las sociedades con la capacidad de proteger la salud y facilitar el acceso a los servicios de salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo (9).

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por la autora.

Financiación

Ninguna declarada por la autora.

Agradecimientos

Ninguno declarado por la autora.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra: OMS; 2001.
2. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega-Landaeta ÁP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016;45(Suppl 1):89-95. DOI: 10.1016/j.rcp.2016.10.004
3. Tovar-Cuevas LM, Arriviaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít Salud*. 2014;13(27):12-26. DOI: 10.11144/Javeriana.rgyeps13-27.eaia
4. Hernández-Bello A, Gutiérrez-Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2008;7(14):145-76.
5. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud pública*. 2007;9(1):26-38.
6. Moreno GA, Monsalve JC, Tabima D, Escobar JI. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):131-41.
7. Cubides F, Olaya AC, Ortiz CM. *La violencia y el municipio colombiano 1980-1997*. Santafé de Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional de Colombia; 1998.
8. Rodríguez-Acosta S. *Barreras y determinantes del acceso a los Servicios de Salud en Colombia [tesis de maestría]*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.

9. Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, *et al.* Efectos de la reforma de la Seguridad Social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev. salud pública.* 2000;2(2):145-64.
10. Londoño NH, Muñiz O, Correa JE, Patiño CD, Jaramillo G, Raigoza J, *et al.* Salud Mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Rev. Colomb. Psiquiatr.* 2005;34(4):493-505.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo. I Bogotá D.C.: MinSalud; 2015.
12. Colombia. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. Informe Anual para el Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C.: CRES; 2010 [citado 2020 Feb]. Disponible en: http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/CorteConstitucionalSegST760/CRESinformeCongreso03jun09a31may10.pdf.
13. Castaño-Castrillón J. El Sistema de Salud Colombiano. *Archivos de Medicina.* 2013;13(2):115-7.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil de los Sistemas de Salud - Colombia. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Bogotá D.C.: OPS; 2009 [citado 2020 feb]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Colombia_2009.pdf.
15. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 41148; diciembre 23 de 1993 [cited 2020 abr 19]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.
16. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996 (noviembre 20): Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.; 1996 [citado 2020 feb]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf.
17. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3512 de 2019 (diciembre 26): Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá D.C.: Diario Oficial 51179; diciembre 27 de 2019 [citado 2020 feb]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf.
18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015. Bogotá D.C.: MinSalud; 2015.
19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá D.C.: MinSalud; 2012.
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud mental, Colombia, 2014. Bogotá: MinSalud; 2014.
21. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 (enero 9): Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 46.506; enero 9 de 2007 [citado 2020 feb]. Disponible en: <http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>.
22. Colombia. Presidencia de la República. Más acceso y calidad de la salud para los colombianos, prioridad de este Gobierno. Bogotá D.C.: Presidencia de la República; 2020 [citado 2020 abr 19]. Disponible en: <https://id.presidencia.gov.co/Paginas/prensa/2019/190102-Mas-acceso-y-calidad-de-la-salud-para-los-colombianos-prioridad-de-este-Gobierno.aspx>.
23. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social (MinSalud). Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS. Informe Final. Bogotá D.C.: MinSalud; 2017.
24. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3495 de 2019 (diciembre 24): Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS). Bogotá D.C.: Diario Oficial 51178; diciembre 26 de 2019 [citado 2020 abr 14]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/12/Resoluci%C3%B3n-3495-de-2019-CUPS-2020.pdf>.
25. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49.427; febrero 16 de 2015 [citado 2020 abr 19]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/ley-estatutaria-firmada-cambia-la-salud/>.
26. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Guía Metodológica para el Observatorio de Salud Mental. Bogotá D.C.: MinSalud; 2017.
27. Colombia. Ministerio de Salud y la Protección Social (MinSalud). Política de Atención Integral en Salud "hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Bogotá D.C.: MinSalud; 2016 [citado 2020 abr 19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%ADtica%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20en%20Salud.pdf>.
28. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013 (enero 21): Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 48680; enero 21 de 2013. [citado 2019 Abr 14]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html.
29. Colombia. Congreso de la República. Resolución 4886 de 2018 (noviembre 7). Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá D.C.: noviembre 7 de 2018 [citado 2019 Abr 14]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf.

30. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 (enero 19): Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 47.957: enero 19 de 2011.
31. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: *operacionalizando* la cobertura universal en salud. *Salud Pública en México*. 2015;57(2):180-6.
32. Indicadores de Salud. Bogotá D.C.: Así Vamos en Salud; 2015 [citado 2019 abr 13]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles>.
33. Colombia. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011 (junio 10): Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 48096; junio 10 de 2011 [citado 2020 abr 18]. Disponible en: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/ley-1448-de-2011.pdf>.
34. Ariza-Montoya J, Hernández-Álvarez Mario. Investigaciones en equidad en calidad de vida y salud. *Reseña Reconstructiva Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2007 [citado 2020 Jun 6]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Equidad_Etnia.pdf
35. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5):302-9.
36. Restrepo-Zea JH. *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
37. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*. 1985 ;27(5):438-53.
38. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2013;44(6):1303-17. DOI: 10.1017/S0033291713001943.
39. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208-20.
40. Landini F, González-Cowes V, D'Amore E. Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(2):231-44. DOI: 10.1590/0102-311X00030313.
41. Campo-Arias A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a los servicios en salud mental. *Rev. Colomb. Psiquiatr*. 2014;43(3):172-7. DOI: 10.1016/j.rcp.2014.07.001.
42. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá D.C.: DANE; [citado 2020 Jun 6]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo>.
43. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta nacional de presupuestos de los hogares. Bogotá D.C.: DANE; 2017 [citado 2020 Jun 6]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/encuesta-nacional-de-presupuestos-de-los-hogares-enph>.
44. Beltrán-Villegas AR, Peñaloza-Quintero RE, Salamanca-Balén N, Rodríguez-García J, Rodríguez-Hernández JM. Estimación de la Carga de la Enfermedad para Colombia, 2010. Bogotá D.C.: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2014.
45. Hernández-Bello A, Vega-Romero R. Lineamientos para el Desarrollo de una Estrategia de Intervención en Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud para la Población Desplazada, Pobre y Vulnerable de la Zona Suroriental de Cartagena. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2003;2(5):78-106.
46. Mogollón-Pérez AS, Vázquez-Navarrete ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2006;5(11):96-110.
47. Rios-Sierra J. *Breve historia del conflicto armado en Colombia*. Madrid: Los libros de la Catarata; 2017.
48. Peco-Yeste M, Fernández LP. *El Conflicto de Colombia*. Madrid:Ministerio de Defensa de España; 2005.
49. Maniglior. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(3):180-91. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01300.x.
50. Centro Nacional de Memoria Histórica. *Regiones y Conflicto Armado: Balance de la Contribución del CNMH al Esclarecimiento Histórico*. Bogotá D.C.: Banco de la República; 2018.
51. Registro Único de víctimas (RUV) Unidad para la Atención y reparación integral a las víctimas, 2018 (En línea) <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/estado-en-el-registro-unico-de-victimas/44572>.
52. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71(3):517-28. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027.
53. Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2515-23. DOI: 10.1056/NEJMsa043266.
54. Burns JK. Mental health and inequity: a human rights approach to inequality, discrimination, and mental disability. *Health Human Right*. 2009;11(2):19-31.
55. Kagee A. Present concerns of survivors of human rights violations in South Africa. *Soc Sci Med*. 2004;59(3):625-35. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.11.012.

56. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(4):745-54. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000400004.
57. Draine J. Mental health, mental illnesses, poverty, justice and social justice. *Am J Psychiatr Rehab*. 2013;16(2):87-90. DOI: 10.1080/15487768.2013.789684.
58. Colombia. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 36; 1 al 7 de septiembre de 2019 [citado 2019 Abril 14]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2036.pdf>.
59. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. En: *Salud en las Américas*. 2007.
60. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá D.C.: MinSalud; 2015.