

DIAGNÓSTICO DE OFERTA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL EN MUNICIPIOS DE ANTIOQUIA (2004, 2006 Y 2007)

*Dedsy Yajaira Berbesi Fernández**
*José Bareño Silva***

Recibido en noviembre 5 de 2009, aceptado en febrero 26 de 2010

Resumen

Objetivo: reconociendo la importancia de la información para la toma de decisiones y para la formulación de políticas que busquen enfrentar el problema de los trastornos mentales en la población, se describe el diagnóstico de oferta en servicios de salud mental del departamento de Antioquia. **Materiales y método:** se realizó un estudio descriptivo comparando información sobre la oferta de servicios de salud mental en los años 2004, 2006 y 2007. La fuente primaria de información estuvo constituida por los 125 municipios del departamento de Antioquia encargados de ejecutar las acciones colectivas dentro del Plan de Salud Pública. **Resultados:** el 46% –57– de los municipios en Antioquia elaboró el diagnóstico de salud mental, el 61% –72– de los municipios contó con un proyecto de salud mental; la violencia intrafamiliar fue el evento más trabajado en los tres años consultados, 85% –89–; el departamento tiene una disponibilidad de 7 psiquiatras y de 35 psicólogos por cada 100.000 habitantes. **Conclusiones:** hasta que no se logre reconocer la importancia de la información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas, además sin contar con la voluntad política plasmada a través de programas para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales.

Palabras clave

Servicios de salud mental, diagnóstico, salud mental, evaluación.

* Enfermera, Especialista y Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES- Docente Investigador y miembro de los Grupos de Investigación: Grupo de Salud Mental y Grupo de Epidemiología y Bioestadística. E-mail: dberbesi@ces.edu.co

** Médico, Magíster en Epidemiología. Universidad Ciencias de la Salud -CES-. Docente Investigador y miembro de los grupos de investigación: Grupo de Salud Mental y Grupo de Epidemiología y Bioestadística. Medellín, Colombia. E-mail: jbareno@ces.edu.co

DIAGNOSIS OF THE MENTAL HEALTH SERVICES OFFER IN THE MUNICIPALITIES OF ANTIOQUIA (2004, 2006 AND 2007)

Abstract

Objective: recognizing the importance of information for decision making and the formulation of policies that seek to face the problem of mental disorders in the population, the diagnosis of the mental health services offer in the department of Antioquia in 2004, 2006 and 2007 is described. **Materials and methods:** a descriptive study comparing information on the offer of mental health services in 2004, 2006 and 2007. The primary source of information consisted of the 125 municipalities of Antioquia in charge of implementing collective actions within the primary health care plan. **Results:** 46% –57– of municipalities in Antioquia developed the mental health diagnosis, 61% –72– of the municipalities had a mental health project; domestic violence was the main event during the three years of the study 85% –89–. The department has an availability of 7 psychiatrists, and 35 psychologists per 100,000 inhabitants. **Conclusions:** until the importance of information regarding action and decision making is not recognized, the mental health issue will not transcend isolated actions without designed and evaluated strategies; additionally, without the political will reflected in programs for the intervention of latent and deferred problems an inconclusive and untreatable agenda will be created by local health authorities.

Key words

Mental health services, diagnosis, mental health, evaluation.

DIAGNOSTICO DE OFERTA DE SERVIÇOS EM SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DE ANTIOQUIA (2004 2006 E 2007)

Resumo

Objetivo: reconhecendo a importância da informação para a tomada de decisões e para a formulação de políticas que procurem enfrentar o problema dos transtornos mentais na população, descreve-se o diagnóstico de oferta em serviços de saúde mental do Estado de Antioquia. **Materiais e método:** Se realizou uma pesquisa descritiva comparando informação sobre a oferta de serviços de saúde mental com os anos 2004, 2006 e 2007. A fonte primária de informação esteve constituída pelos 125 municípios do Estado de Antioquia encarregados de executar as ações coletivas dentro do Plano de Saúde Pública. **Resultados:** o 46% - 57- dos municípios em Antioquia elaborou o diagnóstico de saúde mental, o 61%- 72- dos municípios contou com um projeto de saúde mental; a violência doméstica foi o evento mais trabalhado nos três anos consultados, 85%-89-; o estado tem uma disponibilidade de 7 Psiquiatras e 35 psicólogos por cada 1000.000 habitantes. **Conclusões:** Até que não logre-se reconhecer a importância da informação para a ação e tomada de decisões, o tema de saúde mental não passará de ações isoladas sem estratégias desenhadas e avaliadas, além sem contar com a vontade política plasmada a través de programas para a intervenção de problemáticas latentes e aprazadas se estará criando uma agenda inconclusa e intratável pelos entes territoriais.

Palavras Chave

Serviços de saúde mental, diagnóstico, saúde mental, avaliação.

INTRODUCCIÓN

No debemos extrañarnos, que después de 30 años de la declaración de ALMA – ATA (1978), todavía estemos trabajando por un sueño. La Atención Primaria de Salud fue la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, para lograrlo, refrendada por todos los Países Miembros. En ella se reconsideró que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

En posteriores encuentros, como fue en la Declaración de Caracas, firmada en 1990, se marcó un avance en el enfoque de la salud mental en América. Los participantes se comprometieron nuevamente con dos objetivos fundamentales a promover –la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental–, estos fueron adoptados como las grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos hasta ahora en América Latina y el Caribe.

El diagnóstico de salud, puede ser definido como la síntesis de la situación de un problema con base en determinados elementos que se observan y se analizan, permitiendo formular políticas en salud, programación de actividades y distribución de recursos (1, 2).

La oferta de la red de servicios en salud mental incluye una serie de instituciones que promueven y ofrecen servicios de salud y que se encuentran “articuladas” entre sí.

El Atlas de indicadores de la OMS muestra que en 2001 más del 27% de los países no tenían ningún sistema para recopilar y difundir la información sobre salud mental. Muchos otros países tenían sistemas de información pero estos sistemas son,

con frecuencia, de alcance y calidad limitados. Esta ausencia de una buena información impide el desarrollo de políticas, planes y servicios de salud mental (3).

El presente diagnóstico, pretende explorar cómo se encuentra la red de prestadores, por lo que contiene la oferta de servicios existente en salud mental, las fuentes de financiación por medio de las cuales se realizaron las acciones en salud mental, el total de recursos invertidos por vigencia fiscal en los diferentes componentes, el recurso humano especializado y no especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención, la participación social en salud mental (asociaciones de usuarios, redes sociales, entre otros), la existencia de experiencias demostrativas de atención integral en salud mental, especialmente de carácter comunitario y demás información que se considerara relevante, para el diseño de los planes municipales en salud (4, 5).

Para la elaboración del diagnóstico sobre la oferta de servicios en salud mental, dentro del marco legal vigente de la legislación colombiana (6), es necesario precisar algunas categorías a las cuales nos referiremos en el presente artículo:

Salud mental: se incluyeron preguntas sobre la existencia de un diagnóstico municipal en salud mental, al igual que de un plan, programa y/o proyecto de salud mental y las acciones realizadas en prevención del trastorno de comportamiento y estrategias de habilidades para vivir.

Sustancias psicoactivas: se pedía describir la existencia de un diagnóstico de demanda, de un plan, programa y proyecto de reducción, proyectos de vida sin drogas y otras estrategias de prevención de reducción del consumo.

Convivencia familiar: cuyos componentes a analizar eran: la promoción de la convivencia, prevención y vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, redes de prevención de

violencia intrafamiliar, sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

Impacto psicosocial: por accidentes de minas antipersona y del desplazamiento forzado.

Ejecutores de acciones en salud mental: dentro del plan de atención básica.

Redes: que trabajan en salud mental, que incluyera las redes de prevención de violencia intrafamiliar, mesas de infancias, de la familia, entre otras.

Recurso humano: profesionales y técnicos responsables de la ejecución de las acciones en los municipios.

Participación social: espacios dentro del municipio donde se analicen y realicen acciones en salud mental.

Presupuesto asignado: recursos asignados a las acciones de salud mental, incluye la totalidad de los recursos dispuestos por la nación para el Plan de Salud Pública a los municipios y el porcentaje ejecutado en salud mental.

Se presenta el diagnóstico en servicios de salud mental en el departamento de Antioquia recolectado en los años 2004, 2006 y 2007, adecuado al marco legal vigente en la legislación colombiana.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño del estudio: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal el cual consistió en la recolección de información sobre los servicios de salud mental ofrecidos en los 125 municipios de Antioquia, este formulario fue enviado durante tres años (2004, 2006 y 2007) a todas las Direcciones Locales o Secretarías Municipales de Salud (DLS)

por correo oficial y recolectado en los siguientes dos meses después de enviado.

Población de estudio: el departamento de Antioquia cuenta con 125 municipios distribuidos en nueve regiones, cada uno cuenta con una dirección local de salud; estas unidades territoriales son las encargadas de planificar y garantizar la ejecución de las acciones colectivas dentro de la legislación donde se incluye el componente de Salud Mental.

En 2004 se recolectó información de 112 Direcciones Locales de Salud (DLS), equivalente al 90% de municipios del departamento. Se logró captar información del total de los municipios de las regiones del Occidente y Norte. En las demás regiones se logró una cobertura del 90% salvo en la región del Oriente, donde sólo facilitaron información 17 de los 23 municipios que conforman la misma, alcanzándose una cobertura del 74% en esta región.

En 2006 la información recopilada correspondió a 118 Direcciones Locales de Salud (DLS), equivalente al 94% del total de municipios del Departamento. Se logró capturar información del total de los municipios de la región del Norte, Bajo Cauca, Oriente, Occidente y del Área Metropolitana. En las demás regiones se logró una cobertura por encima del 80%.

Para 2007 los datos correspondieron a 81 Direcciones Locales de Salud que suministraron información de sus municipios. En la región Nordeste todos los municipios que la conforman respondieron la encuesta. En el Norte tres municipios faltaron por diligenciarla y en el Occidente cuatro municipios; las regiones con menor información fueron el Área Metropolitana con 5 municipios, y Urabá con 6 municipios. El procesamiento de la información se realizó en Epi Info versión 3.3.2.

RESULTADOS

Salud mental

La primera meta en salud mental era que el 100% de los municipios del departamento contara con un diagnóstico de salud mental elaborado y con problemas priorizados; para 2007, el 64% –51– de los municipios que respondieron la encuesta refirieron haber elaborado el diagnóstico de salud mental, dicha frecuencia absoluta fue similar a la información encontrada en el diagnóstico de oferta elaborado en el año 2004 donde 46% –52– de los municipios lo tenían y superior a la encontrada en el año 2006 donde sólo el 39% –46– de los municipios lo habían elaborado.

El Plan de Salud Mental era la segunda meta dentro del componente de salud mental descrita en el Anexo Técnico de la Circular 18 de 2004 del Ministerio de Protección Social. En el año 2004 sólo el 28% –31– de los municipios contaba con este plan, mientras que en el año 2006 el 40% –40– de los municipios reportó haberlo implementado; para el año 2007 este porcentaje aumentó al 58% –46–. La meta era lograr que el 80% de los

municipios contara con un Plan de Salud Mental implementado y operando.

En la formulación del proyecto de salud mental en los municipios, se encontró que el 61% –72– de los municipios encuestados contaba con dicho proyecto. En el área de los proyectos se evidenció que en promedio el 50% de los municipios de cada región contaba con proyectos de salud mental elaborados en los tres años observados.

En las regiones del Nordeste, Occidente y Suroeste, seis municipios de cada región reportaron contar con un plan, programa y proyecto de salud mental sin tener un diagnóstico de salud mental.

El tema de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento, fue trabajado en 26% –33– de los municipios en 2004, para 2006 este porcentaje llegó al 53% –62– de los municipios, y para 2007 el 46% –37– de los municipios lo tenía incluido dentro del Plan de acciones colectivas.

El 59% –47– de los municipios desarrolló la estrategia de habilidades para vivir durante los años 2007 y 2006, para 2004 se encontró que el 46% –51– de los municipios lo realizó.

Tabla 1. Regiones con diagnóstico, plan y estrategias en salud mental. Antioquia 2004, 2006 y 2007.

Región	Municipios	Municipios que respondieron la encuesta			Municipios con diagnóstico de Salud Mental			Municipios con Plan de Salud Mental			Promoción de estrategias y habilidades para vivir		
		2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Área Metropolitana	10	9	9	4	8	6	3	6	4	1	6	7	2
Urabá	11	10	9	5	3	4	3	2	3	2	7	2	2
Bajo Cauca	6	5	6	4	2	3	2	0	3	2	4	5	4
Magdalena Medio	6	5	5	3	4	1	1	3	2	1	4	4	1
Suroeste	24	21	22	16	14	9	10	7	7	9	9	11	8
Oriente	23	17	23	11	3	8	7	2	8	3	11	12	4
Nordeste	10	9	9	10	6	2	4	3	3	6	3	7	7
Occidente	18	19	18	14	7	4	8	3	3	9	6	11	9
Norte	17	17	17	14	5	9	13	5	7	13	7	10	10
Total	125	112	118	81	52	46	51	31	40	46	57	69	47

Sustancias psicoactivas

Sólo el 29% –23– de los municipios, que respondió la encuesta durante 2007, informó que tenía elaborado el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas. Se resalta la región del Suroeste donde 7 municipios lo tenían, y las regiones de Urabá y Bajo Cauca donde ningún municipio lo realizó.

Llama la atención que algunos municipios, que no realizaron el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas, sí contaban con un proyecto 44% –46– y el programa de reducción de sustancias psicoactivas 36% –38–.

Convivencia familiar

Dentro de los componentes como prioritarios en salud mental en los municipios que suministraron información, se encontró que la violencia intrafamiliar fue el evento más trabajado en los tres años consultados.

En cuanto a las acciones de promoción de la convivencia familiar y del trato digno de niños y

niñas, el 88% –71– de los municipios lo incluyó como uno de los componentes que se trabajaron durante 2007.

La prevención de la violencia intrafamiliar y/o violencia doméstica y sexual fue ejecutada en el 92,5% –74– de los municipios, especialmente de las regiones del Suroeste y Norte. Mientras que las acciones de vigilancia a este evento sólo la realizó el 85% –69– de los municipios que enviaron información.

Las regiones del departamento tienen un comportamiento similar en cuanto a la ejecución de los tres componentes de promoción –71–, prevención –74– y vigilancia –68– a la violencia intrafamiliar en cada uno de los municipios que enviaron la encuesta.

La mayor frecuencia en las acciones de promoción de la convivencia familiar, de acuerdo al diagnóstico de oferta de servicios de salud mental se encontró en el año 2006, 99% –117– de los municipios estaba ejecutando esta acción y la menor frecuencia se presentó en año 2004 que fue del 82% –92– de los municipios.

Tabla 2. Regiones con acciones en prevención de trastorno mental, diagnóstico y plan de reducción de sustancias psicoactivas. Antioquia 2004, 2006 y 2007.

Región	Municipios	Prevención de Trastornos Mentales			Municipios con diagnóstico de sustancias psicoactivas			Municipios con Plan reducción de sustancias psicoactivas			Municipios con Promoción proyectos de vida sin droga		
		2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007	2004	2006	2007
Área Metropolitana	10	4	5	0	4	4	1	3	3	0	6	5	0
Urabá	11	3	5	1	4	4	0	7	4	1	8	4	1
Bajo Cauca	6	2	4	2	2	1	0	1	2	0	2	3	2
Magdalena Medio	6	1	2	1	2	2	2	3	2	0	2	3	0
Suroeste	24	7	13	7	4	5	7	7	8	4	6	11	5
Oriente	23	6	16	6	2	7	2	6	7	3	9	11	3
Nordeste	10	1	3	3	3	4	4	2	3	3	3	5	2
Occidente	18	4	5	6	5	2	4	9	4	5	7	4	6
Norte	17	5	9	11	3	5	3	7	8	6	6	8	7
Total	125	33	62	37	29	34	23	45	41	22	49	54	26

Impacto psicosocial por minas antipersona y desplazamiento forzado

En la encuesta del diagnóstico de oferta de salud mental se indagó sobre acciones realizadas para disminuir el impacto psicosocial por accidentes de minas antipersona, encontrándose que sólo el 17% –14– de los municipios pertenecientes a las regiones de Oriente y Norte, realiza acciones en este aspecto.

Al comparar el diagnóstico realizado, en 2004 se encontró que 10 municipios tenían este programa, lo que representaba el 9%; luego para el año 2006 se presentaron 30 municipios, la cual fue la proporción más alta reportada (25%) en los tres diagnósticos realizados .

En relación con el impacto psicosocial por el desplazamiento, 21 municipios localizados en las regiones de Oriente y Norte implementaron acciones en este tema.

Ejecutores de las actividades de salud mental a cargo de los municipios

En 2007 la ejecución de las actividades de salud mental en los municipios estaba a cargo principalmente de las Direcciones Locales de Salud, 51% –41–. Tan sólo 6% de los municipios ejecutó actividades por la DLS y una IPS conjuntamente.

Para 2004 el 41% –46– de las actividades las ejecutó la DLS directamente y en 2006 este porcentaje aumentó a un 86% –101–.

Existencia de redes o agrupaciones en los municipios y acciones desarrolladas en el componente de salud mental durante el año 2007

De acuerdo a la normatividad del Ministerio de Protección Social, los municipios debían

contar con redes conformadas que integraran la promoción y prevención en salud mental, violencia intrafamiliar y sexual, pactos por la infancia y otras redes. De acuerdo a la información suministrada con respecto a este tema, se encontró que el 54% –44– de los municipios refirió la existencia de redes en salud mental establecidas y de éstas sólo 36 coordinaban actividades.

Con respecto a la red de prevención y atención a la violencia intrafamiliar, se encontró la frecuencia más alta en cuanto a existencia en los entes territoriales con el 72% –58–, dentro del cual se ejecutan acciones de promoción en 42 territorios, y la menor frecuencia fue la prevención de los trastornos mentales en 19 municipios.

Otra frecuencia importante es la existencia de mesas, observatorios o pactos por la infancia que se realizan en 56 municipios, en los cuales trabajaron específicamente la promoción y la coordinación de actividades con el 52% –42– y 51% –41–, respectivamente. La región Norte es la que presentó la mayor frecuencia de participación con 13 de los 14 municipios que respondieron la encuesta.

Igualmente se indagó en los municipios por las redes de prevención y atención en violencia sexual y otras acciones que realizaban, como atención a los discapacitados, redes constructoras de paz, comité del menor trabajador y de protección al menor, entre otras. Estos dos aspectos presentaron frecuencias menores, de 37% y 21% respectivamente, con relación a las anteriores.

Es de anotar que algunos municipios indicaron que existen las redes, pero de acuerdo a la información suministrada no ejecutan ninguna de las acciones. A nivel general se encontró que ocho municipios contaban con las cinco redes consultadas.

Recurso humano contratado y tiempo dedicado a las actividades de salud mental a cargo de los municipios de Antioquia

Un componente significativo para la atención en salud mental es la contratación de personal calificado. Sólo dos municipios cuentan con un psiquiatra. El 89% –72– de los municipios tiene contratados los servicios de 104 psicólogos que se encargan principalmente de realizar acciones de promoción y prevención.

Al igual que los psicólogos, el promotor de salud continúa siendo el personal de salud más contratado en 29 de los municipios. Sólo en una institución de salud de Medellín tienen contratados tres terapeutas ocupacionales. Se encontró que en 11 Direcciones Locales de Salud no hay personal contratado para realizar las acciones de salud mental.

Los entes territoriales contrataron otro tipo de personal para dedicarse a la atención en salud mental como: gerontólogo, auxiliar administrativo, profesional en desarrollo familiar, monitor de manualidades, vacunador y los gerentes de sistemas de información en salud.

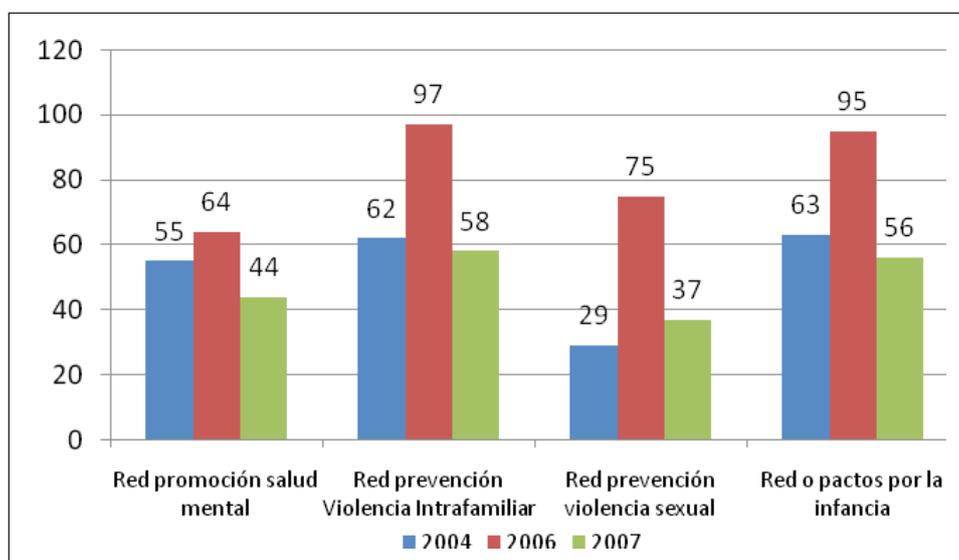
Espacios de participación social

Se encontró que el 95% –77– de los municipios contaba con el Consejo Municipal de Política Social (COMPOS).

En relación a otros mecanismos de participación establecidos, surgen el Comité de Vigilancia Epidemiológico (COVE), la Red Constructora de Paz, mesa juvenil, Cabildo Adulto Mayor, entre otros.

En el análisis de información del diagnóstico se encontró que cuatro municipios, dos de Occidente y dos de Valle de Aburrá, tienen establecidos los seis mecanismos de participación social determinados en el diagnóstico.

Figura 1. Existencia de redes o agrupaciones en salud mental. Antioquia 2004, 2006 y 2007.



Presupuesto asignado a salud mental

De acuerdo con los datos suministrados en las encuestas, se encontró que 59 municipios de los 81 enviaron información sobre los recursos económicos y fuentes de financiamiento asignados para el PAB.

La inversión en Salud Mental en el año 2004 fue del 17% del total de recursos asignados al PAB, en 2005 fue del 12%, para 2006 fue del 13% y en 2007 fue del 14%, en acciones del programa salud mental.

Las regiones que mayor inversión económica han realizado durante 2007 fueron Oriente, Nordeste y Norte de acuerdo a la información suministrada por los municipios que enviaron la encuesta.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Durante 2007 se encontraban habilitadas un total de 1142 Instituciones Prestadoras de Salud, de éstas el 18% –200– correspondió a Empresas Sociales del Salud (se aclara que en este total se encuentran también los puestos o centros de salud habilitados que funcionan en cada uno de los municipios), el 32% –360– correspondió a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el resto, 51% –582–, fueron instituciones que tenían registrados los servicios de oftalmología, laboratorio clínico, centros de rehabilitación, entre otros.

En la base de datos de Prestadoras de Servicios de Salud del departamento de Antioquia de los años 2006 y 2007, se encontraban registrados 3,5 psicólogos por cada 10.000 hab. –11968– y 0,7 psiquiatras por cada 10.000 hab. –403–, estos últimos repartidos en 297 IPS habilitadas en el año 2006 y 2007. El Área Metropolitana continúa siendo la región que alberga el mayor número de profesionales de la salud.

Tipo de recurso humano y tiempo dedicado a las actividades de salud mental en las IPS que reportaron información para el diagnóstico de oferta en salud mental

De acuerdo con la información que suministraron las Instituciones de Salud, la región del Magdalena Medio no reportó personal encargado de la salud mental en sus municipios. En el Valle de Aburrá se contrata la mayoría de los psiquiatras, igualmente tiene contratado los servicios profesionales de terapeuta ocupacional. Sobresale un municipio de la región del Suroeste donde tienen contratado un profesional de esta rama.

Al evaluar las horas mensuales dedicadas a la atención en salud mental tanto por las IPS y DLS que enviaron la encuesta, se encontró que los psicólogos –20.357 horas/mes– y los promotores de salud –11.867 horas/mes– son los que más horas dedican a la promoción de la salud mental.

Se puede observar que no existe un acompañamiento primordial en cuanto a la rehabilitación de los pacientes, son pocas las horas dedicadas a esta actividad.

Dotación y servicios de apoyo en las IPS para la atención en salud mental

En materia de dotación de camas hospitalarias, de acuerdo a la información recopilada en las encuestas, se destaca la región del Suroeste donde los tres municipios cuentan con una cama específicamente para la atención en salud mental y un municipio de esta misma región que cuenta con dos camas. El resto de camas se encuentran centralizadas en el Área Metropolitana.

Espacios de participación social en las Prestadoras de Servicios de Salud

En Colombia el proceso de descentralización abrió canales para la participación de la comunidad de tal manera que los ciudadanos puedan acceder a las decisiones, administración y control. Es por eso que en la encuesta realizada a las instituciones de salud se preguntó sobre este aspecto, pero en especial por aquellas que apoyaban o realizaban acciones en salud mental, encontrándose que solo dos municipios cuentan con Asociación de Usuarios, Asociación de Familiares y otros como grupo de apoyo social o familiar al paciente.

Al continuar el análisis se encontró que el 40% –27– de los municipios enfocó sus acciones en la promoción de la salud, especialmente la región Norte, con siete municipios. En lo referente a la prevención de trastornos mentales se encontró que esta acción la realizaron cinco municipios, representando el 7%.

Dificultades en la remisión de pacientes

De acuerdo a las respuestas obtenidas de los municipios en la encuesta del diagnóstico de oferta con respecto a las dificultades para la remisión de los pacientes en salud mental a una institución de nivel superior, se encontró que la mayor frecuencia correspondió a la no disponibilidad de camas en las instituciones receptoras.

La incapacidad de pago del paciente se constituyó en la segunda causa de dificultad en la remisión desde los municipios, aspecto que representó el 44% –30–. En menor proporción, pero no de menos importancia, se mencionaron con la denominación “otros”, el horario de atención de las instituciones a las cuales fueron remitidos, la falta de recursos económicos para asistir a las citas de control y no tener acceso a una consulta especializada por la congestión de los servicios de consulta externa.

Tipo de medicamentos

El tipo de medicamentos que utilizaban las instituciones de salud durante los anteriores dos diagnósticos realizados en los años 2004 y 2006 fueron los antidepresivos; durante el año 2007 los más utilizados fueron los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

DISCUSIÓN

La necesidad de contar con información exacta acerca de los recursos existentes en salud mental, se requiere para mejorar las condiciones de calidad y la cantidad de los recursos de salud mental que cubran las necesidades actuales y futuras (7), teniendo en cuenta que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la carga de morbilidad y previendo que esta carga aumente en los años venideros (3). El 54% –57– de los municipios en Antioquia no elaboró el diagnóstico de salud mental en el periodo 2004-2007 a pesar de ser una meta de obligatorio cumplimiento en la normatividad nacional y un insumo básico para la identificación de los problemas de la población y su priorización en la agenda pública municipal.

Al finalizar el cuatrienio de Gobierno local 2004-2007, el nivel nacional esperaba que el 80% de los municipios contara con un plan de salud mental (5), como evidencia de la formulación de acciones concretas en este componente y como base para el desarrollo de programas y planes de acción. Sin éste, resulta difícil planificar la cobertura de las necesidades presentes y futuras de un ente territorial. Para 2007 el 37% –46– de los municipios en Antioquia reportó la implementación y operación de dicho plan.

En el componente de la formulación del proyecto de salud mental, se encontró que el 61% –72– de

los municipios contaba con dicho proyecto. Un proyecto de salud mental facilita a los municipios la aplicación de medidas en este tema. El proyecto se convierte en una actividad local y requiere apoyo económico que garantice su aplicación.

Por lo general, se considera fundamental establecer un presupuesto específico de salud mental para desarrollar los servicios (3), especialmente en los municipios en que este componente no es prioritario. En Antioquia, en los cuatros años de vigencia de la Circular 18 de 2006, el presupuesto asignado en promedio fue del 14% del total de recursos del sistema general de participaciones asignado a salud pública (acciones colectivas). Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales (8, 9), así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces, la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15% (4), pero del presupuesto general del municipio, no de los recursos asignados desde la Nación.

Otra meta del anexo técnico de la Circular 18 de 2004 en el componente de salud mental, era la operación de una red de protección y apoyo social en salud mental y reducción de la demanda de sustancias psicoactivas en el 80% de los municipios. Para Antioquia el 72% de los municipios reportó su implementación, esto a través de procesos de sensibilización con los diferentes actores sociales y del sistema de salud presentes en el municipio.

En el 30% de las Instituciones Educativas se esperaba contar con la implementación de la estrategia habilidades para vivir; el 59% –47– de los municipios en Antioquia la desarrolló. Esta información no se desagrega por institución educativa y no refleja si la implementación cumple los criterios de una estrategia con un modelo teórico y enfoque metodológico y no sólo acciones puntuales enmarcadas en este tema.

La meta más difícil de identificar fue la implementación de estrategias de movilización

social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, que se esperaba operativizar en el 50% de las entidades territoriales. Pero, además de ser desarrollada debía ser evaluada. El nivel de avances en los municipios no permitió la implementación de estrategias con los presupuestos suficientes y no fueron reportadas experiencias en la evaluación de dichos proyectos.

El diagnóstico consultó además por el recurso humano especializado y no especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención. Para Antioquia, de acuerdo al registro de Prestadoras, se encontró una disponibilidad de 7 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. El psiquiatra es un miembro fundamental del equipo de atención de salud mental, es también esencial para formar, apoyar y supervisar a los profesionales y técnicos de los primeros niveles de atención de salud mental (10, 11). La media mundial de psiquiatras por 100.000 habitantes es de 4,15 (mediana 1,2), según el informe de recurso humano en salud mental en el mundo en el año 2005 (3).

En Antioquia están identificados 35 psicólogos por cada 100.000 habitantes. Los psicólogos son miembros importantes de los equipos de atención de salud mental porque desempeñan varias funciones, tanto de diagnóstico como de terapia y rehabilitación. La media de psicólogos del área de salud mental en el mundo fue de 6,43 por 100.000 habitantes.

Las recomendaciones presentadas en el informe mundial sobre la violencia y salud reconocen la importancia de aumentar la capacidad para recolectar datos y de reforzar la respuesta a las víctimas de la violencia (7). Este tema fue el principal componente trabajado en el área de salud mental en los municipios de Antioquia en el periodo 2004-2007. Igual comportamiento

presenta la promoción de la convivencia pacífica implementada en el 86% –108– de los municipios, acatando otra recomendación del informe mundial frente a la promoción de respuestas de prevención primaria (12).

Para el logro de las metas propuestas en la Circular 18 de 2004, los municipios debían desarrollar intervenciones e indicadores en los Planes de Salud Pública durante la vigencia 2004-2007 (2). Con respecto al componente de salud mental se puede informar que si bien los municipios desarrollaron acciones de salud mental relacionadas con las metas establecidas por el nivel ministerial, no alcanzaron los indicadores esperados. En 2004 y 2006 se hizo un mayor reporte de las acciones

implementadas, el cual disminuyó en el año 2007 afectando la confiabilidad de la información y la generalización a todo el departamento.

CONCLUSIÓN

Hasta que no se logre reconocer la importancia de contar con información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas (13-15); además, sin contar con la voluntad política para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales (16-18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo. [en línea] 2001 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>
2. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: www.who.int/whr/2008/es/index.html (Consultado el 20 de octubre de 2009).
3. Organización Mundial de la Salud. Atlas recurso de salud mental en el mundo [en línea] 2005 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf
4. Ministerio de la Protección Social. Circular externa N° 18 de 18 de febrero de 2004 anexo técnico metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento del plan de atención básica. [en línea] 2004 [Acceso el 14 de mayo de 2007] URL disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co.
5. Ministerio de la Protección Social Colombia. Circular N° 0018 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004-2007 y de los recursos asignados para salud pública. Bogotá; 2004.
6. Ministerio de la Protección Social Colombia. Decreto 3930 Plan Nacional de Salud 2007-2011. Bogotá; 2007.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [en línea] 2002 [Acceso el 14 de mayo 2007] URL disponible en: www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_2003.htm
8. Murray CJL, López AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
9. Ministerio de Protección Social. Informe preliminar encuesta nacional de salud mental. [en línea] 2003 [Acceso el 18 de Agosto de 2007] URL disponible en: www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=266
10. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998 Ministerio de Salud. [en línea] 1998 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: www.acsam.com.co
11. Berbesí DY, Rivas G. Diagnóstico de Oferta de Servicios de Salud Mental 2006. Dirección Seccional de Salud de Antioquia 2006. Ref Type: Unpublished Work.
12. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5):314-26.
13. Márquez Alonso I, Póo Ruiz M. Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría Pública* 1998;(6):378-388.
14. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac Sanit* 2002;16(1):48-53.
15. Berrios X, Bedregal P, Guzmán B. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile. Experiencia del programa “¡Mírame!”. *Rev Méd. Chile* 2004;(132):361-370.

16. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública* 2005;18(4/5):229-40.
17. Echeverri G, Otálora N. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2005.
18. Vicente P, Kohn, Robert, Saldivia B. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev. Méd. Chile* 2007;135(12):1591-1599.