

CUÁNTO HAN PERDIDO LAS PERSONAS EN ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTÁ

Adalgiza Reyes-López¹

RESUMEN

Introducción: No se conocen estudios acerca de las implicaciones y repercusiones en la atención en salud que se les presta a las personas con trastornos mentales, luego de la implementación del Ley 100 de 1993. *Objetivo:* Describir cómo la legislación en salud ha vulnerado el derecho a la atención en salud mental. *Método:* Estudio cualitativo que compara las atenciones en salud mental (actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos) a que tenían derecho las personas en Bogotá antes de la Ley 100 de 1993, durante la transición y después de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el país. *Resultados:* Se encontró que los usuarios perdieron derechos en atención en salud mental después de la expedición de la Ley 100 de 1993 y, aún más, después de la expedición de los acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud, que homologan los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado para la población menor de 18 años de edad. *Conclusiones:* Las personas con trastornos mentales, especialmente los niños y las personas con trastornos crónicos, han perdido beneficios en cuanto a la atención en salud mental a partir de la Ley 100 de 1993. Hoy, las empresas promotoras de salud únicamente autorizan servicios de hospitalización hasta por 30 días, intervención breve por psicología, consulta médica especializada y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, es decir, lo equivalente a la atención de la urgencia en salud mental.

Palabras clave: salud mental, leyes, Colombia.

HOW MUCH HAVE PEOPLE LOST FROM THE MENTAL HEALTH CARE SERVICE SINCE THE IMPLEMENTATION OF THE GENERAL SYSTEM OF THE SOCIAL SECURITY HEALTH CARE IN BOGOTA

ABSTRACT

Background: No studies have been found about the implications and repercussions on health care service rendered to the people undergoing mental illnesses pursuant to the implementation of Law 100/1993. The main idea of this research paper is to show how the introduction of the

1 Psicóloga, especialista en Gerencia de Salud Pública.

Social Security Health Care System in Bogota has caused losses in the service to the people with mental pathologies. *Aim:* To describe how health care legislation has violated the right to a mental health care service. *Methods:* This is a qualitative study which compares mental health care service (activities, procedures, interventions, medications and raw materials) that people of Bogotá had the right to before the Law 100 /1993, throughout the transition and after the implementation of the General Social Security Health Care system in the country. *Results:* It was found that users lost their rights of mental health care service after the implementation of Law 100/1993 and even more after the signing of the CRES Agreements which homologate the plans of benefits from Taxpayer and Subsidized Regimes for the population younger than 18. *Conclusions:* People with mental illnesses, particularly the children and those who have chronic diseases have lost their benefits regarding the mental health care service pursuant to the implementation of Law 100/1993. The health care benefits they had have been decreasing gradually so much that today the Health Service Provision Companies are only authorizing hospitalization services up to 30 days, short psychological interventions, specialized medical consultation and medicines included in the Obligatory Health Care Plan, i.e. the equivalent to an emergency service for mental health problems.

Key words: Mental health, laws, Colombia.

Introducción

La Sección de Salud Mental en la Secretaría Distrital de Salud se creó por Resolución 002 del 9 de marzo de 1979:

[...] acogiendo recomendaciones de organismos internacionales y del Ministerio Nacional de Salud. A partir de la realización de un taller para diagnóstico y propuesta de políticas, equipos formados por Psiquiatra y Psicólogo establecieron acciones de salud mental en tres centros de salud, dentro de un modelo comunitario, que incluía labores de promoción y educación, consulta externa y remisión de pacientes agudos a la Unidad de Salud mental del Hospital Santa Clara. (1)

Posteriormente, el Concejo Distrital, el según Acuerdo 17 del 11 de diciembre de 1987 (2), creó el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado, adscrito a la Subsecretaría Distrital de Salud, cuya financiación permitió ampliar la oferta de servicios y la creación de nuevas modalidades de atención. Así, a partir de 1989, se estructuró la Red de Salud Mental en el Distrito, bajo la coordinación técnica del

médico psiquiatra Carlos Enrique Ramírez y el apoyo de un grupo de profesionales de diferentes disciplinas de la Sección de Salud Mental de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Con la disposición de nuevos recursos se vincularon más profesionales y se dieron al servicio: (i) un plan móvil de atención a indigentes; (ii) cuatro hospitales día para adultos y tres para niños y adolescentes; (iii) cinco unidades de salud mental y una unidad especializada en farmacodependencia, y (iv) dos consultorios comedor para indigentes. Además, se ampliaron las consultas externas en los hospitales de primer y segundo niveles y se celebraron contratos para atención a pacientes crónicos de larga permanencia sin red de apoyo familiar y social.

En 1993 se estableció un plan de atención de urgencias psiquiátricas que contaba con un grupo de psiquiatras las 24 horas y auxiliares de enfermería, así como con dos ambulancias que permitían atender las urgencias psiquiátricas en la ciudad. De este modo, con la financiación de los servicios de salud mental garantizada, los usuarios recibían la atención integral que requerían, sin límite de tiempo y en modalidades de atención que favorecían tanto la integración familiar y social como la hospitalización breve,

la intervención en crisis y otras modalidades ambulatorias para pacientes crónicos, como el hospital día. No obstante, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, según lo plantea el mismo Ministerio de la Protección Social:

Los servicios de salud mental adquirieron “independencia del Estado” y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que debían garantizar su viabilidad financiera y su autosostenibilidad. La precaria inclusión de acciones de salud mental en los planes de beneficios por causa de la desigual competencia con otros servicios de salud, la falta de subsidios a la oferta y la poca importancia que se ha dado en general al tema ha ocasionado, con algunas excepciones, una reducción paulatina y significativa en términos de acceso y de cobertura a servicios oportunos y equitativos. (3)

Así es como, a la fecha, la oferta de servicios en Bogotá no ha crecido a partir de 1996, en que se liquidó el Fondo de Salud Mental, sino que ha ido disminuyendo paulatinamente. Ante este panorama, en 1998, el grupo encargado de las acciones y la política de salud mental, desde la Subsecretaría Distrital de Salud, realizó un análisis de costos por actividad de todas las atenciones en salud mental prestadas en ese momento en el Distrito (4), con la participación de profesionales de todas las disciplinas y de todos los niveles de atención de la Red de Salud Mental, lo cual permitió empaquetar las atenciones y entender cuál era valor real de prestar los servicios.

De este modo, al contar con la voluntad política de la entonces secretaria distrital de salud, Beatriz Londoño Soto, y del alcalde mayor de Bogotá, Antanas Mockus Sivickas, estos servicios continuaron siendo financiados por el Fondo Financiero Distrital de Salud, a fin de atender la coyuntura de que el plan de beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS)

del régimen subsidiado no cubría ninguna atención de salud mental, exceptuando la atención inicial de urgencias.

Estas decisiones permitieron que no hubiera una pérdida abrupta para los usuarios de salud mental y que Bogotá, a diferencia de otras ciudades del país, tuviera una cobertura de servicios adecuada para esta población, hasta el punto que la población vinculada y subsidiada gozaba de mejores servicios de salud mental que la población afiliada al régimen contributivo, a quienes las empresas promotoras de salud (EPS) les prestaban sólo las actividades establecidas en el POS, con las restricciones enunciadas más adelante en la Tabla 1.

Sin embargo, con las últimas medidas adoptadas por la Comisión Reguladora de Eventos en Salud (CRES), esta situación se ha tornado crítica, pues actualmente los usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo no pueden acceder a servicios integrales y han perdido beneficios que asumía el ente territorial, sobre todo cuando la situación de la salud mental del mundo presenta el siguiente panorama (5): una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida (unos 450 millones de personas sufren actualmente estos trastornos); 121 millones de personas sufren depresión y 50 millones epilepsia (24 millones de personas sufren esquizofrenia); cada año se suicidan un millón de personas (entre 10 y 20 millones intentan suicidarse), y según estudios mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales representan el 14% de la carga de enfermedades en el mundo y causan un promedio de 800 mil suicidios anuales. Sin embargo, las enfermedades mentales son profundamente desdeñadas y marginadas; se plantea que los trastornos mentales contribuyen al desarrollo de enfermedades crónicas, mucho más que los trastornos cardiovasculares y el cáncer.

De acuerdo con el Proyecto Atlas de la OMS del 2000 (6), se evidenció que muchos países no están preparados para enfrentar el aumento pre-

visto de los trastornos mentales y conductuales por falta de políticas, programas y recursos: el 28% no poseía un presupuesto independiente para la salud mental, el 41% no disponía de centros de tratamiento para los trastornos mentales graves en el ámbito de la atención primaria, el 37% carecía de centros de atención comunitaria, un 65% de las camas para enfermos mentales se encontraba en hospitales psiquiátricos, de los países estudiados el 41% no disponía de una política de salud mental y el 25% carecía de legislación sobre salud mental.

En América Latina y el Caribe, entre 1980 y 2004 (7), en un estudio sobre tasas brutas de diversos trastornos psiquiátricos, se encontró que las psicosis no afectivas (entre ellas, la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1%; la depresión mayor, de 4,9%, y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

El panorama en Colombia es aún más catastrófico, según el estudio de Salud Mental Colombia del 2003 (8), realizado por el Ministerio de la Protección Social. Se identificó que en el país no se han realizado estudios suficientes acerca de la magnitud del problema, ni de sus factores protectores ni de riesgo; tampoco de metodologías y estudios previos que permitan comparar los resultados. En este estudio se encontró que alrededor de ocho de cada 20 colombianos presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, tres de cada 20 en los últimos doce meses y uno de cada 20 en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno, los más frecuentes fueron: trastornos de ansiedad (19,3%), trastornos del estado de ánimo (15%) y trastornos por uso de sustancias (10,6%).

Aunque ha existido un esfuerzo de modernización y ampliación de la atención, con el paso

del antiguo Sistema Nacional de Salud al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), o Ley 100 de 1993, y con la Ley 1122 de 2007, el Ministerio (3) reconoce que la organización institucional en salud mental no ha experimentado el desarrollo necesario. Esta situación es aún más preocupante desde la perspectiva de la salud mental, si se tiene en cuenta que no se lograron desarrollar estructuras y mecanismos que suplieran, de acuerdo con el nuevo paradigma, aquellos que desaparecían.

Esto lleva a plantear la siguiente pregunta: ¿han perdido beneficios, integralidad y calidad en la atención los usuarios de los servicios de salud mental dentro del SGSSS? Para dar respuesta a esto se propone un análisis comparativo de la atención en salud durante las diferentes etapas de la implementación de este sistema en Bogotá y su impacto en la atención de las personas con enfermedad mental.

No obstante, aunque el artículo pretende ceñirse a lo establecido en las normas vigentes y mostrar el panorama de la atención de las personas con enfermedad mental en Bogotá con relativa objetividad, éstas no reflejan lo suficiente el drama de las personas y sus familias para lograr que se les atienda integralmente, de manera que se les permita mantener su dignidad y, a la vez, se les brinde una atención oportuna, eficiente y de buena calidad.

Por esto mis experiencias de trabajo de 25 años en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en funciones relacionadas con el tema de salud mental, se ven reflejadas en el presente artículo.

Materiales y métodos

Estudio cualitativo sobre la oferta de servicios actual en el Distrito Capital, comparada con la existente antes de 1993. Las diferentes modalidades de atención en salud mental, comprendida como procedimientos, actividades intervenciones, medicamentos e insumos antes de la expedición de la Ley 100 de 1993 (9) y después.

Se realizó un análisis comparativo de las atenciones en salud mental a que tenían derecho

los usuarios de los servicios en Bogotá dentro del sistema de salud antes de 1993 (4), con la expedición de la Resolución 5261 de 1994, reglamentaria de la Ley 100 de 1993 (10) y con los acuerdos de la CRES expedidos a finales de 2009 y comienzos de 2010, que ampliaron el plan de beneficios del POS (11). Los instrumentos utilizados fueron:

1. La estructuración de la Red de Salud Mental en Bogotá (1).
2. Ley 100 de 1993 (9).
3. La Resolución 5261 de 1994 (10), *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social*.

4. Ley 1122 de 2007 (12).
5. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 (13).
6. Acuerdos 3 y 4 de 2009 y 8 y 11 de 2010, de la CRES (11).
7. Plan Nacional de Salud Pública-Decreto 3039 de 2007 (14).

Resultados

El análisis comparativo permitió visibilizar los cambios en las atenciones de salud mental a la que tuvieron acceso los usuarios de estos servicios en Bogotá, dependiendo de la modalidad de atención requerida, de acuerdo con su patología. En la Tabla 1 se muestran los resultados de esta comparación.

Tabla 1
Comparativo de actividades, intervenciones y procedimientos de salud mental, antes de la Ley 100 de 1993 y después de ésta

Atención	Paquetes de atención definidos por el Fondo de Salud Mental (1989-1996)	Actividades de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994	Intervenciones en salud mental. Acuerdo 8 de 2009
Urgencias	<ul style="list-style-type: none"> Atención de urgencias psiquiátricas en unidad móvil. Urgencias hospitalarias. 	Atención inicial de urgencias.	El POS del régimen contributivo y del subsidiado incluye la atención inicial de urgencias del paciente con trastorno mental en el servicio de urgencias y en observación. Ésta cubre las primeras 24 horas en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares, o comunidad.
Hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalización en unidad de salud mental de permanencia breve (hasta 15 días). Incluye: interconsultas, talleres de terapia ocupacional, actividades recreativas, actividades psicoeducativas, psicoterapia individual y de grupo, control de medicamentos, estancia hospitalaria. 	Hospitalización 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 médica especializada.	Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos sólo durante la fase aguda de la enfermedad o en caso de que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares, o comunidad. Entiéndase fase aguda aquella que se puede prolongar máximo hasta los 30 días de internación. Internación en unidad de salud mental de 1, 2 y 3 nivel de complejidad, integralidad en la atención.

Continúa

Atención	Paquetes de atención definidos por el Fondo de Salud Mental (1989-1996)	Actividades de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994	Intervenciones en salud mental. Acuerdo 8 de 2009
Servicios ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa de psiquiatría y psicología, la cual incluye: psicoterapia individual, de grupo, de familia, de pareja, aplicación de cualquier tipo de pruebas psicológicas. • Hospital día para niños y adolescentes. Incluye psicoterapia individual, de grupo, de familia, talleres ocupacionales, educativos y recreacionales, visitas domiciliarias y escolares por trabajo social, actividades psicoeducativas para las familias. Se presta en las siguientes modalidades: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratamiento y rehabilitación del niño con trastorno profundo del desarrollo. ➤ Apoyo y seguimiento psicoterapéutico de niños con trastorno profundo de desarrollo integrado a la educación regular. ➤ Tratamiento y rehabilitación de niños con trastornos emocionales y selectivos del desarrollo. ➤ Tratamiento y rehabilitación de niños y adolescentes con deficiencia mental leve o límite. ➤ Tratamiento y rehabilitación de adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado del paciente psiquiátrico en el denominado hospital de día (no define lo que incluye). • Establece como actividades, intervenciones y procedimientos en psiquiatría y psicología, los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valoración por psiquiatría. ➤ Valoración por psicólogo. ➤ Psicoterapia individual por psiquiatría, sesión. ➤ Psicoterapia individual por psicólogo, sesión. ➤ Psicoterapia de grupo por Psiquiatría, sesión. ➤ Psicoterapia de grupo por Psicólogo, sesión. ➤ Evaluación y manejo del menor maltratado. Incluye psicoterapia individual, de familia y de grupo, visitas domiciliarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado del paciente psiquiátrico en el denominado hospital de día (no define lo que incluye). • Administración (aplicación) de prueba de personalidad de cualquier tipo. • Intervención en salud mental comunitaria por psiquiatra y psicólogo. • Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta. • Determinación del estado mental por psicología y psiquiatría. • Psicoterapia individual por Psiquiatría y psicología. • Intervención en crisis. • Psicoterapia de pareja por psiquiatría y psicología. • Psicoterapia familiar por psiquiatría y psicología. • Psicoterapia de grupo por psiquiatría y psicología. • Consulta de control o de seguimiento pro psicología.

Continúa

Atención	Paquetes de atención definidos por el Fondo de Salud Mental (1989-1996)	Actividades de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994	Intervenciones en salud mental. Acuerdo 8 de 2009
Servicios ambulatorios	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hospital día para adultos psicóticos. Incluye psicoterapia individual, de grupo, de familia, talleres ocupacionales y recreacionales, visitas domiciliarias y ocupacionales por trabajo social y terapia ocupacional, actividades psicoeducativas para las familias. ➤ Intervención en crisis. Incluye psicoterapia individual, de familia y de grupo. 	<p>Exclusiones: tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada.</p> <p>Incluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y sólo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los 30 días de evolución dentro de la fase crítica de la enfermedad, es decir, dentro de los 30 días de realizado el diagnóstico.</p>	<p>Exclusiones: tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad y sólo durante la fase inicial, no se excluyen las terapias de grupo. <i>Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se extiende hasta por 30 días.</i></p>
Servicios para personas con abuso de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento hasta por tres meses. Incluye la estancia, alimentación, talleres ocupacionales prevocacionales, actividades recreativas, psicoeducativas, salidas pedagógicas, psicoterapia individual, de familia y/o pareja, visitas domiciliarias por trabajo social, visitas ocupacionales por terapia ocupacional y actividades psicoeducativas para las familias. • Hospital día. Incluye psicoterapia individual, de grupo, de familia, talleres ocupacionales y recreacionales, visitas domiciliarias y ocupacionales por trabajo social y terapia ocupacional, actividades psicoeducativas para las familias. • Hospital noche. Incluye la estancia, alimentación, actividades recreativas, psicoeducativas y de seguimiento. 	<p>No se discriminan actividades específicas para esta población se asumen las mismas que para paciente con enfermedad mental.</p>	<p>No se discriminan actividades específicas para esta población. Se asumen las mismas que para el paciente con enfermedad mental.</p>

Continúa

Atención	Paquetes de atención definidos por el Fondo de Salud Mental (1989-1996)	Actividades de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994	Intervenciones en salud mental. Acuerdo 8 de 2009
Servicios para personas con abuso de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta externa. Psicoterapia individual, familiar y de grupo. • Intervención en crisis. Incluye psicoterapia individual, familiar y de grupo, visitas domiciliarias. 		

Antes de 1993 (1), a los usuarios de los servicios de salud mental únicamente se les restringía la hospitalización en centros de internación de larga permanencia, la cual se prestaba únicamente a personas con enfermedad mental crónica que carecían de red de apoyo familiar y social. Los demás servicios contaban con equipos interdisciplinarios completos y en diversas modalidades para atender todas las posibles necesidades de la población pobre y vulnerable.

El Ministerio de la Protección Social, como reglamentación de la Ley 100 de 1993, expidió la Resolución 5261 de 1994 (10), que limitó las atenciones en salud mental y restringió y excluyó la prestación de algunos servicios, como puede observarse en la Tabla 1.

A pesar de estas limitaciones y exclusiones, la red de servicios continuó ampliándose hasta 1996, en que se liquidó el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado. Con la posterior descentralización de los programas de salud mental en los hospitales públicos, se realizó un taller de costos por actividad y definición de paquetes de atención en salud mental (4), los cuales fueron contratados inicialmente en su totalidad por el Fondo Financiero Distrital para cubrir las poblaciones en niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios (Sisben), afiliadas al régimen subsidiado o los que se encontraban en la clasificación como “vinculados”.

No obstante, al no contar con un presupuesto específico asignado a salud mental, estas atenciones fueron disminuyendo tanto en diversidad de modalidades como en recursos económicos

para contratarlos. Entre tanto, los que se prestaban garantizaban la integralidad y la atención a la población más pobre y vulnerable en modalidades como hospitalización de corta estancia en una unidad de salud mental, hospital día sin restricción de tiempo, intervención en crisis, consulta médica especializada o modalidad residencial y ambulatoria para personas con consumo de sustancias psicoactivas.

Esta situación también afectó la calidad en la prestación de los servicios de salud mental en Bogotá, como lo evidenció la evaluación de calidad de los servicios de salud mental en la Red Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, realizada en 1998, cuyos resultados permitieron determinar que:

Las Empresas Sociales del Estado, especialmente las de tercer nivel de atención, se han preocupado por mantener la calidad de sus servicios de salud mental, a pesar de que el proceso de descentralización y transformación de Empresas Sociales del Estado les ha llevado a racionalizar y optimizar recursos, lo cual ha afectado a muchos servicios.

Esto mismo ha sucedido con los programas de atención primaria, lo cual corrobora lo planteado en el documento de la Organización Panamericana de la Salud sobre Atención Primaria 1997, en el sentido de que la salud mental ha permanecido al margen de la atención primaria, debido a que los planificadores de salud no la consideran prioritaria frente a otros problemas. A pesar, de que la

legislación especialmente las leyes 60 y 100 plantean un cambio en el sistema de salud, hacia las acciones de promoción y prevención, esto aún es muy incipiente, sobre todo para patologías que por sus mismas características generan resistencias y temor para enfrentarlos de una forma adecuada. (15)

A finales del 2009 y principios del 2010, la CRES, atendiendo lo establecido por la Corte Constitucional en la sentencia T-760, expidió los acuerdos 3, 4, 8 y 11 (11), los cuales ampliaron algunos procedimientos, actividades e intervenciones en salud mental y homologaron el plan de beneficios del régimen subsidiado y del régimen contributivo para la población menor de 18 años, y con ello se estableció un período de transición para hacerlo efectivo a toda la población.

Aunque el espíritu de la norma era beneficiar a la población más vulnerable, en el caso de las personas con enfermedad mental, especialmente la población menor de 18 años de edad, en lugar de obtener ganancia, perdieron beneficios, pues las acciones de salud mental se encuentran restringidas en el plan de beneficios y lo que se había logrado en Bogotá durante muchos años, de mantener la atención de manera integral y sin restricciones, se perdió.

Adicionalmente, debido a las mismas indefiniciones y confusión en su redacción, especialmente en lo que se refiere al hospital día, la intervención en crisis o la psicoterapia individual, las EPS-S interpretaron las normas para desfavorecer al usuario, y autorizaron sólo una psicoterapia o un solo día de hospital día, sin que pueda haber continuidad e integralidad en la atención.

Esto ha llevado a que en la actualidad los menores de 18 años no sean atendidos ni por el Fondo Financiero Distrital de Salud, ni por las EPS-S, pese al esfuerzo que ha realizado la Secretaría Distrital de Salud por integrar acciones de salud mental dentro del Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012 (13). Este incluye: promoción de la salud mental, prevención de

maltrato y violencia y prevención de sustancias psicoactivas. Así mismo, en las prioridades de la Dirección de Desarrollo de Servicios se menciona la reorientación y reestructuración de redes por eventos de salud pública, como lo es la salud mental.

Desde la Dirección de Aseguramiento se han buscado espacios de concertación con la EPS del régimen subsidiado, pero a la hora de ejercer la rectoría que le corresponde, se queda sin las herramientas suficientes para garantizar la atención a esta población tan vulnerable.

Conclusiones

Los resultados permiten concluir que las personas con trastornos mentales, especialmente los niños y las personas con trastornos crónicos, han perdido beneficios en cuanto a la atención se refiere.

Respecto a los planes de beneficios del POS, son evidentes las pérdidas que han tenido los usuarios, principalmente cuando se habla de un SGSSS, que debe ser progresivo y debe actualizarse periódicamente para incluir las mejores y mayores tecnologías en la atención. Esto no se da en el contexto de la salud mental, especialmente en lo que se refiere a la integralidad en la atención, puesto que el Plan incluye actividades, intervenciones y procedimientos atomizados, que únicamente —y de acuerdo con la interpretación realizada por las EPS-S— atiende la fase crítica de la enfermedad, que al no estar definida, termina limitándose a la atención de las urgencias, la valoración inicial por psicología y la consulta médica especializada.

Este estudio permite, por una parte, evidenciar las inequidades en el SGSSS respecto a las personas que padecen enfermedades mentales y, por la otra, muestra las pérdidas en integralidad, calidad y servicios que han tenido las personas en Bogotá. Además, permite contestar afirmativamente la pregunta de investigación, porque al comparar los diferentes momentos que se evaluaron, es evidente cómo las personas con enfermedad mental han perdido

actividades, intervenciones y procedimientos que de manera integral se prestaban en Bogotá antes de 1993, con equipos interdisciplinarios de alta calidad y sin restricciones de tiempo o calidad en la atención.

Antes de 1993, la Red de Salud Mental en Bogotá contaba con equipos interdisciplinarios compuestos por psiquiatra, psicólogo(a), trabajador(a) social, enfermero(a), terapeuta ocupacional, en las modalidades de atención de adultos y en los programas de niños; además, contaba con terapeuta de lenguaje y psicopedagogo, así como con técnicos y auxiliares de apoyo en trabajo social, enfermería y terapia ocupacional.

También la red prestaba diferentes modalidades de atención, de acuerdo con las necesidades del usuario y no sujetas al costo-beneficio para el sistema; todo lo anterior sin más limitaciones que las que se establecían en los estándares de calidad, como el hecho de que una persona en crisis no debería permanecer hospitalizada durante más de 15 días y que las modalidades ambulatorias deberían prevalecer sobre el internamiento prolongado, hasta alcanzar el máximo grado de funcionalidad social, familiar, escolar o laboral, dependiendo de cada patología.

Es importante llamar la atención sobre la falta de integralidad que ofrece el Sistema de Seguridad Social, donde prevalece la atomización de las acciones y la autorización de cada intervención o procedimiento por parte de la EPS, lo cual hace que las personas terminen desgastadas y se generen costos adicionales para el paciente y sus familias. Adicionalmente, ello implica que el usuario desista de solicitar los servicios y se quede sin atención oportuna, lo que repercute en cronicidad y deterioro.

Esto es más perjudicial en los niños y niñas, porque al no generarse atención oportuna en etapas muy tempranas de la vida, se les vulnera no sólo su derecho a la salud, sino a la educación, pues un trastorno profundo del desarrollo, un trastorno de conducta, una psicosis, entre otros, sin atención oportuna, los aleja defini-

tivamente del sistema escolar, los retarda en su desarrollo integral y les quita oportunidades para su desempeño en la vida diaria.

Lo anterior sin tener en cuenta que la enfermedad mental no solamente afecta a quien la padece, sino a su núcleo familiar, lo cual con el tiempo impactará negativamente en la vida de estas personas y en toda la sociedad, pues el incremento de las enfermedades mentales se está evidenciando en Bogotá. Así mismo, las estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar muestran un incremento de los niños en protección con trastornos de conducta, lo cual deberá ser estudiado con mayor profundidad, en estudios posteriores.

Por desgracia, tal como se planteó en la introducción, no se han realizado estudios suficientes acerca de la magnitud del problema, ni de sus factores protectores ni de riesgo en Colombia, y no existen metodologías y estudios que permitan comparar los resultados, pues los pocos estudios hechos contienen metodologías diferentes y ha sido imposible que el Ministerio suministre la base de datos para Bogotá del Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en el 2003, con el fin de llevar a cabo análisis adicionales que permitan tener una aproximación a la problemática.

Con este artículo se busca llamar la atención de las autoridades sanitarias sobre esta grave situación, cuyos impactos negativos ya se vienen evidenciando en el incremento de la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales en la población colombiana, y aunque no se ha realizado un estudio que confirme estas afirmaciones, es lógico pensar que la falta de atención oportuna e integral de las patologías mentales incidirá en la cronificación de los personas con enfermedad mental y en el deterioro de su funcionalidad y de su calidad de vida.

Los hallazgos de este artículo permiten a las autoridades sanitarias, especialmente al Ministerio de la Protección Social y a la CRES, evaluar la situación actual de las personas con

enfermedad mental en el país y tomar decisiones frente a las inclusiones del POS en salud mental.

Los hallazgos principales de este estudio radican en evidenciar cuánto han perdido las personas con enfermedad mental respecto a la atención de sus patologías en la ciudad de Bogotá. Adicionalmente, permite visibilizar un problema que se mantiene oculto, dado que las personas con enfermedad mental tienen menos opciones que otras para reivindicar sus derechos y son los profesionales que los atienden quienes de alguna manera pueden evidenciar esta situación; sin embargo, en Colombia, ni la Sociedad Psiquiátrica Colombiana, ni el Colegio de Psicología, ni las diferentes agremiaciones existentes en salud mental, han trabajado en este propósito.

Una debilidad del estudio es que ante la falta de investigación en este sentido, no es posible contrastar los resultados para saber cuánto han incidido estas pérdidas en la salud mental de los bogotanos, especialmente los de niveles de más bajos en la clasificación socioeconómica.

Recomendaciones

Este estudio servirá como base para revisar la política de salud mental en el Ministerio de la Protección Social y los acuerdos de la CRES, con el fin de garantizar el derecho a la salud y la atención integral de las personas con enfermedad mental. También plantea nuevas propuestas de investigación que aun cuando se esbozaron en este artículo, no se estudiaron profundamente y ameritan continuar estudios específicos. Estas propuestas son:

- Cómo las indefiniciones y ambigüedades de las actividades, procedimientos e intervenciones que actualmente se encuentran en el POS conllevan que las EPS dilaten sus responsabilidades y que las personas, en la práctica, estén sin ser realmente atendidas ni por las EPS ni por el ente territorial.
- Qué impacto real ha tenido en las personas con enfermedad mental la pérdida en los servicios de atención en Bogotá.

- Impactos colectivos en la sociedad bogotana de las actividades de salud mental en el Plan de Salud Pública Distrital.

Referencias

1. Ramírez CE. Red de salud mental. Bogotá: Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado; 1993.
2. Acuerdo 17/11 de diciembre de 1987, por el cual se crea el Fondo de Salud Mental y Asistencia al Anciano Desamparado. Concejo de Bogotá.
3. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Política Nacional de Salud Mental; 2007.
4. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Análisis de costos y descripción de los paquetes de atención y actividades en los diferentes niveles del programa de salud mental. Bogotá: Secretaría; 1996.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.
6. Organización Mundial de la Salud. Proyecto Atlas. Ginebra: OMS; 2000.
7. Benedetto S. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Rev Panam Salud Pública. 2005;18:4-5.
8. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Estudio Nacional de Salud mental, Colombia. Bogotá: Ministerio; 2003.
9. Ley 100 de 1993/23 de diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148.
10. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social de 1994 (Resolución 5261, 1994). Bogotá: Ministerio; 1994.
11. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdos 3 y 4 de 2009, 8 y 9 de 2010.
12. Ley 1122 de 2007/9 de enero, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se

dictan otras disposiciones. Congreso de la República.

13. Secretaría de Salud de Bogotá. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Bogotá: Secretaría; 2008.
14. Decreto 3039 de 2007/10 de agosto, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Diario Oficial 46.716.
15. Guío A, Quintero S, Reyes A. Calidad de los servicios de salud mental en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud [Tesis de grado]. Bogotá: Universidad del Rosario; 1998.

Conflictos de interés: la autora no reporta conflicto de interés alguno

Correspondencia
Adalgiza Lucía Reyes-López
Calle 59 N°. 6-31 Apto. 403
Bogotá, Colombia
alreyes@saludcapital.gov.co

Recibido para evaluación: 02-06-10
Aceptado para publicación: 03-09-10