

**Atención Integral e Integrada en Salud Mental, un Acercamiento a su Proceso de
Implementación desde las Voces de Actores Estratégicos en el Departamento de Antioquia**

Beatriz Guerrero Zuluaga

**Proyecto de Grado Presentado como Requisito para Optar el Título de
Magister en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia**

**Asesor
PhD. Juan Carlos Jaramillo Estrada**

**Universidad CES
Facultad de Psicología
Maestría en Salud Mental de la Niñez y la Adolescencia
Medellín
Agosto de 2020**

Tabla de Contenido

Listado de Siglas.....	5
Introducción.....	6
Resumen.....	8
Problema de Investigación.....	9
Justificación de la Investigación	18
Objetivos de la Investigación	20
Objetivo General.....	20
Objetivos Específicos	20
Análisis Epistemológico de la Investigación	21
Análisis Teórico.....	23
El Punto de Partida: Sobre las Categorías Iniciales.....	23
<i>Concepto de Salud Mental</i>	26
<i>Atención Integral en Salud Mental</i>	31
<i>Atención Integrada en Salud Mental</i>	35
<i>Una Nueva Mirada: Atención Integral e Integrada en Salud Mental.</i>	37
<i>Implementación en Salud Mental: Lineamientos Normativos.</i>	42
Análisis Metodológico.....	59
El Punto de Partida	59
Selección de los Participantes.....	60

Técnicas de Generación de Información	61
<i>Entrevista Semiestructurada</i>	62
<i>Grupo Focal</i>	63
Instrumentos de Generación de Información	64
<i>Diseño Entrevista Semiestructurada</i>	64
<i>Diseño de Grupo Focal</i>	65
Proceso de Obtención de la Información	66
Técnicas de Procesamiento y Organización de la Información	67
Análisis de la Información	69
<i>Momento Descriptivo</i>	70
<i>Momento Analítico</i>	74
<i>Momento Interpretativo</i>	81
Análisis Ético	82
Consentimiento Informado	84
Presentación Detallada de los Resultados de la Investigación	86
Momento Descriptivo	86
<i>Fundamentos Normativos, Conceptuales y Metodológicos que se utilizan para Implementar la</i> <i>Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia.</i>	86
<i>Recursos Administrativos, Técnicos y Operativos Disponibles para la Implementación del Abordaje</i> <i>Integral e Integrado en Salud Mental en el Departamento de Antioquia, desde la Mirada de Actores</i> <i>Estratégicos en Salud Mental</i>	105

<i>Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras y Retos Percibidos por los Actores Estratégicos en Salud Mental en la Implementación de la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia.</i>	132
Momento Interpretativo: Comprensión del Proceso de Implementación de la Atención Integral en Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia	156
<i>Incidencia Política Negativa</i>	156
<i>Salud Mental, la Cenicienta en el Sistema de Salud</i>	158
<i>Abismo entre Teoría y Práctica</i>	161
<i>Funcionamiento del SGSSS Vs. la Atención Integral e Integrada</i>	164
<i>Talento Humano en Salud Mental</i>	169
Conclusiones.....	177
Recomendaciones.....	180
Análisis Político	183
Análisis de Aspectos Formativos.....	185
Propuesta de Transferencia de Conocimiento.....	186
Referencias	187
Anexos	198

Listado de Siglas

ASIS: Análisis de Situación en Salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

EPS: Entidades Promotoras de Salud

ET: Entidad Territorial

ETD: Entidad Territorial Departamental

ETM: Entidad Territorial Municipal

IPS: Instituciones Prestadores de Servicios de Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

PIC: Plan de salud pública de Intervenciones Colectivas

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SPA: Sustancias psicoactivas

Introducción

Los avances normativos a nivel nacional para el tema de salud mental han sido muy prolíferos en la última década, generando grandes retos para avanzar en las acciones en salud mental a nivel nacional y territorial.

Entre estos avances, se destaca muy especialmente aquellos relacionados con la atención integral e integrada en salud mental, los cuales señalan nuevas metas y objetivos, así como desarrollo de acciones y estrategias para generar un trabajo articulado, complementario y continuo en términos de una respuesta más holística, oportuna y eficaz en la atención en salud mental.

Si bien en la propuesta de atención integral e integrada en salud mental se ha avanzado en planteamientos más amplios para abordar la salud mental, definiendo responsabilidades y asignando tarea a los distintos actores del SGSSS, es importante comprender hasta qué punto han podido ser llevados a la práctica, precisando aquellos aspectos que han facilitado dicha implementación o, por el contrario, la han dificultado. Tal como se dice comúnmente, un asunto es lo que está escrito en la norma, y otro las verdaderas posibilidades para llevarlo a la práctica.

En esta vía, identificar los avances logrados, las oportunidades en términos de reconocer facilitadores en este proceso, las tensiones que dan cuenta de situaciones que hacen parte del funcionamiento de las lógicas territoriales y que pueden generar discrepancias o choques, y que pueden estar generando estancamiento o incluso reprocesos; las barreras reconociendo situaciones que limitan, impiden, dificultan u obstaculizan las posibilidades de la implementación del abordaje integral e integrado en salud mental en los municipios son elementos claves en su comprensión. Igualmente, reconocer los retos en términos de las condiciones o situaciones que son susceptibles de mejora, que requieren un mayor esfuerzo, definición o ajuste, considerando que su intervención es clave para generar condiciones favorables en el proceso de implementación para que la atención integral e integrada funcione correctamente, permitirá orientar la acción hacia una respuesta más acorde a las

necesidades en salud mental de la población, pero contextualizada de acuerdo a las realidades territoriales.

Con el fin de aportar elementos reflexivos que permitan responder a la intencionalidad antes descrita, se ha desarrollado la investigación “Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia”, cuyo objetivo es “Comprender, desde la experiencia de actores estratégicos en salud mental, los aspectos normativos, conceptuales y metodológicos que se utilizan para implementar la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia”.

Para su realización se siguió una metodología cualitativa, enmarcada en el paradigma interpretativo, y un diseño de estudio de caso; como técnicas de generación de información se realizaron entrevistas semiestructuradas y un grupo focal.

Esta investigación se realiza como requisito para optar al título de Magister en Salud mental de la niñez y la adolescencia, de la Facultad de Psicología de la Universidad CES. A continuación, se detalla el proyecto y los resultados del proceso de investigación, en coherencia con el protocolo establecido institucionalmente.

Resumen

Los desarrollos conceptuales, normativos y políticos de índole nacional que proponen una atención integral e integrada en salud mental han tenido un fuerte desarrollo en la última década, por lo que profundizar sobre su implementación y los modos en que actores claves en salud mental del orden departamental, adaptan y adecuan a las realidades locales e institucionales dichos lineamientos, permite la identificación de avances, puntos críticos, y el reconocimiento de las gestiones necesarias para su proceso de implementación en el departamento de Antioquia. **Objetivo:** Comprender desde la experiencia de actores estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia. **Metodología:** Investigación de paradigma interpretativo, método cualitativo y diseño de estudio de caso; técnicas de generación de información entrevistas semiestructuradas y grupo focal. **Resultados:** Se destaca como aporte de los desarrollos normativos a nivel nacional que la salud mental es vista hoy como derecho fundamental y tema prioritario en salud pública; así mismo que estos desarrollos han introducido enfoques positivos de la salud mental y de determinantes sociales que han ampliado su comprensión. En cuanto a recursos administrativos, técnicos y operativos, se reconocen importantes dificultades que generan una brecha significativa en la aplicación de los lineamientos normativos, donde lo teórico dista mucho de las posibilidades para su implementación en un territorio tan diverso como el antioqueño, reconociéndose una insuficiencia e inequitativa distribución de recursos económicos, incidencia política negativa, condiciones de contratación y características del talento humano complejas y barreras que no propician la atención oportuna, continua y continuada en salud mental. **Conclusiones:** Pese a los desarrollos normativos y conceptuales la atención integral e integrada en salud mental se ve permeada por condiciones políticas, económicas, administrativas y técnicas que limitan sus posibilidades de implementación.

Problema de Investigación

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 1946, p.1)

La definición de salud propuesta en el epígrafe, fue planteada en la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ella brinda elementos relevantes que serán el punto de partida para los diversos desarrollos del concepto de salud mental, al darle un lugar importante al bienestar mental como parte integral de la salud, y no reducir la salud a la enfermedad, marcando la interacción con aspectos físicos y sociales, planteando una mirada bio-psico-social de la salud.

Años más tarde, la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001, p. 1), dando cuenta de una mirada que trasciende la enfermedad mental, al ubicarla desde un sentido más positivo que da lugar a aspectos antes no considerados en la comprensión de la salud mental, como el bienestar, las capacidades de afrontamiento, el desarrollo de aptitudes, funcionamiento efectivo y capacidad para hacer aportes a la sociedad, dando existencia al reconocimiento de aspectos sanos en la comprensión de la salud mental.

Por su parte, en Colombia en la Política Nacional de salud mental (Resolución 2358, 1998), se plantea que cualquier definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de salud en general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud; en esta vía, y en la línea de la mirada bio-psico-social planteada por la OMS (1946) en su concepto de salud, en la Política se propone la siguiente definición:

Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común. (Resolución 2358, 1998, p. 20)

Posteriormente, en el 2013, el Estado colombiano presenta la Ley 1616 como marco normativo que rige las acciones en salud mental, definiendo la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616, 2013, p. 1).

Estas definiciones trascienden la mirada individualista y centrada sobre la enfermedad que históricamente se tuvo de la salud mental, ubicando nuevos elementos para su comprensión y abordaje, señalando lo relacional y la interacción como aspectos claves del concepto de salud mental; también se reconoce la posibilidad de promover el bienestar subjetivo y desarrollo de potencialidades, así como la capacidad colectiva e individual de pensar, expresar sentimientos y emociones, enfrentar las situaciones de la vida cotidiana, ganar el sustento y disfrutar de la vida ubicándola en un enfoque más positivo y alejado del trastorno mental.

Pese a estos nuevos conceptos que configuran un enfoque más positivo de la salud mental, influenciado por los desarrollos sobre los determinantes sociales de la salud que tuvieron lugar alrededor de los años 70's y los discursos sobre promoción de la salud en los años 80's, definiéndola dentro de un modelo más psicosocial, la construcción de conocimiento científico sobre el campo de la salud mental se ha sostenido históricamente desde el modelo biomédico, centrando la atención en la enfermedad mental y sus factores de riesgo ambientales y comportamentales (Ardón & Cubillos,

2012), llevando a configurar un escenario en el que cohabitan dos enfoques: el enfoque de gestión del riesgo en salud y un enfoque más positivo de la salud mental, desde la promoción de la salud.

La gestión del riesgo en salud es definida como:

El proceso de identificar la vulnerabilidad de las poblaciones ante una amenaza, luego analizar las posibles consecuencias derivadas del impacto de la amenaza sobre esa población, delimitar la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar y mecanismos para reducir la amenaza, la vulnerabilidad y para afrontar el evento crítico si llegara a ocurrir (Gómez, 2014, p. 7).

En esa medida, desde el enfoque de gestión del riesgo las acciones se centran en la prevención primaria, secundaria y terciaria, proponiendo un proceso dinámico de identificación, análisis y respuesta ante la vulnerabilidad, donde se plantean soluciones a partir del abordaje causal de los riesgos en salud en poblaciones específicas para reducir la amenaza, intervenir oportunamente, modificar y evitar que ocurran desenlaces adversos, así como minimizar sus consecuencias.

Por su parte, el enfoque de promoción de la salud tiene arraigado un concepto más positivo, centrado en los medios para llevar la salud a su máximo nivel, promoviendo la corresponsabilidad en su cuidado y mantenimiento, la cual ya no recae sólo en el Estado y el sector salud como actores protagonistas de su abordaje, sino además en los individuos, las instituciones y las comunidades; en esta medida, se plantean acciones enfocadas al desarrollo de hábitos y conductas saludables, ambientes favorables para la salud, políticas saludables, participación comunitaria y reorientación de servicios (OMS, 1986).

Desde esta mirada, la salud es la dimensión central de la calidad de vida; hace referencia a aquellas acciones que promueven entornos y condiciones de vida que propicien la salud y permitan a las personas, grupos y comunidades, adoptar y mantener modos de vida saludables. Igualmente se destaca desde este enfoque la importancia del trabajo intersectorial como estrategia orientada hacia la

transformación de los determinantes de la salud que afectan la calidad de vida. Sobre esta base se puede considerar que para este enfoque, la protección y el fortalecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades y no solamente el ocuparse de los trastornos mentales cuando estos se presentan.

La coexistencia de ambos enfoques, gestión del riesgo y promoción de la salud, no ha implicado necesariamente una articulación e integración respecto a sus planteamientos y estrategias, trabajándose de manera separada y fragmentada, razón por la cual instancias rectoras como la OMS y Organización Panamericana de la Salud (OPS) han planteado la necesidad de articularlas e integrarlas, convirtiéndose esta tarea en un imperativo a nivel regional y global.

Así, el documento “Marcos de referencia para la implementación de estrategias regionales de salud mental”, define que la visión integral de la salud lleva a reconocer la interrelación entre promoción-prevención y recuperación de la salud-rehabilitación, así como a entender que la promoción de la salud mental es parte de la promoción de la salud en general. Como resultado operativo surge naturalmente que la colaboración intra e intersectorial es una necesidad en el abordaje integral del proceso salud-enfermedad (OPS, 2011). Igualmente, el Plan de acción de salud mental 2013-2020 propuesto por la OMS ilumina esta idea cuando plantea “Este plan de acción tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación” (OMS, 2013, p. 6).

De este modo, los avances normativos y políticos que orientan las acciones en salud mental desde el nivel internacional, explicitan la necesidad de articular las estrategias y acciones que ambos enfoques proponen, planteando que históricamente el peso de las mismas se ha concentrado en las acciones de atención y recuperación de la salud dejando relegadas las acciones de promoción y

prevención, realizando un llamado a lo que podríamos identificar como un tercer enfoque dirigido hacia una atención mucho más integral e integrada en salud mental (OPS, 2011; OMS, 2013).

En Colombia, al igual que las tendencias mundiales, el abordaje de la salud mental se ha caracterizado por focalizarse en la atención de la enfermedad y desarrollo de estrategias dirigidas hacia la atención de los problemas relacionados con salud mental, con muy pobre desarrollo de las acciones de promoción de la salud (MSPS, Colciencias y Universidad Javeriana, 2015a).

Sin embargo, pese a que la atención en salud mental ha estado centrada sobre la intervención de los trastornos y problemas en salud mental, sus índices de prevalencia e incidencia han presentado un continuo incremento a lo largo del tiempo. En Colombia, según el DANE (2016), se registraron 2.154 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento (CIE10: F00-F99) entre 2005 y 2015, mostrando una tendencia ascendente en el número de casos en los últimos 3 años de este período; Igualmente en el Análisis de indicadores en salud mental expedido por el MSPS, se señala que la tasa de suicidio pasó de 4,47 en 2014 a 5,07 por 100 mil habitantes en 2016, para el período 2014 – 2017 el aumento anual de las tasas fue de 7,3% en hombres y 4,5% en mujeres, señalando un incremento de esta problemática. Este mismo texto plantea que en Colombia en el 2015 se atendieron 4 personas con trastornos mentales y del comportamiento por cada 100 que consultaron a los servicios de salud, esta proporción viene creciendo año tras año desde 2009 (MSPS, 2018a). En el país se hospitalizaron en 2015 el 2,42% de las personas atendidas, por trastornos mentales y del comportamiento (MSPS, 2018a), siendo esta situación un evento prevenible en la medida en que se brinden las atenciones necesarias para mantener a los pacientes compensados y evitar las agudizaciones del cuadro clínico de acuerdo con lo planteado por la OMS (OMS, 2008).

Otros datos que reafirman esta idea y que dan cuenta de situaciones problemáticas en la atención en salud mental se encuentran en la Encuesta Nacional de Salud mental (2015a) donde se plantea que en los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud

mental, lo cual se evidencia en el incremento de problemas y trastornos mentales. Así mismo en los resultados presentados se identifica que de las personas que referenciaron presentar algún tipo de problema en salud mental en los últimos 12 meses, menos del 50% solicitaron atención, encontrándose allí barreras actitudinales relacionadas con el estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas frente al sistema de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias de los tratamientos y la baja necesidad percibida de requerir ayuda. De la población que decide consultar entre el 88% y el 94% logran acceder al servicio; sin embargo, el estudio no se aproximó a la medición de la oportunidad, calidad o la continuidad de la atención, ítems en los cuales existen vacíos de información pero que sin embargo son reportados comúnmente por los usuarios como fallas del sistema (MSPS, Colciencias y Universidad Javeriana, 2015a).

Desde el liderazgo del sector salud a nivel nacional, los esfuerzos por transformar esta realidad han impulsado la construcción de una serie de normas y directrices que cristalicen la intención de integrar los diversos aspectos fragmentados, con el fin de potenciar los resultados de las intervenciones, siendo el referente principal la Ley 1438 de 2011. Esta ha implicado una verdadera reforma al sistema de salud, planteando la Atención Primaria en Salud como la estrategia de coordinación intersectorial por excelencia, que permitirá la atención integral e integrada, desde la salud pública.

Así mismo, la Ley 1616 de 2013 de salud mental, en su objeto plantea:

Garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud (p. 1).

Paralelamente, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, carta de navegación del sector salud para dar cumplimiento a las prioridades definidas en salud pública desde el nivel nacional, abarca el estado de salud de las poblaciones desde un punto de vista integral, motivo por el cual propone una actuación articulada entre sectores y actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud y enfermedad a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia. Por tal motivo, como propósitos de gestión de la salud pública se plantea la integración de los objetivos del sistema de salud con los de seguridad social (abordaje sociosanitario), lo cual es posible a partir de la concurrencia de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios (Resolución 1841, 2013a)

De otro lado, la Ley Estatutaria de Salud en su artículo 15 sobre las prestaciones de salud define que,

(...) el sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (Ley 1715, 2015a, p.9).

En esa línea de sentido, en su Artículo 20 (De la política de atención pública en salud), plantea que el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera, dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que la rehabilitación (Ley 1715, 2015a).

En el Plan de Desarrollo Nacional 2014–2018 en el artículo 65, se plantea facultar al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS),

con el enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulando actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial (Ley 1753, 2015b).

A partir de esta directriz se expide la Política de Atención Integral en Salud-PAIS (Resolución 429, 2016a) donde se exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. A través de la coordinación que implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.

En esta misma línea, el MSPS definió un Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS (Resolución 3202, 2016b) que define para todos los agentes del Sistema la forma en que debe ser atendida la población. Bajo este modelo, las atenciones se realizarán en el entorno familiar, social y comunitario. Se implementarán rutas de atención para la promoción y el mantenimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes, juventud, trabajadores y la tercera edad. Igualmente existirán rutas para la población que tiene un riesgo específico de enfermar o que ya tengo un daño en la salud. Con el MIAS se fortalecerán los prestadores primarios (puestos, centros y hospitales de baja complejidad), en materia de infraestructura, tecnología, equipos de salud intra y extramurales. La coordinación estará, en lo posible, a cargo de médicos especialistas en medicina familiar de manera que se aumente la capacidad resolutive y se pueda responder a las necesidades de la población.

En definitiva, en la última década han sido bastantes los desarrollos legislativos y políticos para favorecer un abordaje integral e integrado en salud, que a su vez permean la atención integral e integrada en salud mental a nivel nacional. Sin embargo, lo reciente de su implementación abre el espacio para la reflexión a través de una serie de interrogantes en torno al proceso de implementación por parte de los entes territoriales en los municipios y otros actores claves que tienen como responsabilidad su operativización, lo que además se pudo evidenciar en el rastreo en distintas bases de

datos como LILACS, MEDLINE, SCIELO; PUBMED, así como también en sitios web de instituciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, a nivel nacional, utilizando los descriptores: atención integrada en salud mental, atención integral en salud mental, implementación de abordaje integral e integrado en salud mental, la cual estuvo restringida a la búsqueda de documentación en español, no encontrándose publicaciones relacionadas con los temas en mención.

Es así como surgieron preguntas en términos de ¿cómo ha sido la difusión de los lineamientos y normas que plantean un abordaje mucho más integral e integrado?, ¿cuáles son los niveles de comprensión y apropiación por parte de los actores responsables de su aplicación?, si las características que exigen los lineamientos están dadas en las realidades municipales, si los recursos para su ejecución son suficientes, en fin ¿cómo ha sido el proceso de adecuación a las realidades locales de todos estos lineamientos?. Con el fin de responder a estas inquietudes, se ha formulado el objetivo general de la presente investigación: ¿Cuáles son los aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia?.

Justificación de la Investigación

El hecho de que varios de los desarrollos que se plantean alrededor de la atención integral e integrada en salud mental están en proceso de implementación, hace fundamental un acercamiento a sus procesos de implementación, con el fin de indagar sobre sus posibilidades y puntos de quiebre en sus contextos de aplicación. Contar con un ejercicio serio y metódico que compile las reflexiones de un grupo de actores estratégicos en salud mental a nivel departamental sobre cómo se ha venido dando dicha implementación, se constituye en un insumo de referencia para su ejercicio de aplicación.

Por lo tanto, realizar este ejercicio de investigación es relevante a nivel social al permitir un acercamiento a los desarrollos y apuestas normativas en salud mental del orden nacional, al posibilitar contrastar los desarrollos teóricos y normativos con sus posibilidades de aplicación en lo territorial, lo que permitirá identificar avances y aspectos críticos en la implementación de dichas pretensiones en las realidades municipales.

En esta medida, el ejercicio investigativo arrojará información útil para quienes, desde el nivel nacional, se encargan de la emisión de lineamientos y el diseño de políticas públicas en el campo de la salud mental, lo que les permitirá identificar aspectos claves para el diseño de lineamientos técnicos más acordes a las posibilidades de los contextos y realidades territoriales, así como considerar distintos aspectos para las acciones de Asesoría y Asistencia Técnica que desarrollan en los territorios. Igualmente, sus resultados pueden ser de interés para Secretarios de Salud y otros directivos de entidades territoriales del departamento, así como para personal directivo y administrativo de EPS e IPS, en la medida que se caracterizarán aspectos políticos, administrativos y contextuales de su interés que influyen en las posibilidades de llevar a la práctica la atención integral e integrada en salud mental, lo que permitiría tomar medidas para mejorar los procesos de implementación de los temas de salud mental en clave de los desarrollos normativos actuales, mejorando posibilidades para la oferta de los distintos servicios.

Así mismo, es un insumo valioso para los encargados de la implementación de las políticas de salud mental en las Entidades Territoriales, ya que la identificación de puntos fuertes y débiles respecto a elementos conceptuales, técnicos y operativos podría aportar en la adaptación y adecuación de los lineamientos dados desde el orden nacional para aplicar en lo territorial desde su rol, al reconocer posibles limitaciones y retos que puedan reflexionarse con los equipos de trabajo para definir y calcular acciones propuestas en los lineamientos, así como mecanismos y estrategias que ayuden a

Esta investigación constituirá un aporte teórico al campo de la salud mental al analizar avances y posibilidades para la implementación de un tema vigente y novedoso, como lo es la atención integral e integrada en salud mental, la cual requiere procesos de análisis respecto a sus posibilidades de aplicación en condiciones tan diversas como las que enfrentan los distintos municipios del departamento de Antioquia, posibilitando identificar aspectos sobre los que se requiere mayor desarrollo tanto a nivel teórico, formativo e investigativo relacionados con el tema de salud mental.

En cuanto a su viabilidad y factibilidad, dos contextos deben ser analizados: el primero, el marco formativo en el cual se inscribe la investigación, como trabajo de investigación en el marco de una maestría, lo que implicará supervisión y acompañamiento técnico y operativo continuo, que generará una cualificación permanente para alcanzar esta finalidad; y el segundo contexto, está dado por la utilidad para las entidades responsables de la atención en salud mental a nivel departamental y municipal, en contar con una reflexión que posibilitará orientar sus programas y servicios en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental.

Las razones anteriores justifican en términos de pertinencia, utilidad, viabilidad, factibilidad y aportes teóricos, la realización de esta investigación.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Objetivos Específicos

Describir los fundamentos normativos, conceptuales y metodológicos que se utilizan para implementar la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Caracterizar los recursos administrativos, técnicos y operativos disponibles para la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Reconocer los avances, oportunidades, tensiones, barreras y retos percibidos por los referentes de salud mental en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Análisis Epistemológico de la Investigación

De acuerdo con los objetivos del estudio, se eligió un paradigma interpretativo, ya que lo que se buscaba era un acercamiento al fenómeno de una manera integral y contextual, enfatizando en la inmersión y comprensión del significado humano atribuido a unas circunstancias o fenómenos específicos, más que buscar generalizaciones en éstos (Pérez, 2004). En esa vía, la realidad y el sujeto del conocimiento fueron interdependientes, y se puso en juego la descripción, análisis, comprensión y definición que hicieron los participantes en la investigación desde sus percepciones, juicios y emociones.

En esta investigación, la información emergió de la realidad contextual (departamento de Antioquia), a partir de las apreciaciones de referentes de salud mental como actores claves y estratégicos para los procesos de implementación del tema, de las cuales surgieron aspectos a los que ellos mismos atribuyeron un valor significativo en relación con aspectos favorables y críticos que han percibido en la operativización de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental. De este modo, los actores estratégicos en salud mental fueron los protagonistas en tanto se tuvo en cuenta su subjetividad al partir de sus puntos de vista, rescatando una forma de conocimiento que tiene como fuente su la experiencia vivida en dicho rol; estas tres características corresponden a lo que se ha definido como un paradigma interpretativo (Martínez, 2013).

Al seguir un paradigma interpretativo, se priorizó la comunicación con el otro buscando reconocer su experiencia y su interpretación sobre la realidad estudiada, de modo que se lograra la comprensión de un fenómeno complejo, que para este caso fue la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia. Por tanto, se fundamentó en la recolección de testimonios verbales, en los cuales se expresó el conocimiento y la visión que han construido sobre el tema algunos referentes estratégicos de salud mental en el departamento.

La estrategia elegida fue la metodología cualitativa, definida como una práctica investigativa que parte del punto de vista de los participantes, como dato básico para construir una comprensión de los fenómenos psicosociales, y en la cual el investigador tiene como función reconocer los significados particulares que dan los individuos a su experiencia y al proceso de cambio surgido durante ella, para finalizar en una producción teórica que recoja de manera abstracta las formas como dan cuenta de su realidad (Reichardt, 1986).

Desde esta concepción, se planteó el objetivo del estudio en términos de comprender cuales son aquellos aspectos favorables y críticos que han surgido en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental, desde las voces de algunos actores estratégicos en salud mental en el departamento de Antioquia.

El diseño seleccionado fue el estudio de casos, el cual es apropiado para temas que se consideran prácticamente nuevos, como lo es el caso del tema en estudio, que apenas se está empezando a desarrollar, y que en la vía de los propósitos de la investigación permitió, por sus características, examinar e indagar sobre un fenómeno actual en su entorno real, para lo cual se seleccionaron de manera intencionada los actores estratégicos que por su rol, experiencia y conocimiento podrían ilustrar los aspectos a indagarse, utilizando como técnicas para la generación de la información la entrevista semiestructurada y el grupo focal (Martínez, 2006).

Para el diseño de las técnicas de generación de información utilizadas se partió de unas categorías iniciales relacionadas con el tema de la investigación. Estas fueron: salud mental, atención integral, atención integrada e implementación, las cuales permitieron la construcción de las preguntas orientadoras utilizadas tanto en las entrevistas semiestructuradas como en el grupo focal, las cuales se desarrollarán en más detalle en el apartado de Análisis Metodológico.

Análisis Teórico

El Punto de Partida: Sobre las Categorías Iniciales

Desde antes del siglo XIX la salud estaba sostenida en la idea de que el ser humano estaba compuesto de un cuerpo y una mente perfectamente separados la una del otro. Este concepto propuesto por René Descartes en su famoso dualismo cartesiano (Descartes, 1980), el cual sostenía que la mente es un ente metafísico, espiritual, cuyo estudio corresponde a la filosofía y a la teología y el cuerpo es un ente material, mecánico, cuyo estudio corresponde a la medicina, instauró las bases de lo que hoy se conoce como el modelo biomédico (Madariaga, 2008). Ya en el siglo XIX, Brighth, apoyado en el dualismo cartesiano que sostenía la dicotomía mente-cuerpo y soportado en un enfoque patologizante, define la salud como ausencia de enfermedad, la que se explica a partir de las alteraciones fisiológicas de la persona. Para él, la enfermedad está basada en la lesión o alteración de la estructura del organismo, desconociendo los procesos psicológicos y socioambientales del proceso salud-enfermedad (Conde, 2011). En esta vía, el modelo biomédico centrado en la enfermedad y no en la persona, pone su interés en el conjunto de signos y síntomas presentes en el individuo, donde la enfermedad es algo que el médico puede reconocer, ubicar, demostrar y clasificar con procedimientos previamente definidos, desconociendo influencias de las realidades socioculturales en las que éstos estaban inmersos.

Es sólo a partir de la década de los años cuarenta en el siglo XX cuando, a partir de la constitución de la OMS, se plantea un concepto de salud que incluye aspectos relacionados con el bienestar, incluyendo elementos mentales y sociales que influyen en su ocurrencia y que van más allá de la salud física (OMS, 1946).

A partir de la década de los 60, se produce una crisis de los sistemas de atención en salud y salud pública, la cual es generada por el cuestionamiento a los resultados obtenidos en la mejora de los indicadores en salud alcanzados por el modelo biomédico, abriendo la puerta, a partir del

cuestionamiento al mismo, a una importante revolución en lo que a la Salud Pública se refiere. El informe, elaborado 1974 por el entonces Ministro de Salud de Canadá Marc Lalonde, se soportó en la teoría del campo de la salud planteada por Laframboise en 1973, cuestionando cómo la salud o la enfermedad no estaban relacionadas simplemente con factores biológicos o agentes infecciosos y enfatizando en que gran parte de las enfermedades tenían una base u origen fuertemente socio-económico. El informe concluyó que las principales causas de los problemas en salud correspondían a causas socioeconómicas, planteando como desafío para las políticas de salud pasar de un modelo basado en la curación de las enfermedades hacia un modelo basado en la promoción de la salud, siendo la mejor herramienta para enfrentarse a las mismas (Conde, 2011). Igualmente, se destacan como retos emergentes de esta nueva mirada, la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo preventivo y los procesos educativos de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar, así como la reorganización de los servicios en salud (OMS, 2009).

Paralelamente, en 1977 George Libman Engel, psiquiatra norteamericano, propone un modelo que se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso de salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados, configurando lo que hoy se conoce como el modelo biopsicosocial. En este modelo, la enfermedad aparece por la interrelación de diversas causas, no sólo moleculares, sino también psicológicas y sociales. Este modelo biopsicosocial considera la enfermedad como un continuum multidimensional en el que interactúan permanentemente sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares o ambientales, que hacen necesario reconocer cómo la enfermedad es experimentada por el individuo. Estos planteamientos aportaron al proceso de transición de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el paciente, propuesta bien acogida por colectivos diversos que dio lugar a todo tipo de corrientes alternativas cuyo común denominador era el de marcar distancias del reduccionista modelo biomédico (Conde, 2011).

A continuación se presenta en la siguiente tabla un comparativo que resume los aspectos más significativos entre los modelos predominantes en salud: el enfoque biomédico y el biopsicosocial.

Tabla 1

Comparativo Enfoques Biomédico y Psicosocial (elaboración propia)

MODELO BIOMÉDICO	MODELO BIOPSIOSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> •El cuerpo humano es una estructura anatómica con aspectos morfológicos y funcionales bien definidos. •Los problemas de salud se deben a alteraciones en mecanismos fisicoquímicos, y pueden explicarse si se descubre su base molecular, genética o por agentes externos físicos o biológicos. •El médico es el profesional técnico que repara las alteraciones. •La investigación de las enfermedades y de los procedimientos terapéuticos se concentra en las "evidencias o pruebas materiales". •Su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto según la Medicina Basada en la Evidencia, y de una manera eficaz y eficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> •En una persona concreta los límites entre salud y enfermedad son borrosos. La salud y la enfermedad son un "continuo" y forman parte de un mismo proceso. •El proceso salud-enfermedad es multidimensional, los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales interactúan, positiva o negativamente, de manera continua. •El médico debe ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso, promocionando la salud, previendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, recuperando o rehabilitando funciones y acompañando en las fases finales de la vida. •La atención médica debe centrarse en las necesidades del paciente. •El médico debe considerar que el paciente forma con su familia y la sociedad un gran sistema que interactúa continuamente.

Si bien el modelo biomédico individualista ha marcado el abordaje tradicional de la salud, el modelo biopsicosocial abrió las puertas a nuevas miradas, donde se ha intentado brindar un enfoque más poblacional y colectivo a través de lo que se ha denominado la salud pública, en busca de la mejora en los niveles de salud de la población, íntimamente ligada a la percepción de bienestar, calidad de vida y las posibilidades de disfrute de la experiencia de la vida. (Herazo, 2014)

Estos desarrollos generados en las comprensiones de salud, han permitido avances y llamados para que el enfoque biologicista y reduccionista sobre la salud y la enfermedad, sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicosocial, que permita reconocer y analizar los

múltiples aspectos a los que se encuentra expuesto el ser humano y que determinan su nivel de salud o enfermedad. Esta mirada más holística de la salud, nos plantean que para obtener un buen estado de salud se requiere, además, considerar temas como los desequilibrios económicos e inequidades sociales y sanitarias, razón por la cual vale la pena recordar los planteamientos presentados en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, donde se propone que

Una buena salud exige la existencia de un sistema de salud de buena calidad, universal, integral, equitativo, eficaz, receptivo y accesible. Sin embargo, también depende de la participación de otros sectores y actores, y del diálogo con ellos, ya que sus actividades tienen un importante efecto sobre la salud (OMS, 2011a, p. 2).

Concepto de Salud Mental

El concepto de salud mental, al estar enmarcado como parte del concepto de salud, ha estado permeado por los desarrollos de este. Como lo señala la OMS: “la salud mental es definitivamente una parte integral de la definición de salud. Las metas y tradiciones de la salud pública y promoción de la salud se pueden aplicar con igual beneficio al campo de la salud mental” (OMS, 2004a, p.12), el cual, como se ha ilustrado anteriormente, se ha enmarcado en dos modelos: el modelo biomédico centrado en la clínica médica, que predominó hasta antes de la década de los 60's, y el modelo biopsicosocial que estudia las poblaciones a partir de reconocer la influencia de factores no sólo genéticos, biológicos e individuales, sino que incluye aspectos relacionado con los comportamientos y los estilos de vida, las condiciones de vivienda, trabajo, educación, así como los contextos sociales, culturales, políticos y económicos en los que está inmerso el individuo y con los cuales interactúa.

Es sólo hasta la constitución de la OMS donde se impulsa un concepto de salud que incluye aspectos mentales y sociales como elementos claves para su comprensión, así la salud es definida como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946, p. 1). Estos elementos influenciaron el primer concepto oficial de salud

mental propuesto por la OMS (1950), presentado en la segunda sesión del Comité de Expertos en Higiene mental, donde se plantea que “el principio único más importante a largo plazo para el futuro trabajo de la OMS es el fomento de la salud mental-en contraposición al tratamiento de trastornos psiquiátricos-” (p. 1) , buscando estimular la promoción de la salud mental y su incorporación en los programas de salud pública planteando que es poco satisfactorio definirla negativamente como un estado en el cual el individuo no sufre de ningún trastorno psiquiátrico y dándole un peso importante al tema de la adaptación al ambiente como un fenómeno mental sano, reconociendo la salud mental como:

Influenciada por factores tanto sociales como biológicos. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir con ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada, más bien que en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras (p.2).

En el 2001, la OMS define con mayor precisión este concepto, planteando la salud mental como algo más que la ausencia de enfermedad, reconociéndola como el estado de bienestar, desarrollo de aptitudes, funcionamiento efectivo y como la capacidad de un individuo para hacer aportes sociales, definición que le da una importante relevancia a las acciones de promoción, protección y el restablecimiento de la salud mental como preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades:

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (p. 1).

La salud mental es reconocida como un concepto polisémico, difuso e impreciso, que encuentra sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la psiquiatría clínica y en otras ramas del conocimiento (Guinsberg, 2001; Restrepo DA & Jaramillo JC, 2012; Herazo, 2014; Miranda, 2018).

En Colombia, el desarrollo del concepto de salud mental también se puede ubicar en dos períodos, antes de la década de los 60's del siglo XX y después de esta, siendo un hito en su evolución la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de la Ley 100 de 1993, tal como lo señala Ardón y Cubillos (2012),

En Colombia las normas específicas en materia de salud mental plantean dos grandes momentos históricos cuyos límites podrían ubicarse en un extremo hacia la década de los años sesenta del siglo pasado y en el otro en el momento actual, separados por la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando se produce una transformación global del modelo de salud, del sistema de salud colombiano y, por ende, de lo relacionado con la salud mental (p. 14).

Entre 1960 y 1993, la mirada continuó centrada sobre la enfermedad mental y su atención, aunque con variaciones importantes en términos de la diversificación de servicios para su atención y la descentralización de los hospitales psiquiátricos, en respuesta a los lineamientos internacionales, que permitió una mayor conciencia en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, logrando la reivindicación de estas personas y generando desarrollos en procesos de intervención y avances científicos en su tratamiento (Ardón y Cubillos, 2012).

Esta reivindicación fue ratificada en diferentes documentos internacionales, la Declaración de Hawái de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1977), introduciendo parámetros y normas éticas para la

práctica de la psiquiatría, la cual fue actualizada en 1983 en Viena; la Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental enunciados por la Federación Mundial para la Salud Mental en Barcelona (1989); los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y El Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (ONU, 1991); la declaración de Caracas, acogida por la Conferencia regional para la reestructuración de la atención Psiquiátrica en Latinoamérica con un fuerte énfasis en la articulación de los servicios de salud mental desde la comunidad (OPS, 1990); y las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993).

En medio de todas estas reformas, en 1998 a nivel nacional se propone la primera Política de Salud Mental (MSPS, 1998) la cual, guardando coherencia con los desarrollos internacionales, propone un concepto de salud mental amplio, que pone en el centro el bienestar, desde enfoques de desarrollo humano y derechos, definiendo la salud mental como:

Es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (Resolución 2358, 1998, p. 20).

Posteriormente en el 2013, el Estado Colombiano presenta la Ley 1616 como marco normativo que rige las acciones en salud mental a nivel nacional, definiéndola como,

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la República, 2013, p. 1).

Estas definiciones señalan cómo la salud mental es la capacidad colectiva e individual de pensar, expresar sentimientos y emociones, interactuar con los demás, enfrentar las situaciones de la vida cotidiana, ganar el sustento y disfrutar de la vida, conocida como enfoque positivo de la salud mental (OMS,2004a).

En la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015a) se entiende la salud mental como un continuum, donde se reconocen 3 aspectos: el primero, la salud mental desde un enfoque positivo, la cual estaría relacionada con situaciones del diario vivir que desbordan los recursos para afrontar la tensión y el sufrimiento emocional, incluyendo, los pensamientos, emociones, creencias y cogniciones y la forma en como nos comportamos y relacionamos; el segundo, los problemas en salud mental, referidos a situaciones psicosociales o síntomas que no representan una patología mental, las cuales son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo, generando malestar e inconvenientes, pero que no implican deterioro significativo en las áreas de relación y desempeño familiar, laboral y social del individuo; y como tercero y último los trastornos mentales, identificados como aquellas afectaciones mentales que según los criterios clasificatorios internacionales CIE-10 y DSM- V, se pueden identificar y diagnosticar, reconociendo su ocurrencia desde múltiples factores biológicos, experiencias vitales adversas, experiencias traumáticas, factores sociales, y que en su definición son decisivas su duración, intensidad y afectación en las áreas de desempeño y funcionalidad del individuo (MSPS, Colciencias, U. Javeriana, 2015a). A continuación, se puede apreciar en la imagen el continuum de salud mental mencionado anteriormente,

Imagen 1

Modelo de Espectro-Continuum de Salud Mental

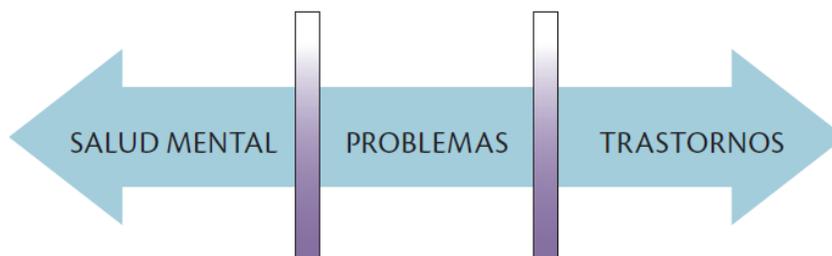


Imagen Tomada de Encuesta Nacional de Salud mental (MSPS, Colciencias, U. Javeriana, 2015a)

Esta forma más amplia de comprender la salud mental, abre nuevas alternativas para la consideración de nuevas estrategias y la implementación de acciones para abordar la salud mental.

Atención Integral en Salud Mental

En la Ley 1616 de 2013, la atención integral es definida como,

La atención integral en salud mental es la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social (Ley 1616, 2013, p. 2).

En el artículo 10 de la misma ley, refiere que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará los protocolos de atención y guías para la atención integral en salud mental. “Dichos protocolos y guías incluirán progresivamente todos los problemas y trastornos, así como los procesos y procedimientos para su implementación, los cuales deberán ajustarse cada cinco años” (p. 6)

Así mismo, en el artículo 11, se plantean las acciones complementarias para la atención integral, tales como la integración familiar, social, laboral y educativa, donde el rol del Ministerio de Salud y Protección Social será de garantizar “la incorporación del enfoque promocional de la Calidad de Vida y la acción transectorial e intersectorial necesaria como elementos fundamentales en el diseño,

implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental (Ley 1616, 2013, p. 6).

Igualmente, en el art 12 de esta Ley se define que los Entes Territoriales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios están obligadas a disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental que, en el marco de la Atención Primaria en Salud, incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad “de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental” (p. 6), articulada y coordinada bajo un sistema de referencia y contrareferencia que permita que los casos retornen de forma efectiva al primer nivel de atención (Ley 1616, 2013).

Posteriormente, con la emisión de la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 8 se establece la integralidad en salud, planteando que los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa, no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad, aclarando que “no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario” (Ley 1751, 2015a, p. 5),

De igual manera, en su artículo 20, esta Ley plantea que el Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. En esta vía, dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación. (Ley 1751, 2015a)

Es así como en respuesta a la Ley Estatutaria de Salud, se define la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Resolución 429, 2016a), cuyos retos son aumentar los resultados en salud y disminuir la carga de enfermedad a través de:

- Asegurar resultados en salud en las personas, familias y comunidades.
- Promover la complementariedad en la gestión de los actores sectoriales e intersectoriales para la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud.
- Garantizar la complementariedad de las acciones (Plan Obligatorio de Salud (POS) – Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC), garantizando servicios y modalidades de atención.
- Garantizar el continuo de la atención desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos.

De esta manera, la PAIS en su artículo 3, define el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), como modelo operativo para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, que exigen poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas: políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos para lograr los fines de esta integración, siendo las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) claves para el logro de este objetivo,

Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del sector salud (Entidad territorial, EAPB y prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Resolución 429, 2016a, p. 4).

Con este propósito, y a partir de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se plantean tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), dirigidas tanto para el cuidado y mantenimiento de la salud, como para la gestión integral del riesgo en salud, dando respuesta a grupos de riesgo y a la atención en salud a eventos específicos (Resolución 3202, 2016b).

Es así como la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) está estructurada para dar respuesta a las principales necesidades en salud pública, considerando las dimensiones planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública, donde para la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, se plantean acciones propias para la promoción, cuidado y mantenimiento de la salud mental, así como acciones para la gestión del riesgo individual, poblacional y colectivo, tales como: información y/o educación en salud en prácticas de crianza protectoras y basadas en derechos; prevención de violencias, promoción del bienestar, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, conductas protectoras, desarrollo de resiliencia, habilidades para la vida, estrategias de afrontamiento, entre otras (MSPS, 2017).

Con respecto a las acciones para la gestión del riesgo, en esta misma ruta se definen acciones de gestión del riesgo individual, poblacional y colectivo que incluyen: identificación y valoración del riesgo, detección temprana, y canalización a redes de servicios. Como actividades se incluyen: valoración de la situación de salud mental, realización de tamizajes e intervención breve (MSPS, 2017).

Las acciones planteadas comprometen a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS como las Entidades Territoriales (ET)-Secretarías de Salud, Aseguradoras de Riesgo Laboral-ARL, entidades Aseguradoras de planes de Beneficio-EAPB/EPS. Todas estas acciones enmarcadas en las competencias y lineamientos como el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC (Resolución 518, 2015d) para el caso de las entidades territoriales y en el Plan Obligatorio de Salud (POS) (Resolución 5521, 2013b) para el caso de la EAPB.

Otro elemento importante por resaltar dentro de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud (RPMS), es que las actividades propuestas están presentadas por curso de vida y dirigidas a los distintos entornos donde transcurre la vida de las personas como el hogar, el escolar, el comunitario, el laboral y el institucional (MSPS, 2017).

De otro lado, para complementar las acciones de promoción y prevención, se plantean las rutas de atención para los grupos de riesgo, que para el caso de salud mental, se priorizan la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia, la Ruta integral para la atención del consumo de sustancias psicoactivas y la Ruta integral para la atención de las formas de violencia, que en términos generales,

(...) incorporan acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta se aplica para la población en riesgo (Resolución 3202, 2016b, p. 3).

Atención Integrada en Salud Mental

La Ley de salud mental, plantea que la “atención integrada en salud mental es definida como la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas” (Ley 1616, 2013, p. 2).

Esta definición nos señala tres aspectos a considerar para una atención integrada:

Conjunción de los Distintos Niveles de Complejidad. La normatividad vigente en salud mental especifica que el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema, por lo que debe garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales para la población, proveer cuidado integral buscando resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el ciclo vital, además de integrar los cuidados individuales, colectivos y los programas focalizados en riesgos específicos a la salud mental (Ley 1616, 2013).

Las normas vigentes obligan a la estandarización de los mecanismos, procesos y procedimientos administrativos y asistenciales prioritarios para acceder a los servicios de la red de salud mental, por lo que se hace necesario generar estrategias innovadoras e integrales, que permitan reorganizar los procedimientos operativos de atención en salud mental, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud, la Atención Primaria en Salud y el Enfoque de Gestión de Riesgo, que articulen y orienten el cuidado en salud mental y de esta forma impactar realmente en el estado de salud de los pacientes (MSPS, 2015b).

Complementariedad. En esta categoría están los prestadores complementarios, que corresponden a los servicios que se requieren para atender eventos de menor frecuencia (como evento o complicación) y que además requieren de complementos tecnológicos más escasos en el país, como equipos y personal especializado y subespecializado, generalmente de tipo hospitalario, razón por la cual tienen una escala de apoyo (virtual o directo) del orden departamental, regional o metropolitano (MSPS, 2014). Contempla los servicios de urgencias, diagnóstico y tratamiento hospitalarios y quirúrgicos que puedan requerir los pacientes según Guía de práctica Clínica-GPC.

Dentro de los profesionales propuestos para el abordaje integral de la salud mental se encuentran: médicos entrenados en salud mental, enfermeras entrenadas en salud mental, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicopedagogos, neurólogos, neuropsicólogos, entre otros.

La articulación de los prestadores complementarios con los prestadores primarios de los pacientes es fundamental para garantizar la trazabilidad y la continuidad en la atención. Una vez resuelta la condición clínica que requirió su atención en este nivel el asegurador debe garantizar el direccionamiento al nivel primario para continuar con el tratamiento del paciente y evitar su reingreso. (MSPS, 2015b).

Continuidad en la Atención en Salud Mental. Esta continuidad involucra no sólo los niveles de complejidad, sino la continuidad en términos de servicios sociosanitarios. Este aspecto es muy importante porque reconoce una mirada amplia de la salud mental, que cómo se mencionaba en apartados anteriores, reconoce que hay que intervenir las causas de las causas, para lo cual es esencial involucrar en el proceso de salud-enfermedad a la familia, las redes de apoyo, la comunidad y los servicios sociales disponibles en los territorios.

Una Nueva Mirada: Atención Integral e Integrada en Salud Mental.

La Declaración de Alma Ata planteó la Atención Primaria de Salud (APS) como el principio rector para el desarrollo sanitario, reconociendo un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud (OMS, 1978).

De acuerdo con lo señalado por Minho (2007), dentro de los aspectos planteados para un abordaje mucho más integrador de la salud desde la Atención Primaria, se destacan las siguientes acciones:

- Considerar al ser humano y sus necesidades a partir de una perspectiva multidimensional, incluyendo los aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y económicos;
- El reconocimiento de que la conformación de un sistema de servicios de salud no es lineal, siendo consecuencia de procesos sociales e institucionales complejos relacionados de forma inseparable con la historia económico-política y cultural de cada sociedad en la cual se implanta.

- Ser accesible y orientada hacia la integración y equidad del sistema de salud, favoreciendo la cobertura universal de la población;
- Constituirse, de preferencia, como el primer contacto o puerta de entrada para acceder al sistema de salud, donde cerca del 80 a 90% de los problemas de salud deben ser resueltos;
- Ocuparse de los problemas más comunes en la comunidad, teniendo como foco la persona y la familia;
- Promover acciones amplias e integradas que respondan a las necesidades de salud de la población a la cual se destinan;
- Promover la integración de las acciones de promoción, prevención y recuperación de salud (situaciones de morbilidad aguda y crónica) en todos los puntos de atención del sistema de salud;
- Ofrecer cuidados continuos a las personas, configurándose como una fuente regular de atención individual o colectiva, en el ámbito familiar, comunitario o de servicio de salud;
- Realizar esfuerzos para desarrollar acciones intersectoriales, considerando que las necesidades en salud muchas veces sobrepasan los límites específicos de actuación de los servicios de salud;
- Establecer y organizar sus acciones a partir del trabajo en equipo multiprofesional y con base en las necesidades en salud de la población a la que se destina;
- Establecer y organizar sus acciones con base en la participación activa de la comunidad en las etapas de planificación y sistematización del trabajo de los equipos de salud (p. 22).

Minho (2007) a su vez plantea que lo que se debe integrar, de acuerdo con distintos modelos de monitoreo y evaluación sugeridos por organizaciones internacionales, son tres grandes conjuntos de indicadores para el desempeño de los servicios: los determinantes (ambientales, socioeconómicos y demográficos, de comportamiento y biológicos), las condiciones de salud de la población (morbilidad,

estado funcional, bienestar, mortalidad) y la estructura (conducción, financiamiento, recursos). Todos ellos interrelacionados entre sí.

En Colombia, la Ley 1438 de 2011 plantea que la Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública. Retoma y hace énfasis en la necesidad de fortalecer la APS, buscando corregir situaciones como la segmentación de los sistemas de salud, la superposición de funciones, desarticulación de las redes asistenciales sin garantía de acceso a niveles de mayor complejidad, discontinuidad del cuidado y desigualdades de acceso. Esta segmentación y fragmentación imponen desafíos importantes para la implementación de una APS con enfoque abarcador como estrategia de reorganización del sistema de salud.

Posteriormente, con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud, se pone en cuestión nuevamente el funcionamiento del sistema de salud nacional, reconociendo que a pesar de los desarrollos en los temas de salud, se continua con la fragmentación de los servicios, las intervenciones siguen abordándose desde un enfoque biomédico y hospitalario, centrado en la prestación de servicios de atención, con resultados preocupantes en términos de calidad e impactos positivos en salud, preocupa la baja resolutividad en atención primaria y el enfoque predominante en las instituciones, más que en las personas (Ley 1715, 2015a).

Es así como desde esta Ley Estatutaria, y a partir de la Política de Atención Integral en Salud y el nuevo Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) derivadas de la misma, se abren nuevas perspectivas en el país respecto a una nueva reforma del sistema que aparece como respuesta a las dificultades que ha tenido el sistema de salud y las inequidades que al respecto se han generado desvirtuando el goce efectivo del derecho a la salud (Resolución 0429, 2016a)

La idea de la integración no es nueva, fue propuesta años atrás en el artículo VII de la Declaración de Alma-Ata, donde se sostenía que la APS “debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional y de sistemas de referencia” (OMS, 1978, p. 1). Es hasta el año 2005, con la

renovación de la APS en las Américas, que se plantea como obligatorio integrar los sistemas de salud mediante redes de servicios de salud basadas en la atención primaria,

(...) los servicios de atención primaria son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud. Deben ser la puerta de entrada al sistema de atención de salud y han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia. Este nivel del sistema brinda atención integral e integrada y debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva (OPS, 2005, p.12).

En este modelo, la atención primaria está compuesta por las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud centradas en la persona, en la familia y en la comunidad, la cual debe resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Esta atención es típicamente prestada por servicios básicos de asistencia médica. Sin embargo, estas prácticas incorporan más de lo que ofrecen esos servicios y, para esto, se interrelacionan e integran otras dimensiones funcionales tanto del sistema de salud como de otros sectores sociales. Al vincular la atención primaria con las acciones intersectoriales, su intervención se articula e influye en las demás acciones necesarias para los cambios de los determinantes no biológicos de salud, aunque la APS no sea directamente responsable por la ejecución de actividades concebidas, financiadas e implementadas por otros niveles de atención del sistema de salud o de otros sectores (OPS, 2005).

Minho (2007) señala como esta propuesta no se reduce a la atención sanitaria, sino que incluye la necesidad de articular otros sectores e instituciones de carácter mucho más social y comunitario y resalta la importancia de la complementariedad y continuidad de los distintos servicios.

Adicional a estos elementos, el concepto de sistema permite incluir otros atributos ampliamente discutidos en la literatura sobre salud pública y renovados más recientemente, como gobernanza, financiamiento y mecanismos de pago, los cuales son esenciales para la conformación de sistemas integrados (MSPS y Universidad del Valle, 2012). El concepto de red de servicios, por el contrario, se restringe más bien a la función de prestación propiamente, a la atención médica en la mayoría de los casos, siendo este uno de los peligros que nos deja la reforma de la Ley 1438 de 2011, sin darle posibilidades efectivas a los atributos más sociosanitarios mencionados anteriormente.

Para el tema de salud mental, la Ley de salud mental, en su objeto plantea, (...) garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. (Ley 1616, 2013, p. 1)

Paralelamente, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, carta de navegación del sector salud para dar cumplimiento a las prioridades definidas en salud pública desde el nivel nacional, abarca la situación de salud de las poblaciones desde un punto de vista integral en donde el estado de salud de los habitantes de algún sitio, no solamente está determinado por las condiciones biológicas de los individuos, sino que hay una serie de factores sociales, económicos y políticos que van a tener una gran influencia sobre la salud y bienestar de esa población (Resolución 1841, 2013a).

Es por ello, que define la actuación entre sectores y actores responsables de la intervención efectiva y positiva de los procesos de salud enfermedad, a través del abordaje de los determinantes sociales, con el fin de crear condiciones que garanticen bienestar integral y calidad de vida en Colombia. Para lo cual como propósitos de gestión de la salud pública se plantea la integración de los objetivos del

sistema de salud con los de seguridad social (abordaje sociosanitario), lo cual plantea posible a partir de la concurrencia de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios. (Resolución 1841, 2013a).

Implementación en Salud Mental: Lineamientos Normativos.

En el ámbito nacional, la salud mental está enmarcada dentro del sector salud. En esta medida, se rige por los lineamientos emitidos para este sector dados por las autoridades competentes, tal como se describe a continuación.

La Ley 100, expedida el 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones, da origen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, donde uno de sus propósitos es el de brindar,

Atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud y los Planes de Atención Básica -actualmente Planes de Salud Pública. (p. 46)

Para los fines de esta investigación, se destacan los siguientes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por su relevancia y compromiso en los procesos de implementación del tema de salud y específicamente para el tema de salud mental:

El Gobierno: En el artículo 170, se plantea que el Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Quien deberá actuar como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son: El Ministerio de la Salud y Protección Social desde el nivel nacional y las Entidades Territoriales departamentales y municipales a nivel territorial, a través de las Direcciones de salud. (Ley 100, 1993, p. 52).

Las Entidades Promotoras de Salud-EPS: En el artículo 177, se definen como las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados. Estas están constituidas por entidades privadas que aseguran a la población actuando como intermediarias y administradoras de los recursos que los trabajadores y empleadores deben hacer por ley para acceder al servicio de salud, donde por cada persona afiliada y beneficiaria, la EPS recibirá del estado una Unidad de Pago por Capitación (UPC), que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; las EPS además “podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos” (Ley 100, 1993, p. 45). También son conocidas como los aseguradores en salud.

Las Instituciones Prestadoras de Salud-IPS: Dentro de estas se encuentran hospitales, clínicas, laboratorios, etc., que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad; los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, etc.). También son conocidas como los prestadores de servicios de salud y son definidas como “Entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas” (Ley 100, 1993, p. 59).

Competencias de los Actores Claves en Salud.

Ministerio de Salud. En Colombia, en el marco de la ley 715 de 2001, en el Artículo 42 del capítulo I, Título III, se plantea que corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS en el territorio nacional, donde el Ministerio de Salud deberá liderar y realizar entre otras, las siguientes competencias:

- Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.
- Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.
- Expedir la regulación para el sector salud y el SGSSS.
- Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.
- Definir el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del SGSSS.
- Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.
- Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales.

- Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.
- Establecer, el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.
- Concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones del presupuesto nacional.
- Diseñar indicadores para medir logros en salud, determinar la metodología para su aplicación, así como la distribución de recursos de conformidad con estos, cuando la ley así lo autorice. Los indicadores deberán medir los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, frente a todos los actores del sistema (Ley 715, 2001, p.20).

Entidades Territoriales Departamentales (ETD). En el capítulo II, de la misma Ley, se definen las competencias de las Entidades Territoriales en el sector salud, planteándose en el artículo 43, las competencias de los departamentos, resaltándose las siguientes:

- Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

- Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.
- Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar el logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.
- Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.
- Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.
- Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.
- Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.
- Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.
- Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

- Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales (Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011)
- Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.
- Asistir técnicamente y supervisar a los municipios, en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas, y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el proceso de asistencia técnica, con recursos financieros, tecnológicos, humanos, gestión de procesos y resultados esperados (Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011)
- Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel departamental y distrital (Ley 715, 2001, p. 22).

Entidades Territoriales Municipales (ETM). Igualmente en el capítulo II, artículo 44 de la misma Ley, se definen las competencias de las entidades municipios en salud, destacándose las siguientes:

- Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental.
- Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción.
- Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.
- Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

- Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar, los planes de intervenciones colectivas (Numeral modificado por el artículo 5 de la Ley 1438 de 2011)
- Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación. De igual forma, promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes, programas y proyectos en salud pública en su ámbito territorial.
- Coordinar y controlar la organización y operación de los servicios de salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud a nivel municipal (Ley 715, 2001, p. 24).

Organización de Redes de Servicios en Salud. En el capítulo IV, sobre las Disposiciones generales del sector salud, la Ley 715 de 2001, plantea:

Artículo 54. Organización y consolidación de redes:

El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta (p. 30).

La red de servicios de salud se organizará por grados de complejidad relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de eficiencia y oportunidad, de acuerdo con la reglamentación que para tales efectos expida el Ministerio de Salud y Protección Social (p. 30).

Los prestadores de servicios de salud, estarán organizados de acuerdo con el nivel de complejidad de los servicios ofertados, los cuales dependerán de las condiciones de salud que se atiendan o prevén atender, la formación del talento humano en salud y las tecnologías en salud que se requieran, como lo plantea el Decreto 1760 (1990), en su Artículo 5°, respecto a los criterios básicos para la determinación del grado de complejidad de los servicios que puedan prestar las diferentes entidades de salud:

- a) Patologías que atiendan o prevén atender con su grado de severidad y la frecuencia de la misma;
- b) Base poblacional;
- c) Tipo y nivel de formación del personal y vinculado;
- d) Características y condiciones del instrumental y equipo disponible;
- e) Apropiación y uso de la tecnología disponible en la entidad;
- f) Características de la planta física;
- g) Características de la entidad:
 - Ubicación geográfica, características sociales y culturales de la población;
 - Población cubierta en términos del Régimen de Referencia y Contrarreferencia y tipos de servicios que requiere la población;
 - Volumen de recursos financieros, dedicados a funcionamiento e inversión (p. 1)

Lineamientos para el Abordaje de la Salud Mental. De acuerdo con las competencias antes nombradas, el Ministerio de Salud Nacional y en algunos casos el Congreso de la República en el caso de Leyes, han emitido diversas normas, resoluciones, decretos, guías, protocolos y documentos para orientar la planeación ejecución y seguimiento del tema de salud mental a nivel territorial, delimitando metas, estrategias y acciones a ser desarrolladas con carácter obligatorio por los distintos actores del

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de acuerdo con las competencias mencionadas anteriormente.

Dichas normas han presentado importantes cambios y actualizaciones, y muchas de ellas han variado o han tenido ajustes cada cuatro años con los cambios de gobierno a nivel nacional; es por ello que para dar claridad en cuanto al proceso de implementación en salud mental, se retomarán las que se encuentran vigentes actualmente y aparecen como más relevantes para el tema de salud mental, por el peso que tienen en los procesos de planeación y ejecución territorial, para ser armonizadas e implementadas por los principales actores del SGSSS, que, como se nombró anteriormente para los propósitos de esta investigación serían la Entidad Territorial Departamental (ETD), las Entidades Territoriales Municipales (ETM), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Las principales normas y lineamientos que actualmente definen las acciones a desarrollarse en salud mental se encuentran:

Ley de Salud Mental (Ley 1616, 2013), por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Esta Ley enfatiza que la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas, priorizando a los niños niñas y adolescentes y promoviendo la atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, donde sus contenidos son aplicables a todos los actores pertenecientes a este sistema.

En el artículo 7° del título III, plantea que,

El Ministerio de Salud y Protección Social, o la entidad que haga su veces, establecerá las acciones en promoción en salud mental y prevención del trastorno mental que deban incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, planes territoriales y planes de

intervenciones colectivas, garantizando el acceso a todos los ciudadanos, dichas acciones serán de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales (ET), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARL), Empresas Sociales del Estado (ESE) (p. 4).

Estas acciones tendrán estricto seguimiento y evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

En los artículos 8° y 9° se plantean acciones de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental que deben ser implementadas en los entornos educativos, y que se encuentran a cargo del MSPS y el Ministerio de Educación, y las ARL en lo relativo a los entornos laborales. Estas últimas permiten un monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El artículo 12, en el que se trata el tema de la red integral de prestación de servicios en salud mental, se señala que los Entes Territoriales y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada como parte de la red de servicios generales de salud, la cual deberá estar enmarcada en la Atención Primaria en Salud, garantizando la prestación de servicios de manera integral en todos los niveles de complejidad, respondiendo a los atributos de calidad y oportunidad en la atención en todo el continuo de la salud-enfermedad.

En el artículo 14, referido a los prestadores de servicios, se plantean que éstos deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con todos los lineamientos definidos para este fin por el Ministerio de Salud y Protección Social, “so pena de incurrir en las sanciones contempladas en la legislación vigente” (p.7).

En el artículo 18 se trata el tema de los equipos interdisciplinarios. En este se planteando que,

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Salud Mental, públicas y privadas, deberán disponer de un equipo interdisciplinario idóneo, pertinente y suficiente para la satisfacción de las necesidades de las personas en los servicios de promoción de la salud y prevención del trastorno mental, detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud (p. 8)

Se aclara, además, que estos equipos deberán estar conformados por profesionales de distintas áreas relacionadas con la atención de la salud mental, tales como: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Terapia Ocupacional, Terapia Psicosocial, Médico General, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerido en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Se plantea que este equipo deberá ser el garante de la prevención y atención integral e integrada de conformidad con los modelos de atención, guías y protocolos vigentes para el abordaje de la salud mental.

En el artículo 20, dedicado al mejoramiento continuo del Talento humano, se plantea que, Los prestadores de servicios de salud públicos y privados deberán garantizar la actualización continua del talento humano que atiende en servicios de salud mental en nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación psicosocial, sin perjuicio de la forma de vinculación al prestador (p. 8).

En el artículo 33, relativo a la acción transectorial e intersectorial, la presente Ley señala que estas acciones en virtud de la Política Nacional de Salud mental, deberán estar en cabeza del MSPS y las autoridades territoriales de salud desarrollando las acciones necesarias y pertinentes para abordar los determinantes sociales que condicionan el estado de la salud mental de las personas, buscando la integración de la ciudadanía a los medios escolar, familiar, social y laboral, favoreciendo la autonomía de las personas.

En el artículo 37 del Título IX, se indica que la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales, a través de las Direcciones Territoriales de Salud, ejercerán las acciones de inspección, vigilancia y control respecto de lo ordenado en la presente Ley.

Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Decreto 3518 de 2006) por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones, tiene como objeto,

Crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública-SIVIGILA, para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública, tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva (p. 1)

Lo anterior se espera lograr mediante la vigilancia y control de los eventos de interés en salud pública, entendidos como,

Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, deben ser enfrentados con medidas de salud pública (p. 2).

Para el tema de salud mental, los eventos priorizados a los que se les hace vigilancia desde el SIVIGILA son: violencia de género, violencia intrafamiliar, lesiones por artefactos explosivos (pólvora y minas antipersonal), intento de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, e intoxicaciones por sustancias químicas.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Resolución 1841, 2013a): por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, donde una de las ocho dimensiones priorizadas en el marco de la atención en salud pública se encuentra la dimensión de Convivencia social y salud mental, en la cual se describen los objetivos, estrategias y metas a considerar en la planeación y ejecución territorial, dando respuesta a los componentes de Promoción de la salud mental y la convivencia y Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia; así mismo, el PDSP incorpora el Análisis de Situación de Salud (ASIS), con enfoque de determinantes sociales de la salud, como instrumento central de la planeación en salud, orientado hacia la medición de las desigualdades e inequidades en salud, privilegiando el municipio como unidad de análisis y de intervención.

Proceso de Planeación Integral en Salud (Resolución 1536, 2015c): en esta Resolución se dan los lineamientos para la planeación integral en salud, indicando los aspectos a considerarse para la elaboración de los planes Territoriales de Salud departamentales y municipales.

En el artículo 7, sobre los contenidos del Plan Territorial de salud, se encuentra el Análisis de situación en salud-ASIS, el cual se genera con fundamento en los compromisos internacionales asumidos por Colombia en la iniciativa de Salud para las Américas, donde la elaboración del ASIS por las entidades territoriales de salud constituye un instrumento que soporta la medición, monitoreo y evaluación de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM.

El ASIS es definido en el artículo 8 del Capítulo I como “una metodología analítica-sintética que comprende diversos tipos de modelos explicativos, los cuales permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio e identificar los riesgos y los determinantes de la salud que los generan” (p. 4).

De acuerdo con lo anterior, el ASIS es considerado como el insumo básico para la planeación, monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud de la población y en esta medida la toma de

decisiones en el sector salud. Permite conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y el análisis de los determinantes sociales que sostienen las inequidades en salud. Considerando su importancia desde la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS se diseñó una nueva guía metodológica y conceptual en ASIS, teniendo en cuenta los enfoques propuestos en el PDSP y sus instrumentos metodológicos y estadísticos, la cual permite de manera permanente el análisis de la situación de salud y su actualización anual y que dentro de las responsabilidades de los actores en el PDSP, la Nación, los Departamentos, Distritos y Municipios (independientemente de su categoría), deben efectuar y mantener actualizado identificando las inequidades y las brechas en salud, a través del análisis de los determinantes sociales en salud.

De acuerdo con lo anterior, el ASIS sirve para establecer la línea de base en la situación de salud y diseñar, gestionar y articular el Plan Territorial de Salud, trazar las metas de corto, mediano y largo plazo, así como realizar el monitoreo y evaluación adecuados y focalizados en cada entidad territorial, a través de la medición de las brechas y gradientes en los determinantes sociales de la salud y, con base en los resultados, tomar decisiones en forma oportuna para el logro satisfactorio de las metas propuestas en el PDSP.

Para el tema de salud mental, el MSPS emitió directrices para la elaboración del ASIS de la Dimensión de Convivencia Social y Salud mental, donde se plantean de manera específica, las fuentes de información e indicadores requeridos para el análisis respectivo de este tema.

Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5521, 2013b) que derogó los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, por la cual se modifica el plan de beneficios en salud con cargo a la unidad de pago por capitación y se actualizan los medicamentos y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud-POS con cargo a la unidad de pago por capitación y se actualizan los medicamentos y procedimientos del POS con el objetivo de brindar tratamientos más integrales en temas de salud incluyendo los temas de salud

mental frente al cual se ampliaron las coberturas y procedimientos, así como las modalidades de atención tanto individuales como grupales. La última versión actualizada del POS corresponde a la Resolución 3512 de 2019, el cual es nombrado en la actualidad como Plan de Beneficios en Salud.

Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC (Resolución 518, 2015d): por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC.

El PIC, por su parte, es un plan de beneficios en salud que incluye acciones de Promoción de la Salud y de Gestión del Riesgo, es complementario al Plan Obligatorio de Salud-POS; su dirección recae sobre el Estado, es obligatorio, universal y gratuito; así mismo, su planeación y ejecución se realiza como parte integral del Plan Territorial de Salud. En él se definen las acciones para el tema de salud mental que deberán desarrollar las Entidades territoriales departamentales y municipales en términos de las intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

Política Nacional de Salud Mental (Resolución 4886, 2018b), por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, derogando la resolución 2358 de 1998. La Política Nacional de Salud Mental busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, en coherencia con lo promulgado en la Ley 1616 de 2013 y será de obligatorio cumplimiento para los distintos actores del SGSSS en el marco de sus competencias. Esta política plantea cinco ejes, que están orientados estratégicamente a las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garantizan el ejercicio pleno de la salud mental como parte integral del derecho a la salud de la población colombiana con enfoque de atención primaria en salud, estos son: 1) Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, 2) Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como los trastornos mentales y de epilepsia, 3) Atención integral de los problemas trastornos mentales y epilepsia, 4)

Rehabilitación integral e inclusión social y 5) Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial.

Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089, 2019b), tiene como objetivo el fortalecimiento de los factores de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social. Así mismo, busca reducir el consumo, abuso, adicción a sustancias psicoactivas y/o bebidas alcohólicas en los niños, las niñas y los adolescentes. De igual manera, esta resolución aprobada por el MSPS, garantiza la atención integral de las personas familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos, la cual deberá ser armonizada con la Política “Ruta Futuro-Política Integral para enfrentar el problema de las Drogas” emitida por Ministerio de Justicia, buscando evitar la duplicidad de acciones interinstitucionales y permitiendo llegar en conjunto al cumplimiento de las metas propuestas en los distintos instrumentos de política para el abordaje del tema de drogas en el país.

Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios en Salud (Resolución 3100, 2019a), por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios en salud, la cual aplica para las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, las entidades responsables del pago de servicios de salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Inspección Vigilancia y Control en el Sector Salud. Para garantizar la debida aplicación de las respectivas competencias de los actores del SGSSS, la Ley 715 de 2001 en su artículo 68, define a la Superintendencia Nacional de Salud, como ente competente para la realización de la inspección,

vigilancia y control del cumplimiento de las normas constitucionales y legales del sector salud y de los recursos del mismo.

Análisis Metodológico

A continuación, se describe de manera detallada y precisa el proceso metodológico llevado a cabo durante el proceso de investigación. Dado que el apartado de Análisis Epistemológico se presentó la taxonomía del estudio, en este apartado se presenta cómo se inició el proceso investigativo, la selección de los participantes, las técnicas de generación, los instrumentos, el proceso de obtención, procesamiento y análisis de la información.

El Punto de Partida

Este proceso inicia, a partir de las preguntas permanentes frente al hacer como referente de salud mental de uno de los principales municipios del departamento de Antioquia, rol en el cual estuve alrededor de nueve años. En esta experiencia pude notar como desde el orden nacional se han ido generado importantes desarrollos frente a nuevos lineamientos para abordar el tema de salud mental, que dan cuenta de un lugar diferente del tema en la agenda pública, pero que a la hora de llevarlos a la práctica en la realidad territorial, son muchas las circunstancias que se interponen entre lo planteado en ellos y lo posible a la hora de su aplicación, cuestionándome si esto ocurría en uno de los municipios con mejores condiciones del departamento, que podría estar pasando en lugares mucho más alejados y con condiciones mucho más limitadas.

Es así como llego a formularme varias preguntas sobre los procesos para la implementación de dichos lineamientos en salud mental: ¿será que esos avances y desarrollos en el tema están llegando a todos los municipios del departamento?, ¿será que las propuestas que plantean una atención integral e integrada en salud mental, son claras y comprensibles para todos?, ¿qué tan posible es su aplicación? ¿cómo se están entendiendo por parte de los distintos actores que están llamados a implementarlos?, en esta vía ¿cuáles serían los fundamentos normativos, conceptuales y metodológicos que estarían utilizando los responsables del proceso de implementación para la atención integral e integrada en salud mental en el departamento?, ¿con qué recursos administrativos, técnicos y operativos cuentan para

esta implementación?, ¿qué avances, oportunidades, tensiones, barreras y retos se presentan para este proceso de implementación?

Todas estas preguntas permitieron configurar un gran objetivo centrado en comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, como actores claves que tendrían un conocimiento importante al respecto, ¿qué aspectos favorables y críticos surgen en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

De esta manera y para comprender un poco más el tema de estudio, se inició con un rastreo bibliográfico con los descriptores salud mental, atención integral en salud mental, atención integrada en salud mental, atención integral e integrada en salud mental, encontrándose que no hay disponible mucha información al respecto.

En esta medida, y para poder dar respuesta al objetivo propuesto, se definió que por las características del mismo y el alcance esperado, el paradigma interpretativo sería la mejor opción para la realización del estudio en la medida que lo que se buscaba era la comprensión de un fenómeno en su contexto, donde el punto central se define desde las percepciones de sus protagonistas, quienes tienen un saber desde su acercamiento con la práctica en la implementación del tema desde distintos roles y que tienen la responsabilidad y competencia de dar respuesta a este nivel. Aquí el objetivo no es comprobar, sino comprender los entramados y circunstancias que favorecen o no la implementación del tema en el departamento de Antioquia.

Selección de los Participantes

Es así como pensando en actores claves que tuvieran cercanía con la implementación de estos lineamientos en el territorio, se identificaron inicialmente los distintos sectores pertenecientes a salud con responsabilidades en la implementación de acciones en salud mental, siendo los más relevantes por su compromiso en la respuesta al tema, las Entidades Territoriales Departamental (ETD), las Entidades

Territoriales Municipales (ETM), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), todos con distintos roles y competencias, pero con acciones complementarias como parte de un mismo sistema que tienen la tarea de dar una respuesta integral e integrada en salud mental.

Fue así como la estrategia tenida en cuenta para seleccionar las personas que aportarían en la generación de la información fue la de muestreo intencional o razonado (Crespo & Castro, 2007), a partir del cual se eligieron una serie de criterios que se consideraron necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con mayores ventajas para los fines que perseguía la investigación, procurando que los participantes representaran lo mejor posible los actores claves en la implementación del enfoque integral e integrado en salud mental y que pudieran complementar y equilibrarse recíprocamente (Otzen, 2017).

En este sentido, teniendo como referencia los objetivos de la investigación, y tras analizar la pluralidad de actores estratégicos claves, estos fueron identificados bajo criterios de experticia y rol en la implementación de lineamientos y políticas de salud mental en el departamento de Antioquia, eligiéndose como mínimo un referente de salud mental por ETD, ETM, EPS e IPS que cumpliera al menos con los siguientes criterios:

- Llevar más de dos años como actor clave en el desarrollo de temas de salud mental en el municipio o departamento.
- Tener un rol activo en los procesos de implementación de los lineamientos políticos, normativos o conceptuales que orientan los enfoques planteados.

Técnicas de Generación de Información

Teniendo presente las preguntas de investigación se optó por trabajar la generación de información desde un énfasis marcado por estrategias dialógicas, entendidas como todas aquellas acciones reguladas que tienden a favorecer la acción comunicativa y a generar conversaciones en un

ambiente de seguridad lo que permite el diálogo creciente y gradual (Canales, 2006). Estas estrategias favorecieron la relación intersubjetiva, y permitieron a los actores estratégicos en salud mental plantear sus miradas y posiciones frente al proceso de implementación de los lineamientos normativos y políticos para el abordaje integral e integrado en el departamento. Las técnicas utilizadas fueron:

Entrevista Semiestructurada

La entrevista es una relación diádica canalizada por la discursividad, bajo la condición de encuentros regidos por reglas que marcan márgenes apropiados de relación interpersonal en cada circunstancia, no es otra cosa que una conversación guiada por el entrevistador, que permite acceder al universo de significaciones del entrevistado, haciendo referencia a acciones pasadas o presentes, de sí o de terceros, generando una relación social, que sostiene las diferencias existentes en el universo cognitivo y simbólico del entrevistador y el entrevistado (Canales, 2006).

Se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas con un representante de cada una de las instituciones encargadas de implementar acciones en salud mental dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así, se contó con las voces de representantes de las entidades territoriales departamental y municipal, las EPS e IPS. Las características de estos participantes se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 2

Caracterizaciones Participantes Entrevistas

Identificación Entrevistado	Cargo	Formación	Experiencia	Ciudad
E1	Funcionario de Ministerio de Salud y Protección social	Psicólogo, especialista en psicología clínica	6 años	Bogotá
E2	Funcionario de la Secretaría de Salud municipal, líder de programa de promoción y prevención	Médico, especialista en salud pública	11 años	Medellín
E3	Miembro del Consejo local de Seguridad Social, en	Odontólogo, Abogado, especialista en	10 años	Medellín

	representación de los profesionales. Director ejecutivo de FedSalud que representamos a los trabajadores del sector salud	responsabilidad civil y seguros, especialista en gestión humana, Magister en administración, y Magister en desarrollo humano Psicóloga		
E4	Coordinadora servicio de psicología IPS CES Sabaneta		11 años	Sabaneta

Grupo Focal

Entendido como una entrevista aplicada a un grupo pequeño que se utiliza para profundizar en aspectos cualitativos de un problema (Aigner, 2006), fue utilizada como técnica de generación de información con el fin de profundizar y complementar la información obtenida previamente en las entrevistas semiestructuradas.

Se realizó una sesión de 2 horas de duración, con la participación de tres actores claves en el proceso de implementación del enfoque integrado e integral, en la que se pudo profundizar asuntos identificados en las entrevistas como fundamentales en el proceso de implementación del enfoque integral e integrado en salud mental en el departamento. A continuación, se presentan sus participantes:

Tabla 3

Caracterización Participantes Grupo Focal

Identificación Participante	Cargo	Formación	Experiencia	Ciudad/ Departamento
P1	Profesional Universitaria, Referente de Convivencia social y salud mental departamental	Psicóloga	22 años	Antioquia
P2	Profesional Universitaria, Encargada de Plan de Intervenciones Colectivas hacia los municipios	Enfermera y auditora	24 años	Antioquia
P3	Epidemióloga-Auditora de Dimensión de Convivencia Social y Salud mental	Enfermera, epidemióloga y auditora	8 años	Antioquia

Instrumentos de Generación de Información

Diseño Entrevista Semiestructurada

Con el objetivo de obtener la información requerida, se diseñó una entrevista semiestructurada que permitiera detallar esas situaciones particulares con las que se han enfrentado en el proceso de implementación del abordaje integral e integrado en salud mental los actores seleccionados.

Para el diseño de la entrevista se tomaron como referencia unas categorías iniciales, que permitieron de acuerdo con los objetivos planteados, definir algunos aspectos a indagar y posibles contenidos a explorarse a través de las entrevistas, de dónde surgieron las preguntas orientadoras.

Tabla 4

Categorías Iniciales

Categoría Inicial	Ejes de Análisis
Salud mental	Conceptos teóricos, enfoques predominantes y manejo de lineamientos normativos y políticos.
Atención integral	Modelos de abordaje predominantes, aspectos tenidos en cuenta. Funcionamiento.
Atención integrada	Reconocimiento de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para un abordaje integrado en salud mental. Complementariedad de acciones.
Implementación	Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras, Retos, respecto a: Aspectos administrativos: disponibilidad de recursos (económicos, humanos, otros), Aspectos metodológicos: diversidad de estrategias, Aspectos normativos, políticos: voluntades, apoyo, decisiones Aspectos técnicos: desarrollos y claridades conceptuales frente al tema

Tabla 5

Preguntas Orientadoras

Preguntas Orientadoras para entrevista semiestructurada
¿Desde su institución cómo se está desarrollando el tema de salud mental?
¿De acuerdo con lo que plantea la norma para la atención en salud mental, ¿Qué tan factible ve su implementación?
¿En qué aspectos han avanzado?
¿En cuáles encuentran dificultades?

En cuanto a las metodologías utilizadas en su municipio para la atención en salud mental ¿Considera que favorecen un abordaje integral e integrado de este tema?,
¿Podría explicarme las razones por las cuales usted lo cree?

En términos de recursos, ¿Cuáles son esos recursos con los cuales se cuenta en el municipio para la implementación en salud mental? ¿Cuáles cree que harían falta?
¿Considera que esos recursos son pertinentes y suficientes para la implementación del Abordaje Integral e Integrado en SM?

¿Qué organizaciones o entidades del sector público y/o privado del municipio participan en el abordaje integrado?

¿Hay algún tipo de articulación con actores intersectoriales para este abordaje?
¿Podría describir algunos ejemplos?

¿Cuál ha sido el papel del sector salud para el abordaje integral?, ¿Qué profesionales participan en la implementación de este abordaje?

¿Hay articulación con actores comunitarios para este abordaje? ¿cuál ha sido su rol?
¿Si piensa en asuntos del orden político, económico, de recursos etc, ¿Cuáles identifica como aspectos más fuertes y más débiles en su municipio para la atención en salud mental?

¿Cuáles serían los principales retos que enfrenta su municipio para la atención en salud mental?

Ver anexo 1: Carta de invitación entrevista semiestructurada

Ver anexo 2: Guía entrevista semiestructurada

Ver anexo 3: Consentimiento informado entrevista semiestructurada

Diseño de Grupo Focal

Como se mencionó anteriormente, la técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y semiestructurada en donde se procura que un grupo de individuos, en este caso, actores estratégicos en salud mental seleccionados de acuerdo a los criterios descritos anteriormente, pudieran abordar desde su experiencia personal, los ejes temáticos que iluminaron la realización del grupo focal.

Esta técnica se utilizó para complementar la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas, buscando incluir actores que enriquecieran la información desde una mirada más departamental.

Para su diseño, al igual que con las entrevistas, se partió de las categorías iniciales, las cuales siguieron siendo la referencia de los contenidos a explorarse a través del encuentro grupal, de dónde las preguntas orientadoras se dirigieron a indagar mucho más sobre la realidad departamental.

Tabla 6

Preguntas Orientadoras

Preguntas Orientadoras para entrevista semiestructurada
¿Desde su institución cómo se está desarrollando el tema de salud mental?
¿De acuerdo con lo que plantea la norma para la atención en salud mental, ¿Qué tan factible ve su implementación?
¿En qué aspectos han avanzado?
¿En cuáles encuentran dificultades?
En cuanto a las metodologías utilizadas en su departamento para la atención en salud mental ¿Considera que favorecen un abordaje integral e integrado de este tema?, ¿Podría explicarme las razones por las cuales usted lo cree?
En términos de recursos, ¿Cuáles son esos recursos con los cuales se cuenta en el departamento para la implementación en salud mental? ¿Cuáles cree que harían falta? ¿Considera que esos recursos son pertinentes y suficientes para la implementación del Abordaje Integral e Integrado en SM?
¿Qué organizaciones o entidades del sector público y/o privado del departamento participan en el abordaje integrado?
¿Hay algún tipo de articulación con actores intersectoriales para este abordaje? ¿Podría describir algunos ejemplos?
¿Cuál ha sido el papel del sector salud para el abordaje integral?, ¿Qué profesionales participan en la implementación de este abordaje?
¿Hay articulación con actores comunitarios para este abordaje? ¿cuál ha sido su rol? ¿Si piensa en asuntos del orden político, económico, de recursos etc, ¿Cuáles identifica como aspectos más fuertes y más débiles en su departamento para la atención en salud mental?
¿Cuáles serían los principales retos que enfrenta su departamento para la atención en salud mental?

Ver anexo 4: Carta de invitación grupo focal

Ver anexo 5: Guía grupo focal

Ver anexo 6: Consentimiento informado grupo focal

Proceso de Obtención de la Información

La obtención de la información se realizó bajo una lógica inductiva en la que se siguieron los siguientes pasos:

Para la entrevista semiestructurada:

Paso 1. Identificación de los actores estratégicos y construcción de una base de datos.

Paso 2. Cada uno de los actores estratégicos se contactó telefónicamente y se le envió posteriormente invitación personalizada (vía correo electrónico) a participar como informantes claves en la investigación.

Paso 3. Aceptada la invitación se envió carta a la institución para autorización de participación en la investigación en los casos requeridos.

Paso 4. Se entrevistó cada uno de los actores estratégicos seleccionados, en una entrevista de una duración aproximada de una hora.

Para el grupo focal:

Paso 1. Identificación de los actores estratégicos departamentales y construcción de una base de datos.

Paso 2. Cada uno de los actores estratégicos se contactó telefónicamente y se le envió posteriormente invitación personalizada (vía correo electrónico) a participar como informantes claves en la investigación.

Paso 3. Aceptada la invitación se envió carta a la institución para autorización de participación en la investigación en los casos requeridos.

Paso 4. Se entrevistó a los tres actores estratégicos seleccionados, a través del grupo focal, el cual tuvo una duración aproximada de dos horas.

Técnicas de Procesamiento y Organización de la Información

Luego de realizado el trabajo de campo y transcrita la información generada, se continuó con un proceso de clasificación y codificación, que consistió en extraer fragmentos o expresiones claves que dieran cuenta de las categorías iniciales, permitiendo clasificar elementos de la entrevista y el grupo focal, por medio de la diferenciación y la agrupación por analogía. Para este ejercicio de clasificación y

categorización de la información se utilizaron tablas apoyados en el procesador de texto Microsoft Word que permitieron su organizar, como se puede observar en la siguiente imagen.

Imagen 2

Imagen Codificación Inicial

Codificación Inicial

Se realiza un análisis de la entrevista basado en las categorías de entrada definidas para la investigación, seleccionando los fragmentos que podrían relacionarse con cada una de ellas para, posteriormente realizar un primer análisis de cada una de ellas, orientado por las subcategorías.

GRUPO FOCAL		
CATEGORÍA	FRAGMENTO	CÓDIGO
C1: Salud mental		
C2: Abordaje integral		
C3: Abordaje integrado		
C4: Implementación		
Otros		

Para el código:

E: Entrevista 1

P1: Párrafo 1

F1: fila 1 de ese párrafo

F2: fila 2 de ese párrafo

EJEMPLO: E1P2F5

Para identificar los fragmentos de cada una de las fuentes de información, se fragmentó cada entrevista y el grupo focal por párrafos, considerando para su ubicación los siguientes elementos E1: entrevistado 1, P1: párrafo 1, F1: fila 1; con los cuales se obtenía un código que facilitó la ubicación de los fragmentos extraídos de las entrevistas como se puede ver en el siguiente ejemplo,

“A pesar del esfuerzo por realizar una planificación, a la hora de priorizar y realizar los contratos, no se seguía esta guía, sino que incluso otras personas que no estaban a cargo del tema de salud mental, terminaban decidiendo qué hacer e incluso más grave, definiendo cómo hacerlo”
(E2P16F1).

Para el grupo focal la forma de codificación fue la siguiente, GF: grupo focal, X1, X2, X3: correspondiente al participante respectivo, P1: párrafo 1, F1: fila 1, como se puede ver en el siguiente ejemplo,

“Todos los municipios tienen que desarrollar en lo mínimo, acciones de promoción, pero ¿lo están haciendo?, así sea por ejemplo programas radiales, sencillo, una campaña. Claro, hay que cuestionar después, el impacto y la orientación, eso es fundamental.” (GFX2P6F1)

Análisis de la Información

Se tuvo como procedimiento fundamental el método comparativo constante, entendido como una estrategia que permite comparar permanentemente los segmentos de datos para identificar relaciones y patrones que puedan dar lugar a organizaciones conceptuales y teorizaciones para la explicación de un fenómeno o situación (Strauss y Corbin, 2002). El proceso de análisis de la información se realizó en una lógica que permitió alcanzar el nivel comprensivo propuesto como alcance final del estudio, pasando por un momento descriptivo, luego un momento analítico hasta llegar a un momento interpretativo, procedimiento conformado por cinco pasos:

Paso 1. Lectura y revisión detallada de cada una de las transcripciones de las 4 entrevistas y el grupo focal.

Paso 2. Pre-codificación, a partir de la cual se dio prioridad a las expresiones y términos utilizados directamente por los participantes para responder a cada una de las categorías iniciales, los cuales fueron compilados en una tabla para su organización, clasificación y codificación.

Paso 3. Codificación abierta, se identificaron los fragmentos con los que los participantes dieron sentido a las categorías iniciales, se compararon unos con otros, y aquellos pertenecientes a situaciones similares se agruparon bajo un concepto más amplio, surgiendo las categorías emergentes iniciales.

Paso 4. Codificación axial, los elementos encontrados fueron analizados de nuevo buscando relaciones entre ellos, definiendo los vínculos entre categorías iniciales y categorías emergentes leyendo de nuevo los datos para reducir y agrupar las categorías y así depurarlas hasta llegar a unas categorías emergentes más precisas.

Paso 5. Codificación selectiva, se dio a partir de la contrastación con el referente teórico, permitiendo un mayor refinamiento de las categorías emergente fundamentado en la literatura científica.

Momento Descriptivo

Este momento incluye los pasos 1 y 2, señalados anteriormente. Para la realización de este momento se toman como punto de partida las categorías iniciales, que como se mencionó anteriormente se plantearon a partir de los elementos clave que permitieron indagar sobre los aspectos centrales señalados en los objetivos de la investigación, como se muestra en la siguiente tabla,

Imagen 3

Categorías Iniciales

Categoría Inicial	Aspectos a Indagar
Salud mental	Conceptos teóricos, enfoques predominantes y manejo de lineamientos normativos y políticos.
Atención integral	Modelos de abordaje predominantes, aspectos tenidos en cuenta. Funcionamiento.
Atención integrada	Reconocimiento de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para un abordaje integrado en salud mental. Complementariedad de acciones.
Implementación	Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras, Retos, respecto a: Aspectos administrativos: disponibilidad de recursos (económicos, humanos, otros), Aspectos metodológicos: diversidad de estrategias, Aspectos normativos, políticos: voluntades, apoyo, decisiones Aspectos técnicos: desarrollos y claridades conceptuales frente al tema

Es así como se retoman cada una de las categorías iniciales: salud mental, atención integral, atención integrada e implementación, en la revisión detallada de las transcripciones de cada una de las entrevistas con el fin de identificar en las narrativas de los participantes fragmentos que se tornaban relevantes, valiosos o sobresalían en sus discursos respecto a éstas, considerando los aspectos descritos en la segunda columna de la tabla anterior.

La información extraída se ubicó en una nueva tabla que permitió su organización y clasificación por cada categoría inicial, a partir de la cual se realiza un primer nivel de análisis, extrayendo los elementos más significativos enunciados por los participantes, relacionados con cada una de éstas, como se puede ver en la imagen siguiente:

Imagen 4

Imagen Análisis Inicial Entrevistas

Análisis inicial

Se realiza un análisis de la entrevista basado en las categorías de entrada definidas para la investigación, seleccionando los fragmentos que podrían relacionarse con cada una de ellas para, posteriormente realizar un primer análisis de cada una de ellas.

ENTREVISTA 1		
CATEGORÍA	FRAGMENTO	CÓDIGO
C1: Salud mental	E1: es que creo que de una forma que tal vez no sea tan rápida como quisiéramos, pero si se han ido asentando las bases políticas para que eso suceda, es decir, ya la salud mental es una, ya es reconocida como una prioridad en salud pública y ese lugar difícilmente puede ser eliminado o desconocido	E1P3F1
	E1: hay unas falencias en la formación del talento humano en salud, en el campo de la salud mental, todo lo relacionan con salud mental y que eso también incluye al talento humano en salud mental,	E1P4F1
	E1: hay aspectos que deberían ser fortalecidos por ejemplo; todo lo relacionado con el enfoque en salud pública.	E1P5F2
	E1: (...) creo que por otra parte identificar acciones en salud mental desde un enfoque positivo o sea de verdadera salud mental, es una oportunidad muy grande.	E1P6F2
	E1: Te quería también decir que creo que hay un elemento, un elemento importante también, puede ser el rescatar ó visibilizar todo lo relacionado con la salud mental comunitaria, en ese orden de ideas la rehabilitación basada en comunidad, creo que es una oportunidad que tiene el país y donde hay que trabajar mucho.	E1P7F1
	E1: Ah. Yo creo que un logro, pero es un logro que yo no sé si es un logro, pero es una situación dada. Y es que hay posicionamiento de la salud mental.	E1P31F1
	E1: Es decir, ya se identifica como un elemento crucial de la salud poblacional y que hay que intervenirlo. Eso ya es un logro muy grande. Pero eso es multicausal. No necesariamente porque se haya logrado, sino que es algo que choca y puede estar pasando por cosas que son un reto, lo voy a decir de otra forma; puede que el medio ambiente se convierta en una prioridad en el momento en el que se nos venga el cambio climático de una manera abrupta, que genere millones de muertes y daños irreparables al planeta.	E1P32F1
Análisis C1	Se señala un desarrollo gradual del concepto de salud mental, aspecto influenciado por los avances normativos y políticos que al respecto se han adelantado en el país, generando que su reconocimiento escalonado lo vaya llevando a ser tema prioritario en salud pública, "creo que de una forma que tal vez no sea tan rápida como	

Posterior a este momento, se retoman los elementos claves de cada uno de los objetivos, de la siguiente manera:

Objetivo específico 1: ¿Cuáles son los fundamentos normativos?, ¿Cuáles son los fundamentos conceptuales?, ¿Cuáles son los fundamentos metodológicos?

Objetivo específico 2: ¿Qué recursos administrativos?, ¿Qué recursos técnicos?, ¿Qué recursos operativos?

Objetivo específico 3: Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras y retos

Y se extrae de la tabla de análisis inicial de cada una de las entrevistas la información respectiva a cada objetivo, buscando sintetizar los relatos que apunten a los elementos anteriormente descritos en cada uno de ellos, ubicándolos en una nueva tabla, como se indica en la imagen siguiente:

Imagen 5

Imagen Análisis Objetivos Entrevistas

Objetivo específico 1	Síntesis de los relatos relacionadas con cada objetivo
¿Cuáles son los fundamentos normativos?	-Se menciona que ha habido mucha producción de normas por parte del MSPS en los últimos años y se valora que están muy bien elaboradas. Sin embargo, las entrevistadas refiere que lo escrito supera las realidades, características y disponibilidad de recursos de los distintos municipios, que aunque hay desarrollos normativos que indican la ruta a seguir y en el departamento se aplican, esto no garantiza muchas de las pretensiones que se plantean en los mismos, (GFX2P10F3). (GFX1P26F1)
¿Cuáles son los fundamentos conceptuales?	-Se reconocen acciones desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud para temas de salud mental. En donde se plantea que el tema de promoción es visto de manera muy reducida, limitado a acciones de Información, Educación y Comunicación-IEC. Se cuestiona algunas de las estrategias utilizados por los profesionales y el alcance e impacto de las mismas, (GFX2P6F1), (GFX3P41F1). -Se indica que es complicado el tema de los enfoques que se plantean en la teoría, en los lineamientos, como el de determinantes sociales de la salud, pero a la hora de ponerlos en práctica, todos los involucrados no conocen o están en línea para hacerlo también, (GFX3P32F13).

Este ejercicio se realizó con cada una de las entrevistas.

De igual manera, se aplicó el procedimiento anterior de análisis al grupo focal, el cual se inició tomando cada una de las categorías iniciales (CI): salud mental, atención integral, atención integrada e implementación, e identificando en la revisión detallada de las transcripciones del grupo focal que daban cuenta de las narrativas de los participantes, fragmentos que se tornaban relevantes, valiosos o sobresalían en sus discursos respecto a éstas, considerando los aspectos descritos de cada CI.

Posteriormente, la información extraída se ubicó en una nueva tabla que permitió su organización y clasificación por cada categoría inicial, a partir de la cual se realizó un primer nivel de análisis, extrayendo los elementos más significativos enunciados por los participantes, relacionados con cada una de éstas, como se puede ver en la imagen a continuación:

Imagen 6

Imagen Análisis Inicial Grupo Focal

Análisis inicial

Se realiza un análisis de la entrevista basado en las categorías de entrada definidas para la investigación, seleccionando los fragmentos que podrían relacionarse con cada una de ellas para, posteriormente realizar un primer análisis de cada una de ellas, orientado por las subcategorías.

GRUPO FOCAL		
CATEGORÍA	FRAGMENTO	CÓDIGO
C1: Salud mental	X3: yo pienso que hay que mirar, primero en el proceso de planeación, salud mental dentro del ASIS (Análisis de situación en salud), donde, de acuerdo a las directrices, el proceso de planeación parte desde el ASIS. El ASIS municipal, generalmente no tiene ese componente de salud mental, tan fuerte, pasa minimizado, casi que lo ves en la parte de mortalidad, por ejemplo suicidios, entonces cuando uno va a mirar queda como de pronto de sexta causa, una prioridad pues, que no va a ser de las cinco primeras, eso hace que de pronto ellos digan, no, no voy a destinar los recursos suficientes para intervenir ese tema, eso en primer lugar.	GFX3P3F1
	X3: Ósea que un proceso de planeación, donde el ASIS no está establecido y no se ve tan fuerte la problemática de salud mental que hay desde la parte de suicidios, intento de suicidio, la parte de consumo, entonces les dicen, si, alto consumo, pero no tienen una investigación que te soporte qué tan alto, porque no está fortalecida la parte de investigación,	GFX3P3F7
	X3: (...) entonces cuando uno ve, ellos designan los recursos porque hay un problema grande con salud mental, salud mental empezó a ser visible en la agenda política cuando empezó a producir muertos, es decir, cuando hay suicidios, o cuando por ejemplo el problema de consumo se volvió un problema asociado a robo, violencia, entonces de resto, no se hubiera notado, ósea que hay una deuda social en la parte de salud mental inmensa.	GFX3P3F11
	X3: La mayoría de los municipios, entonces, no tienen los recursos suficientes para el pago de un psicólogo, el recurso humano del psicólogo, no se te va por lo que un municipio de categoría 5 ó 6 puede pagarle, nosotros tenemos municipios como Medellín que tienen más de 12 mil millones para la salud pública, con una gran problemática y el mayor volumen de población, pero tenemos municipios que tienen 26 millones para salud pública, que tienen que establecer un 70% para PIC y el resto para gestión de servicios, entonces un psicólogo, no se te va, uno. Dos, uno diría que todos los municipios del departamento tienen priorizada la dimensión de salud mental, es decir, todos los tienen que desarrollar en lo mínimo, con acciones mínimas de promoción, pero ¿lo están haciendo?.	GFX3P4F1

Subsiguientemente, se retomaron los elementos claves relacionados con cada uno de los objetivos y se extrajo de la tabla de análisis inicial del grupo focal la información respectiva a cada uno de ellos, buscando sintetizar los relatos que apuntaran a los elementos centrales de éstos, para dar respuesta a cada uno de los objetivos, ubicándolos en una nueva tabla, como se indica en la imagen siguiente:

Imagen 6

Imagen Análisis objetivos grupo focal

Objetivo específico 1	Síntesis de los relatos relacionados con cada objetivo en grupo focal
¿Cuáles son los fundamentos normativos?	-Se menciona que ha habido mucha producción de normas por parte del MSPS en los últimos años y se valora que están muy bien elaboradas. Sin embargo, las entrevistadas refiere que lo escrito supera las realidades, características y disponibilidad de recursos de los distintos municipios, que aunque hay desarrollos normativos que indican la ruta a seguir y en el departamento se aplican, esto no garantiza muchas de las pretensiones que se plantean en los mismos, (GFX2P10F3). (GFX1P26F1)
¿Cuáles son los fundamentos conceptuales?	-Se reconocen acciones desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud para temas de salud mental. En donde se plantea que el tema de promoción es visto de manera muy reducida, limitado a acciones de Información, Educación y Comunicación-IEC. Se cuestiona algunas de las estrategias utilizados por los profesionales y el alcance e impacto de las mismas, (GFX2P6F1), (GFX3P41F1). -Se indica que es complicado el tema de los enfoques que se plantean en la teoría, en los lineamientos, como el de determinantes sociales de la salud, pero a la hora de ponerlos en práctica, todos los involucrados no conocen o están en línea para hacerlo también, (GFX3P32F13).

Momento Analítico

Este momento incluye los pasos 3 y 4 señalados al inicio del numeral 7.7., cuyos resultados se desarrollan de forma detallada en el numeral 9.1.

Este proceso se llevó a cabo a partir de un análisis comparativo entre las cuatro entrevistas, tomando como referencia cada una de las categorías iniciales, identificando elementos comunes, elementos contradictorios y determinando aquellos que aparecen con más fuerza, y se consideraron claves o relevantes, como se muestra en la siguiente imagen.

Imagen 7

Imagen Análisis comparativo entrevistas

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTREVISTAS

Categoría salud mental		
Elementos comunes	Que emerge con más fuerza	Aspectos contradictorios, dispares, diferentes
<p>Se señala un desarrollo gradual del concepto de salud mental, aspecto influenciado por los avances normativos y políticos que al respecto se han adelantado en el país, generando que su reconocimiento escalonado lo vaya llevando a ser tema prioritario en salud pública, <i>“creo que de una forma que tal vez no sea tan rápida como quisiéramos, pero sí se han ido asentando las bases políticas para que eso suceda, es decir, ya la salud mental es una, ya es reconocida como una prioridad en salud pública y ese lugar difícilmente puede ser eliminado o desconocido”</i> (E1P3-4F1). Así mismo se destaca como favorable el reconocimiento de un enfoque positivo de la salud mental <i>“creo que por otra parte identificar acciones en salud mental desde un enfoque positivo o sea de verdadera salud mental, es una oportunidad muy grande”</i> (E1P6F2).</p> <p>los avances del MSPS, van por buen camino, pues los lineamientos invitan a un trabajo más equilibrado, que reconozca las necesidades que definitivamente hay en la atención de la salud mental, pero que no descuiden el cuidado y prevención temprana de los factores de riesgo <i>“Entonces, lo que se podría decir, es que a la hora de implementar los temas de salud mental lo que nos está planteando el Ministerio de esa integralidad es fundamental, porque no podemos caer en ninguna de las dos orillas, es decir, ni en la tradicional forma de ver la salud mental muy desde el trastorno y desde lo enfermo, sino ocuparnos también de trabajar pues como esta parte de promoción, de fortalecer estrategias de movilización social, de posicionar otras maneras de que las personas conozcan y sepan de la salud mental, que tengan información sobre derechos y deberes, que accedan a procesos educativos”</i> (E2P31F1).</p>	<p>Se reconocen avances a nivel normativo y teórico, pero estos contrastan con su implementación en la realidad, ante lo cual plantean la existencia de un abismo que desconoce las realidades contextuales para su operativización. Hay un abismo entre la teoría y la práctica, entre el papel y el hacer</p>	<p>Al respecto también se nombra, que desde los procesos de formación, se requiere avanzar más; se señala que se requiere hacer mucho más énfasis en la importancia y el sentido de la normatividad y su aplicación, trabajando un poco más el tema, así como la importancia de la lectura de contextos, que permitan comprender y orientar las intervenciones en clave de las realidades en las que las personas viven, descentrándose un poco de la mirada individualista, <i>“Te iba a decir que una realidad que sí es importante ahí; en la formación todavía les falta mucho conocer la importancia de la normatividad. O sea, yo sí siento que todavía...ese sí es mi trabajo en el día a día jajaja; que los profesionales reconozcan el sentido de la normatividad, que no lo vean como una tarea más. Porque siento que ellos lo ven como una carga, un requisito, una cosa que se inventaron. Por ejemplo; habilitación lo sienten como una cosa que se inventaron para los médicos, pero que no se ajusta a nuestro campo de trabajo de manera, pues adecuada, entonces siento que en ese sentido todavía a ellos les falta reconocer un poco cual es el sentido de la normatividad, qué herramientas le brinda a ellos la normatividad en salud. Entonces en eso sí, nos toca trabajar un poquito más”</i> (E4P21F1). <i>“Mira, yo siento que ellos salen listos para trabajar en muchos campos, pero lo que te decía</i></p>

Este procedimiento se realizó del mismo modo con cada uno de los objetivos específicos, como se evidencia en la siguiente imagen.

Imagen 7

Imagen Análisis comparativo entrevistas a partir de matriz análisis de objetivos

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTREVISTAS A partir de Matriz de Análisis de Objetivos		
Objetivo específico 1: ¿Cuáles son los fundamentos normativos?, ¿Cuáles son los fundamentos conceptuales?, ¿Cuáles son los fundamentos metodológicos?		
Elementos comunes	Que emerge con más fuerza	Aspectos contradictorios, dispares, diferentes
<p>-Contar con los desarrollos que MSPS ha generado para implementar el tema de salud mental, es clave, no sólo desde las normas, sino desde lineamientos estratégicos y metodológicos. (E1P3-4F1). Respecto al desarrollo de políticas en salud mental y drogas, se plantea, que más que seguir sacando lineamientos, es importante hacer una evaluación retrospectiva que permita reconocer cómo se está avanzando en el país respecto a todo lo que se ha ido construyendo y no sólo desde cada cambio de administración llegar a sacar nuevos lineamientos. (E1P29F1, E1P33F1). El MSPS ha insistido mucho en procesos estratégicos para la planificación de distintos temas críticos en salud mental, y ha sacado lineamientos, pero el conocimiento y utilización de los mismos en los territorios es muy pobre y limitado. (E1P13F2, E1P17F1, E1P18F1, E1P19F1, E1P20F1)</p> <p>-En la ET se reconocen y utilizan como referentes los lineamientos del MSPS para orientar las acciones de SM (E2P1F3), (E2P3F2), (E2P6F6), (E2P15F1). A pesar de ello, algunos actores del sistema como las EPS, señalan que los lineamientos del MSPS presentan muchos vacíos para la implementación, sobre todo en el tema de cómo se realizará la financiación de las normas que se emiten (E2P20F1). Se plantea que los avances del MSPS, van por buen camino, pues los lineamientos invitan a un trabajo más equilibrado, que reconozca las necesidades que definitivamente hay en la atención de la salud mental, pero que no descuiden el cuidado y prevención temprana de los factores de riesgo (E2P31F1).</p>	<p>Los cuatro entrevistados reconocen los avances normativos que se han dado en materia de salud mental desde el nivel nacional, realizando distintas valoraciones al respecto <u>de acuerdo a</u> los distintos roles que ocupan dentro del SGSSS.</p> <p>Conocimiento y utilización de las normas: el conocimiento de algunas normas también aparece relacionado con las competencias, que como actor del SGSSS tiene el entrevistado. En esa vía, aparecen conocimiento y utilización de lineamientos para la planeación territorial, como el ASIS, el PDSP de 2002, La Ley 1616 de 2003, de otro lado, aparecen lineamientos para habilitación de servicios y guías de atención en temas específicos como conducta suicida, violencias, niñez, infancia y adolescencia, así como protocolos de vigilancia epidemiológica. Sinn embargo, se cuestiona <u>que</u> a nivel general, en muchos municipios este conocimiento y utilización es muy pobre.</p>	<p>-Uno de los entrevistados anota, que hay un elemento nuevo para la respuesta en salud mental (pues no existía hace 5 años) que está influyendo en la prestación de servicios en salud mental, y es la responsabilidad civil, frente a la cual considera que va a agravar mucho más el panorama en la respuesta a este tema. Al respecto señala, que cada vez más los usuarios del sistema de salud están acudiendo a este tipo de recurso normativo para reclamar frente a inadecuados procesos, negligencia en el manejo, limitaciones en los resultados o daños causados. (E3P15F13), (E3P16F1). Frente al tema plantea que el Estado ha sido muy paternalista, olvidando lo que dice la misma Constitución, respecto a la corresponsabilidad que para el cuidado de la salud tiene tanto el</p>

Finalizado este proceso, se continuó con el análisis comparativo, pero ya contrastando los resultados encontrados en las entrevistas respecto a lo hallado en el grupo focal, siguiendo la misma lógica anterior, primero con las categorías iniciales y luego con los objetivos específicos, con el fin de identificar aquellos elementos que por su reiterada aparición tomaban relevancia para el investigador. Para este proceso se utilizó una tabla, como se muestra en la siguiente imagen:

Imagen 8

Imagen Comparativo Categorías Iniciales en Entrevistas y Grupo Focal

COMPARATIVO CATEGORIAS INICIALES EN ENTREVISTAS Y GRUPO FOCAL	
SALUD MENTAL	
ELEMENTOS COMUNES (Son los que están en las dos "tablas". Por ello cobran mayor relevancia para el análisis)	Avances normativos desde MSPS, se cuenta con una ley propia Posicionamiento de la salud mental en la agenda pública nacional y departamental
ELEMENTOS DISPARES (están en una y no en otra tabla)	Hay un abismo entre la norma y la realidad, entre el papel y las posibilidades de aplicación Talento humano: no está formado conceptualmente ni en lectura de contexto, contratación, asignación política del mismo, es insuficiente en cantidad. Ampliación del concepto de salud mental en la norma La falta de medición del impacto de las acciones limita la asignación de recursos El apoyo o no a los procesos en salud mental dependen de voluntades políticas
ELEMENTOS CONTRADICTORIOS (Elementos que tenemos que analizar para encontrar el sentido de la contradicción entre lo que se dice en una tabla y la otra)	Hay posiciones encontradas en cuanto a que la formación universitaria no se adecua a las necesidades conceptuales y contextuales relacionadas con la salud mental, mientras que un entrevistado dice que la formación universitaria ha contribuido a la "ampliación conceptual"

Con el fin de consolidar la información de cada uno de estos análisis, se elaboraron 4 tablas resumen que se utilizaron, para hacer todos los cruces de información.

Todo este proceso de análisis a partir de las categorías iniciales y los objetivos, permitió que emergieran 4 categorías que toman mucho protagonismo, ya que fueron enunciadas por los distintos participantes tanto en las entrevistas semiestructuradas como en el grupo focal, estas son:

Incidencia Política Negativa. Categoría que hace referencia a las decisiones generadas por actores estratégicos como tomadores de decisión, concejales y otros actores claves, que repercuten de manera directa y perjudicial en las acciones de salud mental a nivel municipal y departamental, teniendo injerencia en aspectos como la asignación de recursos, la priorización del tema y el apoyo al mismo; así como en la generación de trabas e influencias sobre los procesos de contratación, sea de talento humano o de operadores para la realización de acciones en salud mental, en respuesta a intereses propios o de grupos políticos a los que pertenecen.

Esta categoría, aparece de manera transversal durante el proceso de análisis, vinculada con las otras categorías emergentes, razón por la cual cuando se desarrollen cada una de ellas, será posible encontrar referencias a este aspecto como parte del análisis de las mismas.

A nivel departamental y municipal, esta categoría es señalada como un elemento influyente desde el orden administrativo, pues define aspectos claves, no sólo cuando se presentan cambios de gobierno, concretando si el tema es parte de la agenda política o no; sino en otros aspectos como, sí se le da continuidad a procesos que ya se venían desarrollándose respecto a planes, programas y proyectos.

La voluntad política aparece como elemento que viabiliza o no el tema de salud mental en el municipio o institución para el caso de EPS e IPS. Igualmente, se identifica que los cambios de gobierno impactan negativamente sobre la continuidad de los procesos, donde las lógicas territoriales terminan teniendo más peso sobre los procesos de planeación, que los lineamientos dados desde el nivel

nacional, imponiéndose los intereses políticos, sobre el trabajo técnico realizado con antelación, generando reprocesos. Los gobernantes que llegan, entran desconociendo los desarrollos anteriores y queriendo iniciar de cero, se desvirtúan las acciones; ubican en cargos estratégicos personas sin el perfil y experiencia adecuados para su desarrollo. Igualmente, preocupa como desde el Concejo municipal se influye sobre los procesos para obtener ganancias en términos de cuotas políticas y financiación de proyectos que corresponden a intereses propios.

Talento Humano. Esta categoría se refiere a los profesionales encargados de desarrollar acciones en salud mental, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como en las Entidades territoriales (ET) departamental y municipal. Si bien en esta categoría se incluyen psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, en el marco de esta investigación aparece de manera mucho más fuerte referida al psicólogo, como quién es el protagonista de las situaciones enunciadas.

El talento humano en salud mental es un tema que aparece de manera reiterada durante las cuatro entrevistas y el grupo focal. Se señala como factor crítico para el trabajo en salud mental y se diferencian algunas características del talento humano departamental y municipal.

En este sentido se pueden diferenciar las siguientes subcategorías:

Disponibilidad del Talento Humano (suficiencia). Esta situación se evidencia desde el nivel nacional, hasta el nivel local, y se refiere a la cantidad de profesionales disponibles para atender las necesidades de salud mental en las ET e IPS. Al respecto, se plantea que se debe hacer una diferenciación entre los municipios de Valle de Aburra y el resto del departamento, en donde esta disponibilidad varía en la medida que los municipios están más alejados y manejan menos recursos económicos. Se señala que hay municipios que por sus características, ni siquiera cuentan con este recurso.

Condiciones de Contratación y Vinculación del Talento Humano. En esta subcategoría se incluyen situaciones relacionadas con las condiciones y procesos de contratación del talento humano en salud mental. Se cuestionan las modalidades contractuales que no ofrecen estabilidad y generan discontinuidad en los contratos. Se anota que la duración de muchos contratos es corta y sumado al clientelismo que influye sobre la continuidad de los contratos, termina generando una alta rotación del personal contratado. A lo anterior se suman las bajas remuneraciones, sobre todo en municipios más alejados, y demoras en pagos de hasta 6 meses, situación que impacta negativamente en los servicios prestados.

Claridad Respecto a Funciones y Roles. Se plantea que en muchos casos, sobre todo en municipios lejanos, a los psicólogos les asignan funciones y tareas para las que no están formados o no tienen la suficiente preparación, considerando su nivel de pregrado. Igualmente, en esta categoría se señalan dificultades por parte de la psicología con otras disciplinas para abordar temas comunes, pues las competencias entre ellas no están claramente diferenciadas. Este fenómeno es especialmente referido al campo asistencial, cuando los psicólogos se deben relacionar con los trabajadores sociales y psiquiatras.

Actitud del Talento Humano. Durante las entrevistas y el grupo focal, los participantes hacen referencia a una gran variabilidad con respecto a las respuestas emocionales de los psicólogos que están realizando las acciones de salud mental. Algunos de los aspectos que varían son: compromiso, desinterés, frustración, desmotivación, saturación, todos relacionados con situaciones que éstos deben enfrentar y para las cuales no estaban suficientemente preparados, tanto desde procesos de formación previos, como desde asignación de roles y funciones.

Liderazgo. Se señala una dificultad importante al respecto. Por un lado, se nombra que no siempre las personas encargadas de liderar acciones en salud mental poseen las competencias para desarrollar este rol, tanto desde su disciplina, como desde sus habilidades y competencias personales.

De otro lado, se anota que se requiere un ejercicio fuerte de liderazgo de los profesionales que atienden y trabajan en salud mental para organizarse como gremio y generar mayor incidencia política en temas críticos que les atañen, relacionándolo con el posicionamiento del tema en la agenda pública, cómo en temas relacionados con contratación.

Formación del Talento Humano. Se identifican falencias y vacíos a nivel formativo para dar respuesta a las necesidades de las intervenciones en salud mental, tanto desde intervenciones colectivas como desde la parte asistencial. Se reconoce un vacío importante desde su formación para ampliar nuevas maneras de comprender la salud mental, desde enfoques más integrales e integrados.

Se señala que se presentan en los municipios perfiles inadecuados para roles de liderazgo, vacíos en la formación, desconocimiento del sector salud y la implementación de acciones de salud mental dentro de él, desconocimiento de la normatividad en salud mental, enfoques pobres para el abordaje en salud pública, dificultad para realizar intervenciones contextualizadas, falta de herramientas para atender e intervenir las principales problemáticas de salud mental desde atención primaria. Los participantes de la investigación, señalan el tema de formación del talento humano en salud mental, como un aspecto clave y crítico para avanzar en las transformaciones que se proponen desde el orden nacional.

Abismo entre Teoría y Práctica. Esta categoría expresa la distancia existente entre lo propuesto y la realidad, distancia evaluada como significativa por parte de los entrevistados en la medida en que, afirman, se desconocen aspectos de los contextos y realidades en donde se deben llevar a la práctica por parte de las propuestas normativas y teóricas. Para el caso, se han encontrado dos subcategorías:

La Teoría en la Torre de Marfil. Se cuestionan los avances teóricos que implican nuevas formas de comprender la salud mental, en tanto son vistos como ambiciosos y casi que imposibles de cumplir. En esta línea de sentido, se problematizan la definición y la aplicación de conceptos más positivos de salud mental, el enfoque integral y el de determinantes sociales, y se identifica un abismo entre las

nuevas normas y los recursos con los que se cuenta para su implementación, recursos no sólo económicos, sino de capacidades de los distintos actores para cumplir con las distintas competencias.

Confusión del Mapa con el Territorio. Se señala que hay dificultades para aplicar muchos de los lineamientos propuestos. Se alude a como en la diversidad de territorios no se puede pretender que lleguen de la misma manera estos conceptos, aspecto que además consideran sería importante evaluar para garantizar una verdadera implementación. Se identifica una importante diversidad de recursos económicos, de disponibilidad de talento humano, de niveles de comprensión y apropiación de los lineamientos, de redes de servicios para la atención en salud mental, entre otros, para la implementación de las acciones en salud mental que marcan las posibilidades de hacer en lo local.

Inversión en Salud Mental. Esta categoría hace referencia a los recursos económicos destinados al desarrollo de acciones en salud mental, sea desde las Entidades Territoriales (ET), como desde las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). En ella se identificaron las tres subcategorías siguientes:

Insuficiencia de Recursos. En términos generales, se plantea que la inversión en salud mental es poca, comparada con la magnitud del problema. Todos los entrevistados, señalan que los recursos económicos son insuficientes para la implementación de la salud mental, mientras los indicadores siguen en aumento. Se hace referencia a distintas dificultades al respecto.

Justificación para la Asignación de Recursos. Lo primero que se señala es la variedad de presupuestos que manejan los distintos municipios del departamento, sumado a múltiples voluntades políticas para priorizar e invertir en el tema desde las Entidades Territoriales. Además, aparecen dificultades para contar con indicadores en salud mental actualizados y confiables, lo cual influye de manera determinante en la priorización de los temas a tratar en salud mental en el nivel municipal, afectando los procesos de planeación y la asignación de recursos en tanto, gracias a las dificultades

antes mencionadas, la salud mental queda excluida de las principales prioridades definidas dentro del Plan de desarrollo y Plan Local de salud.

Focalización en Niveles de Atención Secundario y Terciario. De otro lado, se señala un aspecto crítico con las EPS y es que la mayor parte del recurso que se invierte en salud mental desde el SGSSS se va para la intervención curativa y médica. Así mismo se identifica una resistencia de parte de las EPS para invertir en el tema, quienes exigen evidencias de resultados que permitan sustentar la efectividad de los mismos y una alta relación y costo-beneficio en las intervenciones. Al encontrarse una pobre respuesta a estas demandas, esto afecta la priorización e importancia que le dan al tema, generando limitaciones para su posicionamiento, valoración y asignación presupuestal. Así mismo, se señalan dificultades para costear y negociar tarifas para ofertar los servicios de salud mental.

Momento Interpretativo

Este momento incluye el paso 5 señalado en el apartado 7.7, y se desarrollará en el numeral 9.2 de forma detallada en el apartado relacionado con la Comprensión del proceso de implementación de la atención integral en integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Análisis Ético

Las consideraciones éticas de la presente investigación están formuladas a partir de la Declaración de Helsinki, las pautas éticas para la investigación biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas –CIOMS- y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (Colombia), y aprobadas por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad CES, en sesión del 7 de mayo de 2019 e incluido en acta 133 del Comité Institucional de Ética en Investigación en Seres Humanos.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, la presente se clasifica dentro de la categoría de investigación “sin riesgo”, ya que los participantes no fueron expuestos a procedimientos invasivos o de diagnóstico, tampoco se manipuló la conducta de los sujetos, ni se indagó por aspectos sensibles de la conducta o la vida de las personas.

La aplicación de las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal para la generación de la información estuvo acompañada de un consentimiento informado (Ver anexo 2: Guía entrevista semiestructurada y anexo 5: Guía grupo focal), donde se explicaron los objetivos y alcances del estudio, las formas de registro de la información (grabaciones de audio), los fines de dichas formas de registro, su custodia y uso, así mismo se dio claridad desde el inicio de la confidencialidad y anonimato de la información recolectada, así como de que la información solicitada no sería personal o íntima; preservando los siguientes principios, consagrados en la Resolución 8430 de 1993:

a. Derecho a la información: se brindó a los participantes información detallada con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recolección y análisis de los datos. Así mismo se clarificaron oportunamente las dudas sobre la investigación expuestas por los participantes.

b. Derecho a la no-participación: los participantes al estar informados de la investigación y de sus procedimientos, tuvieron la plena libertad para abstenerse de responder el total o de forma parcial algunas de las preguntas formuladas o de participar en las actividades propuestas y a prescindir de su

colaboración cuando a bien lo considerarán. Se evaluó continuamente el deseo de los participantes para continuar en la investigación, garantizando la voluntariedad y la autonomía. No se ejerció por parte del investigador ningún tipo de presión ni coacción a los actores estratégicos de salud mental para participar en la investigación.

c. Secreto Profesional: la investigación garantizó el anonimato de los participantes resaltando la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se comprometió a no informar en sus publicaciones o actividades de divulgación, ninguno de los nombres de los participantes o las instituciones, ni otra información que permitiera su identificación.

d. Compromiso de proporcionar información actualizada obtenida durante el estudio: el investigador se comprometió a socializar los resultados de la investigación con los participantes y con las instituciones participantes. Para tal fin se hará uso de las estrategias para la apropiación social del conocimiento generado.

e. Remuneración: los fines de la presente investigación fueron eminentemente académicos y profesionales por lo que no tuvieron ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes fue totalmente voluntaria y no tuvo ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

f. Divulgación: los resultados de la investigación serán divulgados mediante su presentación en eventos académicos nacionales e internacionales, y a través de artículos publicados en revistas académicas. No obstante, en estos procesos de divulgación el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad de los participantes.

g. Disponibilidad de tratamiento: Dado que la investigación no contempló ningún tipo de diagnóstico o intervención y ni modificación de la conducta de los participantes ni se abordaron temas

relacionados con la intimidad que pudieran afectar emocionalmente a los mismos, la investigación no consideró la disponibilidad de ningún tipo de tratamiento.

h. Molestias o riesgos esperados: La investigación no implicó ningún tipo de riesgo físico, psicológico o de otra índole para los participantes. Los participantes no expresaron molestias, ni cansancio por la duración de la entrevista o la dinámica del grupal focal, implicando que no se expusieron a ningún riesgo para su seguridad e integridad.

i. Beneficios que puedan obtenerse: La participación en la investigación pudo ayudar a los participantes a identificar fortalezas y aspectos críticos a considerar para la implementación de la atención integral e integrada en salud mental desde su rol, posibilitando una posición más crítica y propositiva frente a las posibilidades para llevar a cabo la implementación de lineamientos brindados por Ministerio de Salud y Protección Social para abordar la salud mental desde lo territorial.

j. Aval de la institución: Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para participar en la presente investigación, implicaron solicitar el aval de las Secretarías de Salud a las que pertenecían los referentes de salud mental seleccionados, ya que las actividades en las que participaron se realizarán en el marco de actividades propias de su cargo.

K. Custodia de la información: La información fue almacenada en bases de datos y archivos en Microsoft office, bajo la supervisión del investigador principal, quien se encargó de autorizar el acceso solo con fines de la presente investigación y en ningún caso con fines de valoración administrativa o política.

Consentimiento Informado

Para garantizar un trato digno y respetuoso, la confidencialidad, el buen manejo y transparencia de la información y los datos recolectados, se entregó a los participantes de las entrevistas semiestructuradas y del grupo focal, un consentimiento informado para su diligenciamiento, donde se explicitaron los aspectos más relevantes de la investigación, así como sus fines, riesgos, manejo y

utilización de la información generada (Ver anexo 3: Consentimiento informado entrevista semiestructurada y anexo 6: Consentimiento informado grupo focal).

Presentación Detallada de los Resultados de la Investigación

Los resultados de la investigación se presentarán en dos momentos, el primero descriptivo y el segundo interpretativo.

En el momento descriptivo se realizó un acercamiento a la experiencia de los participantes, buscando recoger de manera fiel sus percepciones, apoyándose en las narrativas expresadas por éstos y retomando frases textuales que permitieron dar cuenta de su apreciación frente a los temas abordados.

El momento interpretativo implicó un proceso reflexivo y analítico por parte del investigador, buscando develar los sentidos expresados por los participantes, contrastándolos y complementándolos con elementos teóricos que ayudaron a la comprensión del fenómeno estudiado.

Momento Descriptivo

Para el caso, se realizó un proceso de análisis centrado en cada uno de los tres objetivos específicos desarrollados en la investigación, lo que permitió en un primer momento realizar una descripción de los fundamentos normativos, conceptuales y metodológicos; posteriormente, se realizó la caracterización de los recursos administrativos, técnicos y operativos para finalizar con el reconocimiento de los avances, oportunidades, tensiones, barreras y retos percibidos por los actores claves en salud mental para la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

Fundamentos Normativos, Conceptuales y Metodológicos que se utilizan para Implementar la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia.

El primer objetivo específico propuesto en esta investigación se centró en describir los fundamentos normativos, conceptuales y metodológicos que se utilizan para implementar la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

En este contexto, se entienden los fundamentos normativos como el conjunto de leyes, decretos, resoluciones, políticas, planes, entre otros, que son emitidos para la actuación en salud mental

por parte del MSPS, como instancia rectora del tema a nivel nacional, así como por parte del Congreso de la República, en el caso de Leyes para la aplicación en todo el territorio colombiano, y que son retomados por los actores claves para la implementación de acciones en salud mental.

De otro lado, lo conceptual es comprendido como aquellos referentes teóricos que iluminan las comprensiones sobre salud mental, y que permiten reconocer enfoques predominantes en la intervención frente al tema.

Lo metodológico, por su parte, señala la manera cómo se lleva a la acción el tema de salud mental, y que para los fines de esta investigación se busca identificar que estrategias, procedimientos, guías herramientas o pasos, utilizan los actores estratégicos y profesionales que desarrollan el tema en lo territorial para conseguir los objetivos planteados.

La interdependencia de estos tres aspectos es clave en la comprensión de la implementación del abordaje integral e integrado, ya que los lineamientos emitidos desde el MSPS bajan a las realidades territoriales y nutren conceptual y metodológicamente la implementación de acciones en salud mental. No obstante, se presentan por separado para generar mayor visibilidad de los aspectos diferenciales de cada uno de estos. En esta medida, respecto a estos elementos, los participantes plantean varias apreciaciones que señalan aspectos comunes y dispares, y en algunas ocasiones, incluso contradictorios.

Frente a los Fundamentos Normativos. Se reconocen importantes avances en la emisión de normas desde el nivel nacional, se plantea que han sido, además de abundantes, bien planteadas, identificando Leyes, planes, resoluciones, guías, protocolos y otros lineamientos para el trabajo en salud mental, valorando su claridad para orientar el quehacer de los distintos actores del sistema y de los equipos de trabajo, tal como lo afirman los siguientes entrevistados: “Ha sido muy prolífico la producción del MSPS en este cuatrienio anterior, vos tenés todas las guías de práctica clínica, todo está escrito, incluso esta normatividad que se viene”. (GFX1P26F1);

“Independientemente que estas políticas pudiesen tener muchos aspectos para mejorar, el que haya nuevas políticas da un marco para que los referentes territoriales puedan incluir en los próximos planes territoriales de salud acciones en salud mental, gestionar recursos, gestionar el mantenimiento de esos ejes que hayan sido útiles en este tiempo. Entonces creo que eso en sí mismo es un logro, independiente del análisis crítico que se le pueda hacer a los contenidos”.

(E1P34F1)

No obstante, de acuerdo con el rol que ocupan los entrevistados dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se reconocen e identifican diversas posturas frente a estos avances y la utilización de los mismos.

Desde las Entidades Territoriales (ET), es posible identificar un mayor conocimiento y utilización de las normas. En esa vía, aparecen reconocimiento y utilización de lineamientos como la Ley 1616 de 2003 de salud mental y para la planeación territorial el Análisis de la Situación en Salud-ASIS (Resolución 1536, 2015c), el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021 (Resolución 1841, 2013a) y el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC (Resolución 518, 2015d).

En cuanto a la Ley 1616 de 2003 de salud mental, se resalta contar con este lineamiento ya que permite dar un lugar específico a la salud mental en la agenda pública, diferenciando su abordaje de otros temas de salud, reconociéndola como una oportunidad de contar con un desarrollo propio para la protección e impulso de la salud mental, como lo manifiesta el siguiente entrevistado:

“Yo pienso que el principal logro es tener una ley propia, que no estemos metidos todos bajos los mismos temas de salud médica, es decir ya el tema de salud mental tiene una ley de la Republica que lo protege, me parece importantísimo, así siempre hayamos estado ahí, como en el escrito como la salud mental es importante, ya hay una ley propia”. (E3P20F1)

Para los procesos de planeación territorial, el MSPS propone el Análisis de la Situación en Salud-ASIS, como herramienta que permite orientar la toma de decisiones a partir del análisis de los eventos

más prevalentes de salud pública en coherencia con los lineamientos del PDSP, identificando los grupos poblacionales más afectados, su ubicación geográfica y otros aspectos que orientan la delimitación de prioridades para invertir mejor los recursos económicos. Al respecto, los entrevistados reconocen esta herramienta y la valoran como punto de partida para el trabajo en salud mental, así lo mencionaron algunos de los entrevistados: “Al iniciar los periodos de gobierno, se arranca con todo el análisis de situación en salud (ASIS), que es lo que nos permite también poder definir las prioridades y los focos del trabajo.” (E2P2F1); “Yo pienso que hay que mirar, primero en el proceso de planeación, salud mental dentro del ASIS donde, de acuerdo a las directrices, el proceso de planeación parte desde el ASIS.” (GFX3P3F1)

Frente al Plan Decenal de Salud Pública-PDSP 2012-2021 (Resolución 1841, 2013a), el cual es reconocido como la carta de navegación en el sector salud para la planeación y delimitación de acciones en salud pública, los entrevistados lo identifican y utilizan dentro de sus procesos de planeación, valorando que permitió un trabajo mucho más intersectorial para este proceso, como se constata en la siguiente frase de uno de los entrevistados:

“Ese proceso se inició a finales del cuatrienio pasado y se logró a partir de los nuevos lineamientos del plan decenal de salud pública, porque nos entregaron la metodología y una guías para realizar la planificación y eso implicó el reconocimiento de actores y sectores involucrados, y no sólo nos quedamos ahí, salud sólo pensando lo que pasaba, sino que esa nueva metodología nos puso la tarea de, no sólo salud siéntese a planificar, sino que desde la secretaría se hizo el ejercicio y los convocamos para la construcción del plan local de salud, logrando que llegaran secretarías de educación, gobierno, inclusión social, cultura, mujeres, juventud y representantes de las EPS”. (E2P3F1)

Se plantea que, independientemente de pocos o muchos recursos con los que cuente el municipio, en respuesta a la norma todos tienen que priorizar la dimensión de convivencia social y salud

mental que plantea el Plan Decenal de Salud Pública y deberán desarrollar acciones, mínimamente de promoción:

“Todos los municipios del departamento tienen priorizada la dimensión de salud mental, es decir, todos los tienen que desarrollar en lo mínimo, con acciones mínimas de promoción, pero ¿lo están haciendo?. Así sea por ejemplo programas radiales, sencillo, una campaña”.

(GFX1P5F1)

Así mismo, y acompañando los procesos de planeación territorial, aparece el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC (Resolución 518, 2015d), el cual es uno de los lineamientos claves para la proyección de acciones dentro de los Planes Territoriales de salud, el cual contiene un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos para el desarrollo de acciones de promoción y gestión del riesgo desde el área de salud pública. Los entrevistados dan cuenta de su utilización:

“Nosotros trabajamos todo lo de Plan de intervenciones colectivas, con acciones más de detección temprana, intervenciones psicosociales y actividades grupales para abordar los temas de promoción de la salud mental”. (E2P6F4)

Se señala que desde la norma se ha ido mejorando la cobertura para los temas de salud mental, la cual se ha ampliado y diversificado en términos de las coberturas para la atención en salud mental, de acuerdo con lo señalado en el Plan de Beneficio (Resolución 5521, 2013b), dando cuenta de un importante avance para la garantía del derecho a la salud mental, como lo señala uno de los entrevistados:

“Aunque hemos evolucionado, por ejemplo, el hecho de que una persona tenga 30 consultas psicológicas al año, ya me parece un avance, es que nosotros veníamos de casi que una intervención psicológica de 2 ó 3 sesiones y no más, ya 30 consultas al año es un avance bastante grande”. (E3P13F1)

No obstante, es claro que a pesar de que el MSPS emite herramientas para el actuar en salud mental, donde da pistas de cómo implementar varios de los lineamientos normativos que genera, ofreciendo rutas metodológicas y lineamientos en procesos estratégicos para la planificación e implementación de distintos temas críticos en salud mental como: consumo de sustancias, conducta suicida, violencias y trastornos mentales, no todas las ET las revisan, conocen y en muchos casos no las utilizan, así que ese esfuerzo desde el nivel nacional se pierde:

“Y es que mire, bueno, bonito, malo, regular o feo tenemos un marco general para que una entidad territorial, pueda de manera participativa e intersectorial formular un plan de acción para intervenir lo que está pasando con la conducta suicida. Y hay algo, hay un clic que yo no logro pues en la forma de cómo se dice, como se vende, como se promueve, pues hay algo ahí que yo no entiendo, que no da clic porque yo siento que incluso así estuviera con la intención de voy a hacer algo, hay muchas entidades territoriales que no lo hacen”. He tenido contacto con algunas entidades territoriales de manera informal pues “que tenemos este problema, tenemos este problema” ¿Ya conoce el lineamiento? ¿ya lo revisaste? ¿qué dudas tenés? O sea, hay ahí una ruta metodológica para por lo menos estar en diferentes actores para decir; bueno tenemos este problema se están suicidando los pelados, todo eso se disparó, ¿qué hacemos? pero ni siquiera eso se hace.” (E1P18F1)

Se señala que a pesar de que se ha avanzado a nivel nacional con normatividades orientadas a la descentralización que suponen una mayor autonomía de las entidades territoriales, los municipios y departamentos, estos no lo sienten así, pues consideran que independiente de sus características y realidades territoriales, deben acogerse, sí o sí, a las normas emitidas desde el orden nacional, desconociendo la independencia territorial:

“Yo pienso que es el desconocimiento de la lógica en el terreno, cuando las personas están en ese nivel, así de una manera desenfrenada, empiezan a pedir ese tipo de cosas absurdas y

desconocen la realidad de los territorios, entonces, realmente uno dice, ¿para qué ha servido la descentralización aquí? seguimos centralizados, es decir, nosotros sencillamente, ellos norman y nosotros, cumplán, no más. Ellos lo que están promulgando de reconocimiento del territorio, de la diferencia del territorio, de la autonomía del territorio, no la tenemos. Es decir, en unas cosas tenemos autonomía, pero en las otras, ¡absolutamente! seguimos siendo centralizados, verticalizados.” (GFX2P37F1)

Las EPS, por su parte, señalan que los lineamientos del MSPS en cuanto a las redes integradas, dan elementos teóricos que permiten orientar la acción desde los primeros niveles de atención, brindando orientaciones frente al manejo de casos de salud mental, que en otros momentos se volvían un problema, porque no era claro que hacer con ellos:

“El tema de redes integradas de servicios me parece super importante y al menos tenemos un direccionamiento, desde que se recibe un paciente de primer nivel, al menos desde lo teórico, ¡qué se puede hacer con ese paciente, que antes los equipos de salud se enredaban con un paciente de salud mental, vaya pues regúlelo! ¿dónde lo va a llevar? Ya en este momento hay al menos un canal.” (E3P20F5)

Sin embargo, frente a este lineamiento y otros emitidos por el MSPS se identifican vacíos para la implementación, sobre todo en el tema de cómo se realizará la financiación de las acciones que proponen las normas que se emiten:

“Uno ve, que los actores involucrados no tienen las condiciones para dar respuesta, ni siquiera es claro de dónde se va a financiar todo lo que piden, de dónde salen los recursos, cuando históricamente al tema de salud mental no se le han cargado recursos importantes, porque se priorizan otros temas.” (E2P20F1)

Las IPS señalan un reconocimiento y utilización de lineamientos para habilitación desde los servicios que ofrecen, dando cuenta de un conocimiento de la norma, además de una adherencia a lo

que en ella se plantea: “Entonces nosotros cumplimos con los requerimientos, como es una IPS de primer nivel, entonces nosotros simplemente nos habilitamos como consulta externa y lo que exige pues la normatividad desde esa lógica.” (E3P2F1)

Igualmente, se señala el uso de Guías de atención en temas específicos como conducta suicida, violencias, niñez, infancia y adolescencia, así como protocolos de vigilancia epidemiológica:

“Pero también debemos cumplir pues con todo lo que nos pide la normatividad para atención de infancia, niñez y adolescencia. Estamos obligados a hacer reportes cuando identificamos riesgo en términos de riesgos suicida, violencia intrafamiliar, algún tipo de abuso. Entonces también tenemos en cuenta como esa normatividad. Entonces, tenemos protocolos donde identifiquemos riesgos, y como es el manejo pues del paciente en situaciones pues de crisis o de riesgo pues para su vida.” (E4P5F1)

Así mismo, se hace alusión que para el abordaje integral e integrado los lineamientos que se han venido desarrollando de parte del Ministerio de Salud no llegan a las IPS, por lo tanto, no se están implementando propiamente:

“Honestamente, me parece que son muy lejanos. O sea, uno sabe que existen, pues primero porque uno está en el campo académico. Entonces, uno ahí tiene como mayor cercanía como a eso, porque también de todas maneras nosotros como IPS estamos muy atentos a las normatividades y que va sucediendo pues en ese sentido. Pero que realmente uno logre identificar que sea un, pues que realmente se aterrice a nuestra realidad, realmente en estos momentos todavía falta mucho. Pues porque no logra uno concretarlo.” (E4P10F1)

Sin embargo, señalan los entrevistados, se empieza a notar una actitud de búsqueda de los mismos profesionales para llenar vacíos a este nivel, apoyándose de áreas jurídicas en la misma IPS:

“A mí me ha parecido muy valioso que en los últimos años los mismos profesionales buscan el apoyo, por ejemplo; en el consultorio jurídico que tenemos en la IPS, para estar supremamente

actualizadas, ¿qué normatividad hay actualmente que le pueda brindar un apoyo o brindar recursos a una familia que tiene un integrante con discapacidad? Entonces, ahí es donde yo logro identificar que están siendo permeados y, que están teniendo la capacidad de articular eso que uno encuentra en la normatividad con su ejercicio pues terapéutico. Entonces es ahí donde yo logro verlo pues como una realidad que si se puede concretar.” (E4P22F1)

En esta misma vía, se hace referencia a que desde los procesos de formación de profesionales en salud mental, hay muy poco contenido de estos elementos normativos, considerándose fundamental para su formación incluir muchos más aspectos de este orden, como se enuncia a continuación por uno de los participantes:

“Yo siento que ellos salen listos para trabajar en muchos campos, pero lo que te decía ahorita. Frente a lo que es la normatividad y realmente el aterrizar lo que aprenden en la academia al contexto real, todavía hay brechas. En la formación todavía les falta mucho conocer la importancia de la normatividad. O sea, yo si siento que todavía...ese si es mi trabajo en el día a día jajaja; que los profesionales reconozcan el sentido de la normatividad, que no lo vean como una tarea más. Porque siento que ellos lo ven como una carga, un requisito, una cosa que se inventaron. Por ejemplo; habilitación lo sienten como una cosa que se inventaron para los médicos, pero que no se ajusta a nuestro campo de trabajo de manera, pues adecuada, entonces siento que en ese sentido todavía a ellos les falta reconocer un poco cual es el sentido de la normatividad, qué herramientas les brinda a ellos la normatividad en salud. Entonces en eso sí, nos toca trabajar un poquito más.” (E4P21F1)

En conclusión, se plantea que hay una alta producción normativa, pero se cuestionan las posibilidades para su implementación. Se señala que desde el MSPS hay un gran desconocimiento de las realidades territoriales y se manifiesta inconformidad por tantas exigencias, dadas las diversas características y lógicas de los distintos territorios y sus limitadas posibilidades para su aplicación:

“A mí me parece muy bien pensada la norma como lo plantean, pero cuando ya uno se ubica como a la realidad municipal, por lo que ella acaba de decir, eso no se queda sino en un canto a la bandera, porque es que no hay infraestructura, no hay logística municipal, no hay cambio de mentalidad, la alta rotación del recurso humano y por ejemplo la alta carga laboral para el director local de salud, que en muchos municipios está encargado de otras secretarías, entonces, incluso ya en municipios donde no tienen tantos problemas financieros, los directores locales de salud están muy ocupados en otras responsabilidades por la complejidad del municipio, entonces delega como toda esa parte del PIC de salud pública en otros técnicos que no tienen, son muy buenos operativos, pero se pierde como toda esa visión estratégica, integral, de armonizar como todas las dimensiones, confluyan a que saquemos adelante esto.”

(GFX2P10F3)

Se cuestiona cual podrá ser el impacto de las normas cuando la asignación de recursos es tan poca o inexistente, sumado a las capacidades de los distintos actores para impulsar o cumplir con las distintas competencias. En esta línea de sentido, los entrevistados señalan algunas de las dificultades que viven la mayoría de los municipios para su implementación:

“Nosotros tenemos municipios como Medellín que tienen más de 12 mil millones para la salud pública, con una gran problemática y el mayor volumen de población, pero tenemos municipios que tienen 26 millones para salud pública, que tienen que establecer un 70% para PIC y el resto para gestión de servicios.” (GFX3P4F1)

“Todo está escrito, incluso esta normatividad que se viene, entonces es como sí yo digo sí esto tan bonito, y yo pienso en un Peque, un Briseño, en un Olaya, y no! a mí me da dolor, porque es que el departamento de Antioquia no son los municipios del área metropolitana.” (GFX1P26F1)

Aparece un asunto relacionado con el conocimiento y apropiación a las normas, el cual es percibido por los participantes como un aspecto muy variado, pues si bien en algunas ET e IPS, hay referentes y profesionales que las conocen y utilizan, hay otros que aunque las conocen no las utilizan, o incluso muchos que ni siquiera las conocen. Se cuestionan las estrategias que el mismo MSPS utiliza para su difusión, pero también se hace referencia a la obligatoriedad respecto a su cumplimiento, lo que denota falta de seguimiento, vigilancia y control en la aplicación de las mismas. Igualmente, se plantea que se requiere mayor difusión de la normatividad y su importancia desde los procesos de formación académicos de pregrado, para que los profesionales reconozcan el sentido de la misma:

“Entonces hay territorios donde uno solamente puede identificar, sin nombrar ninguno en específico, que tiene claro el sistema, el funcionamiento del sistema, un estudio o un conocimiento en la actualidad o una visión crítica analítica de las diferentes propuestas de ese abanico inmenso de la normatividad, del plan decenal de salud pública, con sus más y sus menos, pero cual es el marco de acción que podría desarrollar un territorio, hay algunos que se entiende por ejemplo que son los procesos de gestión de la salud pública y al parecer hay otros que no lo han integrado, pero eso también está determinado, no solo por las personas sino también por las instituciones.” (E1P8F6)

Finalmente, se hace un cuestionamiento por la emisión de nuevas normas, donde se plantea que lo que se requiere es revisar y evaluar las posibilidades de operativización de las ya existentes, midiendo sus alcances y qué transformaciones realmente han generado, más que seguir sacando nuevas normas. Probablemente las que hay sean suficientes y el problema radique en las dificultades para llevarlas a la práctica, como lo señala el entrevistado:

“Yo pienso, que la normatividad ya está, y a veces abundamos y abundamos en normas y sacamos otros decretos, pero realmente, la solución no está en la norma, la solución está en la

implementación, que realmente cojamos esa norma y las llevemos a la práctica y se haga”
(E3P25F1).

Frente a los Fundamentos Conceptuales. Los elementos conceptuales identificados por los participantes se desprenden de los lineamientos normativos propuestos por el nivel nacional, emergiendo con mayor fuerza en este proceso investigativo los conceptos de salud mental positiva y determinantes sociales de la salud, lo que indica una transición hacia miradas más amplias con respecto a las tradicionales en la comprensión de la salud mental.

En cuanto al concepto de salud mental positiva, se le identifica como un avance en el panorama de las comprensiones en salud mental, diferenciándose del modelo biomédico que se centra en el trastorno mental y posicionando un discurso propio desde la salud, como lo afirma uno de los entrevistados: “Creo que por otra parte, otro avance que se ha dado es identificar acciones en salud mental desde un enfoque positivo o sea de verdadera salud mental, es una oportunidad muy grande.”
(E1P6F2)

En relación con el concepto de determinantes sociales, es concebido como un enfoque clave para comprender lo que está pasando con las causas de lo que afecta o favorece la salud mental, encontrando que la responsabilidad del tema de salud mental no depende sólo del sector salud, lo que implica identificar otros sectores para impactar el tema y transformarlo:

“Desde ahí, desde esa lectura de determinantes sociales, aparecen también otras variables que tienen que ver con el tema de calidad de vida, con el tema de disponibilidad de recursos, cómo están dispuestos los espacios para la recreación, para el esparcimiento, para la cultura, disponibilidad también de parques, bibliotecas, de otros escenarios posibles, que también digamos en clave de un concepto de salud mental un poco más amplio, permiten considerar otros aspectos relacionados con calidad de vida, que incluso están liderado por otros sectores.”
(E2P2F6)

Pese a lo anterior, estos conceptos son problematizados dadas las comprensiones y apropiaciones teóricas a la hora de ponerlos en práctica; en lo que concierne al concepto de salud mental, se hace referencia a que se utilizan expresiones que hacen del concepto algo ideal y casi que imposible de cumplir, complejizando la posibilidad de llevarlas a la práctica, como lo señala el siguiente entrevistado:

“Entonces cuando tu hablas de “completo bienestar” y “la plena capacidad de desarrollar su potencial” -estoy haciendo como apartes de definiciones- se alejó totalmente de la realidad, y “plena capacidad de desarrollar todos sus potenciales”, casi que entonces todos tenemos problemas de salud mental, si lo leemos a partir de esas definiciones. Yo creo que también esos teóricos tienen que aterrizar un poco más esas definiciones, y entender la salud mental más como una capacidad, inclusive lo pienso, de vivir en ausencia de lo que la misma definición dice, es decir, si usted no tiene un pleno ambiente social con todas las condiciones, si usted tiene un ambiente familiar con dificultades, si usted no puede desarrollar su pleno potencial, vivir tranquilo, aún en unas condiciones más precarias. Para mí la salud mental es más eso. No es llegar al top de la definición, porque sino, esa distancia, esa brecha nunca la vamos a llenar. Y cada vez más los teóricos avanzan más en definiciones y les ponen más arandelas a esas definiciones y llegan a ser tan elaboradas como distantes de la persona de a pie.” (E3P11F7)

En cuanto al concepto de determinantes sociales, se plantea que una cosa es lo que se dice en la teoría y otra cómo lo entienden en los municipios. Se señala la dificultad para generar procesos de articulación intersectorial debido, en parte, a las pocas claridades por parte de los distintos actores de otros sectores, quienes no entienden lo que significa el concepto, ni parecen tener claro cuál es su responsabilidad y compromiso frente al tema de salud mental:

“A nosotros nos llegan los efectos de un problema que es social, que es económico, que es estructural. Y nosotros tratando, aquí, con pañitos de agua tibia, no somos capaces, es decir, en

el problema de salud mental, nos dejaron solos, dejaron solo al sector salud, los otros sectores se lavaron la mano, decir, ellos no ven eso como un asunto de ellos, cierto, cuando uno les dice, vengan pero ustedes tienen una política municipal de intervención por ejemplo en el consumo, bueno muéstreme en el plan qué están haciendo secretaria de gobierno, qué se está haciendo desde comisaría, qué está haciendo bienestar?, qué está haciendo todo lo de cultura y recreación y deporte? ahí no aparece, el problema de consumo es el problema de salud, entonces es muy difícil, cuando uno no tiene esa mirada de determinantes, de enfoque, que en la teoría está muy bonito en el plan decenal, y que no lo exige el ministerio, pero que vaya mírelo en la realidad.” (GFX3P32F13)

Otro elemento problematizador de la puesta en escena de los elementos conceptuales, tiene que ver con la formación del talento humano como factor clave para la transformación de enfoques, ya que se reconoce un vacío importante desde su formación para ampliar nuevas maneras de comprender la salud mental en las que se incluyan enfoques más integrales e integrados, así como unas lecturas más apropiadas a las realidades en los distintos contextos:

“Yo siento que las universidades, y sobre todo en términos de posgrado, han avanzado mucho en una formación que sea un poco más integral, y que vaya adoptando como esa nueva mirada, esa nueva forma de adoptar la salud mental. Entonces por ejemplo yo lo veo en el equipo de profesionales que tenemos en XX, pues hay personas que tienen 20 años de experiencia como hay personas que se graduaron hace dos años. Entonces uno identifica como en las últimas generaciones en su formación una lógica distinta. Por ejemplo; los que fueron formados hace 20 años; eh una lógica muy psicopatológica y focalizada a ese tipo de intervención. En cambio, uno va viendo esas últimas generaciones y son generaciones que piensan más desde el desarrollo de potencialidades, de bueno, si hay esas dificultades pero que tiene de elementos positivos en su proceso esta persona o esta familia. Entonces yo siento que si hay un cambio en la visión, un

poco del trabajo con el paciente y como esa mirada desde la salud mental, yo siento que eso si se ha logrado traducir.” (E4P20F1)

En conclusión, se plantea la existencia de un abismo entre la teoría y la práctica. Se señala que hay dificultades para aplicar muchos de los lineamientos propuestos. Se alude a como en la diversidad de territorios no se puede pretender que lleguen de la misma manera estos conceptos, aspecto que sería importante evaluar para garantizar una verdadera implementación. Igualmente, se reconoce un peso importante en la formación de profesionales para la transformación de los conceptos y enfoques en salud mental.

Frente a los Fundamentos Metodológicos. Los entrevistados plantearon que se ha avanzado en un reconocimiento y utilización de lineamientos y guías metodológicas emitidas por el MSPS para la implementación de acciones, sobre todo desde las ET, donde se utiliza el Análisis de Situación en Salud-ASIS (Resolución 1536, 2015c) para los procesos de planeación, así como los lineamientos del Plan decenal de salud Pública-PDSP (Resolución 1841, 2013a) y el Plan de Intervenciones colectivas-PIC (Resolución 518, 2012d) por parte de algunos municipios para la delimitación de las intervenciones, como se explicó en el apartado de fundamentos normativos.

Sin embargo, se cuestiona su aplicación, la cual puede verse afectada por la visión y conocimiento que los encargados de llevarlos a la práctica puedan tener, generando limitaciones a la hora de dar un mayor alcance a las posibilidades de hacer y coordinar acciones para el logro de los objetivos planteados, negando incluso servicios que por competencia deben prestarse y que harían parte de la respuesta en salud mental, o limitándose a la prestación de algunos de ellos, desconociendo además la articulación con otros actores y sectores para el éxito en el abordaje en el territorio:

“Una entidad territorial se puede quedar en la meta de ejecutar los recursos del plan de salud pública de intervenciones colectivas y no trascender, no encargarse de eso que le corresponde y es bueno como garantizar que las personas que lo requieran accedan a servicios en salud,

cuando estamos hablando de atención, más allá de beneficios en salud, o cómo articular las acciones independientes sea de promoción, de prevención, de atención, las que sean. Eh de forma intersectorial con sectores tan estratégico como educación, bienestar social, eh juventud, infancia, deportes, cultura. Entonces yo creo que eso tiene mucho que ver.” (E1P9F1)

Se reconoce la aplicación de acciones desde la gestión del riesgo y la promoción de la salud para temas de salud mental, en donde se plantea que el tema de promoción es visto de manera muy reducida, limitado a acciones de Información, Educación y Comunicación-IEC:

“Sí han priorizado la dimensión, entonces uno dice, hombre, pero, como hacer que esto que estamos tratando de hacer en la parte de promoción y de gestión del riesgo colectivo, que es muy poquito de ambas cosas, porque no es la promoción entendida con ese concepto amplio de promoción, no, el ministerio ha determinado promoción de la salud con una cosa como información y comunicación, que hay una falla muy grande, bueno, pero en gestión del riesgo colectivo la timidez de los municipios en implementar los centros de escucha, rehabilitación basada en la comunidad, son dos estrategias que apenas los municipios tímidamente están logrando perder el miedo, porque además no saben cómo agarrar eso!, no yo si tengo los recursos, pero yo como hago?, si, quien está capacitado en asesoría, en asesorarlos en la implementación. Yo voy y los asesoro, y te digo, te lo recito, pero vaya acompañelo en la implementación, porque una cosa es decir, y otra cosa es hacer!, a ellos les toca hacer, y cuando yo voy y digo y me vengo y el otro se queda en el hacer, ¡y cómo hago esto?, ahí hay un vacío muy grande.” (GFX3P41F1)

“Yo creo que sí ha habido cambios. Porque yo siento que antes estaba muy focalizado el tema en términos de prevención y yo siento que cada vez hay como mayor fuerza en otros temas. Obviamente yo siento que todavía seguimos en el campo de la prevención trabajando mucho,

pero, yo siento que cada vez ha tenido como más peso la promoción de la salud mental e identificar como la importancia que tiene como en focalizarnos desde esa lógica. Y yo creo que si ese cambio en el enfoque si se logra como identificar.” (E4P19F1)

“Algo muy importante es que se está trabajando fuerte para que se deje de ver el tema sólo como enfermedad mental y se reconozca todo lo que implica trabajar por la salud mental, desde procesos de promoción de la salud.” (E2P12F3)

Así mismo, se señala la importancia de incorporar en las acciones de salud mental estrategias de la salud mental comunitaria, con el fin de fortalecer estrategias como la rehabilitación basada en la comunidad:

“Te quería también decir que creo que hay un elemento, un elemento importante también, puede ser el rescatar ó visibilizar todo lo relacionado con la salud mental comunitaria, en ese orden de ideas la rehabilitación basada en comunidad, creo que es una oportunidad que tiene el país y donde hay que trabajar mucho.” (E1P7F1)

Se problematiza la aplicación del enfoque integral, pues consideran que es complejo si se tienen en cuenta las características y forma del funcionamiento del sistema de salud y el abismo histórico que ha existido entre las acciones de la ET y la respuesta de las EPS; también encuentran problemática la conceptualización respecto a lo que se comprende por atención primaria, pues se la ha limitado a acciones de promoción y prevención, limitando todas las posibilidades que ofrece esta estrategia:

“Entonces lo integrado históricamente también ha tenido una barrera muy triste, en mi concepto muchas de las experiencias que el país ha desarrollado en lo que ha denominado erróneamente atención primaria en salud mental, lo ha denominado en mi opinión erróneamente porque eh APS en salud mental no es acciones de promoción y prevención ni acciones de plan de intervenciones colectivas y eso ha sido un error histórico que el país ha

repetido en muchos territorios, a nivel histórico eh que puede que muy posiblemente se hayan hecho acciones muy grandes y muy interesantes desde las acciones colectivas, poblacionales, desde la promoción y la prevención pero cuando un individuo debe ser canalizado, referido o acceder a los servicios de salud con cargo a la UPC, al plan de beneficios se choca en todas sus, se ve chocado históricamente con un muro de contención, con una valla eléctrica, es decir eso lo que pone en evidencia es una limitación, creo que estructural para las acciones integradas.”

(E1P5F4)

Igualmente, plantean que si la atención integrada se define como la articulación entre los distintos niveles de complejidad en salud, su implementación se torna problemática ya que, aunque están definidas las rutas, su funcionamiento no es muy adecuado en tanto existen múltiples problemas de articulación entre los distintos niveles de atención:

“Entonces lo integrado históricamente también ha tenido una barrera muy triste, en mi concepto muchas de las experiencias que el país ha desarrollado en lo que ha denominado erróneamente atención primaria en salud mental, lo ha denominado en mi opinión erróneamente porque eh APS en salud mental no es acciones de promoción y prevención ni acciones de plan de intervenciones colectivas y eso ha sido un error histórico que el país ha repetido en muchos territorios, a nivel histórico eh que puede que muy posiblemente se hayan hecho acciones muy grandes y muy interesantes desde las acciones colectivas, poblacionales, desde la promoción y la prevención pero cuando un individuo debe ser canalizado, referido o acceder a los servicios de salud con cargo a la UPC, al plan de beneficios, se ve chocado históricamente con un muro de contención, con una valla eléctrica, es decir eso lo que pone en evidencia es una limitación, creo que estructural para las acciones integradas.” (E1P5F4)

Así mismo, la implementación de las acciones de salud mental desde las EPS e IPS es compleja, pues de acuerdo con lo que señalaron los participantes, se identifica una falta de confianza con respecto

a los efectos que se pueden obtener a través de ellas; se les considera abstractas y poco costo-efectivas, y todo el tiempo reclaman resultados que no se están dando. Manifiestan que en el ámbito de la salud mental aún son incipientes las aproximaciones basadas en la evidencia, lo cual genera una fuerte resistencia a ellas:

“Yo siento que se ha avanzado por ejemplo, en la ley de salud mental y se ha avanzado en algunas normatividades, el tema es que los actores del sistema esperan resultados y los resultados son muy abstractos y así lo veo en el Concejo de seguridad social, se dice y lo hablan las EPS que también están representadas ahí, es que nosotras le metemos y le metemos dinero a salud mental, pero finalmente los resultados no se ven, al contrario, hay indicadores que van creciendo.” (E3P2F1)

“Igualmente, en varios de los espacios que hemos tenido con prestadores plantean que el tema de salud mental no tiene los mismos desarrollos que otros temas, que a nivel de intervenciones no son tan claras, la gran mayoría no cuenta con evidencia científica, ni han sido evaluadas en términos de costo-efectividad, entonces eso también les genera que ahí hay un riesgo muy alto de botar la plática, de hacer intervenciones que no se van a ver reflejadas en una mejoría en la salud de las personas.” (E2P18F1)

Con respecto a las intervenciones colectivas, se cuestionan algunas de las estrategias utilizadas por los profesionales y el alcance e impacto de las mismas:

“Todos los municipios tienen que desarrollar en lo mínimo, acciones de promoción, pero ¿lo están haciendo?, así sea por ejemplo programas radiales, sencillo, una campaña. Claro, hay que cuestionar después, el impacto y la orientación, eso es fundamental.” (GFX2P6F1)

“Además, a veces yo pienso que el enfoque debería ser mucho más individual, ese enfoque que está siendo demasiado colectivo, que se llega a las comunidades y charlas y una cantidad de intervenciones colectivas y finalmente el problema en la persona individual persiste, entonces yo pienso que hay que revisar ese enfoque.” (E3P6F11)

Para terminar, se indica que desde el MSPS hay un desconocimiento de la lógica territorial, donde las solicitudes se vuelven irracionales frente a las realidades que vive el departamento. Se plantea que los lineamientos están años luz de las posibilidades de llevarlos a la práctica, abstrayéndose de la lógica en cómo ha funcionado por años el mismo sistema de salud. Se cuestiona la continuidad de los procesos y la medición de sus impactos. Así mismo, se identifican vacíos del talento humano en salud mental para la implementación de estrategias y la contextualización de las acciones:

“Yo pienso que hay una distancia muy grande entre quienes proponen esos planteamientos, uno lo ve desde la OMS, desde la Asociación Colombiana de Psiquiatría, entendiendo la salud mental como el completo bienestar físico, psíquico y social, psicológico, mejor dicho, los teóricos van años luz adelante de quiénes están en la práctica implementando, entonces yo si veo muy incipiente todavía el tema en relación con lo que la normatividad nos empieza a proponer, inclusive las normas internacionales, o los Convenios firmados por Colombia. Pero, también veo, y con eso he peleado mucho, que esas definiciones normativas son demasiado ambiciosas y se alejan de la realidad.” (E3P11F7)

Recursos Administrativos, Técnicos y Operativos Disponibles para la Implementación del Abordaje Integral e Integrado en Salud Mental en el Departamento de Antioquia, desde la Mirada de Actores Estratégicos en Salud Mental

Respecto al segundo objetivo específico, consistente en caracterizar los recursos administrativos, técnicos y operativos disponibles para la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia, el análisis permitió identificar lo siguiente:

En cuanto a los recursos administrativos, estos comprenden aspectos que van desde las dinámicas institucionales, incluyendo temas de contratación del talento humano, destinación de recursos económicos, hasta procesos de gestión, toma de decisiones, delimitación de funciones y roles, que dan cuenta de la organización y funcionamiento institucional para dar respuesta al tema de salud mental.

Con respecto a los recursos técnicos, se hace referencia a todos los recursos disponibles para conseguir los resultados esperados en salud mental, tales como disponibilidad y conformación de equipos de trabajo, características del recurso humano y formas de trabajo, redes de servicios disponibles en el caso de las EPS, estrategias, insumos, herramientas, y materiales, para la implementación de acciones en salud mental.

En términos de los recursos operativos, este aspecto apunta a la manera como lo técnico y administrativo se conjuga para llevar a la práctica las acciones de salud mental en los contextos de aplicación mediante los procesos de planeación, ejecución y evaluación, dando cumplimiento a los objetivos propuestos para el abordaje integral e integrado.

Al igual que en el primer objetivo, los tres elementos anteriormente descritos están relacionados entre sí, y son la base para el proceso de implementación del abordaje integral e integrado, ya que los alcances respecto a lo que se espera desde la norma y los lineamientos desde el orden nacional están condicionados en gran medida por el manejo, disponibilidad y suficiencia de estos recursos desde el orden territorial. A continuación, se detallan los elementos identificados por los participantes.

Frente a los Recursos Administrativos. La diversidad presentada en el departamento de Antioquia en sus 125 municipios es un factor condicionante a la hora de pensar la implementación de la salud mental en el territorio Antioqueño. No podrían pasarse por alto las dinámicas de cada municipio ni las de sus instituciones, las cuales determinan hasta dónde se puede llegar en la intención de trabajar el

tema de salud mental, incluyendo aspectos administrativos como la contratación de personal, el apoyo al tema para su desarrollo, los recursos asignados, y el alcance que se le da a las acciones desde sus procesos de planeación y ejecución:

“No es lo mismo pertenecer a una entidad territorial de salud que a otra, ahí hay dinámicas propias que marcan y ponen un límite a lo que pueda hacer cada quien o pueda hacer un equipo de trabajo y eso implica desde cuántos recursos se le asignan, hasta cuál es su margen de acción.” (E1P8F1)

Se reconoce que, en general, la inversión en salud mental es poca, mucho más si se la compara con la dimensión que han ido tomando distintas problemáticas en salud mental y el aumento de la frecuencia con que estas se vienen presentando, disparando una preocupación en cuanto al aumento de casos de suicidio, de consumo de sustancias psicoactivas y los eventos relacionados con la violencia, como la violencia sexual, el maltrato infantil y las violencias de género (MSPS, Colciencias y Universidad Javeriana, 2015a), (CONPES 3992, 2020); pese a esto, las inversiones realizadas para intervenir estos eventos no son proporcionales a su magnitud, siendo consideradas insuficientes:

“Con el tema de recursos como lo mencione hace un momento, de todo el dinero que se destina a salud pública, alrededor de un 10% se invierte en los temas de salud mental, podríamos decir que es un recurso importante con respecto al comportamiento en otros municipios, pero para una ciudad como está, con la población que maneja, con las problemáticas sociales y el acumulado de no atenciones en salud mental, estos recursos se vuelven pequeños y eso se nota en los resultados.” (E2P23F1)

Adicionalmente, se marca una inequidad en la distribución de los recursos económicos para invertir en salud mental, reconociendo una diferencia muy alta en estas inversiones entre municipios de categoría 1, 2 y 3 si se los compara con los de 4, 5 y 6. Basta detenerse en los presupuestos destinados en los municipios del Valle de Aburrá como Medellín o Envigado frente a municipios alejados del área

metropolitana y con menor densidad poblacional para develar como van descendiendo, al punto de ser inexistentes en algunos municipios:

“Aquí hay 115 municipios, los de Valle de Aburrá, son los municipios que tienen más desarrollo, porque como tenemos municipios hasta de sexta categoría, entonces eso es muy distinto, los 4, los 5 y los 6. Entonces, de acuerdo a esto, como están definidos los recursos en muchos municipios, sobre todo los sexta categoría, que tienen muy poquita plata del Sistema General de Participación (SGP) para la implementación del Plan de intervenciones colectivas (PIC), la plata es insuficiente y no tienen recurso humano de psicología, entonces hay ya municipios que ahora podríamos nombrar, cuales no tienen recurso humano de psicología, porque ellos tienen otras prioridades para la destinación de los recursos, entonces eso sólo, ya es un obstáculo inmenso.”(GFX1P2F1)

En la misma línea de la inversión en salud mental, preocupan los recursos económicos destinados por las EPS para responder a las necesidades en salud mental; este comportamiento ha sido histórico, y devela el lugar de prioridad de la salud mental frente a otros temas en salud pública haciendo posible mantener la afirmación de que “la salud mental es la cenicienta en el sistema de salud”, ya que las mayores inversiones se destinan a la intervención curativa en temas médicos y sólo un bajo porcentaje se dispone para este tema, dando cuenta que desde el funcionamiento del sistema sigue primando un modelo biomédico que no da lugar a este aspecto de la salud:

“La inversión que hacen en salud mental es baja, siento que la inversión que se hace en el tema curativo- médico, se lleva el gran porcentaje de los recursos del sistema de salud y a pesar de que la norma dice que la salud mental hace parte de la salud integral y que no podemos hablar de salud sino hablamos de salud mental, pues tenemos un vacío grandísimo, porque es que el sistema está concentrado en resolver problemas de salud física, en los temas biológicos, aunque se hacen programas y se invierte, realmente me parece que aún es muy incipiente.” (E3P4F1)

“Para ellos el tema de salud mental ha sido un tema de quinta, que ha estado al margen, y no les representa rentabilidad, y como el tema de salud se volvió un negocio, así la norma lo plantee como derecho fundamental. Con este panorama, no se puede pretender que de un día para otro las EPS lo pongan en su agenda.” (E2P29F1)

Otro aspecto reconocido hace referencia a la limitada capacidad de respuesta por parte de las EPS para atender a los pacientes que presentan algún problema relacionado con la salud mental, situación que además de evidenciar la poca valoración e importancia dada a la salud mental, demuestra el descuido y la falta de condiciones para su atención, entre las que se destacan las múltiples barreras para el acceso de los pacientes, que van desde el número de profesionales contratados para la atención, la disponibilidad y entrega oportuna de medicamentos, hasta la contratación de redes de servicios para la atención en los distintos niveles de complejidad:

“Otro tema es cómo están preparados para atender estos temas de salud mental, en términos del personal contratado, de las redes de servicios con las que cuentan, de la disponibilidad de medicamentos, que históricamente han sido limitados y en algunos casos casi nulos.” (E2P28F1)

En cuanto a las redes de servicios contratadas por las EPS para la atención en salud mental, si bien se identifican avances, se siguen presentando dificultades muy marcadas, sobre todo las relacionadas con la atención en alta complejidad y en municipios lejanos o con menos recursos; esto en clave de la atención integral e integrada, pues genera interrupciones en la continuidad de los tratamientos produciendo graves consecuencias para la salud mental de quienes no encuentran una respuesta oportuna frente a su problemática:

“Yo las veo muy pobres todavía, pues se están haciendo y a través del MIAS ya se está empezando a crear y a fortalecer mucho el tema. Pero, por ejemplo, en temas de salud mental en altos niveles de complejidad estamos super bajos. Si uno ve que un paciente necesita una intervención, SAMEIN, Hospital Mental-HOMO y uno que otro, que de pronto pueda tener un

servicio de alto nivel de complejidad en temas de salud mental, pero realmente estamos muy incipientes todavía. Y eso que estamos en la segunda ciudad en tamaño del país. Imagínate de ahí para allá.” (E3P9F1)

Frente a estos aspectos, las EPS reconocen y encuentran razones para explicar estas situaciones, justificando las limitaciones en su respuesta al tema; se señala que la disponibilidad de profesionales para la atención en salud mental con perfil clínico es escasa, así mismo plantean dificultades con las redes de servicios contratadas para atender temas como drogas o trastornos mentales; además, refieren que los servicios que les ofertan algunos prestadores de servicios en salud mental no obedecen a la disponibilidad real con la que cuentan para hacer efectivas las atenciones contratadas:

“También las EPS nos dicen que a nivel de contratación no hay mucha disponibilidad de profesionales para trabajar en ámbitos clínicos y/o de salud. En temas específicos, plantean que las redes de servicios para la atención por ejemplo de drogas, negocian con todas las EPS las mismas camas, generando una falacia respecto a la disponibilidad real de camas para la internación en estos casos.” (E2P19F1)

Del lado de las IPS, se identifica una dificultad a la hora de definir y negociar tarifas con las EPS para la atención en salud mental; se indica que, para éstas, el tema de salud mental no tiene la misma importancia que otros temas de salud de orden médico y, en esta medida, el valor económico que le dan a las atenciones es muy bajo, lo cual es bastante evidente con la atención psicológica. Así mismo plantean que esta situación no se limita a la relación con las EPS, sino que también ocurre en el relacionamiento con otros sectores como Educación, quienes no sólo buscan que las intervenciones sean muy económicas, sino en muchos casos gratuitas.

“Otro elemento es el costo que tiene el trabajo pues en salud mental. Entonces, pues yo siento que hay como...yo no sé cómo nombrarlo. Pero primero hay una posición en la que se asume como que el trabajo en salud mental fuera un valor agregado, no sé si me entiendes eso.

Entonces realmente no se consigue como una meta, un objetivo al que hay que invertirle, sino como, “pongámosle esto como un bien agregado a este proyecto” o como ¡Ah nosotros regalamos psicología! Pero el objetivo es otra cosa e invierten en otro tipo como de cosas.

Entonces yo siento que todavía sigue existiendo esa cultura de pensar como el trabajo en salud mental como algo que para ellos es difícil asumir el costo, que implica pues como esa inversión.”

(E4P24F1)

Otro asunto preocupante tiene que ver con las condiciones y características de la contratación de los profesionales para el trabajo en salud mental, lo que ocurre tanto en las Entidades territoriales departamental y municipales como en las EPS y las IPS, y es generalizable a la realidad del departamento al presentarse no solamente en municipios alejados y con pocos recursos, sino también en municipios con mejores presupuestos y pertenecientes al Valle de Aburrá, situación que se complejiza mucho más en el sector público. A continuación, se enuncian varias de las situaciones que demuestran y explican las razones por las que se da este aspecto:

El primer elemento tiene que ver con los recursos disponibles para la contratación de profesionales en salud mental en los distintos municipios del departamento. Frente a ello se plantea que todos los municipios deben cumplir los mismos lineamientos, pero los recursos para hacerlo no son equitativos para esta tarea; se identifican unas condiciones desiguales para los municipios alejados y de categoría 5 ó 6, que contrastan con lo que viven algunos municipios del Valle de Aburrá, generando limitaciones a la hora de contar con talento humano para el desarrollo de las acciones en salud mental; como se señala a continuación:

“La mayoría de los municipios, entonces, no tienen los recursos suficientes para el pago de un psicólogo, el recurso humano del psicólogo, no se te va por lo que un municipio de categoría 5 ó 6 puede pagarle, nosotros tenemos municipios como Medellín que tienen más de 12 mil millones para la salud pública, con una gran problemática y el mayor volumen de población,

pero tenemos municipios que tienen 26 millones para salud pública, que tienen que establecer un 70% para PIC y el resto para gestión de servicios, entonces un psicólogo, no se te va, uno.

Dos, uno diría que todos los municipios del departamento tienen priorizada la dimensión de salud mental, es decir, todos los tienen que desarrollar en lo mínimo, con acciones mínimas de promoción, pero ¿lo están haciendo?." (GFX3P4F1)

Un segundo aspecto está relacionado con el pago de honorarios a los profesionales que se ocupan de la salud mental, situación que se presenta sobre todo en el sector público; se ha identificado que en estos profesionales las remuneraciones son muy bajas y, adicional a ello, se da incumplimiento en la cancelación de nómina, generándose retrasos de hasta seis meses en los pagos, lo que implica que muchos de ellos no puedan asistir a su lugar de trabajo y tengan que cancelar citas, lo cual repercute en la prestación oportuna de los servicios de salud mental, además de afectar su motivación para continuar vinculados con estas instituciones, como lo señala el siguiente participante:

"Ve uno que los profesionales de la salud, sobre todo en el sector público, tienen unos contratos super discontinuos, no les pagan, entonces ve uno en hospitales, hospital de Itagüí, hospital de Bello, personas con 3, 4, 5 o hasta 6 meses sin pagarles, entonces uno dice, un psiquiatra, un psicólogo, o una persona que trabaje en salud mental, que tiene que estar dejando de ir al trabajo porque no le pagan, entonces también a esos pacientes les cancelan las citas, entonces el factor humano, que es el encargado de soportar estos programas está en una situación super crítica también; de pronto no tanto en el sector privado, pero en el público es gravísima como están los profesionales también. O unas remuneraciones que son de vergüenza. Uno ver psicólogos que están remunerados en un millón doscientos mil pesos, pues también uno espera, que den todo y que también el sistema les contra preste en la medida en que dan, pero eso no incentiva realmente, como un tema vocacional de que me voy a meter a esto con toda la fuerza, realmente están pagados casi como una secretaria." (E3P8F1)

Como tercer elemento, se identifican demoras en los procesos de contratación desde la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia-SSSA impactando de forma negativa en el desarrollo del tema de salud mental a nivel departamental, ya que la entidad territorial departamental tiene la competencia de difundir los lineamientos dados por el MSPS para la implementación del Plan de intervenciones colectivas-PIC (Resolución 518, 2015d) a los municipios, y esta tarea se ve afectada por las demoras en la contratación de los equipos de apoyo contratados por la DSSSA para realizar esta labor en los 125 municipios del departamento, como se enuncia a continuación:

“Fíjate que son contratos de 6 meses y son los contratos donde están los asesores departamentales, entonces los procesos llegan muy tardíamente a los municipios y eso ya va teniendo muchas consecuencias en la cualificación del recurso humano. Entonces, cuando uno llega a un municipio, llega tarde, porque nosotros y la norma les pedimos que la programación la hagan casi en los dos primeros meses para que puedan hacer la contratación de ese contrato grande del PIC, entonces cuando llegamos, llega uno como al final de la fiesta, que todo el mundo está acabado, que ya está, entonces es uno como diciendo, hay que cumplir una normatividad, hay que cumplir unas metas y es uno cómo buscándole la comba al palo.”

(GFX1P15F1)

Un cuarto aspecto que complejiza el panorama de la contratación de profesionales a nivel departamental es la existencia de presiones e influencias políticas negativas que inciden sobre la contratación de los equipos de apoyo para acompañar los municipios del departamento a través de los procesos de asesoría y asistencia técnica. Se plantea que esta influencia determina la asignación de los profesionales en los cargos, generando una alta rotación e inestabilidad laboral, a la vez que cuando el profesional es retirado del cargo se presenta pérdida de conocimiento, discontinuidad y reprocesos en el acompañamiento a los municipios del departamento:

“Y por ejemplo, con esta administración, me ocurrió una cosa que no había tenido en otras ocasiones y es que padecí la rotación de los psicólogos, pues en otras administraciones tenían la estabilidad laboral mis muchachos, el que entraba en el primer contrato lograba conservarse en el cuatrienio. En esta administración, hubo cambio de recurso humano cada año, entonces también vuelva y estandarice el grupo y eso impacta en los compañeros, impacta en los municipios. Es netamente político, si es político, todo esto es político. Porque he visto por la experiencia que mantenían la estabilidad durante los cuatro años, ellos no se iban y tenían la paciencia de esperar que iniciara el contrato, pero en este contrato se llevaban la sorpresa de que sencillamente ya no iban. Entonces, le daba a uno hasta pesar, porque esperaban pacientemente y yo no tengo gobernabilidad en eso, yo ahí, simplemente me dicen, estas son las personas que van y ya.” (GFX1P14F4)

No obstante, la influencia política en la contratación no sólo se evidencia a nivel departamental, sino que también se refleja en la lógica municipal, donde el clientelismo aparece como fuerte influencia en la contratación de los equipos de las Secretarías de Salud. Se plantea que en muchas ocasiones se priorizan los favores políticos sobre las capacidades técnicas del profesional para desempeñarse en algunos cargos, generando dificultades, pues la mayoría de las veces estos profesionales no cuentan con el perfil y experiencia adecuado para el abordaje de salud mental desde salud pública; lo anterior provoca impactos desfavorables a la hora de planificar y ejecutar las acciones en salud mental:

“Igual hay presencia de cuotas políticas al interior de los equipos de trabajo, que no cuentan siempre con el perfil adecuado, se suma a las dificultades.” (E2P22F1)

Sumado a lo anterior, desde la Secretaría de Salud departamental también se identifican dificultades con la duración de los contratos de los profesionales que están a cargo de la asesoría y asistencia técnica en salud mental en los municipios, generando limitaciones en los alcances de las acciones en salud mental, ya que las proyecciones iniciales terminan reduciéndose, implicando un

menor tiempo para el cumplimiento de las metas e incidiendo en la rotación del personal, ya que estas largas esperas generan que algunos profesionales desistan y se vayan a trabajar en otros contratos:

“Pero hay una lógica de contratación, que los contratos que uno esperaría que mínimo fueran de 10 meses, se ven reflejado máximo en 8, porque es muy lento el proceso de contratación, es un talón de Aquiles. Entonces, uno creería que, para el año entrante, si nos va muy bien, estaríamos empezando en julio o agosto. Al año siguiente que ya esperaría uno que ya todo esté listo, uno estaría diciendo que rico empezar a marzo y perfectamente, le da a uno mayo o junio empezando.” (GFX1P14F1)

Estas situaciones no son ajenas a las realidades municipales, donde se presentan situaciones similares en la duración de los contratos, generando repercusiones en términos de la rotación del personal y pérdida de credibilidad por parte de los usuarios en los procesos que estos profesionales acompañan, debido a su falta de continuidad: “Uno lo que ve en los contratos de los municipios, es que el promedio de contratación de un psicólogo es aproximadamente 4 meses. Entonces cuando uno ya va, esta otra persona nueva.” (GFX2P19F1)

En las IPS, si bien el tema de contratación de los profesionales que se ocupan de salud mental evidencia un progreso, todavía no hay muchas garantías para los psicólogos que prestan servicios en salud mental; se dice que incluso pensar en contratos laborales no sería rentable para estas instituciones dadas las condiciones del sistema de salud, por lo que recurren a modalidades de prestación de servicios o pagos por atención realizada:

“Yo siento que todavía hay muchas cosas por mejorar, pues, actualmente la contratación de ellos es por prestación de servicios. Obviamente, se han ido mejorando sus condiciones en términos de que se ha mejorado el porcentaje del pago. Por ejemplo; cuando yo inicie en la IPS, el porcentaje de pago era 50/50. Entonces a un profesional se le pagaba el 50% de la tarifa que se tenía pactada. Entonces yo, si a un paciente le cobro por su cita no sé, 40.000 pesos; \$20.000

son para el profesional y \$20.000 para la IPS. Entonces ahí está costeando las instalaciones, materiales, secretarías, nosotros somos los que conseguimos los pacientes, no los consiguen los profesionales. Bueno, ese era el pacto. Pero, lentamente hemos ido mejorando. Entonces ya subimos a un 60%, eso en términos administrativos es un costo muy alto. Pero, para mí es muy importante porque es lograr que el profesional tenga un mejor pago por trabajo. Sin embargo, fueran mis ideales que ellos pudieran tener un contrato pues normal, una vinculación que no sea por prestación de servicios, que fueran realmente vinculados a la IPS. Pero, por la forma como funciona el sistema de salud actualmente, para nosotros no es viable, porque económicamente no es rentable.” (E4P32F1)

En conclusión, se podría afirmar que las dinámicas institucionales y las lógicas administrativas en los municipios son variadas, e inciden y determinan las posibilidades de avanzar en el tema de salud mental desde los distintos municipios. Se reconocen como aspectos problemáticos la limitada asignación de recursos para dar cumplimiento a las necesidades en salud mental reconocida desde los distintos actores del SGSSS, dificultades en los procesos de contratación en términos de duración, pagos y condiciones laborales; presiones políticas que afectan la contratación de los equipos de trabajo, profesionales sin las competencias necesarias o con poca y alta rotación del personal.

Frente a los Recursos Técnicos. En términos de recursos técnicos, el principal recurso identificado en el proceso investigativo fue el talento humano, frente al cual aparecen diversas situaciones como se enunciará a continuación.

Podría afirmarse, en términos generales, que la cantidad de profesionales para atender los temas de salud mental es insuficiente. Esto se identifica no sólo desde los funcionarios del MSPS que acompañan los distintos departamentos brindando asesoría y asistencia técnica, sino desde la Entidad territorial departamental, las Entidades territoriales municipales, las EPS y los hospitales municipales; eso da una idea de los posibles alcances que se pueden esperar a la hora de ejecutar las acciones en

salud mental, donde cada uno de estos actores tienen competencias complementarias para finalmente llevar a la práctica el tema de salud mental:

“Me llama la atención que muchos territorios con muchos recursos y que ejecutan, yo creo que nunca en ninguna parte ha sido suficiente, pero sí muy en cantidades significativas en recursos y acciones, el talento humano de la entidad territorial para asumir los procesos de gestión de la salud pública desde la planeación hasta la asistencia técnica y para liderar procesos, son ridículamente insuficientes empezando por el ministerio de salud y protección social” (E1P21F1)

“Entonces, hablábamos de la insuficiencia de recurso humano, entonces muchos hospitales dicen yo ya habilité el servicio de psicología, pero el municipio no tiene psicólogo, entonces no tiene nada.” (GFX1P24F1)

En el acompañamiento de la Secretaria de Salud departamental a los municipios, se reconocen limitaciones respecto al recurso humano contratado en contraste con la cantidad de municipios que hay que acompañar. Sumado a lo anterior, se identifican importantes diferencias entre los municipios pertenecientes al Valle de Aburra con respecto a los del resto del departamento; esto en términos de los recursos disponibles, la capacidad resolutive, y las necesidades y niveles de comprensión de los profesionales contratados, que son más críticas en los municipios más alejados respecto a los más cercanos y con mejores recursos:

“No tenemos tiempo, no tenemos recurso, no tenemos posibilidades de acompañarlos y de orientarlos, entonces yo creo que necesidades hay muchas, que avances se han tenido, creo que avances han tenido, pero pienso que no hemos hecho, es decir, lo urgente, nos ha demandado el tiempo que lo deberíamos tener en acompañar a esos municipios en ese proceso de planear e implementar.” (GFX3P43F6)

Otro elemento crítico se desprende de la asignación de roles y funciones que impone el personal administrativo de las secretarías de salud municipales a los psicólogos dadas la insuficiencia de personal, llevando a saturar, sobrecargar y desviar sus funciones establecidas contractualmente para las que en muchas ocasiones no se encuentran preparados:

“Uno ve que los pocos psicólogos que hay en los municipios, les dan unas responsabilidades administrativas y clínicas para las cuales no fueron formados. Por ejemplo, también, los ponen a cargar la contención de los intentos de suicidio, cuando ni su contrato, ni su formación es para hacer eso. Entonces, aquí venía una psicóloga, y llorando me decía, es que yo no soy clínica y a mí me tienen de psicóloga clínica, estoy conteniendo 3 chicos que se quieren matar y yo eso no lo sé hacer, yo me voy a enloquecer. Y yo le decía, antes usted es muy sensata que viene y dice alto ahí que yo no sé hacer eso. Y cuando se hacen las asesorías, yo cuando voy a los municipios, yo soy muy enfática con los muchachos y les digo, miren su contrato y no hagan lo que no está en su contrato, porque después la misma EPS los demanda, porque ellas nos contaban que hay mucho psicólogo municipal demandado por las EPS, por ponerse a contener pacientes.” (GFX3P49F1)

“La insuficiencia de personal desde la misma secretaría, sus formas de vinculación, así como en muchos momentos la falta de claridad respecto a las funciones y roles para desarrollar los temas, hicieron de esto un aspecto complicado.” (E2P15F3)

Esto se observa con claridad ante la insuficiencia de psicólogos clínicos que, dadas las dinámicas de los municipios y al no cumplimiento de las EPS de contratar este recurso, el administrativo asigna este rol a un profesional que no cuenta con la formación especializada o la experiencia para la atención de esta área en salud mental:

“Llenamos los municipios de mucha promoción, de mucha prevención, de expectativas y la gente clama por atención y no hay atención. No hay recurso humano capacitado los psicólogos en los municipios tienen un enfoque muy social y no el clínico, que es el que en muchos municipios están pidiendo. De hecho, algunos alcaldes sensibilizados, de sus rentas propias están contratando psicólogos clínicos para atender los pacientes. Pero, es que no le tocaría ni eso, porque se supone que todos tenemos un aseguramiento, entonces esto es siempre cargando lo que no es nuestro, porque la red prestadora en los municipios es muy insuficiente, desde el proyecto empezamos este año a hacerle seguimiento a la gestión de los casos y realmente da lágrima, porque es una súplica para que la EPS atienda a las personas, bueno cuando los atienden son citas muy tardías y ellos están en municipios muy lejanos porque el hospital de referencia no está ahí a la manito, en el municipio.” (GFX1P24F1)

Igualmente, aparece como relevante para el desarrollo de los procesos de salud mental en el ámbito municipal, la importancia del perfil y liderazgo de quienes están al frente de los temas de salud mental, señalando que cuando se cuenta con profesionales comprometidos, con experiencia, pero sobre todo con conocimiento sobre el funcionamiento del SGSSS y formación académica en temas afines a la salud mental y salud pública, los resultados generados son muy distintos a cuando no se presenta esta condición:

“Creo que hay territorios que por la experticia, el conocimiento, la competencias propias de quienes lideran el área de salud mental, más sumando también a las dinámicas institucionales, es decir, no es lo mismo pertenecer a una entidad territorial de salud que a otra, ahí hay dinámicas propias que marcan y ponen un límite a los que pueda hacer cada quien o pueda hacer un equipo de trabajo y eso implica desde cuántos recursos se le asignan, hasta cuál es su margen de acción. Hay entidades territoriales incluso algunas con una amplia trayectoria histórica en el país y grandes recursos que todavía no tienen claro que un componente esencial

para la salud mental, la salud mental de pueblo, de la población, implica gestionar el acceso a servicios en salud, gestionar las barreras, hacerle seguimiento, vigilancia y control a los aseguradores y prestadores en salud; creo que eso es un elemento muy importante porque se puede quedar sólo en acciones de promoción y prevención.” (E1P8F1)

En esta vía, también preocupan las debilidades identificadas en los perfiles y formación del talento humano encargado de las intervenciones en salud mental en los municipios. En cuanto a los perfiles, se señala que los profesionales que se ocupan en estos cargos no poseen la actitud, las habilidades y competencias personales necesarias para un buen desempeño, viéndose reflejado en la orientación que le dan a las acciones y las estrategias pedagógicas utilizadas, generándose cuestionamiento respecto al impacto de sus intervenciones, de las cuales se dice carecen de proyección y son inmediatistas:

“El recurso humano de psicólogos que uno ve, que está saliendo y lo digo porque yo tengo que acceder a informes, de acciones que ellos hacen, fundamentalmente son acciones de información, no son acciones de educación, cierto, son acciones de información, entonces uno ve una gama como de orientaciones de universidades, y al municipio llega, cualquier egresado de cualquier universidad, con diversos enfoques de trabajo. Entonces tenemos el clínico, el social-comunitario, el organizacional, el jurídico, y lo que menos estamos viendo en los municipios, es el clínico, y estamos viendo mucho social comunitario, porque hay una gran demanda de atención y tenemos varios municipios, donde tenemos psicólogos que no tienen el perfil ni siquiera para hacer una intervención en crisis, o no les gusta. No tiene como, esa habilidad de comunicarse con la gente, de esa empatía con la gente, entonces, es como muy difícil.” (GFX3P11F1)

Por otro lado, en cuanto a la formación, preocupa la orientación que los profesionales dan a las estrategias y actividades, ya que se focalizan en modelos verticales donde se prioriza la transmisión de la

información y se desarrolla de manera reactiva e inmediatista, desconociendo lógicas procesuales necesarias para generar mayor impacto en salud pública:

“Lo otro que uno ve, es que en salud mental se necesita menos procesos informativos y más procesos educativos, se centran mucho en el tema de habilidades para la vida, los psicólogos no saben con la parte pedagógica, de transmitir, de hacer y adolecemos de una cosa y es que no le hemos aprendido a áreas como vacunación, de trabajar por cohortes, sino que pican, cierto, entonces uno dice, home ustedes porque no van trabajando por cohortes, o en institución con poblaciones que podamos ir desarrollando ese tipo de habilidades y que llegemos y se los entreguemos con ese desarrollo en habilidades a los servicios amigables, donde en ese momento ya el chico o la chica ya están fortalecidos, pero acaban ya ese procesito en los servicios amigables.” (GFX2P12F10)

Otro aspecto crítico de la formación de los profesionales es la falta de elementos teóricos y metodológicos para realizar intervenciones que reconozcan las condiciones de vida, y los aspectos propios de las realidades personales y colectivas que enfrentan; se plantea que se requiere que tengan más formación en enfoques de salud pública y determinantes sociales, y elementos para la intervención comunitaria que les faciliten una mejor lectura de contextos e intervenciones acordes a estos:

“Mira, yo siento que ellos salen listos para trabajar en muchos campos, pero lo que te decía ahorita, (...) realmente el aterrizar lo que aprenden en la academia al contexto real, todavía hay brechas. Entonces yo siento que ellos a veces se chocan de manera muy fuerte con la realidad de “pues no, es que a un paciente no tiene los recursos para ir dos veces a la semana” eh o “puedes llegar solamente hasta acá en el trabajo con un paciente porque no hay forma de...”. Por ejemplo, a nosotros nos pasaba mucho con el proyecto de familias fuertes y resilientes, que llegaban a evaluación neuropsicológica y ahí identificábamos un montón de necesidades para esa familia y que no teníamos forma de...pues, de ir más allá. Porque la familia no tenía

recursos, porque su afiliación al sistema de salud no le permitía eh pues acceder a uno u otro servicio, entonces pues yo siento que ellos todavía en su proceso de formación les falta un poquito identificar bueno, cuales una realidad, que no es solamente la atención en salud mental un consultorio, porque muchos llegan con ese imaginario, sino que bueno, vemos un montón de realidades sociales, las que podríamos también trabajar que ellos no, están encerraditos ahí, en esa burbujita.”(E4P35F1)

Para concluir, frente a los aspectos relacionados con la formación de los profesionales, si bien se reconoce un avance en este campo, aparece como límite de su trabajo el interactuar con profesionales de otras áreas que se ocupan de la salud mental, en cuanto a definición de temas, formas de abordaje, claridad en competencias disciplinares y límites en la intervención, afectando las posibilidades de un trabajo mucho más complementario e interdisciplinario como lo pide la atención integral:

“Bueno y aunque yo siento que se ha avanzado mucho en la articulación de diferentes profesionales del campo de la salud mental, por ejemplo; el trabajo articulado desde psiquiatría, eh trabajo social, por ejemplo, siento que todavía frente a ciertos proyectos como que nos pisamos las mangueras y no nos pensamos como un equipo interdisciplinario, sino que desde cada línea se ofrecen propuestas donde no hay articulación. Yo siento que todavía sucede, pues yo siento que no hay articulación y a veces no hay claridad entre cuales son las competencias de cada campo, pues, por ejemplo, terapia de familia; nosotros lo trabajamos desde una perspectiva, pues desde la psicología, ¿no cierto?, pero sabemos que en medicina también se trabaja terapia familiar, desde otra perspectiva. Por ejemplo, nosotros hemos encontrado, a la hora de formular frente a ciertos proyectos o en la propuesta como: “no, es que en la terapia familiar no es necesario un psicólogo, puede ser un médico” y sí, uno sabe que hay elementos familiares que desde medicina familiar se puede trabajar, pero no es lo mismo la formación que tiene de base un terapeuta familiar médico a un terapeuta familiar psicólogo. Entonces es ahí

donde yo siento que no se puede diferenciar con eso las competencias de un profesional y de otro, o se piensa a veces que “salud mental solamente es psiquiatría”, que “psicología no participa en ese campo.” (E4P25F1)

Identificando otros recursos técnicos, del lado de las EPS se expone que la red prestadora de servicios con la que los municipios cuentan para la atención en salud mental es insuficiente, sumado a asignación tardía de citas, distancias geográficas para el acceso a los servicios y contención de autorizaciones para ingreso a servicios de salud mental, generando grandes dificultades y barreras en la atención oportuna a los usuarios, lo que termina repercutiendo en desenlaces negativos en la salud y la vida de personas con alto riesgo de suicidio, consumo problemático de sustancias psicoactivas y víctimas de violencia, quienes presentan altos riesgos en su salud mental y que al no ser atendidos por las EPS, terminan siendo asumidos por las ET frente a la presión de la gravedad de estos casos, destinando recursos para la atención de los mismos, saliéndose de sus competencias, pero priorizando la salud y la vida de los ciudadanos:

“Las EPS están haciendo una contención en la parte de autorizaciones para ingreso a psicología o a psiquiatría, entonces qué es lo que estamos viendo, que ellos, por ejemplo, te dan una remisión a psicólogo o a psiquiatra en una EPS, mandas toda la documentación, los anexos, pasan 3 meses, y pasado este tiempo lo devuelve, la EPS te dice no esto ya se venció, vuélvame y me manda los anexos. Ellos borran el histórico, en las EPS y esto puede ocurrir hasta 3 veces, cuando uno va a la EPS ellos te muestran el último trimestre, o sea que la oportunidad de las citas y de las remisiones es muy buena, para un mes, dos meses, pero ellos no te muestran el histórico de atrás de 5 ó 6 meses, o sea, por eso en los municipios estamos encontrando casos que en la tercera oportunidad de un intento de suicidio logra el suicidio.” (GFX2P20F1)

Como último recurso identificado, se reconoce la existencia de protocolos de práctica clínica y otro material de apoyo dispuesto por el MSPS para la ejecución de las acciones en salud mental, sin

embargo, no todos los actores del sistema y los profesionales las conocen o las utilizan, por lo que se termina ejecutando acciones que no se adecuan a los avances teóricos y metodológicos propuestos desde el orden nacional:

“Y es que mire, bueno, bonito, malo, regular o feo tenemos un marco general para que una entidad territorial, pueda de manera participativa e intersectorial formular un plan de acción para intervenir lo que está pasando con la conducta suicida. Y hay algo, hay un clic que yo no logro pues en la forma de cómo se dice, como se vende, como se promueve, pues hay algo ahí que yo no entiendo, que no da clic porque yo siento que incluso así estuviera con la intención de voy a hacer algo, hay muchas entidades territoriales que no lo hacen”. He tenido contacto con algunas entidades territoriales de manera informal pues “que tenemos este problema” ¿Ya conoce el lineamiento? ¿ya lo revisaste? ¿qué dudas tenés? O sea, hay ahí una ruta metodológica para por lo menos estar en diferentes actores para decir; bueno tenemos este problema se están suicidando los pelados, todo eso se disparó, ¿qué hacemos? pero ni siquiera eso se hace.” (E1P18F1)

Para finalizar, es claro que los recursos técnicos en los distintos municipios son variados, lo que obedece entre otras cosas a lógicas administrativas, donde el reconocimiento que se le hace al tema de salud mental influye en la asignación financiera para su ejecución, limitando las posibilidades en su desarrollo y trayendo como consecuencia múltiples dificultades que inician con la disponibilidad de equipos suficientes para dar respuesta a las necesidades en salud mental, cualificación e idoneidad de los mismos, procesos de selección que garanticen contar con talento humano pertinente para los cargos requeridos. A esto se le suma la disponibilidad de redes de servicios para atender los temas de salud mental, respecto a las cuales hay dificultades en la contratación y múltiples barreras para el acceso a las mismas.

Frente a los Recursos Operativos. El limitado número de profesionales destinados al acompañamiento por parte de la Secretaría Seccional de Salud Departamental se complejiza frente a la cantidad de municipios a los que deben brindar asesoría y asistencia técnica. La planeación, el recurso humano y la asistencia brindada por parte de esta entidad, contrasta con las características, recursos, capacidades y necesidades que tienen los distintos municipios para generar los procesos de implementación de estrategias propuestas por el MSPS en los temas de salud mental:

“La implementación no es fácil, dado que en el departamento tenemos 125 municipios muy diferentes en sus desarrollos, en su capacidad resolutive, en la parte de recurso humano y de capacitación. Tendríamos que hablar de Valle de Aburrá y el resto del departamento y ahí diríamos nosotros, ¿capacidad resolutive del ente territorial, Secretaría o Dirección Local de Salud y del Prestador?, que en la mayoría de los municipios es un único prestador que es el ESE hospital.” (GFX2P1F1)

Otra de las afectaciones al proceso de implementación se relaciona con la no sincronización de los tiempos entre los procesos de planeación nacional y territorial; así, el hecho de que los lineamientos nacionales corren de manera independiente a los tiempos administrativos locales, hace que en muchas ocasiones las tareas propuestas sean vistas como intrusivas, afectando todos los procesos de planeación, ejecución y cumplimiento de las acciones solicitadas por el MSPS en lo territorial:

“Entonces ya lo que viene es como armonizar las dos políticas en el departamento de Antioquia con la lógica municipal y decían, viene un cambio de gobierno y decían como va a ser esa craneada de colocar los municipios que dentro de la dimensión de convivencia social y salud mental, sus ejes de trabajo sean coherentes con los ejes articulados de política pública de salud mental y psicoactivas. O sea, ya hicimos aquí en seccional de salud el instrumento, ya está listo, ya es como pensando en esa lógica del primer semestre que se viene, es cómo va a ser la metodología, porque aquí vamos a estar en modo plan de desarrollo, ellos también, cuando va a

llegar la asesoría nuestra para que ellos puedan organizar en su dimensión esos ejes de política, para que ellos me ayudaran, porque ya en el instrumento y dentro de las directrices que hay de política en la Resolución 4886, es que trimestralmente tengo que decir, como voy en la implementación de las políticas, entonces ve uno esos requerimientos, que a mí me va dando como ataque, porque yo digo auxilio, vamos a ver cómo vamos a hacer, pero yo llegue muy preocupada del ministerio.” (GFX1P33F1)

Lo anterior no solo recrea un límite de la autonomía territorial de los municipios, sino que devela una posición de malestar e incluso resistencia por parte de las entidades territoriales al sentir que las solicitudes y requerimientos del MSPS desconocen la lógica y realidades departamentales y municipales a través de exigencias que en algunas veces son vistas como imposibles de cumplir:

“Hicimos una actividad de ejes de política para armonizar las dos políticas, “(...) yo pienso que es el desconocimiento de la lógica en el terreno, cuando las personas están en ese nivel, así de una manera desenfrenada, empiezan a pedir ese tipo de cosas absurdas y desconocen la realidad de los territorios, entonces, realmente uno dice, ¿para qué ha servido la descentralización aquí? seguimos centralizados, es decir, nosotros sencillamente, ellos norman y nosotros, cumplan, no más. Ellos lo que están promulgando de reconocimiento del territorio, de la diferencia del territorio, de la autonomía del territorio, no la tenemos. Es decir, en unas cosas tenemos autonomía, pero en las otras, ¡absolutamente! seguimos siendo centralizados, verticalizados. Por ejemplo, en este momento, lo de salud mental es cada vez, va viendo uno es más y más centralizado, casi que diría uno no hay forma de moverse, no lo quieren encasillar, pero tampoco te dan herramientas que te permitan ir a los municipios, es decir, la lógica de planeación no se da, se da en la teoría, pero en la práctica no se da, entonces, yo no sé, para el problema de salud mental, yo creo que va a ser mucho más difícil, en el área de salud mental, en las otras, y yo diría que en salud sexual y reproductiva, en las otras, pues de pronto uno da un

poquito más de espera, pero yo pienso que son dos áreas que están desbordadas, completamente, y que hace mucho tiempo se le salió desde la misma perspectiva al Ministerio.” (GFX2P38F1)

No obstante, el proceso de implementación no sólo se afecta de arriba abajo, es decir desde lo nacional a lo territorial, pues estas afectaciones son en doble vía. Por ejemplo, se reconoce que cuando los gobernantes inician su periodo de gobierno, por lo general entran desconociendo los desarrollos anteriores y queriendo iniciar con procesos nuevos y desde cero, desvirtuando en ocasiones las acciones realizadas en el periodo anterior; así mismo, incluso se ubican en cargos estratégicos personas sin el perfil y experiencia adecuados para su desarrollo respondiendo más a criterios políticos que técnicos:

“También, los cambios de gobierno han sido fatales para el desarrollo del tema, generalmente quienes llegan a la cabeza de la secretaria no creen mucho en el tema, y escuchan con escepticismo a los psicólogos. El gobierno actual, llegó desvirtuando todo lo que se había realizado en el período pasado y queriendo innovar entre comillas, por lo que género cambios que desconocieron muchos de los procesos que se tenían.” (E2P24F3)

Esta situación se repite cada cuatro años, dejando en claro que los cambios de gobierno impactan negativamente la continuidad de los procesos, y balanceando una lucha de poderes en los que terminan imponiéndose los intereses políticos, deseos, apuestas e intereses de los entes territoriales sobre los procesos de planeación realizados desde los lineamientos dados por el nivel nacional, generando reprocesos y lentificando el cumplimiento de los objetivos:

“A pesar del esfuerzo por realizar una planificación, a la hora de priorizar y realizar los contratos, no se seguía esta guía, sino que incluso otras personas que no estaban a cargo del tema de salud mental, terminaban decidiendo qué hacer e incluso más grave, definiendo cómo hacerlo.” (E2P16F1)

Otro elemento clave hace referencia a la información sobre salud mental con la que se cuenta como línea de base. Se reconoce que la implementación se ve afectada por la poca -y en ocasiones nula- información que se tiene en los municipios sobre el estado de la salud mental de sus pobladores. El reconocimiento de que los ASIS no brindan la suficiente información y el no contar con estudios poblacionales, trae serias consecuencias para medir la situación de salud mental y afecta directamente la posibilidad de priorizar el tema dentro de los procesos de planeación territorial, ya que esta es la que permite justificar la asignación de recursos para su ejecución, generando limitaciones para la contratación de recurso humano y el desarrollo de todas las acciones requeridas para la promoción de la salud mental y la prevención, mitigación y atención de las distintas problemáticas y trastornos mentales que presentan la mayoría de municipios del departamento:

“Yo pienso que hay que mirar, primero en el proceso de planeación, salud mental dentro del ASIS (Análisis de situación en salud), donde, de acuerdo a las directrices, el proceso de planeación parte desde el ASIS. El ASIS municipal, generalmente no tiene ese componente de salud mental tan fuerte, pasa minimizado, casi que lo ves en la parte de mortalidad, por ejemplo, suicidios, entonces cuando uno va a mirar, queda como de pronto de sexta causa, una prioridad pues, que no va a ser de las cinco primeras, eso hace que de pronto ellos digan, no, no voy a destinar los recursos suficientes para intervenir ese tema, eso en primer lugar. O sea que un proceso de planeación, donde el ASIS no está establecido y no se ve tan fuerte la problemática de salud mental que hay desde la parte de suicidios, intento de suicidio, la parte de consumo, entonces le dicen, sí, alto consumo, pero no tienen una investigación que te soporte qué tan alto, porque no está fortalecida la parte de investigación.” (GFX3P3F7)

Pese a las realidades que viven a diario los actores en el proceso de implementación, se reconoce cómo un elemento fuerte el liderazgo y las claridades conceptuales y metodológicas que respecto al tema de salud mental tenga quien está al frente. El liderazgo va a ser fundamental en la

implementación, ya que se evidencia que de la manera como se den los procesos de gestión por su parte varían los resultados, resaltándose que cuando quién acompaña los procesos es una persona con formación en salud pública, con conocimiento del SGSSS, y Atención primaria en salud-APS, los resultados son más fuertes:

“Creo que hay territorios que por la experticia, el conocimiento, la competencias propias de quienes lideran el área de salud mental, más sumando también a las dinámicas institucionales, es decir, no es lo mismo pertenecer a una entidad territorial de salud que a otra, ahí hay dinámicas propias que marcan y ponen un límite a los que pueda hacer cada quien o pueda hacer un equipo de trabajo y eso implica desde cuántos recursos se le asignan, hasta cuál es su margen de acción.” (E1P8F1)

Otro aspecto que es visto como favorable para la implementación tiene que ver con la labor del Concejo de cada municipio como instancia de administración pública y control político, ya que de su trabajo y el modo en que lo desarrollan dependen las regulaciones que determinan la continuidad de acciones y el aumento de presupuestos para el desarrollo del tema. No obstante, el papel del Concejo puede llegar a ser problemático cuando en muchas ocasiones interviene sobre los procesos internos de la secretaría de salud desde el desconocimiento, la falta de claridad sobre competencias y funciones de los diferentes actores y sectores que interactúan en el campo de la salud pública, influyendo en el desarrollo de temas y contenidos, la asignación de contratos y la ubicación de profesionales sin el perfil adecuado, haciendo posible evidenciar que responden a intereses propios y clientelistas:

“En muchos casos desde el Concejo se generan presiones, porque digamos una de sus tareas es realizar control político, y eso está muy bien que lo hagan, y de hecho ha permitido en algunos momentos por su presión, que se disponga de mayores presupuestos y que el tema de salud mental se siga trabajando, pero también a veces se ha permitido desde el liderazgo de la secretaria que el rol de algunos concejales se extralimite, involucrándose más de la cuenta en el

tema de contrataciones, contenidos y desarrollo de algunos proyectos, incluso que tengas proyectos propios pagados con dineros públicos en los que la secretaria no tiene la mínima injerencia, sólo pagarlos y eso obviamente, muy desde intereses propios, incluso a veces más que el de garantizar el derecho a la salud mental como se lo dicen a la población general, porque varias de esas influencias incluso han obstaculizado procesos internos.” (E2P21F1)

En cuanto a la atención ofrecida por las EPS, se reconoce que la red prestadora de servicios con la que los municipios cuentan para la atención en salud mental es insuficiente, lo que trae consecuencias en la asignación tardía de citas, distancias geográficas para el acceso a los servicios y la contención y retrasos de autorizaciones para ingreso a servicios de salud mental por parte de la población, generando dificultades y barreras en la atención oportuna a los usuarios; esto ha llevado a que varios municipios terminen por asumir esta responsabilidad que se sale de sus competencias al destinar recursos propios para atender el tema, sin contar con los debidos procesos de habilitación y perfiles adecuados para responder a las situaciones de salud mental que demandan los usuarios:

“De hecho, algunos alcaldes sensibilizados, de sus rentas propias están contratando psicólogos clínicos para atender los pacientes. Pero, es que no le tocaría ni eso, porque se supone que todos tenemos un aseguramiento, entonces esto es siempre cargando lo que no es nuestro.” (GFX1P25F1)

Por su parte, las características nombradas anteriormente en las EPS van a traer serias consecuencias en el proceso de atención de las IPS, al identificarse como dificultad la canalización de pacientes en los diferentes niveles de complejidad. Así, los prestadores de baja complejidad se encuentran con dificultades a la hora de canalizar a niveles superiores, pese a las rutas definidas para la atención, generando complicaciones en la salud de las personas que requieren atención urgente, además de pérdida de credibilidad en el sistema de salud por parte de pacientes, llevando a muchos de

ellos a desistir de los tratamientos, con las respectivas consecuencias en términos de la agudización de las problemáticas:

“Yo lo pienso en los diferentes niveles de complejidad en la atención en salud que ahí es donde yo veo la mayor dificultad. Que es nosotros como podemos articularnos como IPS con otros niveles de complejidad. Te voy a dar la realidad nuestra, eh a nosotros a veces nos llegan pacientes con riesgos suicidas, entonces ¿cómo hacemos el proceso por ejemplo de remisión? a una clínica donde pueda recibir hospitalización, atención psiquiátrica, generalmente es un proceso muy complejo. No es fácil, las rutas eh, aunque están establecidas, a veces no funcionan de manera adecuada. Entonces ahí es donde yo te digo que a veces es muy difícil la articulación con otros niveles de atención un poco más complejos.” (E4P12F1)

La consecuencia de la existencia de estas barreras por parte de las EPS y los límites de las IPS para brindar los servicios, sobre todo para los temas de atención de alta complejidad, ha llevado a un aumento de tutelas por parte de los usuarios para el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud mental, la mayoría de ellas interpuestas por personas con padecimiento mental o por sus familiares para internación por alguna problemática en salud mental; el sujeto más frecuentemente demandado es la institución de salud y los derechos invocados para su restitución son, en la mayoría de los casos, los de la vida, la dignidad y la salud (Ardila, 2010) (51):

“Si vemos que llegan algunas tutelas sobre todo cuando hay dificultades en acceso, barreras de acceso para acceder a altos niveles de complejidad en tratamientos en salud mental. Nosotros les ayudamos a nuestros afiliados o a sus familiares que necesitan acceder de pronto a una hospitalización o que necesitan mayor número de consultas que no autorizo la EPS, es decir, todavía hay barreras de acceso.” (E3P15F2)

Para finalizar, se puede concluir respecto a las realidades municipales, que en el departamento estas son bastante heterogéneas y están diferenciadas por su situación geográfica, la cercanía al Valle de

Aburrá, la categoría del municipio, su importancia económica, los recursos económicos con los que cuentan, la voluntad política que le apueste al tema y permite la destinación de ingresos de libre destinación, las redes de servicios disponibles para abordar el tema, así como la formación y liderazgo de quienes están al frente de los temas de salud, salud pública y salud mental, determinando unas condiciones a lo largo del territorio que imponen diferentes ritmos y avances a la hora de implementar las acciones en el tema; esta situación es bien ilustrada por uno de los entrevistados:

“Aquí hay 125 municipios, los de Valle de Aburrá, son los municipios que tienen más desarrollo, porque como tenemos municipios hasta de sexta categoría, entonces eso es muy distinto, los 4, los 5 y los 6. Entonces, de acuerdo a esto, como están definidos los recursos en muchos municipios, sobre todo los sexta categoría, que tienen muy poquita plata del Sistema General de Participación (SGP) para la implementación del Plan de intervenciones colectivas (PIC), la plata es insuficiente y no tienen recurso humano de psicología, entonces hay ya municipios que ahora podríamos nombrar, cuales no tienen recurso humano de psicología, porque ellos tienen otras prioridades para la destinación de los recursos, entonces eso sólo, ya es un obstáculo inmenso.”(GFX1P2F1)

Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras y Retos Percibidos por los Actores Estratégicos en Salud Mental en la Implementación de la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia.

El tercer y último objetivo específico de la investigación estuvo centrado en el reconocimiento de los avances, oportunidades, tensiones, barreras y retos que los participantes identificaron en los procesos de implementación para la atención integral e integrada en salud mental.

Los avances se conciben como aquellos aspectos conceptuales, normativos y operativos que dan cuenta de transformaciones positivas en el proceso de implementación del tema de salud mental en el departamento. Las oportunidades, por su parte, dan cuenta de aquellas situaciones, que abren

posibilidades para fortalecer y/o cualificar los procesos de implementación en salud mental. En cuanto a las tensiones, éstas se refieren a situaciones que hacen parte del funcionamiento de las lógicas territoriales y que son percibidas por los actores como discrepancias o choques, generando estancamiento y en algunas ocasiones reprocesos en los procesos de implementación en salud mental, y con las barreras se identifican todas aquellas situaciones que limitan, impiden, dificultan u obstaculizan las posibilidades de la implementación del abordaje integral e integrado en salud mental en los municipios.

Finalmente, se ubican los retos como aquellas condiciones o situaciones que son susceptibles de mejora, requieren un mayor trabajo, definición o ajuste, considerando que su mejoramiento es clave para generar condiciones favorables en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental. A continuación, se detallan los elementos identificados en cuanto a estos aspectos.

Frente a los Avances. Se plantea que la producción de normas en salud mental en los últimos años ha sido muy prolifera pues se han emitido políticas, planes, resoluciones, guías, protocolos y otros lineamientos para el abordaje del tema, valorando su claridad para orientar el quehacer de los distintos actores del sistema, así como de los equipos de trabajo. Se resalta contar con una Ley para el tema que ha permitido dar un lugar específico a la salud mental en la agenda pública, diferenciando su abordaje de otros temas de salud, reconociéndola como una oportunidad de tener un desarrollo propio para la protección e impulso de la salud mental, como se señala a continuación:

“Entonces si tenemos unas nuevas herramientas, tenemos una jurisprudencia super beneficiosa también de la corte constitucional en temas de salud vista integralmente, no solamente con el componente biomédico, cierto, entonces yo pienso que la jurisprudencia, la ley propia, las redes integradas y la conciencia que se le empieza a dar a los profesionales de la salud de canalizar un paciente de salud mental, yo pienso que, si son avances muy importantes, vamos por buen camino.” (E3P20F5)

El impacto de estos avances normativos se recrea no sólo en la realidad de las Entidades territoriales del orden departamental y municipal, sino que ha ido permeando las lógicas de priorización y reconocimiento del tema en las EPS e IPS. Se identifica una mayor utilización de herramientas para la planeación y priorización de la salud mental en las entidades territoriales, utilizando para los procesos de planeación el Análisis de Situación en Salud-ASIS, el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP- 2012-2021 (Resolución 1841, 2013) y el Plan de Intervenciones Colectivas-PIC- (Resolución 518, 2015), llevando a qué todos los municipios tengan priorizado la dimensión de convivencia social y salud mental en el departamento:

“Independientemente que estas normas pudiesen tener muchos aspectos para mejorar, el que haya nuevas políticas da un marco para que los referentes territoriales puedan incluir en los próximos planes territoriales de salud acciones en salud mental, gestionar recursos, gestionar el mantenimiento de esos ejes que hayan sido útiles en este tiempo. Entonces creo que eso en sí mismo es un logro, independiente del análisis crítico que se le pueda hacer a los contenidos.”
(E1P34F1)

Así mismo, al interior de las EPS la ampliación de las coberturas dentro del Plan de Beneficios (Resolución 5521, 2013), y su actualización cada dos años después de su emisión, ha permitido que los usuarios puedan contar con mayores servicios en términos de internación, hospitalización, procedimientos y medicamentos para la atención en salud mental, acceder a la atención individual de psicología y psiquiatría, terapia familiar, grupal y de pareja, considerar mayores coberturas para grupos poblacionales con mayor nivel de vulnerabilidad como las víctimas de violencia, y grupos poblacionales como niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, para quienes las coberturas en las atenciones pueden llegar hasta 60 sesiones al año.

Igualmente, del lado de las IPS los participantes indican que los desarrollos normativos han ido generando un mayor reconocimiento del tema de salud mental en otras áreas del sector salud,

implicando mayor demanda para la gestión transversal en varias de ellas, como dermatología y pediatría, mejorando su articulación con éstas. Se nombra además que estos desarrollos han permitido reconocer una mayor actuación del que hacer del psicólogo para la atención a personas con problemas mentales, ya que, al ampliarse el concepto de salud mental, se le ha dado más fuerza al hacer del psicólogo dentro de los procesos de intervención y ya no sólo tiene cabida la atención psiquiátrica.

El desarrollo gradual del concepto de salud mental, aspecto influenciado por los avances normativos y políticos que al respecto se han adelantado en el país, ha generado un cambio en la mirada de la salud mental, más allá del enfoque morbicéntrico, migrando hacia un concepto de salud mental más amplio, que reconoce aspectos sanos y positivos en la salud mental, tales como: bienestar, desarrollo de capacidades, resiliencia y el fortalecimiento de redes de apoyo, así como la influencia de los determinantes sociales de la salud para la comprensión de lo que pasa con la salud mental, avanzando en su alcance y generando nuevas maneras de intervenirla:

“Entonces, lo que se podría decir, es que a la hora de implementar los temas de salud mental lo que nos está planteando el Ministerio de esa integralidad es fundamental, porque no podemos caer en ninguna de las dos orillas, es decir, ni en la tradicional forma de ver la salud mental muy desde el trastorno y desde lo enfermo, sino ocuparnos también de trabajar pues como esta parte de promoción, de fortalecer estrategias de movilización social, de posicionar otras maneras de que las personas conozcan y sepan de la salud mental, que tengan información sobre derechos y deberes, que accedan a procesos educativos.” (E2P31F1)

Otro avance importante es que el tema de salud mental empieza a hacerse visible en la agenda política en la medida en que se le reconoce como una prioridad en salud pública, lo que ha permitido de forma gradual que se vaya invirtiendo más dinero para su implementación. En los municipios se ha aumentado la sensibilidad y conciencia sobre el tema; se señala que en algunos municipios el tema es reconocido como transversal y estratégico para el trabajo de otras temáticas, tanto intrainstitucional

como intersectorialmente. Igual situación es referida por participantes representantes de IPS, mencionando que en aquellas donde el tema de salud mental ha ganado espacio en la agenda política, se nota mayor conciencia y empieza a aparecer dentro de las prioridades en la intervención:

“También cada vez hay más conciencia, en los mismos actores de la secretaria y de otras secretarías, señalan la salud mental como transversal, como eje, como elemento clave para el trabajo con la familia, con la escuela y en la comunidad, así como para impactar en temas como nutrición, estilos de vida, salud sexual y reproductiva, enfermedades crónicas, la salud laboral, mejor dicho, no hay duda de su importancia.” (E2P11F3)

Finalmente, en cuanto a los procesos de articulación intersectorial se identifican importantes progresos, relacionados con un mayor reconocimiento de la de salud mental y su relación con distintos temas como familia, convivencia, educación, cultura, recreación, lo que ha permitido iniciar un acercamiento a otros sectores para trabajar de manera conjunta. Dentro de los aspectos que se comparten están: rutas de atención en salud mental, protocolos y guías para manejo de temas como conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas; igualmente se ofrece asistencia técnica en temas de salud mental y se resalta la mediación de la secretaría de salud para acceder a los servicios de salud mental. Se destaca que, en el trabajo intersectorial, la mayor articulación se realiza con el sector educativo, con quien se comparten espacios para pensar problemáticas juntos, se intercambia conocimiento y se coordinan acciones para la confluencia de equipos de ambos sectores en terreno:

“Hay un permanente llamado de otros sectores para que salud intervenga, por ejemplo en educación, desde el sistema de responsabilidad social adolescente y otros grupos vulnerables, desde otros sectores se han llamado permanente a salud para trabajar; esas demandas pueden venir a través de muchos tipos de formas, una demanda puede ser, cúremelos, sánemelos, haga cosas mágicas y como usted es salud, los factores que son productos como de determinantes sociales me hace el favor y me los sana, me los cura, por decirlo de alguna manera. Pues, salud

tiene el reto de reorientar esa demanda y ser puente que permita que cada quien, desde sus competencias, de respuestas oportunas a estos pedidos.” (E1P20F1)

Frente a las Oportunidades. Se resalta el acercamiento que es posible realizarse con las EPS para avanzar en la atención integral en salud mental a partir del MIAS. Se identifica que si bien este tipo de articulación ha sido una dificultad histórica con los aseguradores de los servicios de salud mental, es posible acercarse para reconocer su capacidad de respuesta y hacer negociaciones para garantizar la continuidad en la atención, lo cual implica el liderazgo de la parte directiva de las Secretarías de Salud:

“Pensaría que algo que es un avance importante, y que ha sido una de las grandes dificultades desde el Plan de intervenciones colectivas es la articulación con las EPS, con este proceso se avanzó en este sentido, porque desde la secretaría y en cabeza de sus líderes se tenía una mesa con las EPS que tienen cobertura en la ciudad y en estas mesas se podían estar revisando constantemente el tema de las canalizaciones que iban apareciendo, que también se hicieran negociaciones respecto de, hasta dónde estaban en condiciones de recibir qué porcentaje de casos, que aunque realmente deberían recibirlos todos, ya que es su función y su competencia, otro tema es cómo están preparados para atender estos temas de salud mental, en términos del personal contratado, de las redes de servicios con las que cuentan, de la disponibilidad de medicamentos, que históricamente han sido limitados y en algunos casos casi nulos.” (E2P28F2)

Igualmente, se reconoce como importante oportunidad para el desarrollo en salud mental los cambios normativos que exigen a las EPS e IPS cualificar su personal en el tema, lo que ha permitido aumentar la capacidad de respuesta del personal médico asistencial, quien por norma deben capacitarse para el manejo de temas como conducta suicida, abuso sexual, atención a víctimas de violencia y guías de práctica clínica en salud mental; lo anterior empieza a generar una mayor sensibilidad y preparación para el abordaje y atención de estos temas:

“Con los temas de trastornos mentales, ya uno sabe que los servicios de urgencias están preparados, ya se han capacitado en recibir una persona que tuvo un intento de suicidio, o personas que tienen una situación de una patología mental que exige una atención inmediata y veo que también a los médicos los han preparado más en eso, de hecho la norma empieza a pedir unas formaciones específicas, por ejemplo, capacitación en riesgo psicosocial, en abuso sexual, cómo atender esos pacientes, cómo manejarlos, es decir, yo pienso que las IPS ya empiezan a estar mucho más sensibles en esa situación.” (E3P7F1)

Frente a las Tensiones. A continuación se señalan diversas tensiones identificadas que representan situaciones en conflicto expresadas por los participantes, y que inciden en las posibilidades de desarrollo del tema de salud mental; por sus características se agruparon en relación con aspectos normativos, administrativos y operativos.

Normativas

Conceptos Teóricos VS Fundamentación. La inclusión de conceptos como salud mental positiva, bienestar, calidad de vida, determinantes de la salud, indican que se ha avanzado en la apertura a nuevos planteamientos teóricos salud mental, aunque se ven ambiciosos y alejados de la realidad cuando se piensa en sus posibilidades de implementación. Se señala que, pese a que se presenta un referente conceptual en las normas y los lineamientos, no se contemplan las alternativas y estrategias para llevarlos a la práctica, apareciendo como conceptos vacíos. De este modo, los referentes perciben que existe un gran abismo entre lo que se dice y se invita y lo que se hace en la vida cotidiana, encontrando una fuerte tensión entre la teoría y la práctica, la primera vista como ideal y la segunda como necesidad y posibilidad. Se plantea entonces que al no darse los elementos conceptuales claros y fundamentados no se logra trascender la escritura, y la implementación recae sobre los criterios y las apuestas de quienes intervienen en el tema, lo que se evidencia en los resultados de los proyectos,

que además de no ser satisfactorios aparecen como discontinuos y sin procesos de medición de sus impactos:

“Desde lo teórico hemos avanzado mucho, y si uno va y mira los programas que tiene las secretarías de salud departamentales y municipales y desde el Ministerio de salud, uno ve unos planteamientos supremamente bonitos e integrales, pero va uno a la práctica, y ve uno ese concepto de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos supremamente en pañales, es decir, no hemos trascendido la escritura, escrito, escrito, escrito, es más, vemos una cantidad de programas de intervención en promoción y prevención que finalmente no dan resultado, entonces son intervenciones colectivas que quienes lo hacen es ir a un barrio, llenan actas y que todo el mundo firme que asistió, pero realmente no tenemos continuidad y no tenemos medición de lo que efectivamente está teniendo impacto y lo qué no está teniendo impacto en los programas de salud mental.” (E3P6F1)

Diseño de Lineamientos Vs Contextos Municipales, En general, se plantea que hay mucha producción de normatividades, pero se cuestionan las posibilidades para su implementación. Se señala que tienen definiciones muy ambiciosas y que hay un abismo entre su formulación y las realidades donde se tienen que aplicar. Se reconoce que la diversidad de recursos administrativos, técnicos y operativos que poseen los municipios a lo largo del departamento es muy variada y desigual, generando importantes dificultades a la hora de llevar a la práctica estos lineamientos, los cuales son planteados como imperativos que se deben cumplir a pesar de su realidad. Aparece además un cuestionamiento por la emisión de nuevas normas, donde se plantea que lo que se requiere es revisar y evaluar sus posibilidades de operativización:

“La normatividad ya está, y a veces abundamos y abundamos en normas y sacamos otros decretos, pero realmente, la solución no está en la norma, la solución está en la implementación, que realmente cojamos esa norma y las llevemos a la práctica y se haga. La

implementación en las grandes ciudades de pronto está en proceso, y con el tema ya de la ley Estatutaria de la salud se dio y con el tema de MIAS se dio, pero eso hay que trasladarlo a los lugares más alejados y trasladarlo a los lugares más alejados cuesta, porque si nos vamos para un pueblo no hay como pagar un profesional de la salud mental, no hay como pagar un psicólogo, no hay como pagar un equipo de salud que debería ser, entonces, para que más normas, si en la práctica no tenemos con qué hacerlo? Y creemos que todo lo solucionamos con una hipertrofia normativa, y para qué tantas normas, si no hemos llegado ni siquiera a los municipios cercanos a las grandes ciudades.” (E3P20F5)

Administrativas

Inversión económica en salud mental Vs Aumento de problemáticas. Los recursos que se asignan no alcanzan para la contención de las problemáticas que cada día aumentan más. A pesar de lo anterior, lo que se invierte en salud mental se percibe como costoso, incluso como un gasto; se plantea que las exigencias para su implementación implican costos onerosos, mencionando que no hay sistema de salud que resista las exigencias de un tema tan complejo que, además, no se percibe como costo-efectivo en términos de los resultados que pueden transformarse en evidencia:

“Entonces, de acuerdo a esto, como están definidos los recursos en muchos municipios, sobre todo los sexta categoría, que tienen muy poquita plata del Sistema General de Participación (SGP) para la implementación del Plan de intervenciones colectivas (PIC), la plata es insuficiente y no tienen recurso humano de psicología, entonces hay ya municipios que ahora podríamos nombrar cuales no tienen recurso humano de psicología, porque ellos tienen otras prioridades para la destinación de los recursos, entonces eso sólo, ya es un obstáculo inmenso. Sumado a que en el proceso de planeación, donde el ASIS no está establecido y no se ve tan fuerte la problemática de salud mental que hay desde la parte de suicidios, intento de suicidio, la parte de consumo, entonces le dicen, sí, alto consumo, pero no tienen una investigación que te

soporte qué tan alto, porque no está fortalecida la parte de investigación, uno, entonces cuando uno ve, ellos designan los recursos porque hay un problema grande con salud mental, salud mental empezó a ser visible en la agenda política cuando empezó a producir muertos, es decir, cuando hay suicidios, o cuando por ejemplo el problema de consumo se volvió un problema asociado a robo, violencia, entonces de resto, no se hubiera notado, o sea que hay una deuda social en la parte de salud mental inmensa.” (GFX1P2F1)

Costo efectividad intervenciones en salud mental Vs Credibilidad e inversión en salud mental por parte de las EPS. Se evidencia que las EPS siguen fundamentándose conceptual y técnicamente desde el modelo biomédico, donde el tema de salud mental sigue viéndose con resistencia, desconfianza y poco interés, pues al no evidenciar cambios rápidos, no ven rentable la intervención en este tema; el lugar que este tiene en las EPS refleja la asignación de recursos, que es mínima, donde se evidencian además dificultades y barreras para el acceso para una atención continua y oportuna:

“En varios de los espacios que hemos tenido con prestadores plantean que el tema de salud mental no tiene los mismos desarrollos que otros temas, que a nivel de intervenciones no son tan claras, la gran mayoría no cuenta con evidencia científica, ni han sido evaluadas en términos de costo-efectividad, entonces eso también les genera que ahí hay un riesgo muy alto de botar la plática, de hacer intervenciones que no se van a ver reflejadas en una mejoría en la salud de las personas.” (E2P18F1)

Cumplimiento de Competencias de las EPS Vs Competencias de la Entidad Territorial para la Atención en Salud Mental. Se plantea que si bien la competencia de la atención clínica individual la tiene el asegurador, debido a la falta de contratación por parte de ellos para este tipo de intervenciones y a la alta demanda que presentan los municipios en este sentido, muchas ET se han visto abocadas a hacer este tipo de contratación o delegación de funciones de atención individual a los psicólogos

contratados en salud pública, buscando dar respuesta a una situación cada vez más desbordada y desatendida por el actor competente:

“Y lo otro es, que uno ve que los municipios se está imperando una atención yo diría que clandestina, es decir, hay que hacer intervención es decir si las EPS no me dan respuesta, que pena, aquí yo, el psicólogo que venga sin interesarme cual orientación, solamente con el título de psicólogo, vaya y atiende el caso, cierto, entonces, uno dice incluso nosotros en salud pública a veces nos tenemos que hacer los de la vista gruesa, porque no hay servicios habilitados en un hospital, pero uno encuentra que están haciendo intervención y es la necesidad, entonces uno dice, bueno, pues que no tiene servicio habilitado, pero bueno, entonces que, o sea, entra uno en un conflicto con la parte ética, entonces a uno le dicen y que hacemos? Y entonces uno como Secretaria Seccional, uno dice o yo por lo menos, desde el área de salud pública, yo digo, no no, ahí hay que darle prioridad al ser humano, pues, dejemos la norma a un lado, en este momento hay que hacerlo.” (GFX3P28F1)

Operativas

Atención en Salud Mental Vs Formación de los Profesionales para su Atención. si bien se reconocen algunos avances en cuanto a procesos de cualificación del personal para atender los temas de salud mental, se sigue evidenciando una brecha con respecto a la capacidad técnica de los profesionales para dar respuesta no sólo a los temas de atención individual y clínicos en salud mental, sino para las intervenciones colectivas, para las cuales se señala se requiere mayor conocimiento de intervenciones desde salud pública, enfoque comunitario, estrategias pedagógicas, proyección de acciones desde el curso de vida, mayor contextualización y elementos para la intervención de los determinantes sociales en salud: “No hay recurso humano capacitado. Bueno, hay psicólogos en los municipios redundando con lo que ella dijo, pero todos tienen un enfoque muy social y no el clínico, que es el que en muchos municipios están pidiendo.” (GFX1P25F1)

Enfoque Biomédico Vs Enfoques Psicosociales y de Promoción de la Salud. Si bien se empiezan a generar nuevas comprensiones, el modelo biomédico sigue predominando, sobre todo en las EPS e IPS y desde las demandas de la población al sector salud. A pesar de que política y normativamente se busca una mirada más amplia que trascienda este modelo, sigue siendo muy relevante el tema de atención de trastorno mental, pues, aunque se avance en llevar propuestas de promoción y prevención a los territorios, las demandas y necesidades en términos de atender lo que ya está afectado aparecen permanentemente:

“Si bien se ha ido avanzando en incluir aspectos de promoción de la salud mental cada vez más, cuando vamos a territorio con nuestros proyectos, encontramos un porcentaje importante de personas con grandes afectaciones en su salud mental, lo mismo ocurre con las personas que permanentemente se acercan a la secretaría buscando ayuda porque tienen hijos, un hermano perdido en las drogas, y en ninguna parte les dan respuesta.” (E2P30F1)

Frente a las Barreras. Se indica que las dificultades para la implementación del tema de salud mental comienzan desde el acompañamiento que brinda el mismo MSPS para llevar los lineamientos a los territorios, quienes presentan importantes dificultades administrativas que se inician con la conformación de sus equipos, los cuales son reducidos en tamaño, generando una sobrecarga que les impide dar un óptimo cumplimiento a las solicitudes. A lo anterior se suma a una alta rotación de profesionales, que trae consigo un impacto negativo en los procesos administrativos y de atención derivado de la pérdida de continuidad de personas claves que estuvieron al frente de temas estratégicos y la llegada y acomodación de personas nuevas para el empalme de los procesos e iniciar su acompañamiento a los territorios:

“Creo que el nivel nacional debería liderar mucho más ese desarrollo de capacidades de las entidades territoriales, para ejecutar todas sus competencias en especial las de gestión, los

procesos de gestión de la salud pública, creo que ahí debería haber una fuerza mucha más estrategia del nivel nacional.” (E1P14F1)

“Vea, empezando desde el Ministerio, cada uno de los integrantes del equipo técnico nacional tiene múltiples, pero múltiples líneas de trabajo y, finalmente es “atienda todo lo que pueda” y en el momento si usted es el que está ahí en ese momento le tocó. Todo en la vida tiene pro y contra, entonces, si hubiese unos equipos robustos eso facilita que si una persona tiene un tema a cargo le entregue toda su energía, su atención y su tiempo y dedicación a ese tema, y pueda realizar procesos. Súmele a eso, la necesidad en continuidad de talento humano para que eso se pueda dar, que eso es otro problema a nivel nacional, la discontinuidad en talento humano. Eso mata cualquier proceso.” (E1P24F1)

Se cuestiona el acompañamiento real que reciben los municipios para la implementación de las acciones en salud mental por parte de la Secretaria Seccional de Salud, el cual termina siendo muy pobre para generar desarrollos en los procesos de implementación de las estrategias propuestas por el MSPS; lo anterior producto de las demoras en la contratación del equipo de asesores departamentales, la alta rotación del personal, la corta duración de los contratos y el limitado número de profesionales contratado para atender 125 municipios que tiene el departamento. Todo lo anterior trae como consecuencia limitaciones en quienes acompañan los procesos de asesoría y asistencia técnica en salud mental en el departamento, como se indica a continuación:

“Tampoco el departamento tiene una capacidad resolutive, cierto, y no nos digamos mentiras que X1 es sola, entonces es muy difícil X1 sola para 125 municipios del departamento y la rotación del personal y la amenaza de la contratación, que un contrato que uno esperaría que mínimo fueran de 10 meses se ven reflejado máximo en 8, porque es muy lento el proceso de contratación, entonces uno creería que para el año entrante, si nos va muy bien estaríamos empezando en julio

o agosto. Al año siguiente que ya esperaríamos que ya todo esté listo, uno estaría diciendo que rico empezar a marzo y perfectamente, le da a uno mayo o junio empezando, fíjate que son contratos de 6 meses y son los contratos donde están los asesores departamentales, entonces los procesos llegan muy tardíamente a los municipios y eso ya va teniendo muchas consecuencias en la cualificación del recurso humano. Entonces, cuando uno llega a un municipio, llega tarde, porque ellos y la norma les pedimos que la programación la hagan casi en los dos primeros meses para que puedan hacer la contratación de ese contrato grande del PIC.” (GFX2P14F1)

Es preocupante la pobre inversión en SM que se da para la atención en salud mental en la mayoría de los municipios del departamento. Las Entidades territoriales y las EPS invierten buena parte de los recursos que les llegan del Sistema General de Seguridad Social en salud-SGSSS en intervenciones de tipo curativo y médico, evidenciando que los recursos que se invierten no alcanzan para la contención de las problemáticas como la prevención de la conducta suicida, los trastornos depresivos y de ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas que cada vez se da a más temprana edad y las distintas formas de violencia que generan víctimas en las poblaciones más vulnerables, y que de acuerdo a lo que señala la OMS, son evitables con intervenciones tempranas y oportunas:

“Siento que sigue siendo baja, siento que la inversión que se hace en el tema curativo- médico, se lleva el gran porcentaje de los recursos del sistema de salud y a pesar de que la norma dice que la salud mental hace parte de la salud integral y que no podemos hablar de salud sino hablamos de salud mental, pues tenemos un vacío grandísimo, porque es que el sistema está concentrado en resolver problemas de salud física, en los temas biológicos, aunque se hacen programas y se invierte, realmente me parece que aún es muy incipiente y si uno ve algunos indicadores en el tema de suicidios, en el tema de depresión y de otra cantidad de trastornos, falta muchísimo y hay que meterle mucho a eso.” (E3P4F1)

A pesar de lo anterior, lo que se invierte en salud mental es evaluado como costoso, e incluso como un gasto. Lo anterior genera una resistencia por parte de las EPS para invertir en el tema relacionada con la valoración que hacen del tema, dónde permanentemente se cuestiona el costo-beneficio de las intervenciones y se solicitan resultados tangibles y rápidos como atributos para garantizar su inversión:

“Algunos actores lo ven como un costo, incluso, más que como un costo, como un gasto, como échale plata a un barril sin fondo y como que eso no me muestra que da resultados, como si lo puede mostrar la actuación médica, entonces uno ve, ha es que el tema médico, si ve uno que en un programa de riesgo cardiovascular empezaron a disminuir los infartos, empezaron a disminuir como toda la patología derivada de un paciente de riesgo cardiovascular, en cambio en salud mental todavía estamos muy en pañales, empezando porque los datos, apenas están empezando a ser más ciertos.” (E3P3F1)

En esta medida, se evidencia que las EPS siguen centradas en el modelo biomédico para la atención en salud mental, situación que se ratifica si se valora la inversión que éstas realizan para los temas de promoción y prevención (P y P), presentando importantes limitaciones para destinar recursos en este tipo de acciones pues se cuestiona su alcance y pertinencia. Se identifica que, en general, desde las EPS no se realizan muchas acciones de P y P en salud mental, dejando esta tarea a la entidad territorial, aunque la norma se los plantee como parte de sus competencias, limitando el acceso de la población a este tipo de programas:

“Se ha delimitado históricamente acciones de promoción y prevención específicamente en el marco del plan intervenciones colectivas, porque incluso ha habido históricamente una limitación muy grande para que las personas puedan acceder a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de sus aseguradores en salud.” (E1P8F1)

No obstante, las acciones de promoción y prevención que se realizan desde la Entidad territorial se ven interrumpidas cuando deben ser atendidas por las EPS. Se plantea que el trabajo iniciado por los psicólogos a través de su trabajo de detección temprana de los riesgos, se ve obstaculizado cuando deben realizar canalizaciones a los aseguradores, manifestando mucha frustración porque esta discontinuidad genera resistencia y falta de credibilidad en las acciones de salud mental por parte de las comunidades. Se indica que la misma estructura del Sistema general de seguridad social en salud genera la desconexión para el trabajo integral, llevando a la desarticulación de acciones y servicios:

“Porque ellos sienten la misma impotencia, por ejemplo la dificultad en la prestación de servicios, es donde más sienten ellos la desesperanza, porque de alguna manera lo de promoción y prevención a ellos les gusta como son los procesos que ven en los grupos, como la gente los va buscando, pero que ya cuando ellos demandan la atención, ven esa pared tan dura, tan dura, tan dura, que está padeciendo todo el sistema de salud colombiano, no es sólo en salud mental, es en otras patologías también.” (GFX1P48F1)

Se expone que la red prestadora de servicios con la que los municipios cuentan para la atención en salud mental es insuficiente, sumado a la asignación tardía de citas, barreras geográficas para el acceso a los servicios y contención de autorizaciones para ingreso a servicios de salud mental, generando grandes dificultades y barreras en la atención oportuna a los usuarios, lo que termina repercutiendo en desenlaces negativos en la salud y la vida de personas con alto riesgo en salud mental:

“La red prestadora en los municipios es muy insuficiente, desde el proyecto empezamos este año a hacerle seguimiento a la gestión de los casos y realmente da lágrima, porque es una súplica para que la EPS atienda a las personas, bueno cuando los atienden son citas muy tardías y ellos están en municipios muy lejanos porque el hospital de referencia no está ahí a la manito, en el municipio.” (GFX1P23F1)

“Mientras los prestadores sigan poniendo barreras y evadiendo y no pase nada, sabemos que los cambios no van a ser muchos y sobre todo con lo que se había nombrado anteriormente, de la visión que tienen del tema, de la importancia que le dan, aunque cada vez hay que decirlo, lo tienen más presente, lo nombran más y están más preocupados, todavía hay un abismo y un vacío grande en términos también de inversión, entonces ahí hay mucho por trabajar.” (E2P33F13)

En cuanto a la respuesta de los profesionales de psicología a los temas de salud mental, se cuestiona la pertinencia de algunos de los enfoques teóricos y metodológicos utilizados y el alcance e impacto de las estrategias desarrolladas; se plantea que quienes tienen claro los enfoques de salud pública y determinantes sociales, así como un buen conocimiento del funcionamiento del SGSSS, se muestran más competentes para dar respuesta a las necesidades del sector. Adicionalmente, se señala que no se cuenta con profesionales idóneos y con perfil clínico para atender desde los primeros niveles de atención las necesidades a este nivel en salud mental, así mismo se cuestionan las capacidades para las intervenciones comunitarias y colectivas:

“El recurso humano de psicólogos que uno ve que está saliendo y lo digo porque yo tengo que acceder a informes de acciones que ellos hacen, fundamentalmente son acciones de información, no son acciones de educación, entonces uno ve una gama como de orientaciones de universidades y al municipio llega cualquier egresado de cualquier universidad con diversos enfoques de trabajo; entonces tenemos el clínico, el social-comunitario, el organizacional, el jurídico, y lo que menos estamos viendo en los municipios es el clínico y estamos viendo mucho social comunitario porque hay una gran demanda de atención y tenemos varios municipios donde tenemos psicólogos que no tienen el perfil ni siquiera para hacer una intervención en crisis.” (GFX3P11F1)

De otro lado, con respecto al funcionamiento de los espacios de articulación intersectorial para favorecer un trabajo más integrado en salud mental, se identifica que no todos los municipios cuentan con ellos, y donde existen son irregulares y están condicionados por el liderazgo que ejerce la Secretaría

de Salud para convocarlos, pero también por las voluntades políticas que le dan importancia o no al tema. Igual lo dificulta la necesidad de protagonismo de algunas instituciones, lo que impacta negativamente en los procesos de articulación. A esto se suman a otros elementos propios del funcionamiento de los mismos, como la pertinencia de actores participantes, delegaciones definidas que permitan la continuidad de los mismos evitando la alta rotación de asistentes, delimitación de planes de trabajo que permitan tener una ruta clara de los encuentros a desarrollarse, procesos más claros de seguimiento a las acciones, optimización del uso del tiempo en los encuentros, lo que implica procesos de planeación para evitar la improvisación:

“La continuidad de los actores que asisten, la falta de delegaciones definidas y claras de quiénes asisten a estos escenarios, lo que hace que casi que a cada reunión iban personas diferentes. Otro aspecto importante es que en términos de la planeación y de esas metas que se ponían dentro de estos espacios, se iban diluyendo, asunto que también influía en la motivación de quienes asistían a este espacio. Entonces obviamente, había que revisarlo, había que redefinirlo. Así mismo también mirar la pertinencia de todos los actores que asisten, porque como generalmente en la ciudad hay distintos espacios de trabajo como: mesas, comités, relacionados con la salud mental y dónde son casi los mismos actores convocados, entonces también hay que buscar optimizar tiempo, los escenarios y obviamente la pertinencia de la participación de estos actores.”
(E2P10F1)

En general, se señalan dificultades en la forma de contratación y vinculación del personal para trabajar en salud mental desde el nivel departamental y municipal, quien en su mayoría no tiene las suficientes herramientas para trabajar en el campo de la salud pública, sumado a aspectos actitudinales y competencias de liderazgo requeridos para algunos cargos. También es importante la escasez de profesionales dispuestos a irse para municipios alejados genera importantes barreras para la implementación del tema en el departamento, donde dicha escasez genera dificultades en la asignación

roles y funciones, generando ansiedad, sentimientos de frustración y sobrecarga que complejizan las posibilidades de cumplir con las exigencias para la implementación del tema en los municipios. Desde las IPS se plantea que en términos de contratación a los profesionales se evidencia un progreso en términos del reconocimiento de su labor dentro del SGSSS con respecto a otros momentos, pero todavía no hay muchas garantías para los psicólogos que prestan servicios en salud mental; se dice que incluso pensar contratos laborales no sería rentable para una IPS, dadas las condiciones del sistema de salud: “La insuficiencia de personal desde la misma secretaria, sus formas de vinculación, así como en muchos momentos la falta de claridad respecto a las funciones y roles para desarrollar los temas, hicieron de esto un aspecto complicado.” (E2P15F3)

Frente a los Retos. A nivel teórico, se plantea como reto armonizar mucho más las teorías, contextualizarlas y acercarlas a la realidad. Hay que trascender el papel, la proyección de las mismas debe dar cuenta y ser coherente con la diversidad de posibilidades para su aplicación en los contextos territoriales:

“Yo creo que también esos teóricos tienen que aterrizar un poco más esas definiciones, y entender la salud mental más como una capacidad, inclusive lo pienso, de vivir en ausencia de lo que la misma definición dice, es decir, si usted no tiene un pleno ambiente social con todas las condiciones, si usted tiene un ambiente familiar con dificultades, si usted no puede desarrollar su pleno potencial, vivir tranquilo, aún en unas condiciones más precarias. Para mí la salud mental es más eso. No es llegar al top de la definición, porque si no esa distancia, esa brecha nunca la vamos a llenar. Y cada vez más los teóricos avanzan más en definiciones y les ponen más arandelas a esas definiciones y llegan a ser tan elaboradas como distantes de la persona de a pie.” (E3P11F7)

Con respecto a los desarrollos normativos, se sugiere realizar una evaluación retrospectiva de procesos y resultados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se invita a que se

trasciendan las listas de chequeo donde básicamente se verifica que la norma se está realizando, y se vaya más allá, a la lectura de los alcances en términos de los cambios y resultados producidos por las acciones implementadas, pero también se reconozcan las barreras presentadas para el cumplimiento efectivo de las mismas; se requiere revisar el impacto de los lineamientos y estrategias entregadas por MSPS:

“Yo lo primero que diría es que a partir de la formulación de las políticas hay que ver varias cosas; una que creo que no se han hecho, que habría que hacer una evaluación retrospectiva ¿dónde se hizo?, ¿qué se hizo?, ¿qué se venía haciendo?, ¿qué se alcanzó?, ¿qué fue efectivo?, ¿qué logros tenemos?, para no perder eso para que esas políticas no repitan el ciclo del que yo hablaba, de que cambió el periodo político-administrativo, cambió el gobernante, entonces destruye todo y empezamos de cero, como si no hubiera pasado antes y nada existiese.”

(E1P27F1)

En cuanto a las Entidades territoriales, se sugiere darle más fuerza a la gestión de la salud pública fortaleciendo la gestión de la prestación de servicios Individuales para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, ya que las Secretarías de Salud municipales, para los temas de salud mental, se han centrado más en la realización de acciones de promoción y prevención en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, y aquel tema -que también es su competencia- ha quedado relegado, siendo un elemento clave para garantizar la atención continua e integral en salud mental, como se evidencia a continuación:

“Entonces hay entidades territoriales incluso, algunas con una amplia trayectoria histórica en el país y grandes recursos que todavía no tienen claro que un componente esencial para la salud poblacional de la salud mental por decirlo así, implica gestionar el acceso a servicios en salud, gestionar las barreras, hacerle seguimiento, vigilancia y control a los aseguradores y prestadores en salud y creo que eso es un elemento muy importante porque se puede quedar solo en

realizar acciones de promoción y prevención por eso yo digo que es un reto. Una entidad territorial se puede quedar en la meta de ejecutar los recursos del plan de salud pública de intervenciones colectivas y no trascender, no encargarse de eso que le corresponde y es garantizar que las personas que lo requieran accedan a servicios en salud mental.” (E1P16F1)

Igualmente, se plantea que hay que seguir progresando en el trabajo con las EPS para que el tema de salud mental haga parte de su agenda, reconociendo los adelantos que se han dado, pero avanzando hacia el mejoramiento de su capacidad de respuesta no sólo para los temas de atención, sino también para la promoción de la salud mental y la prevención temprana. En esto es clave que las acciones adelantadas desde la ET en términos de asistencia técnica a las EPS, escalen a las directivas de estas instituciones buscando un mejoramiento continuo de la calidad, disponibilidad, suficiencia y pertinencia de las intervenciones y servicios, garantizando condiciones administrativas y operativas para la atención integral en salud mental:

“Pero también necesitamos trabajar fuertemente con los prestadores para que empiecen a tener mayor consciencia de la atención de este tema, de una atención oportuna, de la entrega de medicamentos, de contar con profesionales acordes a lo que se requiere, pues en estos temas de salud mental, que son los temas de la atención. Con este panorama, no se puede pretender que de un día para otro las EPS lo pongan en su agenda, así que lo avanzado no se puede dejar de reconocer y se debe seguir en un trabajo sistemático, pues cada vez han ido reconociendo la necesidad de dar respuesta al tema, pero que como lo mencione anteriormente, también los enfrenta a su capacidad resolutive.” (E2P29F1)

Se requiere realizar ajustes en el funcionamiento del SGSSS para facilitar la continuidad y complementariedad de acciones al momento de implementar el abordaje integral e integrado, ya que históricamente ha habido una ruptura entre las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y las de atención, obedeciendo a la forma en cómo el mismo sistema de salud ha estado

organizado. Se señala que esto puede ser mejorado por los lineamientos planteados en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y Modelo de acción Integral Territorial (MAITE):

“Lastimosamente por el funcionamiento del sistema de salud, el tema ha tenido una ruptura histórica desde que inicio y empezaron a implementarse el abanico de las diferentes acciones desde la promoción, fomento, la detección temprana, la atención, la rehabilitación en todas las acciones en salud mental. Nos toca esperar a que el futuro las nuevas propuestas de atención integral en salud, sean MIAS o sean MAITE o ambos o unos en unas zonas y otros en otras, ayuden a que se pueda subsanar esa ruptura permanente que ha habido en los diferentes tipos de intervención, que implica la desarticulación de las acciones, de los factores, de los servicios que recibe la población y de otros aspectos que tienen que ver no con lo integral sino con la integración y es como cursa o transita una persona por los diferentes servicios.” (E1P7F1)

Otro aspecto importante para la garantía del abordaje integral implica una mayor regulación a las barreras para el acceso a salud mental que plantean las EPS, donde aparece la necesidad de descentralizar las competencias de inspección, vigilancia y control por parte del gobierno, dando más competencias a los municipios para su regulación. Para esta tarea se plantea la importancia de fortalecer las competencias de las ET en términos de los alcances para la inspección, vigilancia y control que permitan garantizar la continuidad de las acciones y el derecho a la salud mental.

“Hay que fortalecer mucho el tema de inspección vigilancia y control, que definitivamente, está muy concentrado desde el nivel nacional y algunos aspectos desde el departamental, pero lo que tendríamos que pensar es hasta dónde los procesos de descentralización alcanzan a llegar hasta el nivel municipal para que tengamos más gobernabilidad, más competencias, para poder intervenir estas situaciones que en clave de la integralidad, interrumpen la continuidad de las acciones, y no permiten la garantía del derecho a la salud mental.” (E2P33F7)

Así mismo, en términos de la atención integrada se plantea la necesidad de promover activamente la corresponsabilidad por parte del paciente y de la familia para el cuidado de la salud mental posterior a la salida de los servicios de atención, y no dejarlo todo en manos de las EPS e IPS:

“Nos volvimos absolutamente, paternalistas soportando los pacientes, soportando las familias, y el sistema dejó avanzar mucho eso, entonces el compromiso del paciente, la corresponsabilidad del paciente, o la corresponsabilidad de la familia se empezó a quedar atrás; entonces toca fortalecer la corresponsabilidad de las familias y de los pacientes, entonces el alcohólico o el paciente abusador sexual, que no tiene soporte en la familia, y la familia no le importa, simplemente le están entregando los pacientes al equipo de salud, alvíelo, y la corresponsabilidad de la familia, nadie toma como parte en el asunto, y el sistema de salud no puede soportar eso.” (E3P20F16)

De otro lado, desde los procesos formativos se requiere hacer mucho más énfasis en la importancia y el sentido de la normatividad y su aplicación, así como la importancia de la lectura de contextos que permitan comprender y orientar las intervenciones en clave de las realidades en las que las personas viven, descentrándose un poco de la mirada individualista y clínica y fortaleciendo temas relacionados con el campo de la salud pública, como determinantes sociales de la salud, intervenciones extramurales y comunitarias, la educación en y para la salud, la promoción de la salud y la prevención de los trastornos mentales y atención primaria en salud.

“Hay unas falencias en la formación del talento humano en salud, en el campo de la salud mental, todo lo relacionan con salud mental y que eso también incluye al talento humano en salud mental, hay aspectos que deberían ser fortalecidos, por ejemplo, todo lo relacionado con el enfoque en salud pública. Igualmente se requiere rescatar o visibilizar todo lo relacionado con la salud mental comunitaria, en ese orden de ideas la rehabilitación basada en comunidad, creo que es una oportunidad que tiene el país y donde hay que trabajar mucho.” (E1P7F1)

En esta medida, se sugiere el desarrollo de procesos formativos y académicos que respondan a las necesidades de los actores en salud mental a través de diplomados, especializaciones u otras alternativas, en modalidad virtual, que permitan un mayor acercamiento a los distintos desarrollos que desde el orden nacional se han generado en cuanto a marcos políticos, conceptuales y metodológicos, buscando generar mayor apropiación de conocimiento y herramientas para la intervención acorde a las realidades de los contextos en los que se encuentran estos profesionales:

“Es importante desarrollar procesos formativos a mediano plazo, es decir, ofrecer por ejemplo, a los referentes un proceso de formación larga que permita orientar las acciones que van a desarrollar a través de diplomados, especializaciones y otro tipo de modalidad académica obviamente necesariamente virtual que posibilite en la medida de lo posible estandarizar en lo mínimo, en los aspectos fundamentales, no mínimo, sino más en lo fundamental para así garantizar por un lado, la difusión y apropiación de los lineamientos del marco político, de lo conceptual y estratégico de trabajo en salud mental en el país y por el otro acompañar en el desarrollo de iniciativas.” (E1P15F3)

Finalmente, se plantea como reto una mayor integración y liderazgo de parte de los profesionales que atienden el tema de salud mental. Se sugiere fortalecer la organización por parte del gremio de psicólogos para ganar más reconocimiento y un mejor lugar, así como mejorar la incidencia política en temas de salud mental que permitan mejorar condiciones de contratación, regulación de honorarios y otros aspectos que afectan su hacer, así como un mayor fortalecimiento y consolidación como disciplina. Igualmente, se refiere de manera reiterada que se requiere mayor participación en escenarios decisorios para incidir sobre la construcción de normas que afecten los intereses de la disciplina y el tema de salud mental:

“Un reto definitivamente es el liderazgo desde los equipos de salud mental, ya que ni en psiquiatría, ni en psicología, hay liderazgo como profesión. Uno ve que en las legislaciones

realmente, no hay participación casi de psicólogos, ni expertos en salud mental, son otras profesiones las que por alguna influencia que tuvieron de alguno que le dijo a ese senador meta un proyecto de ley, pero realmente deberían estar liderando esto profesionales de salud mental, deberían estar ahí metidos. Entonces uno, el liderazgo profesional.” (E3P21F1)

Momento Interpretativo: Comprensión del Proceso de Implementación de la Atención Integral en Integrada en Salud Mental en el Departamento de Antioquia

Los hallazgos de este estudio permitieron identificar cinco categorías emergentes, relevantes porque que fueron enunciadas por los distintos participantes como aspectos esenciales que influyen, y son determinantes, en el proceso de implementación de la atención integral e integrada en salud mental a nivel departamental. Estos aspectos plantean oportunidades, pero a su vez retos a la hora de llevar a la praxis los lineamientos normativos dados desde el orden nacional y se recogen en las siguientes categorías emergentes.

Incidencia Política Negativa

Esta categoría hace referencia a las decisiones generadas por actores estratégicos como tomadores de decisión, concejales y otros actores claves, que repercuten de manera directa, y en ocasiones perjudicial, en las acciones de salud mental a nivel municipal y departamental, teniendo injerencia en aspectos como la asignación de recursos, la priorización del tema y el apoyo al mismo. Igualmente, también se evidencia la generación de trabas sobre los procesos de contratación para la realización de acciones en salud mental, en respuesta a intereses propios o de grupos políticos a los que pertenecen.

Esta categoría se presenta de manera transversal durante el proceso de análisis, vinculada con las otras categorías emergentes, razón por la cual cuando se desarrolle cada una de ellas, será posible encontrar referencias a este aspecto como parte del análisis de las mismas.

A nivel departamental y municipal, esta categoría es señalada como un elemento influyente desde el orden administrativo, pues define aspectos claves, no sólo al inicio de los periodos de gobierno, sino durante todo el proceso de gobierno. Esta situación se repite cada cuatro años, dejando en claro que los cambios de gobierno impactan negativamente la continuidad de los procesos, y balanceando una lucha de poderes en los que terminan anteponiéndose los deseos, apuestas e intereses de los nuevos gobernantes sobre los procesos técnicos realizados desde los lineamientos dados por el nivel nacional, imponiéndose los intereses políticos sobre el trabajo técnico desarrollado con antelación, generando reprocesos y lentificando el cumplimiento de los objetivos. Los gobernantes que llegan entran desconociendo los desarrollos anteriores y, queriendo iniciar de cero, desvirtúan las acciones que se venían desarrollando sin conocimiento de las mismas, definiendo sí se le da continuidad a procesos que ya se venían desarrollando respecto a planes, programas y proyectos. Igualmente, se desconocen trayectorias y experticia de profesionales que venían liderando procesos y se ubican en cargos estratégicos personas sin el perfil y experiencia adecuados para su desarrollo.

Así mismo, se señala que el papel del Concejo puede llegar a ser problemático cuando interviene sobre los procesos internos de la secretaría de salud desde el desconocimiento, la falta de claridad sobre competencias y funciones de los diferentes actores y sectores que interactúan en el campo de la salud pública, influyendo en el desarrollo de temas y contenidos, la asignación de contratos y la ubicación de profesionales sin el perfil adecuado, haciendo posible evidenciar que responden a intereses propios y clientelistas.

Esta influencia política negativa produce demoras en los procesos de contratación, impactando en una alta rotación del personal, generando reprocesos y disminuyendo la capacidad de respuesta de instituciones como la Secretaria Seccional departamental para acompañar a los municipios de forma idónea y oportuna en los temas de salud mental. Estos aspectos son ratificados por Molina, Ramírez y Ruiz (2014), quienes plantean que si bien se conocen los alcances de la corrupción en el sistema de

salud, la intervención de los partidos políticos y los agentes privados no sólo genera poca capacidad institucional y liderazgo de las autoridades de salud, sino que lleva a una rotación de personal no idóneo, tanto en el nivel profesional como operativo y gerencial.

Salud Mental, la Cenicienta en el Sistema de Salud

Esta categoría hace referencia a los recursos económicos destinados al desarrollo de acciones en salud mental, sea desde las Entidades Territoriales (ET) o desde las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Desde éstas se identifican diferencias importantes respecto a las razones por las que se invierte o no en el tema.

Es importante aclarar la relevancia de esta categoría dentro de los procesos de implementación en salud mental, ya que los recursos financieros son un requisito fundamental para el cumplimiento de los objetivos de los planes y programas, así como para el desarrollo y mantenimiento de los servicios de salud mental, garantizando la contratación del talento humano y redes de servicio para la ejecución de las acciones proyectadas.

Respecto a esta categoría, es posible identificar dos subcategorías, que permiten un acercamiento a atributos que diferencian la inversión en el tema.

Aunque el Problema Persiste, la Inversión no. Del lado de las ET departamental y municipal, esta situación aparece asociada a los escasos recursos económicos con los que cuentan la mayoría de los municipios del departamento, quienes, de los restringidos presupuestos destinados a salud, invierten pocos o nulos recursos para el desarrollo del tema de salud mental. Igualmente, plantean que la cantidad de recursos con los que cuentan los municipios es muy variada, siendo los municipios de categoría 4, 5 y 6 los más afectados. A la escasez de recursos se añade la distribución inequitativa y el uso ineficiente de éstos. Este aspecto es planteado por (OMS, 2018) donde refiere que los países de ingresos más altos gastan una mayor proporción de sus presupuestos de salud en servicios de salud mental y asignan sus gastos de manera más eficiente, mientras que en países de bajos ingresos se

agrava la escasez de recursos al asignarlos a hospitales mentales, los que a su vez no cuentan con los recursos suficientes, generando una baja oferta de atención en salud mental que conlleva a resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y acciones escasas de rehabilitación.

Así mismo, se reconoce que la implementación se ve afectada por la poca y en ocasiones nula información que se tiene en los municipios sobre el estado de la salud mental de sus pobladores, señalando que el no contar con estudios poblacionales, genera que los ASIS no brinden la información suficiente para medir lo que pasa realmente con salud mental, trayendo serias consecuencias para calcular la magnitud del problema, situación que incide directamente en la posibilidad de priorizarlo dentro de los procesos de planeación territorial, implicando una asignación limitada de recursos para su ejecución.

Por su lado, las EPS presentan importantes dificultades para la inversión de recursos en las necesidades de salud mental; este comportamiento ha sido histórico y devela el lugar de la salud mental frente a otros temas de salud confirmando la afirmación de que “la salud mental es la cenicienta en el sistema de salud”, ya que las mayores inversiones se destinan a la intervención curativa en temas médicos y sólo un bajo porcentaje se dispone para este tema, dando cuenta que desde el funcionamiento del sistema sigue primando un modelo biomédico que le cuesta reconocer este importante aspecto de la salud. Esto es concordante con varios autores e informes de organismos rectores en salud mental (OPS, 2018; Errázuriz, Valdés, Vöhringer, & Calvo, 2015) quienes señalan que en varios países de la región la mediana de gasto público en salud mental es de apenas el 2,0% del presupuesto de salud.

Es por esta razón que la OMS ha insistido en la necesidad de aumentar significativamente la inversión respecto a lo que actualmente se asigna en salud mental, planteando que se deben ordenar mayores proporciones de los presupuestos nacionales a desarrollar una adecuada infraestructura y servicios, proponiendo además la importancia de aumentar la contratación de profesionales para

proveer la atención y el cuidado que necesitan quienes ya tienen trastorno mental pero también para promover y proteger la salud mental, instando a los gobiernos, agencias de cooperación y organizaciones internacionales a sumar a esta inversión para disminuir la carga que actualmente está generando el tema en términos de discapacidad, costos para los individuos, sus familias y la sociedad en general (OMS, 2011b).

Si hay Evidencia, Invierto. Como se mencionó anteriormente, se identifica una resistencia de parte de las EPS para invertir en la salud mental, pues permanentemente están pidiendo evidencia de resultados tangibles, rápidos y de costo-efectividad en las intervenciones, y como no las ven, esto afecta la priorización e importancia que le dan al mismo, generando limitaciones para su posicionamiento, valoración y asignación presupuestal. Así mismo, se señalan dificultades para costear y negociar tarifas para ofertar los servicios de salud mental. Estos elementos obedecen a la forma en cómo funciona el sistema de salud, el cual está centrado en una lógica mercantilista, donde está por encima la rentabilidad sobre la salud y el tema de salud mental es evaluado como poco efectivo y rentable por estas entidades.

Al respecto, la OMS (2004b) plantea que la generación de enfoques basados en la evidencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios en salud mental representa un componente aún no suficientemente desarrollado pero muy necesario en las políticas nacionales de salud mental en regiones en desarrollo. La OMS se ha embarcado en un proyecto destinado a recoger esa evidencia en el nivel mundial, mediante el proyecto OMS-Selección (WHOCHOICE, en inglés) que incluye la estimación del costo y eficiencia de una gama de estrategias terapéuticas claves para trastornos que conllevan una pesada carga.

El reconocimiento creciente de salud mental como un aspecto central en la salud pública ha llevado a la necesidad de demostrar que la inversión de recursos en el desarrollo de servicios no sólo es un tema requerido sino también importante. Si bien el volumen de estos estudios es aún modesto,

especialmente en países de bajo o medianos ingresos, existen evidencias económicas de volumen creciente que demuestra que intervenciones para tratar la esquizofrenia, depresión y otros trastornos mentales no sólo están disponibles y son efectivas, sino que son también accesibles económicamente y costo-eficaces (OMS, 2004b).

Abismo entre Teoría y Práctica

Esta categoría encierra los aspectos relacionados con las normas y lineamientos dados, así como los conceptos teóricos propuestos en las mismas para orientar las acciones en salud mental a realizarse en los departamentos del territorio nacional desde lo emanado por el MSPS, en contraste con las posibilidades de su aplicación al momento de realizar la implementación, ya que se identifican vacíos, ambigüedades, desconocimiento de aspectos de los contextos y realidades en donde se deben llevar a la práctica, impidiendo lograr los alcances propuestos en las mismas. De esta categoría a su vez se desprenden dos subcategorías, la primera relacionada con la comprensión y apropiación de las conceptualizaciones y enfoques propuestos y la segunda con la complejidad de su aplicación en las lógicas territoriales, como aspectos que influyen y son determinantes en el proceso de implementación de la atención integral e integrada en salud mental a nivel departamental. Estos aspectos plantean oportunidades, pero a su vez retos a la hora de llevar a la praxis los lineamientos normativos dados desde el orden nacional.

La Teoría en la Torre de Marfil. En cuanto a la aplicación de las normas, se cuestiona el conocimiento y apropiación de las mismas por parte de los actores del SGSSS, el cual es percibido por los participantes como un aspecto muy variado, pues si bien en algunas ET e IPS, hay referentes y profesionales que las conocen y utilizan, hay otros que aunque las conocen no las utilizan, o incluso muchos que ni siquiera las conocen. Se cuestionan las estrategias que el mismo MSPS utiliza para su difusión, pero también se hace referencia a la obligatoriedad respecto a su cumplimiento, lo que denota falta de seguimiento, vigilancia y control en la aplicación de las mismas.

Se cuestionan los avances teóricos que implican nuevas formas de comprender la salud mental desde enfoques más positivos, siendo vistos como ambiciosos e inalcanzables en su cumplimiento, así mismo se señala que su fundamentación es pobre generando limitaciones en su comprensión y alcance, lo que se pone en evidencia a la hora de llevarlos a la práctica. Este aspecto fue referido igualmente por autores como (Guinsberg, 2001; Restrepo DA, Jaramillo JC , 2012), quienes plantea la complejidad en la definición del concepto de salud mental en términos de su polisemia, ya que al tener tantas definiciones diferentes, termina por no ser claro en lo que define; en esa medida se plantea como impreciso y confuso, producto de la transposición de un concepto del campo médico al psicológico, generando como resultado una falta de fundamentación que requiere mayores desarrollos epistemológicos, metodológicos y prácticos.

Se reconoce que el impulso de estos conceptos proviene del orden internacional y tienen su origen en los discursos sobre promoción de la salud, y son retomados en las normas a nivel nacional, desconociendo las lógicas territoriales al no considerar las condiciones de vida y las inequidades existentes, volviéndose una aspiración imposible de lograr. Este elemento se corrobora con lo señalado por diversos autores (Fracasso, 2000; Irigoyen, 1994; Muller, 2001), quienes señalan que las políticas de promoción de salud fueron pensadas desde las realidades europeas y no han tenido en cuenta las situaciones diferenciales y contextos de aplicación en América Latina, planteando que en muchas ocasiones el nuevo concepto vino a justificar una lógica neoliberal, con el pretexto de que cada individuo, y no el Estado, debe ocuparse de su propia salud.

Pese al impulso de una concepción más positiva de la salud mental, que se puede evidenciar en las definiciones de salud mental propuestas en los lineamientos normativos a nivel nacional (Resolución 2358, 1998; Ley 1616, 2013; Resolución 4886 de 2018), al parecer la fuerza de esta nuevo enfoque en la comprensión de la salud mental no logra materializarse aún, continuando con mucho peso la influencia del modelo biomédico reflejado en los objetivos, estrategias y metas planteadas, sostenidos desde un

enfoque centrado en la gestión del riesgo donde la atención en la enfermedad mental y sus factores asociados siguen siendo el centro, como lo señala Henao et al (2016), quienes tras la revisión de las Políticas vigentes de varios países de Suramérica, incluido Colombia, concluyen que si bien la noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional se enfoca en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva; los recursos, estrategias, acciones y metas siguen orientados sobre la base de un modelo biomédico.

Se problematiza la aplicación del enfoque integral y el de determinantes sociales, frente a los cuales se señala que ni el SGSSS ni los profesionales están preparados y generan las condiciones para su aplicación. Esto es planteado por Dimenstein (2013) quien indica que es preciso invertir en la formación de actores para el manejo de nuevas tecnologías psicosociales, estimular el protagonismo y el control social por parte de los usuarios y familiares a través, por ejemplo, del desarrollo de asociaciones y grupos de soporte mutuo, así como trabajar en la perspectiva de la intersectorialidad y del trabajo en red, lo que implica la adopción de modelos de atención integral de base territorial al lado de una cultura evaluativa del trabajo en salud.

Confusión del Mapa con el Territorio. Se señala que hay dificultades para aplicar muchos de los lineamientos propuestos. Se alude a cómo en la diversidad de territorios no se puede pretender que lleguen de la misma manera estos conceptos y normas, aspecto que además consideran sería importante evaluar para garantizar una verdadera implementación.

Se indica que los recursos técnicos y operativos en los distintos municipios son variados, lo que obedece entre otras cosas, a lógicas administrativas en las que el reconocimiento que se le hace al tema de salud mental influye en la asignación financiera para su ejecución, limitando las posibilidades en su desarrollo, lo que deriva en múltiples dificultades, que inician con la disponibilidad de equipos suficientes para dar respuesta a las necesidades en salud mental, cualificación e idoneidad de los mismos, procesos de selección que garanticen contar con talento humano pertinente para los cargos

requeridos. A esto se le suma la disponibilidad de redes de servicios para atender los temas de salud mental, respecto a las cuales hay dificultades en la contratación y múltiples barreras para el acceso a los servicios. Esto es señalado por Molina, Ramírez y Ruiz (2014) planteando que el desconocimiento de la diversidad de las regiones, de la dispersión geográfica de la población y del perfil epidemiológico particular de algunas zonas del país en la normatividad nacional del SGSSS, dificulta su aplicación y afecta la asignación y utilización de los recursos para la salud pública.

Funcionamiento del SGSSS Vs. la Atención Integral e Integrada

Se problematiza la aplicación del enfoque integral, pues consideran que es complejo si se tienen en cuenta las características y forma del funcionamiento del sistema de salud y el abismo histórico que ha existido entre las acciones de la ET y la respuesta de las EPS. Se destaca que la conceptualización respecto a lo que se comprende como Atención primaria en salud se ha reducido a acciones de promoción y prevención, limitando todas las posibilidades que ofrece esta estrategia para la integración de los servicios.

Se plantea la existencia de una fragmentación de la salud mental, que al parecer hace parte de las secuelas de la fuerte influencia del modelo biomédico positivista y reduccionista, donde se dio primacía a lo individual sobre lo colectivo, a los fenómenos biológicos sobre los sociales, a las acciones curativas sobre las preventivas y promocionales. Estos aspectos son señalados por Herazo (2014), quien plantea que es posible que la fragmentación existente tenga su origen en un modelo de salud que separa la salud física de la mental, las acciones de promoción y prevención de la atención, sumado a la segmentación del sistema donde persisten importantes limitaciones para la atención integral, integrada y continua de las necesidades de salud de las personas, aspectos que comparte (Madariaga, 2008), incluyendo en esta fragmentación la atención clínica sobre la intervención comunitaria, y a partir de los años ochenta, la hegemonía de los modelos de gestión mercantil en salud sobre los modelos salubristas.

La comprensión de esta categoría, permitió identificar cinco subcategorías que se encuentran estrechamente relacionadas, las cuales se abordan a continuación:

Continuidad y Complementariedad. Se habla del divorcio existente entre los tipos de intervención que ha llevado a la desarticulación de las acciones de promoción y prevención y la atención que recibe la población. Se identifica una ruptura en los procesos de derivación de casos, donde las EPS no responden a lo solicitado por las ET, interrumpiendo la continuidad en la atención. Se plantea que esta ruptura obedece a la forma cómo el mismo sistema de salud ha estado organizado; así mismo, estaría relacionada con el cumplimiento por parte de los actores del sistema de sus respectivas competencias.

Así mismo, las características nombradas anteriormente en las EPS van a traer serias consecuencias en el proceso de atención de las IPS, al identificarse como dificultad la canalización de pacientes en los diferentes niveles de complejidad. De esta manera, los prestadores de baja complejidad se encuentran con dificultades a la hora de canalizar a niveles superiores, pese a la existencia de rutas definidas para la atención, generando complicaciones en la salud de las personas que requieren atención urgente, además de pérdida de credibilidad en el sistema de salud por parte de pacientes, llevando a muchos de ellos a desistir de los tratamientos, con las respectivas consecuencias en términos de la agudización de la problemática.

Lo anterior es corroborado por Molina, Ramírez y Ruiz (2014), quienes señalan como la separación de las acciones colectivas de las individuales, el enfoque centrado en la enfermedad, la falta de integración de las acciones de promoción y prevención en los procesos de atención del primer y segundo nivel, y la falta de implementación de las redes integradas de salud establecidas por la Ley 1438 de 2011 de atención generan pérdida de oportunidades y limitan el alcance de las intervenciones.

Disponibilidad de Redes de Servicios en Salud Mental. En cuanto a las redes de servicios contratadas por las EPS para la atención en salud mental, si bien se identifican avances, se siguen presentando dificultades muy marcadas, sobre todo las relacionadas con la atención en alta complejidad y en municipios lejanos o con menos recursos; esto genera interrupciones en la continuidad de los tratamientos produciendo graves consecuencias para la salud mental de quienes no encuentran una respuesta oportuna frente a su problemática.

Frente a las dificultades señaladas, las EPS se justifican aludiendo a las limitaciones en la disponibilidad de profesionales para la atención en salud mental con perfil clínico, refiriendo que es escasa en el medio; así mismo, plantean limitaciones con las redes de servicios contratadas para atender temas como drogas o trastornos mentales; además, refieren que los servicios que les ofertan algunos prestadores de servicios en salud mental no obedecen a la disponibilidad real con la que cuentan para hacer efectivas las atenciones contratadas. En esta línea de sentido, autores como Rodríguez (2007) y Pulgarín & Tabarquino (2016) indican que hay innumerables problemas en las redes de servicios de salud mental, en materia de implantación, capacidad resolutive, política de personal y formas de vinculación de los usuarios llevando a afirmar que se está lejos de disponer de una red de atención con amplia cobertura y con eficacia adecuada.

Barreras para el Acceso a Servicios de Salud Mental. Se presentan importantes dificultades para la atención de la salud mental consistentes en la asignación tardía de citas, distancias geográficas para el acceso a los servicios y contención de autorizaciones para ingreso a servicios de salud mental, alta rotación de profesionales, limitaciones en la entrega de medicamentos, generando grandes dificultades y barreras en la atención oportuna a los usuarios, lo que termina repercutiendo en desenlaces negativos en la salud y la vida de personas con alto riesgo en salud mental. Lo anterior es señalado por la OMS (2013), cuando afirma que los sistemas de salud todavía no han dado una respuesta adecuada a la carga de trastornos mentales; en consecuencia, la divergencia entre la

necesidad de tratamiento y su prestación es grande en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; la cifra es alta también en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.

Igualmente, en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, se indica que la disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria es considerablemente baja, en comparación con los medicamentos disponibles para las enfermedades infecciosas o incluso para otras enfermedades no transmisibles, y su uso se ve limitado por la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos. Estos factores constituyen obstáculos importantes a la atención adecuada de muchas personas con trastornos mentales (OMS, 2013).

Atención en Salud Mental Centrada en la Prestación de Servicios. Si bien se reconoce un avance desde los lineamientos normativos que señalan la importancia de incorporar acciones de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, el actual sistema de salud sigue mostrando un desequilibrio hacia un mayor desarrollo del tratamiento de las enfermedades mentales en detrimento de una cobertura preventiva adecuada y eficaz para ellas, y ofrecer a las personas alternativas para el cuidado de su salud y lograr el mayor nivel deseable de la misma, como lo plantean las teorías de promoción de la salud. Este aspecto es referido por la OPS (2018) cuando plantea que la mayoría del gasto público en salud mental está destinado a los hospitales psiquiátricos, señalando que del 2,0% del presupuesto de salud dedicado a salud mental, más del 60% de estos fondos se destinan a este tipo de centros exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.

Pobres Acciones de Promoción y Prevención. Como se mencionó en el ítem anterior, las EPS siguen centradas en el modelo biomédico para la atención en salud mental, que genera que la mayor parte del recurso que se invierte en salud mental desde el SGSSS se vaya para la intervención curativa y

médica, presentando importantes limitaciones para destinar recursos en intervenciones de promoción y prevención (P y P) comparado con lo destinado para la atención clínica. Se identifica, además, que en varios municipios del departamento de Antioquia no se realizan muchas acciones de P y P en salud mental desde las EPS, dejando esta tarea a la entidad territorial, aunque la norma se los plantee como parte de sus competencias, viéndose afectado el acceso de la población a este tipo de intervenciones. En esta misma vía el estudio de Molina, Ramírez y Ruiz (2014) plantean que las EPS cumplen de manera parcial los programas de salud pública al no desarrollar en forma diligente, con su población afiliada, acciones básicas de prevención y las actividades de promoción de la salud definidas por el Ministerio de la Protección Social, afirmando que incluso la destinación de recursos para equipos extramurales es pobre, lo que impide la búsqueda activa de casos y acciones sistemáticas para inducir la demanda; en esta línea de sentido, algunas EPS, con el fin de gestionar el riesgo y disminuir la siniestralidad y los costos, enfocan sus programas de salud pública principalmente en la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles.

Pese al interés sobre la promoción y prevención en salud mental que ha ido en aumento en las últimas décadas, desde lo evaluado en algunos municipios se señala que los avances en estas estrategias no han sido significativos; igualmente, se cuestiona la orientación de este tipo de intervenciones, las cuales se han quedado en acciones masivas y transmisionistas que no favorecen procesos formativos, por lo que se puede plantear que desde su origen vienen presentando una deficiente respuesta y múltiples cuestionamientos, sin que hayan existido claros esfuerzos dirigidos a desarrollar programas preventivos eficaces ni apoyos para potenciar la investigación en esta área. Esta situación es planteada por García (2007), quien señala que se ha tratado de minimizar este estado de deficiencia de la prevención en salud mental desprendiendo una actitud de optimismo al alegar que existe suficiente evidencia para demostrar que los programas de prevención y promoción de salud mental funcionan y contribuyen a un incremento del bienestar mental y a una mejoría de la calidad de vida individual y

comunitaria, lo que no se refleja necesariamente en América Latina. Así mismo Gómez (2013), indica que frente a la educación en salud, aún no se ha comprendido la acción pedagógica sobre la transformación de los individuos y colectivos, donde el gran reto está en servir de mediadores frente a sujetos y colectivos para lograr una acción mucho más protagónica en la construcción de su salud, logrando trascender acciones persuasivas y de transmisión de información desde lógicas de control y generando mayores procesos de empoderamiento.

Igualmente, se cuestiona la responsabilidad del sector salud para dar respuesta a este tipo de intervenciones y se plantea que la responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales se extiende a todos los sectores, ya que los problemas de salud mental están influenciados por determinantes sociales como condiciones económicas, niveles de ingresos, condiciones laborales, niveles educativos, condiciones materiales de vida, estado de salud física, cohesión familiar, la discriminación, las violaciones de derechos humanos y la exposición a episodios vitales difíciles como la violencia sexual o el maltrato y abandono infantiles, concordando por lo planteado por la OMS (2013).

Talento Humano en Salud Mental

En esta categoría, se incluyen los profesionales encargados de desarrollar acciones en salud mental, tanto en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), como en las Entidades territoriales (ET) departamental y municipal. Si bien en esta categoría se incluyen psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud, en el marco de esta investigación aparece de manera mucho más fuerte referido al psicólogo como protagonista de las situaciones enunciadas.

El talento humano en salud mental es un tema que aparece enunciado por todos los participantes, señalado como factor crítico para el trabajo en salud mental y diferenciando algunas características que afectan su desempeño a nivel departamental y municipal.

No en vano los desarrollos normativos en salud en la última década han incluido este factor como elemento clave a fortalecer para mejorar los resultados en salud, como se puede evidenciar en las

últimas reformas al SGSSS a través de la Ley 1438 de 2015 y la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751, 2015a), así como en lo planteado en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Resolución 1841, 2013a) y la Política de Atención Integral en Salud (Resolución 0429, 2016a), aspectos recogidos en la Política Nacional de Talento Humano en Salud (2018c) donde se plantea que:

Se requiere actualizar y profundizar en aspectos relacionados con la distribución y suficiencia regional, local y por servicios del personal sanitario de las diferentes profesiones y ocupaciones; condiciones laborales y de ejercicio y su impacto en la calidad de los servicios y en el desarrollo del talento humano, flujos migratorios, pertinencia de la educación en salud, entre otros aspectos (p. 12).

En este sentido se pueden diferenciar las siguientes subcategorías emergentes en la presente investigación:

Disponibilidad del Talento Humano (suficiencia). Esta situación se evidencia desde el nivel nacional, hasta el nivel local, y se refiere a la cantidad de profesionales disponibles para atender las necesidades de salud mental en las ET e IPS. Al respecto se plantea que se debe hacer una diferenciación entre los municipios de Valle de Aburra y el resto del departamento, en donde esta disponibilidad varía, en la medida que los municipios están más alejados y manejan menos recursos económicos. Se señala que hay municipios que por sus características, ni siquiera cuentan con este recurso. Este aspecto es abordado por la OMS (2013), quien plantea que para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados, es fundamental la disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa en los territorios.

Comparado con la información en otras regiones del mundo, la OPS (2018) plantea que en la región de las Américas, los psiquiatras siguen siendo un recurso humano escaso, con una mediana regional de 1,4 psiquiatra por cada 100.000 habitantes, que es similar al promedio mundial (1,3 por

100.000 habitantes). Además, en la región es especialmente preocupante la escasez de psiquiatras infantiles y profesionales en terapia ocupacional cuya baja representatividad se repite en otras regiones del mundo; sin embargo llama la atención el dato referido a los profesionales de psicología, de quienes se plantea tienen la mayor proporción entre los trabajadores de salud mental en la región, señalando que su tasa es cinco veces mayor que el promedio mundial (OPS, 2018), lo cual podría considerarse concordante para el caso de ciudades capitales y en el departamento de Antioquia para municipios cercanos al Valle de Aburrá, pero que contrasta con lo identificado en las realidades de municipios más alejados, donde la insuficiencia de este tipo de profesionales es significativa.

Condiciones de Contratación y Vinculación del Talento Humano. En esta subcategoría se incluyen situaciones relacionadas con las condiciones y procesos de contratación del talento humano en salud mental. Se cuestionan las modalidades contractuales que no ofrecen estabilidad y generan discontinuidad en los contratos. Se anota que la duración de muchos contratos es corta, lo que, agregado al clientelismo que influye sobre la continuidad de los contratos, termina generando una alta rotación del personal contratado. A lo anterior se suman las bajas remuneraciones, sobre todo en municipios más alejados, y demoras en pagos de salarios de hasta 6 meses, situación que impacta negativamente en los servicios prestados. Esta situación es claramente ilustrada por Molina, Ramírez y Ruiz, (2014), MSPS (2015e), MSPS (2018c), quienes describen, en lo relativo al personal operativo, unas condiciones de contratación bastante pobres en tanto la mayoría de ellas son a término definido y a corto plazo, sin seguridad social, lo que genera bajas condiciones laborales y alta rotación del personal, afectando así la continuidad de los programas y el desempeño tanto individual como institucional; es importante destacar que, para los autores, existe una importante relación entre las condiciones laborales y la actitud y calidad del desempeño de las personas.

Frente a esta situación, la OMS (2003) recomienda mejoras en las condiciones de trabajo, la remuneración económica y las oportunidades de desarrollo profesional para los profesionales y trabajadores de la salud mental, a fin de atraer y fidelizar a personal de salud mental.

Idoneidad del Talento Humano. Debido a la carencia de profesionales en varios de los municipios del departamento, se plantea que, sobre todo en municipios lejanos, a los psicólogos les asignan funciones y tareas para las que no están formados o no tienen la suficiente preparación o experiencia, considerando que quienes están en municipios de estas características en muchos casos están recién graduados y cuentan con un nivel de formación de pregrado. Así mismo los procesos de selección son limitados, debido a la escasez de profesionales dispuestos a irse a los municipios lejanos, donde los líderes administrativos de las ET no tienen muchas posibilidades de elegir, aceptando profesionales que no cumplen el perfil, ni la experiencia y cuya formación presenta vacíos para la intervención de temas clínicos o de salud pública; lo anterior sumado al clientelismo presente en muchos de los municipios, sobre todo en los que tienen mejores condiciones económicas, donde el perfil del seleccionado queda en segundo plano, frente al compromiso político pendiente, complejizando el panorama de los equipos contratados.

Al respecto, los participantes plantearon la necesidad de desarrollar muchos más procesos de cualificación que permitan el desarrollo de competencias acordes a las realidades contextuales de los municipios del departamento, a través de oferta educativa a nivel de educación formal y continuada. Algunos de estos aspectos son señalados por MSPS (2015e), MSPS (2018c), quienes plantean algunos de los problemas en la distribución del talento humano en el territorio nacional, apreciándose zonas del país con insuficiente cantidad del talento humano formado en salud pública, lo que ocasiona que contraten personas sin el perfil en los cargos que exigen estas competencias, ligado a la poca valoración de la necesidad de competencias específicas en salud pública, recalcando como la calidad de los

servicios de salud, su eficacia, eficiencia, acceso y viabilidad dependen básicamente del desempeño de quienes los atienden, ya que a través de su acción, se materializa el derecho a la salud.

Actitud del Talento Humano. Los participantes hacen referencia a mucha variabilidad respecto a respuestas emocionales de los psicólogos que están realizando las acciones de salud mental. Algunos de los aspectos que varían son: compromiso, desinterés, frustración, desmotivación, saturación, todos relacionados con situaciones que éstos deben enfrentar y para las cuales no estaban suficientemente preparados, tanto desde condiciones de contratación, procesos de formación previos, como desde asignación de roles, funciones y manejos administrativos. Lo anterior es mencionado por (Molina, Ramírez y Ruiz, 2014) haciendo referencia a los bajos salarios, las condiciones desfavorables y la incertidumbre laboral ocasionan en el talento humano desmotivación y le disminuyen la posibilidad de construir sentido de pertenencia con la institución y lo predispone a desertar rápidamente. A esto se suma la falta de insumos para realizar las actividades y la evidencia negativa en la calidad e impacto de las acciones en salud pública, que afectan el compromiso con la comunidad y la calidad en el desempeño. Es por ello que plantean que el desarrollo del talento humano en salud es un proceso social, a través de una fuerza de trabajo bien distribuida, saludable, capacitada y motivada (Ortiz L.C., Cubides J.H., Restrepo D.A., 2013).

Liderazgo del Talento Humano. Se señala una dificultad importante al respecto. Por un lado, se nombra que no siempre los encargados de liderar acciones en salud mental poseen las competencias para desarrollar este rol, tanto desde su disciplina, como desde sus habilidades y competencias personales. De otro lado, se anota que se requiere un ejercicio fuerte de liderazgo de los profesionales que atienden y trabajan salud mental para organizarse como gremio y generar mayor incidencia política en temas críticos que les atañen, relacionándolo con el posicionamiento del tema en la agenda pública así como también en otros asuntos álgidos, tales como la contratación. Molina, Ramírez y Ruiz (2014) plantean que la inadecuada idoneidad del talento humano mina el liderazgo que se requiere en salud

pública, al disminuir las posibilidades de articulación y trabajo en equipo para lograr los resultados e impactos esperados, desembocando en pérdidas económicas por malas inversiones y falta de credibilidad ante las comunidades.

Formación del Talento Humano. Se identifican falencias y vacíos a nivel formativo para dar respuesta a las necesidades de las intervenciones en salud mental, tanto desde intervenciones colectivas como desde la parte asistencial. Se reconoce un vacío importante desde su formación para ampliar nuevas maneras de comprender la salud mental, desde enfoques más integrales e integrados.

Se señala que se presentan en los municipios perfiles inadecuados para roles de liderazgo y vacíos en la formación para cargos estratégicos y operativos, caracterizados por: desconocimiento del sector salud y la implementación de acciones de salud mental dentro de él, desconocimiento de la normatividad en salud mental, enfoques pobres para el abordaje en salud pública, dificultad para realizar intervenciones contextualizadas, falta de herramientas para atender e intervenir las principales problemáticas de salud mental desde atención primaria. Los participantes señalan el tema de formación del talento humano en salud mental, como un aspecto clave y crítico para avanzar en las transformaciones que se proponen desde el orden nacional. Esto coincide con algunos estudios e informes realizados por la MSPS (2015e), OMS (2018c) en donde se plantea que las debilidades en la formación del talento humano en salud mental, no se limitan a los profesionales de psicología, sino que son reconocidas como uno de los aspectos críticos dentro del personal médico asistencial de los primeros niveles de atención y de los profesionales para realizar intervenciones y responder a las necesidades en el campo de la salud pública.

Es por ello que la OMS (2008) creó el Programa de acción para superar la brecha en salud mental, utilizando orientaciones técnicas, instrumentos y módulos de capacitación basados en evidencias para ampliar la prestación de servicios en los países, especialmente en entornos con escasos recursos. Dicho programa se centra en una serie de problemáticas prioritarias en salud mental y dirige la

capacitación hacia los profesionales sanitarios no especializados con un enfoque integrado que fomenta la salud mental en todos los niveles asistenciales.

De otro lado, aparece otro aspecto relacionado con la formación del talento humano que es cuestionado por varios de los participantes, y es la efectividad de las intervenciones en salud mental, tanto a nivel individual como colectivo, frente a lo cual la OMS ha publicado información relevante sobre intervenciones de salud mental viables y costo-efectivas que se pueden expandir para reforzar los sistemas de atención sanitaria mental en los países.

Frente a este aspecto se plantea un reto importante con respecto a los procesos de formación desde la academia, en el cual se propone el desarrollo de estrategias fundamentadas en estudios de costo-efectividad y se haga mucho más énfasis en la importancia y el sentido de la normatividad y su aplicación, así como también se considere la inclusión activa de la lectura de contextos, que permitan comprender y orientar las intervenciones en clave de las realidades en las que las personas viven, descentrándose un poco de la mirada individualista, descontextualizada y alejada de la realidad.

Al respecto se plantea que se requiere mayor acercamiento del sector público y los actores del SGSSS con universidades, facultades y otras instituciones pertinentes para definir las falencias y necesidades detectadas en el trabajo en salud mental, para tenerlas presentes e incorporarlas en los programas de estudios universitarios de pregrado y posgrado. Esto lo señalan (Rojas, Castaño, Restrepo, 2018), indicando que los pregrados del área de salud requieren preparar a los estudiantes para enfrentar apropiadamente las demandas asistenciales en temas de salud mental, al igual que se demanda de especialistas que generen alternativas innovadoras de atención dirigidas a las necesidades de la población.

Para el desarrollo del recurso humano se necesita reforzar los conocimientos y competencias del personal sanitario de los primeros niveles de atención para que puedan ofrecer:

Servicios de salud mental y atención social científicamente contrastados, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos, en particular a niños y adolescentes, introduciendo la salud mental en los programas de estudios de pregrado y universitarios e impartiendo formación y ofreciendo tutorías a los agentes de salud sobre el terreno, especialmente en los centros de atención no especializada, para que estén en condiciones de reconocer a las personas con trastornos mentales y ofrecerles adecuado tratamiento y apoyo o derivarlas, cuando proceda, a otros niveles de atención. (OMS, 2013, p. 30)

Conclusiones

Existe un evidente reconocimiento de los desarrollos normativos relativos a la salud mental, la cual es vista hoy como un derecho fundamental y tema prioritario en la salud pública. Esta situación se convierte en un elemento positivo al momento de pensar en los procesos de implementación de la atención integral e integrada en el departamento.

No obstante, si bien se encuentran avances teóricos y normativos que buscan darle una mayor amplitud al tema de salud mental, incluyendo enfoques como la salud mental positiva y los determinantes sociales, es evidente que desde los distintos actores del sistema de salud esta transformación ha sido muy tímida, siendo evidente que en algunos sectores como las EPS la mirada sigue siendo netamente biomédica; esto se ve reflejado en el desarrollo de estrategias para su abordaje, donde la atención clínica sigue estando en el centro de la atención en salud mental.

También se destaca el hecho de que desde el MSPS hay un desconocimiento de la lógica territorial, donde las solicitudes se vuelven irracionales frente a las realidades que vive el departamento. Se plantea que los lineamientos están años luz de las posibilidades de llevarlos a la práctica, abstrayéndose de la lógica en cómo ha funcionado por años el mismo sistema de salud. Se cuestiona la continuidad de los procesos y la medición de sus impactos. Así mismo, se identifican vacíos del talento humano en salud mental para la implementación de estrategias y la contextualización de las acciones.

Se hace un cuestionamiento por la emisión de nuevas normas, donde se plantea que lo que se requiere es revisar y evaluar las posibilidades de operativización de las ya existentes, midiendo sus alcances y las transformaciones que realmente han generado, más que seguir sacando nuevas normas. Probablemente, las que hay sean suficientes y el problema radica es en las dificultades para llevarlas a la práctica.

Se indica que las dificultades para la implementación del tema de salud mental comienzan desde el acompañamiento que brinda el mismo MSPS para llevar los lineamientos a los territorios,

quienes presentan importantes dificultades administrativa que se inician con la conformación de sus equipos, los cuales son reducidos en tamaño, generando una sobrecarga que les impide dar un óptimo cumplimiento a las solicitudes, sumado a una alta rotación de profesionales.

Se cuestiona el acompañamiento real que reciben los municipios para la implementación de las acciones en salud mental por parte de la Secretaria Seccional de Salud, el cual termina siendo muy pobre para generar desarrollos en los procesos de implementación de las estrategias propuestas por el MSPS; lo anterior producto de las demoras en la contratación del equipo de asesores departamentales, la alta rotación del personal, la corta duración de los contratos y el limitado número de profesionales contratado para atender los 125 municipios que tiene el departamento.

Se reconoce una alta variedad de los recursos técnicos disponibles en los distintos municipios del departamento, lo que obedece entre otras cosas, a lógicas administrativas donde el reconocimiento que se le hace al tema de salud mental influye en la asignación financiera para su ejecución, limitando las posibilidades en su desarrollo, lo que deriva en múltiples dificultades, que inician con la disponibilidad de equipos suficientes para dar respuesta a las necesidades en salud mental, cualificación e idoneidad de los mismos, procesos de selección que garanticen contar con talento humano pertinente para los cargos requeridos. A esto se le suma la disponibilidad de redes de servicios para atender los temas de salud mental, respecto a las cuales hay dificultades en la contratación y múltiples barreras para el acceso a las mismas.

En general, se señalan como aspectos críticos para la implementación del abordaje integral e integrado el talento humano en salud mental dificultades en términos de su disponibilidad (suficiencia), así como en la forma de contratación y vinculación tanto desde el MSPS, la entidad territorial departamental y la entidad territorial municipal, las EPS e IPS. Igualmente, se resaltan aspectos relacionados con su idoneidad, formación y competencias para dar respuestas a las exigencias dentro del SGSSS y las características de los contextos municipales. A ello se suma la incidencia política negativa

que genera una alta rotación del mismo que impacta en la pérdida de capacidad instalada dentro de los municipios del departamento.

En cuanto a los procesos de articulación intersectorial, se identifican importantes progresos relacionados con un mayor reconocimiento de la de salud mental y su relación con distintos temas como familia, convivencia, educación, cultura, recreación, lo que ha permitido iniciar un acercamiento a otros sectores para trabajar de manera conjunta. Se destaca que, en el trabajo intersectorial, la mayor articulación se realiza con el sector educativo, con quien se comparten espacios para pensar problemáticas juntos, se intercambia conocimiento y se coordinan acciones para la confluencia de equipos de ambos sectores en terreno.

Recomendaciones

Armonizar mucho más las teorías, contextualizarlas y acercarlas a la realidad. Hay que trascender el papel, la proyección de las mismas debe dar cuenta y ser coherente con la diversidad de posibilidades para su aplicación en los contextos territoriales.

Realizar seguimiento al proceso de implementación de los lineamientos en salud mental por parte del MSPS, que vayan más allá de llenar listas de chequeo y permitan mayores acercamientos a las verdaderas condiciones de los municipios para llevar a la práctica los lineamientos dados desde el orden nacional, generando estrategias que favorezcan la mejora continua de las condiciones desfavorables identificadas.

Se requiere equilibrar la inversión en salud mental, buscando que responda a las necesidades más desatendidas en el tema tanto desde las ET como desde las EPS, invirtiendo recursos acordes a las dimensiones del problema que permitan la contratación de talento humano suficiente y pertinente para atender el tema, así como cofinanciando desde el nivel nacional y departamental a los municipios que por sus características presentan mayor desventaja para dar respuesta al tema.

En cuanto a las Entidades territoriales, se sugiere darle más fuerza a la gestión de la salud pública fortaleciendo la gestión de la prestación de servicios Individuales para garantizar el acceso a los servicios de salud mental, ya que las Secretarías de Salud municipales para los temas de salud mental se han centrado más en la realización de acciones de promoción y prevención en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas-PIC, y este tema que también es su competencia ha quedado relegado, siendo un elemento clave para garantizar la atención continua e integral en salud mental.

Se requiere que las ETD y ETM progresen en el trabajo con las EPS, para que el tema de salud mental haga parte de su agenda, reconociendo los adelantos que se han dado, pero avanzando hacia el mejoramiento de su capacidad de respuesta no sólo para los temas de atención, sino también para la promoción de la salud mental y la prevención temprana, buscando un mejoramiento continuo de la

calidad, disponibilidad, suficiencia y pertinencia de las intervenciones y servicios, garantizando condiciones administrativas y operativas para la atención integral en salud mental.

Es necesario mayor regulación a las barreras para el acceso a salud mental que utilizan las EPS: para esta tarea se plantea la importancia de fortalecer las competencias de las ET en términos de los alcances para la inspección, vigilancia y control que permitan garantizar la continuidad de las acciones y el derecho a la salud mental.

Se sugiere el desarrollo de procesos formativos y académicos que respondan a las necesidades de los actores claves en salud mental a través de diplomados, especializaciones u otras alternativas, en modalidades presenciales o mixtas, y se sugiere la modalidad virtual, para los municipios más alejados buscando facilitar el acceso a las ofertas educativas, que permitan un mayor acercamiento a los distintos desarrollos que desde el orden nacional se han generado en cuanto a marcos políticos, conceptuales y metodológicos, buscando generar mayor apropiación de conocimiento y herramientas para la intervención acorde a las realidades de los contextos en los que se encuentran estos profesionales. Se requiere impulsar la implementación de estrategias de promoción, prevención desde la atención primaria, basadas en investigación y procesos formativos que permitan intervenciones contextualizadas y efectivas.

Hay que continuar fortaleciendo el trabajo intersectorial; en general, es un tema complejo frente al cual aparecen resistencias y muchas dificultades. Se requiere un trabajo más cooperativo, donde se dejen de lado los protagonismos y el centro este en la construcción conjunta de respuestas a las necesidades comunes en respuesta al reconocimiento de los determinantes sociales y su influencia sobre la salud mental.

Es fundamental mejorar condiciones y características de la contratación de los profesionales en salud mental. En el sector público se requiere mayor regulación en los procesos de vinculación de personal, promoviendo la meritocracia que limite el clientelismo, donde se priorizan los favores políticos

sobre las capacidades técnicas para algunos cargos. Se sugieren proceso de selección que definan claramente la inclusión de competencias y requisitos formativos para el trabajo en salud mental en el contexto de salud y salud pública dentro de los perfiles a contratar.

Se requiere mayor integración y liderazgo de parte de los profesionales que atienden el tema de salud mental. Se sugiere que hay que fortalecer la organización por parte del gremio de psicólogos para ganar más reconocimiento y un mejor lugar, así como mejorar la incidencia política en temas de salud mental, que permitan mejorar condiciones de contratación, regulación de honorarios y otros aspectos que afectan su hacer, así como un mayor fortalecimiento y consolidación como disciplina. Igualmente, se refiere de manera reiterada, que se requiere mayor participación en escenarios decisorios para incidir sobre la construcción de normas que afecten los intereses de la disciplina y el tema de salud mental.

Se recomienda la realización de estudios posteriores que permitan la profundización de varios de los aspectos identificados en este estudio, tales como la disponibilidad de servicios de salud mental en los municipios del departamento, implementación de estrategias de promoción y prevención en salud mental en los contextos municipales, condiciones laborales del talento humano en salud mental y la relación con la prestación de los servicios, barreras para el acceso a los servicios de salud mental en el departamento, por nombrar algunas.

Análisis Político

Las ideas expresadas en la presente investigación, producto de la experiencia de los participantes, permitieron contar con un material útil para generar la discusión y reflexión entre los distintos interesados respecto a los avances y oportunidades, así como los puntos críticos, expresados en barreras, tensiones y retos que presenta la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

La problematización de algunos aspectos presentados en las realidades municipales respecto a la implementación de estos lineamientos, se planteó como reflexión que aporte al ajuste de algunas situaciones susceptibles de mejora a nivel administrativo, técnico y operativo.

Se espera que los hallazgos de la misma propicien la toma de decisiones y que finalmente contribuyan a resolver tensiones a las que permanentemente se ven enfrentados los protagonistas de los procesos de implementación de la atención integral e integrada en el departamento.

Como aspecto a resaltar, se plantea un llamado a la academia para revisar aspectos críticos en los procesos de formación que den respuesta a las necesidades del contexto de salud, no sólo desde la atención individual en salud mental, sino desde las intervenciones colectivas y poblacionales; frente a ello, se requiere incluir y/o fortalecer formación sobre enfoques de salud pública, determinantes sociales, salud mental positiva, así como el desarrollo de competencias para la realización de intervenciones contextualizadas y ampliar el abanico de posibilidades de intervención comunitaria y psicosocial.

Igualmente se le da preponderancia a la necesidad de fortalecer los roles de liderazgo de profesionales de la salud mental, sobre todo de psicólogos, en los que se espera que su actuar tenga más incidencia política, no sólo en el marco de las garantías para su ejercicio profesional, sino en los espacios de construcción de normas, aportando en las comprensiones y condiciones requeridas para un

abordaje mucho más amplio de la salud mental, en respuesta a los avances en el tema, pero donde se consideren las necesidades de los territorios y las diversidades para su aplicación.

Análisis de Aspectos Formativos

En el marco de la formación en salud mental el ejercicio investigativo permitió indagar de manera más profunda sobre los marcos de referencia conceptual y normativos en salud mental, revisando los desarrollos que se han dado desde el orden internacional y nacional, generando mayor claridad y apropiación de estos aspectos claves en la formación de un magíster en el tema de salud mental.

Posibilitó además un acercamiento a las miradas actuales respecto a la salud mental, que plantean abordajes más integrales y holísticos, reconociendo elementos posibles, pero también aspectos críticos a ser considerados para lograr llevar a la práctica estos nuevos enfoques, en clave de las posibilidades de los contextos de aplicación.

A nivel de formación como investigadora facilitó la profundización en la investigación cualitativa, generando un mayor acercamiento a sus fundamentos epistemológicos y metodológicos; así mismo, el ejercicio favoreció desarrollar competencias para el diseño de un proyecto de investigación, reconocer y desarrollar herramientas para el trabajo de campo, utilización de metodologías para la organización y análisis de la información y desarrollo de competencias de escritura en la elaboración del informes de resultados y elaboración del artículo científico.

Todo este proceso se dio gracias a una acompañamiento cuidadoso y riguroso de la universidad en cabeza del asesor, quien supervisó permanentemente el proceso, realizando devoluciones permanentes y pertinentes que permitieron afianzar los elementos conceptuales y metodológicos de la investigación cualitativa.

Propuesta de Transferencia de Conocimiento

Para la Apropiación del Conocimiento se Definieron los siguientes Productos:

Documento, dirigido a la entidad territorial departamental que recoja recomendaciones resaltando avances, oportunidades, barreras y retos para la implementación de un abordaje integral e integrado en salud mental a nivel departamental.

Diseño de un curso, para estudiantes de pregrado y/o posgrados en aspectos estratégicos para la atención integral e integrada en salud mental desde un enfoque de salud pública, considerando los hallazgos más relevantes de la investigación frente a los procesos de formación del talento humano en salud mental.

Para la Socialización de Resultados se Proponen los siguientes Productos:

Participación en Evento académico, que permitan llevar la reflexión realizada a distintos escenarios académicos.

Artículo, para ser publicado en una revista indexada.

Referencias

- Aigner, M. (2006). *La técnica de recolección de información mediante los grupos focales*. Tomado de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm
- Ardila, Sara (2010). *La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009*. En Rev. Colombiana de Psiquiatría, 39 / N° 3.
- Ardón N., Cubillo A. (2012). *La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012*. Artículo basado en el informe de la consultoría número 1321 de 2011, realizada en el marco del convenio entre la Pontificia Universidad Javeriana y el Fondo Distrital de Salud de Bogotá.
- Asociación Mundial de Psiquiatría (1983). *Declaración de Hawái* (versión actualizada). Viena. Tomada de: <https://www.alansaludmental.com/%C3%A9tica-y-ddhh-en-sm/asociaciones-profesionales/>
- Canales M. (2006). *Metodologías de La Investigación Social. Introducción a Los Oficios*. Ediciones LOM. Santiago de Chile.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES (2020). *Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación. República de Colombia.
- Conde Caballero, David (2011). *De las narrativas y otras historias. Poder y exclusiones formativas en Ciencias de la Salud*. Tomado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43925/1/Cultura-Cuidados_40_09.pdf
- Congreso de la República de Colombia (1993, 23 de diciembre). *Ley 100, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral*. Diario Oficial de la Nación. Colombia. Tomada de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=4452
- Congreso de la República (2001). *Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de*

los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial de la Nación. Colombia. Tomada de:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html

Congreso de la República (2011). *Ley 1438, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial de la Nación. Colombia.

Tomada de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html

Congreso de la República de Colombia (2013). *Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial de la Nación. Colombia. Tomada de:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

Congreso de la República (2015a). *Ley 1751 de 2015. Ley Estatutaria de Salud.* Diario Oficial de la Nación. Colombia. Tomada de:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República (2015b). *Ley 1753 de 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014–2018.* Diario Oficial de la Nación. Colombia. Tomada de:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html

Crespo, Martín y Castro, M. Cristina (2007). *El muestreo en la investigación cualitativa.*

NURE Investigación, [S.I.], mar.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE (2016). *Encuesta Nacional de calidad de vida 2016.* Colombia.

Descartes, R. (1980). *El Tratado del Hombre.* Edición y traducción Guillermo Quintas, Editora Nacional, Madrid, 157 p.

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *Revista CS*, (11), 43-71.

Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. A., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186.

Federación Mundial para la Salud Mental (1989). *Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental*. Barcelona. Tomada de:

https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf

Fracasso, L. (2000). Planificación comunitaria y participación en los procesos de decisión: Categorías de análisis y argumentos. *Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales*, 5(216), 1138-1145.

García B. (2007). ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 83-93.

Gómez O A.M (2013). Educación y Salud: Dos campos de intervención, un interés común. *Revista Colombiana de Educación*, N°65. Segundo semestre de 2013, Bogotá, Colombia.

Gómez A. (2014). Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Revista Monitor Estratégico*, 5, 4-11.

Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el neoliberalismo*. Plaza y Valdés S.A. de C.V. México D.F.

Henao S, Quintero S, Echeverri J, y otros (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev. Facultad Nacional Salud Pública*; 34(2): 184-192. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07

<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19806/18470>

Herazo E. (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Rev. Facultad Nacional Salud Pública*; 32 (supl 1): S21-S27.

Irigoyen, J. (1994). *Nuevas perspectivas en APS, revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata*. Madrid: Ediciones Días de Santos.

Madariaga, C. (2008). *La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales*. Tomado de:

<https://studylib.es/doc/4947822/la-crisis-del-modelo-biom%C3%A9dico-y-los-desaf%C3%ADos-actuales>

Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. ISSN: 1657-6276. Disponible

en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=646/64602005>

Martínez, V. (2013). *Paradigmas de investigación Manual multimedia para el desarrollo de trabajos de investigación. Una visión desde la epistemología dialéctico-crítica*. Tomado de :

https://pics.unison.mx/wp-content/uploads/2013/10/7_Paradigmas_de_investigacion_2013.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (1993). *Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Colombia.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social (1998). *Resolución 2358 de 1998. Política Nacional de Salud Mental*. Colombia. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2006). *Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones*. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3518-de-2006.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención

Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de

las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. Convenio 145-2012, suscrito entre Universidad del Valle, a través del CEDETES y el Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia. Disponible en:

[Análisis%20y%20Propuesta%20para%20AP,articulado%20al%20SGSS%20Colombiano.pdf](#)

Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Resolución 1841 de 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Resolución 5521 de 2013 (27 de diciembre de 2013). Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)*. Disponible

en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Estrategia de Gestión del riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos de salud mental. Propuesta conceptual, metodológica y operativa*.

Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-gestion-riesgo-asociado.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015a). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Colciencias y Universidad Javeriana. Colombia. Disponible en:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). *Documento borrador Lineamientos Operativos para la Gestión de la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia*.

Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015c). *Resolución 1536 de 2015, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de Planeación Integral en Salud*. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015d). *Resolución 518 de 2015: por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC*. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015e). *Observatorio de Talento Humano en Salud*. Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). *Resolución 0429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud-PAIS*. Colombia. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). *Resolución 3202 de 2016. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). *Documento borrador Directrices de obligatorio cumplimiento para la operación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud*.

Colombia. Disponible en:

http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sreproductiva/2018/PROCEDIMIENTOS_RIAP_MS.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2018a). *Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud*

Mental por territorio. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018b). *Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la*

Política Nacional de Salud Mental. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2018c). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*.

Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019a). *Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los*

procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de

habilitación de los servicios y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de

servicios en salud. Colombia. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2019b). *Resolución 089 de 2019, por la cual se adopta la Política*

Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-089-de-2019.pdf>

Minho Conill, Eleonor (2007). *Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención. Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social*. Escuela Nacional de Salud Pública. Brasil.

Miranda, G.H. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, núm. 83. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1438570>

Molina G, Ramírez A, Ruiz A. (2014). *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*. Medellín: Pulso & Letra Editores, 504 p.

Muller, F. (2001). *Pobreza, participación y salud: Casos latinoamericanos*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Organización Mundial de la Salud (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional: Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York. Disponible en:
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud/[OPS](#) y [UNICEF](#), (1978). *Declaración de Alma Ata*. Kazajistán. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Otawa. Canadá. Disponible en:
<http://mbsp.webs.uvigo.es/rev01-1/Ottawa-01-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2001). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Ginebra. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). *El contexto de la Salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Disponible en:
https://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2004a). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado*. Ginebra. Disponible en:

https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004b). *Invertir en salud mental* [Internet]. Ginebra, Suiza; En:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria en salud. Más necesaria que nunca*. Disponible en:

https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2009). *Comisión sobre los Determinantes Sociales-Informe Final*.

Subsanar las desigualdades en una generación; alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Buenos Aires, Argentina; Disponible en:

https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

Organización Mundial de la Salud (2011a). *Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro-Brasil. Disponible en:

https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2011b). *Informe Regional sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe*. Disponible en:

<https://www.paho.org/per/images/stories/ftpage/2011/who-aims.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra. Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

Organización Naciones Unidas (1991). *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y El Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*. Tomado de:

[https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1 Universales/B%e1sicos/4 Derechos PPL/1145 Ppios protecci%3n enfermos mentales.pdf](https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/1%20Universales/B%e1sicos/4%20Derechos%20PPL/1145%20Ppios%20protecci%3n%20enfermos%20mentales.pdf)

Organización Naciones Unidas (1993). *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad*. Tomado de:

<https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/PersonsWithDisabilities.aspx>

Organización Panamericana de la Salud (1990), *Declaración de Caracas*. Venezuela. Disponible en:

https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Ginebra. Disponible en:

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental*. Washington, D. C. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/MARCO%20DE%20REFERENCIA%20Salud%20Mental%20final.pdf?ua=1>

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Atlas de salud mental de las Américas 2017*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en: <http://iris.paho.org>

Ortiz M. L.C., Cubides Z. J.H., Restrepo M. D.A. (2013). *Caracterización del talento humano en salud: Hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud*.

Superintendencia Nacional de Salud. Julio-Diciembre 2013. Colombia. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>

Otzen, Tamara, Manterola; Rodríguez-Núñez Carlos, y otros (2017). *La Necesidad de Aplicar el Método Científico en Investigación Clínica: Problemas, Beneficios y Factibilidad del Desarrollo de*

- Protocolos de Investigación*. International Journal of Morphology, 35(3), 1031-1036. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000300035>
- Pérez Serrano, Gloria, (2004). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Ed. La Muralla, España.
- Pulgarín D., Tabarquino Raúl. (2016). *Análisis del diseño de una red integrada de servicios de salud*.
Revista Semestre Económico, 19, No. 40, pp. 175-212 • ISSN 0120-6346, Medellín, Colombia.
- Reichardt T. D. Cook CH. S (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*.
Ediciones Morata, S. L. 1ª ed., Madrid, 1986 Colección: Pedagogía.
- Restrepo DA, Jaramillo JC (2012). *Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(2): 202-211
- Rodríguez J. (2007). *La atención de Salud Mental en América Latina y el caribe*. Rev Psiquiatr Urug, 71(2), 117-124.
- Rojas-Bernal LA, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP (2018). *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. Rev CES Med 2018; 32(2): 129-140.
- Strauss y Corbin (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Anexos

Anexo 1

Carta invitación entrevista semiestructurada

TITULO:

Abordaje integral e integrado en salud mental, una aproximación comprensiva a su proceso de implementación desde las voces de los referentes de salud mental de algunos municipios de Colombia

Fecha:

Señor(a)

Nombre Actor estratégico en salud mental

Cargo

Municipio XX

Cordial saludo,

Usted ha sido seleccionado para participar como experto del sector salud, específicamente en el tema de salud mental para la realización de una entrevista semiestructurada dentro de la investigación *“Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia”*, investigación realizada por el grupo de investigación Psicología salud y sociedad de la Universidad CES.

La investigación tiene como objetivo: Comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

De antemano, agradecemos su tiempo y colaboración ya que sus respuestas y aportes serán de gran utilidad para los fines de esta investigación.

La sesión tendrá una duración de una hora aproximadamente y con ella se espera poder identificar cada uno de los ejes sobre los que se sostendrá la entrevista, esperando que pueda ser realimentada desde su experticia en el rol de actor estratégico en salud mental.

Igualmente, la sesión será grabada, para lo cual se le solicitará, si está de acuerdo firmar un consentimiento informado, que se le entregará el día de la entrevista.

Los ejes sobre los que se centrará la sesión serán los siguientes:

Eje I: Salud mental

Eje II: Abordaje Integral en salud mental

Eje III: Abordaje Integrado en salud mental

Eje IV: Implementación

Para finalizar reiteramos nuestro agradecimiento por sus valiosos aportes, igualmente se le informa que como parte de los compromisos del proceso de investigación en cuanto estén los resultados finales, se le compartirá un resumen de los mismos.

Cordialmente,

Beatriz Guerrero Zuluaga

Investigadora principal

Correo: bguerrero4@yahoo.es

Celular: 3168254697

Anexo 2
Guía entrevista semiestructurada

TITULO:

Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia

Población entrevistada: actores estratégicos en salud mental

Fecha:

Lugar:

Hora:

Municipio:

Institución:

Tipo de entrevista: Semiestructurada

Tema: Percepciones frente a la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en algunos contextos del departamento de Antioquia.

Alcance: Exploratorio, descriptivo.

Introducción

1. Se inicia explicando el objetivo de la entrevista

Objetivo de la entrevista: Comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

2. Se continúa leyendo el consentimiento informado, donde se precisarán aspectos como la duración de la entrevista, el manejo que se le dará a la información, la confidencialidad, permiso para realizar grabación y otros aspectos que generen garantías al entrevistado para brindar la información solicitada.

Categorías de estudio (orientación para el plan de análisis):

Categoría	Aspectos a indagar
Salud mental	Conceptos teóricos, enfoques predominantes y manejo de lineamientos normativos y políticos
Abordaje integral	Modelos de abordaje predominantes (gestión del riesgo, promoción, otro) Funcionamiento

Abordaje integrado	Reconocimiento de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para un abordaje integrado en salud mental.
Implementación	Avances, Oportunidades, Tensiones, Barreras, Retos, respecto a: ✓ Aspectos administrativos: disponibilidad de recursos (económicos, humanos, otros), ✓ Aspectos metodológicos: diversidad de estrategias, ✓ Aspectos normativos, políticos: voluntades, apoyo, decisiones ✓ Aspectos técnicos: desarrollos y claridades frente al tema

Preguntas orientadoras
<ol style="list-style-type: none"> 1) Para iniciar cuénteme ¿cómo ha sido su experiencia como referente en salud mental, cuánto tiempo lleva en el cargo y qué funciones le ha correspondido desarrollar? 2) Los desarrollos normativos nos plantean nuevas formas de abordar la salud mental, ¿Cuál ha sido la experiencia específica en la implementación del abordaje integral e integrado en salud mental en su municipio? 3) ¿Qué cree que ha funcionado de manera adecuada en la implementación de dicho abordaje en su municipio? ¿Qué factores cree que han contribuido a que haya sido así? 4) ¿Qué cree que no ha funcionado de manera adecuada en la implementación de dicho abordaje en su municipio? ¿Qué factores cree que han contribuido a que haya sido así?

Preguntas orientadoras para entrevista semiestructurada
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde su institución cómo se está desarrollando el tema de salud mental? • ¿De acuerdo con lo que plantea la norma para la atención en salud mental, ¿Qué tan factible ve su implementación? • ¿En qué aspectos han avanzado? • ¿En cuáles encuentran dificultades? • En cuanto a las metodologías utilizadas en su municipio para la atención en salud mental ¿Considera que favorecen un abordaje integral e integrado de este tema?, ¿Podría explicarme las razones por las cuales usted lo cree? • En términos de recursos, ¿Cuáles son esos recursos con los cuales se cuenta en el municipio para la implementación en salud mental? ¿Cuáles cree que harían falta? ¿Considera que esos recursos son pertinentes y suficientes para la implementación del Abordaje Integral e Integrado en SM? • ¿Qué organizaciones o entidades del sector público y/o privado del municipio participan en el abordaje integrado? • ¿Hay algún tipo de articulación con actores intersectoriales para este abordaje? ¿Podría describir algunos ejemplos? • ¿Cuál ha sido el papel del sector salud para el abordaje integral?, ¿Qué profesionales participan en la implementación de este abordaje? • ¿Hay articulación con actores comunitarios para este abordaje? ¿cuál ha sido su rol? • ¿Si piensa en asuntos del orden político, económico, de recursos etc, ¿Cuáles identifica como aspectos más fuertes y más débiles en su municipio para la atención en salud mental? • ¿Cuáles serían los principales retos que enfrenta su municipio para la atención en salud mental?

Anexo 3
Consentimiento informado entrevista semiestructurada

TITULO:

Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia

Grupo de investigación: Psicología salud y sociedad, de la Universidad CES.

Explicación de la investigación: Los avances y desarrollos normativos en salud mental, plantean nuevos retos para quienes tienen la tarea de implementarlos desde los distintos roles, necesidades y realidades municipales. Es por lo anterior que la investigación *“Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia”*, pretende a través de un acercamiento a diversos actores claves en la implementación del tema de salud mental del departamento de Antioquia contribuir a identificar aspectos favorables y críticos para la adecuación de dichas pretensiones en las realidades territoriales aportando a la generación de conocimiento contextualizado.

Propósito del estudio: la investigación busca comprender desde la experiencia de actores estratégicos en salud mental, los aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental en el territorio antioqueño.

Procedimientos: Se realizarán entrevistas semiestructuradas a 4 actores estratégicos seleccionados según campos de actuación (profesionales de Secretarías municipales y departamental de salud encargados del tema de salud mental, profesionales encargados en EPS, IPS, auditores y otros actores claves que por su rol, conozcan de los procesos de implementación del tema de salud mental en el departamento, utilizando la técnica de la entrevista semiestructurada, la cual implica una relación cara a cara, donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco, en la cual el entrevistado asume la identidad de un miembro de su grupo social. En esta interrelación, se reconstruye la realidad de un grupo y los entrevistados son fuentes de información general, proporcionando datos acerca de los procesos sociales. Para este caso, usted como actor clave en salud mental en el departamento, se constituye en el entrevistado, para brindarnos información valiosa desde su experiencia personal, y profesional iluminando los ejes temáticos sobre los que se sostiene la propuesta de investigación.

La entrevista se ha organizado alrededor de una serie de categorías de entrada, las cuales brindan un marco general en temas como abordaje integral e integrado en salud mental y su proceso de implementación.

Esta entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora, con esta técnica se espera poder identificar cada uno de los ejes sobre los que se sostienen la investigación, esperando que pueda ser realimentada desde su experticia en el rol que ocupa para la implementación de temas de salud mental.

Para efectos de la sistematización de la información, la sesión será grabada, no sin antes aclarar que si en algún momento considera que no sea pertinente que se grabe alguna respuesta, se tendrá presente su decisión y se suspenderá la grabación.

Esta información será organizada y analizada posteriormente de acuerdo con la estrategia metodológica de investigación cualitativa denominada teoría fundamentada, velando por proteger todos los datos que puedan dar pie a la identificación de cualquiera de las personas o situaciones que allí se mencionen.

Riesgos e incomodidades: Esta investigación representa un riesgo mínimo para los participantes, ya que su participación se centra en el discurso que como experto ha logrado construir sin hacer referencia a historias personales. Este riesgo estaría relacionado con la fatiga que pueda generarse por la duración de la actividad.

Beneficios: La información que se logró recopilar por este medio, aportará información completa sobre oportunidades, tensiones, barreras y retos para la implementación de los lineamientos normativos y políticos para un abordaje integral e integrado en salud mental desde los contextos territoriales donde los referentes desarrollan su rol y eso va a servir para aportar en la identificación de aspectos críticos, sobre los cuales deberán realizarse análisis que permitan ejercicios de adaptación y adecuación en los distintos contextos para su implementación, haciendo posible una implementación real y a gran escala de las políticas y lineamientos diseñados para asegurar un abordaje mucho más holístico que garantice una mayor cobertura de las necesidades de salud mental en los territorios.

Confidencialidad: La investigación garantizará su anonimato resaltando la importancia y valor de cada individuo, además del respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se compromete a no informar en sus publicaciones, el nombre del participante, ni otra información que permitiera su identificación.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y el participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento, de modo que se garantice la voluntariedad y la autonomía.

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Los investigadores se comprometen a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que sea expuesta por los participantes. Para esto usted podrá comunicarse con la investigadora principal:

Beatriz Guerrero Zuluaga

Investigadora principal

Correo: bguerrero4@yahoo.es

Celular: 3168254697

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, por favor firme en la parte inferior con su número de cedula.

FIRMA
NOMBRE: _____
C.C.

FIRMA
Nombre testigo 1: _____
Cédula: _____

FIRMA
Nombre testigo 2: _____
Cédula: _____

FIRMA INVESTIGADOR
Cédula: _____

Anexo 4
Carta invitación grupo focal

TITULO

Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia

Fecha:

Señor(a)

Nombre Actor estratégico en salud mental

Cargo

Municipio XX

Cordial saludo,

Usted ha sido seleccionado para participar como experto del sector salud, específicamente en el tema de salud mental para la realización de una entrevista semiestructurada dentro de la investigación *“Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia”*, investigación realizada por el grupo de investigación Psicología salud y sociedad de la Universidad CES.

La investigación tiene como objetivo:

Comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

De antemano, agradecemos su tiempo y colaboración ya que sus respuestas y aportes serán de gran utilidad para los fines de esta investigación.

La sesión tendrá una duración de dos horas aproximadamente y con ella se espera poder identificar cada uno de los ejes sobre los que se sostendrá la entrevista, esperando que pueda ser realimentada desde su experticia en el rol de actor estratégico en salud mental.

Igualmente, la sesión será grabada, para lo cual se le solicitará, si está de acuerdo firmar un consentimiento informado, que se le entregará el día de la entrevista.

Los ejes sobre los que se centrará la sesión serán los siguientes:

Eje I: Salud mental

Eje II: Abordaje Integral en salud mental

Eje III: Abordaje Integrado en salud mental

Eje IV: Implementación

Para finalizar reiteramos nuestro agradecimiento por sus valiosos aportes, igualmente se le informa que como parte de los compromisos del proceso de investigación en cuanto estén los resultados finales, se le compartirá un resumen de los mismos.

Cordialmente,

Beatriz Guerrero Zuluaga

Investigadora principal

Correo: bguerrero4@yahoo.es

Celular: 3168254697

Anexo 5
Guía grupo focal

TITULO:

Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia

Población entrevistada: actores estratégicos en salud mental

Fecha:

Lugar:

Hora:

Municipio:

Institución:

Tipo de entrevista: grupal

Tema: Percepciones frente a la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en algunos contextos del departamento de Antioquia.

Alcance: Exploratorio, descriptivo.

Introducción

3. Se inicia explicando el objetivo de la entrevista grupal

Objetivo de la entrevista: Comprender desde la experiencia de referentes estratégicos en salud mental, aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de la atención integral e integrada en salud mental en el departamento de Antioquia.

4. Se continúa leyendo el consentimiento informado, donde se precisarán aspectos como la duración del grupo focal, el manejo que se le dará a la información, la confidencialidad, permiso para realizar grabación y otros aspectos que generen garantías a los entrevistados para brindar la información solicitada.

Categorías de estudio (orientación para el plan de análisis):

Categoría	Aspectos a indagar
Salud mental	Conceptos teóricos, enfoques predominantes y manejo de lineamientos normativos y políticos
Abordaje integral	Modelos de abordaje predominantes (gestión del riesgo, promoción, otro) Funcionamiento

Abordaje integrado	Reconocimiento de actores sectoriales, transectoriales y comunitarios para un abordaje integrado en salud mental.
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspectos administrativos: disponibilidad de recursos económicos, humanos, otros, ✓ Aspectos metodológicos: diversidad de estrategias, ✓ Aspectos normativos, políticos: voluntades, apoyo, decisiones ✓ Aspectos técnicos: desarrollos y claridades frente al tema

Preguntas orientadoras

- 5) Para iniciar cuénteme ¿cómo ha sido su experiencia como referente en salud mental, cuánto tiempo lleva en el cargo y qué funciones le ha correspondido desarrollar?
- 6) Los desarrollos normativos nos plantean nuevas formas de abordar la salud mental, ¿Cuál ha sido la experiencia específica en la implementación del abordaje integral e integrado en salud mental en el departamento?
- 7) ¿Qué cree que ha funcionado de manera adecuada en la implementación de dicho abordaje en el departamento? ¿Qué factores cree que han contribuido a que haya sido así?
- 8) ¿Qué cree que no ha funcionado de manera adecuada en la implementación de dicho abordaje en el departamento? ¿Qué factores cree que han contribuido a que haya sido así?

Preguntas orientadoras para entrevista semiestructurada

- ¿Desde su institución cómo se está desarrollando el tema de salud mental?
- ¿De acuerdo con lo que plantea la norma para la atención en salud mental, ¿Qué tan factible ve su implementación?
- ¿En qué aspectos han avanzado?
- ¿En cuáles encuentran dificultades?
- En cuanto a las metodologías utilizadas en el departamento para la atención en salud mental ¿Considera que favorecen un abordaje integral e integrado de este tema?, ¿Podría explicarme las razones por las cuales usted lo cree?
- En términos de recursos, ¿Cuáles son esos recursos con los cuales se cuenta en el departamento para la implementación en salud mental? ¿Cuáles cree que harían falta? ¿Considera que esos recursos son pertinentes y suficientes para la implementación del Abordaje Integral e Integrado en SM?
- ¿Qué organizaciones o entidades del sector público y/o privado han avanzado más en la articulación?
- ¿Hay algún tipo de articulación con actores intersectoriales para este abordaje? ¿Podría describir algunos ejemplos?
- ¿Cuál ha sido el papel del sector salud para el abordaje integral?, ¿Qué profesionales participan en la implementación de este abordaje?
- ¿Hay articulación con actores comunitarios para este abordaje? ¿cuál ha sido su rol?
- ¿Si piensa en asuntos del orden político, económico, de recursos etc, ¿Cuáles identifica como aspectos más fuertes y más débiles en el departamento para la atención en salud mental?
- ¿Cuáles serían los principales retos que enfrenta su municipio para la atención en salud mental?

Anexo 6
Consentimiento informado grupo focal

TITULO:

Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia

Grupo de investigación: Psicología salud y sociedad, de la Universidad CES.

Explicación de la investigación: Los avances y desarrollos normativos en salud mental, plantean nuevos retos para quienes tienen la tarea de implementarlos desde los distintos roles, necesidades y realidades municipales. Es por lo anterior que la investigación *“Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia”*, pretende a través de un acercamiento a diversos actores claves en la implementación del tema de salud mental del departamento de Antioquia contribuir a identificar aspectos favorables y críticos para la adecuación de dichas pretensiones en las realidades territoriales aportando a la generación de conocimiento contextualizado.

Propósito del estudio: la investigación busca comprender desde la experiencia de actores estratégicos en salud mental, los aspectos favorables y críticos que surgen en la implementación de las políticas y lineamientos que orientan la atención integral e integrada en salud mental en el territorio antioqueño.

Procedimientos: la técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y semiestructurada, en donde se procura que un grupo de individuos, en este caso, los referentes de salud mental seleccionados, discutan y aborden, desde su experiencia personal, los ejes temáticos sobre los que se sostiene la propuesta de investigación.

En el grupo focal participaran alrededor de 5 personas y tendrá una duración de dos horas, con esta técnica se espera poder identificar cada uno de los ejes sobre los que se sostendrá la reunión grupal, esperando que pueda ser realimentada desde su experticia en el rol de actores estratégicos en salud mental.

Para efectos de la sistematización de la información, la sesión será grabada, no sin antes aclarar que si en algún momento consideran que no sea pertinente que se grabe alguna respuesta, se tendrá presente el deseo de cualquiera de los participantes y se suspenderá la grabación.

Esta información será organizada y analizada posteriormente de acuerdo a la estrategia metodológica de investigación cualitativa teoría fundamentada, velando por proteger todos los datos que puedan dar pie a la identificación de cualquiera de las personas o situaciones que allí se mencionen.

Riesgos e incomodidades: Esta investigación representa un riesgo mínimo para los participantes, ya que su participación se centra en el discurso que como experto ha logrado construir sin hacer referencia a historias personales. Este riesgo estaría relacionado con la fatiga que pueda generarse por la duración de la actividad.

Beneficios: La información que se logró recopilar por medio de este grupo, aportará información completa sobre oportunidades, tensiones, barreras y retos para la implementación de los lineamientos normativos y políticos para un abordaje integral e integrado en salud mental desde los contextos territoriales donde los referentes desarrollan su rol.

Confidencialidad: La investigación garantizará su anonimato resaltando la importancia y valor de cada individuo, además del respeto por el derecho a la privacidad. El investigador se compromete a no informar en sus publicaciones, el nombre del participante, ni otra información que permitiera su identificación.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y el participante podrá retirarse del estudio en cualquier momento, de modo que se garantice la voluntariedad y la autonomía.

Los fines de la presente investigación son eminentemente académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo, la colaboración de los participantes es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

Los investigadores se comprometen a clarificar oportunamente cualquier duda sobre la investigación que sea expuesta por los participantes. Para esto usted podrá comunicarse con la investigadora principal:

Beatriz Guerrero Zuluaga

Investigadora principal

Correo: bguerrero4@yahoo.es

Celular: 3168254697

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, por favor firme en la parte inferior con su número de cedula.

FIRMA

NOMBRE: _____

C.C.

FIRMA

Nombre testigo 1: _____

Cédula: _____

FIRMA

Nombre testigo 2: _____

Cédula: _____

FIRMA INVESTIGADOR

Cédula: _____