



Avances en Psicología Latinoamericana

ISSN: 1794-4724

ISSN: 2145-4515

tatiana.moralesp@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Muñoz, Luís Fernando; Muñoz, Claudia Ximena; Uribe Restrepo, José Miguel
La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando
Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 38, núm. 3, 2020, Septiembre-, pp. 1-19
Universidad del Rosario
Bogotá, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79964947012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando

Psychosocial Rehabilitation in Colombia: The Utopia that Invites Us to Keep Walking

A reabilitação psicossocial na Colômbia: a utopia que nos convida a continuar caminando

Luís Fernando Muñoz

Recuperarte IPS

Claudia Ximena Muñoz*

Fundación Valle del Lili

José Miguel Uribe Restrepo**

Pontificia Universidad Javeriana

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>

Resumen

El proceso de reforma psiquiátrica en Colombia aún no se ha llevado a cabo. La falta de centros de atención comunitarios, la fragmentación en la atención y la persistencia de grandes hospitales psiquiátricos alejados del resto de la medicina continúan siendo la realidad de la atención. Existen múltiples leyes y resoluciones en el ámbito de la salud mental en el país, pero el problema radica en la poca implementación. Desde el año 2013, el país cuenta con una ley de salud mental que abre una luz de esperanza para mejorar los procesos de atención de los pacientes. Asimismo, en noviembre

de 2018 fue actualizada la Política Nacional de Salud Mental, después de 20 años de espera. El nuevo panorama de las políticas centradas en el concepto de salud mental y ya no en el de reforma psiquiátrica ofrece una oportunidad, a la vez que surgen nuevos desafíos para la rehabilitación psicosocial. En este artículo haremos un recorrido por la historia de la rehabilitación psicosocial en Colombia, un análisis sobre su legislación en salud mental y presentaremos las propuestas que se desprenden de nuestra experiencia en el campo.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial; Colombia; salud mental.

Luís Fernando Muñoz ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3150-4768>

José Miguel Uribe Restrepo ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4284-7886>

Dirigir correspondencia a Luís Fernando Muñoz. Avenida 30 de agosto #46-107, Pereira, Colombia. Correo electrónico: directormedico@recuperarteips.com.co

Para citar este artículo: Muñoz, L. F., Muñoz, C. X., & Uribe Restrepo, J. M. La rehabilitación psicosocial en Colombia: la utopía que nos invita a seguir caminando. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(3), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8547>

Abstract

The process of psychiatric reform in Colombia has not started. The lack of community care centers, the fragmentation of care, and the persistence of psychiatric hospitals away from the rest of the medicine healthcare continue to be the reality. There are many laws and resolutions in the field of mental health in the country; however, the problem lies in their low implementation. Since 2013, Colombia has a mental health law that opens a light of hope to improve the care processes of patients. Likewise, in November 2018, the National Mental Health Policy was updated after 20 years of waiting. The overview of policies centered on the concept of mental health presents both an opportunity and new challenges for psychosocial rehabilitation. This review presents part of the history of psychosocial rehabilitation in Colombia and an analysis of the mental health legislation. Finally, it will show the proposals that arise from the authors' experience in the field of community mental health.

Keywords: Psychosocial rehabilitation; Colombia; mental health.

Resumo

O processo de reforma psiquiátrica na Colômbia ainda que não se tem levado a cabo. A falta de centros de atenção comunitários, a fragmentação na atenção e a persistência de grandes hospitais psiquiátricos afastados do resto da medicina continuam sendo a realidade da atenção. Existem múltiplas leis e resoluções no âmbito da saúde mental em nosso país, no entanto, o problema radica em uma baixa implementação. Desde o ano 2013º país conta com uma lei de saúde mental que abre uma luz de esperança para melhorar os processos de atenção de nossos pacientes. Além disso, em novembro de 2018 foi atualizada a Política Nacional de Saúde Mental depois de 20 anos de espera. O novo panorama das políticas centradas no conceito de saúde mental, e já não no de reforma psiquiátrica, oferece ao mesmo tempo uma oportunidade e novos desafios para uma reabilitação psicossocial. Neste artigo faremos um recorrido por parte da história da reabilitação psicossocial na Colômbia, uma análise sobre sua legislação em

saúde mental e que propostas se desprendem a partir de nossa experiência no campo.

Palavras-chave: reabilitação psicossocial; Colômbia; saúde mental.

Colombia es un país que abarca una superficie de 1 141 748 km², que administrativa y políticamente tiene 33 divisiones: 32 departamentos, los cuales son gobernados desde sus respectivas capitales y un distrito capital: Bogotá. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2015b), la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental de los examinados en población adulta es de 9.1 %. Esta encuesta permitió visibilizar los problemas mentales en Colombia, entendidos como aquellos síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero que producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros que, por ende, requieren de un apoyo psicosocial y clínico.

Ha sido un trabajo de muchos años y mucho esfuerzo lograr visibilizar en el país la importancia de la salud mental, el grave deterioro funcional, económico y social al que se ven expuestas las personas con enfermedad mental, así como sus familiares, y la importancia de articular un trabajo multidisciplinario dentro de la comunidad, que incluya procesos de rehabilitación. Es importante hacer mención y resaltar los trabajos desarrollados por diversas instituciones y personajes en el área de la salud mental comunitaria y la rehabilitación psicosocial, así como reconocer las necesidades a nivel nacional ligadas a las situaciones de violencia. Por rehabilitación psicosocial, emplearemos la definición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003):

Conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comuni-

dad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse. La rehabilitación psicosocial no es un centro ni una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas de una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar una mayor calidad de vida en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (p. 18).

En América Latina, los procesos de reforma psiquiátrica se iniciaron en la década de los años 90 del siglo xx, a raíz de la Declaración de Caracas (Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 1990), la cual proclamó la necesidad de promover medios terapéuticos y un sistema que garantizara el respeto por los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales. Lastimosamente, mientras algunos países de la región empezaron este proceso de establecer modalidades de atención alternativas en la propia comunidad, nuestro país continuó anclado en el viejo modelo hospitalocéntrico, en el cual la psiquiatría tiene poca interacción con las demás especialidades médicas, la atención es fragmentada y sin integración entre lo ambulatorio y lo hospitalario, con un débil componente comunitario que recibe poca inversión estatal. Este artículo pretende hacer una revisión de las experiencias de programas de rehabilitación psicosocial en Colombia conocidas por los autores del texto (algunas publicadas en la literatura), resaltando la legislación existente en este campo para proponer una serie de intervenciones que puedan mejorar el sombrío panorama actual.

Historia de los programas de rehabilitación psicosocial en Colombia

En Colombia las experiencias que se tienen en rehabilitación psicosocial y en general en salud

mental comunitaria han sido poco publicadas hasta el momento. De ahí la necesidad de mencionar algunas de ellas, pues su escasa bibliografía también influye en la poca visibilidad que se tiene en el país sobre el tema y su importancia.

Dentro de las primeras experiencias de rehabilitación psicosocial en Colombia se encuentra la Fundación Granja Taller de Asistencia (Fungrata) en Bogotá, creada por el doctor Alberto Fergusson, que en 1987 proporcionaba una alternativa a los hospitales psiquiátricos para colombianos indigentes con esquizofrenia. El modelo de trabajo que proponía era de acercarse a los potenciales usuarios, lo que en ocasiones tomaba mucho tiempo, se les evaluaba y alentaba a ingresar a este establecimiento que les facilitaba terapia, capacitación laboral, empleo y recreación para favorecer el máximo nivel de autonomía posible. Sin embargo, el déficit económico siempre fue un factor importante de reevaluación de los métodos de Fungrata. Para el 2002 dentro de estos procesos, Fergusson y sus colegas empezaron a cuestionar el programa pues percibían a los usuarios como demasiado dependientes, lo que sumado a las dificultades que ya presentaban de tipo económico los llevó al cierre del programa, liquidar sus activos e invertir los fondos en una nueva organización: el Instituto de Autorehabilitación Acompañada (IAA). Siguiendo el modelo psicoanalítico, Fergusson propuso entonces un modelo original de autorehabilitación acompañada, en el cual el paciente asume una participación activa y es agente de su propio proceso terapéutico, caracterizado por un mejor conocimiento de su historia personal y de opciones flexibles de vida (Fergusson, 2012; Rodríguez-Frías, 2010).

De otro lado, el departamento del Valle del Cauca, segundo departamento más poblado de Colombia, ha contado con varios actores que en los últimos 50 años han tratado de romper el modelo asilar como paradigma del tratamiento para la enfermedad mental, buscando ir hacia un modelo de salud mental comunitario y rehabilitación basado

en la comunidad. Dentro de ellos, se encuentra el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, que diseñó el Proyecto Piloto de Psiquiatría Social que se desarrolló entre 1967 y 1974. Este programa tenía como objetivos el entrenamiento y práctica de médicos residentes de psiquiatría; estudiantes de medicina y enfermería; auxiliares de enfermería en salud pública, y trabajadores sociales en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad (Arboleda Trujillo, 2013).

En 1985, el Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle también participó del programa *Kellogg International Fellowship Program in Health*, cuyo propósito era la formación de estudiantes de pregrado de medicina en centros de atención primaria y la prestación de servicios de psiquiatría en el nivel primario de atención —consulta ambulatoria, actividades de promoción y prevención— (Arboleda Trujillo, 2013). Se eligió trabajar en el Centro de Salud de Siloé, lugar donde hasta la fecha continúa. Este centro tiene como área de influencia la ladera occidental de la ciudad de Cali, donde habita el 3.2 % del total de la ciudad, la mayoría con vulnerabilidades sociales y económicas. Por cerca de dos décadas, el alcance del programa estuvo limitado por los recursos económicos, principalmente a raíz de los cambios normativos en el sistema general de salud, que se produjeron con la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993.

A pesar de estas dificultades, ya para la primera década del siglo XXI el programa ha podido continuar y consolidarse como uno de los espacios para el mantenimiento de la salud mental más importante de su área de influencia. Adicionalmente, el grupo de terapia ocupacional de la Universidad del Valle, en colaboración con el programa, ha liderado un proyecto de rehabilitación basada en la comunidad para pacientes con trastorno mental crónico que los propios pacientes han denominado “mentalmente sanos”.

En el Valle del Cauca también es de resaltar el trabajo que desde hace más de dos décadas se viene

realizando en el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle (HDPUV), empresa social del Estado, ubicado en la ciudad de Cali. Con la formación del área de Intervención Social y Comunitaria, se buscó el fortalecimiento de la atención integral en salud mental, a través de la planeación e implementación de actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Esta área de intervención social ofrece los siguientes programas:

- Hospital Día: cuenta con un equipo interdisciplinario (psiquiatría, enfermería, psicología, medicina general, terapia ocupacional, fisioterapia) con un enfoque de recuperación del usuario. Sin embargo, dadas las dificultades de nuestro sistema de salud, es un programa al que usualmente los pacientes pueden acceder por un máximo de 90 días y en casos muy excepcionales este periodo puede prolongarse.
- Seguimiento Comunitario a Personas con Trastorno Mental: en octubre del 2003 se creó el primer programa de atención domiciliaria psiquiátrica en Colombia en el HDPUV, el cual buscaba reducir los reingresos hospitalarios de los pacientes, así como mejorar la satisfacción de las familias con los cuidados y la adherencia de los pacientes a los seguimientos. Liderado hasta diciembre del 2015 por un profesional de enfermería, quien se encargaba de brindar educación y seguimiento al paciente dentro de su hogar, lograron una disminución promedio en las hospitalizaciones de los pacientes intervenidos en un 89.5 %. Para el año 2012, tanto las entidades prestadoras de salud (EPS) como la Secretaría de Salud Municipal suspendieron los pagos de este programa, el HDPUV asumió entonces los gastos, lo cual permitió continuar su funcionamiento hasta el 2015. A partir de ese momento fue necesario reestructurar el programa de tal manera que las EPS quisieran asumir su costo. En el 2016, nació el programa de Seguimiento Comunitario a Personas con Trastorno Mental, el cual buscaba proporcionar

apoyo interdisciplinario al paciente y su grupo familiar en su domicilio, con estrategias que ayudasen a mantener al paciente en un contexto comunitario normalizado. El equipo de trabajo que visitaba mensualmente al paciente estaba conformado por profesionales en psiquiatría, enfermería y gestión social; adicionalmente, se le brindaba al paciente y su familia seguimiento telefónico, actividades educativas grupales cada semana dentro del HDPUV, enfocadas a las necesidades del grupo de pacientes que asistían y podían incluir actividad física dirigida por un/ una fisioterapeuta; promoción y prevención por enfermería y gestión social; educación sobre la enfermedad mental y su tratamiento: entrenamiento metacognitivo, y cuidados del cuidador por psiquiatra o residente de psiquiatría.

- Acciones colectivas: a partir del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que prioriza la convivencia social y la salud mental, entre otras cosas, y da las pautas de lo que debe ser el trabajo en salud mental a nivel colectivo en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2012), y la Resolución 0518 del 2015, que establece las directrices para la “ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a), el ente territorial del Valle del Cauca contrató con el HDPUV el desarrollo del PIC en la región. Dentro de las intervenciones del PIC se está desarrollando la estrategia Casos Clínicos Emblemáticos en Salud Mental, donde un grupo de expertos de diferentes disciplinas, discuten los casos de mayor gravedad que están a su vez generando un impacto psicosocial. Además, desde hace 2 años, se hace un trabajo por medio de capacitaciones para construcción de nodo de cuidadores de personas con trastorno mental grave (TMG) en cada municipio del ente territorial del Valle del Cauca, con el objetivo de que estas generen empoderamiento, aso-

ciaciones y una actividad autogestionada por parte de este grupo de cuidadores.

- Asesoría: se brinda asesoría a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali en diferentes proyectos de salud mental, uno de ellos es el de manejo de paciente habitante de calle.

En los últimos años, han aparecido nuevos actores en el ámbito comunitario y de rehabilitación psicosocial. Uno de ellos es la Universidad Libre, que en 2015 inició la formación de residentes de psiquiatría con enfoque comunitario, quienes en cada uno de sus 3 años de formación realizan parte de sus prácticas en un centro de atención primaria (Centro de Salud Santiago Rengifo) de la ciudad de Cali, donde el residente de psiquiatría que se encuentra acompañado por su docente, hace actividades de atención psiquiátrica ambulatoria programada, psicoterapia individual, actividades educativas grupales para la comunidad y, en algunos casos, visitas domiciliarias.

Desde el año 2018 funciona en la ciudad de Pereira (Risaralda) Recuperarte IPS, una entidad privada de servicios de salud mental de base comunitaria que cuenta con un programa de rehabilitación psicosocial único en la región del Eje Cafetero. Para ingresar al programa, los usuarios candidatos son sometidos a un proceso de evaluación funcional a cargo de un equipo interdisciplinario (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, neuropsicología y trabajo social), donde se establece un plan individualizado de rehabilitación (PIR) con objetivos terapéuticos por áreas que se socializan con los usuarios y se cristalizan a través de la asistencia a diferentes grupos terapéuticos: psicoeducación, afrontamiento y manejo del estrés, habilidades sociales, entrenamiento cognitivo, actividades de la vida diaria y programa de familias. De manera trimestral, se hacen evaluaciones de los objetivos de tratamiento de cada usuario, en las que se determina su cumplimiento total o parcial. Hasta el momento, las evaluaciones de los usuarios y las familias asistentes han sido muy positivas: han

disminuido algunos indicadores de calidad como tasas de hospitalización, días de incapacidad y uso excesivo de psicofármacos.

En este punto debemos mencionar que las experiencias comentadas en esta sección son aquellas que los autores del texto conocemos (algunas se han publicado en la literatura), es posible que existan otras, que al no haber tenido la suficiente difusión, escapan del alcance de este texto, lo cual refuerza la necesidad de ampliar el número de publicaciones sobre experiencias de rehabilitación psicosocial en Colombia.

Legislación sobre salud mental en Colombia y su impacto comunitario

Las políticas públicas en salud mental constituyen un instrumento que permite mejorar la calidad de vida, produciendo bienestar y promoviendo el desarrollo humano (Taborda, 2012). En Colombia, después de la década del 60 y con el advenimiento de los movimientos sociales en el mundo, empezaron a aparecer distintas leyes y políticas en el campo de la salud mental. La primera norma que incluye la salud mental en la legislación colombiana es el Decreto 3224 de 1963, a través del cual se creó la Sección de Salud Mental de la división de atención médica en el Ministerio de Salud con la posterior creación, en 1965, del Consejo Nacional de Salud Mental. Ya en 1967, mediante la Resolución 679, se estableció la política oficial de crear unidades de salud mental en hospitales generales (Centeno & Novella, 2012). Sin embargo, en Colombia siempre ha existido un déficit de camas para psiquiatría, que ha hecho que este modelo de hospitales generales con unidades de salud mental no haya prosperado; además, el estigma y los motivos económicos llevan a los administradores y gerentes a alegar que una unidad de salud mental en un hospital general no es rentable (Arboleda Trujillo, 2016).

En la década de los setenta, se dispuso la organización del modelo de atención en salud de manera piramidal, que contaba en la base con un módulo anual de cobertura, que permitió la apertura de programas piloto de atención comunitaria, articulados con niveles de mayor complejidad. Con ello aparecieron iniciativas como la creación de unidades en hospitales generales y consultas externas; centros comunitarios; servicios de fármaco-dependencia; servicios de atención infantil; hospitalización parcial, y granjas talleres para estancias prolongadas (Centeno & Novella, 2012).

Transcurrieron los años y en la década de los noventa, posterior a la declaración de Caracas, se introdujeron dos nuevas leyes que generaron cambios tanto en los niveles de complejidad, como en el modelo de atención en salud. Estas fueron la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993. Es importante mencionar que si bien ninguna de las dos leyes menciona explícitamente la salud mental en su contenido, ambas tuvieron consecuencias negativas en la atención comunitaria, ya que generaron fragmentación de las acciones clínico-comunitarias, mientras fortalecieron el manejo intrahospitalario y asilar de las patologías mentales, perpetuando la poca o nula participación de la comunidad en las actividades de salud mental y con una ínfima utilización de los recursos comunitarios como técnicas de tratamiento adicionales a la farmacoterapia tradicional.

En 1998, salió a la luz la Política Nacional de Salud Mental (vigente hasta el año 2018), cuyos objetivos fueron promover la salud mental y prevenir la aparición de la enfermedad mental; controlar las enfermedades mentales; fomentar la cultura de la salud mental, y mejorar el acceso, la cobertura y la calidad de la atención en salud mental en todas sus fases (Ministerio de Salud, 1998). Sin embargo, en una revisión del estado del arte de las políticas de salud mental en América Latina, Henao et al. (2016) encontraron que en el diseño de la política pública en salud mental, Colombia, al igual que otros países de la región, no tomó en su totalidad

las categorías de contenido para orientar las acciones de acuerdo con los lineamientos de la OPS y la OMS. Desafortunadamente, en Colombia, al igual que en otros países del mundo, los avances en la formulación de políticas no lograron los mejores resultados, debido a la fragilidad en su implementación, la falta de evaluación, la fragmentación y la dificultad para la articulación intersectorial. Esta norma no se acompañó de un Plan Nacional de Salud Mental que permitiera volverla operativa (Arboleda Trujillo, 2016).

Para el 2013, por primera vez en Colombia se aprobó una ley específica que estableció una red integral de prestación de servicios en salud mental, que incluye estrategias dentro del marco de atención primaria en salud (APS) y rehabilitación —la Ley 1616—. Los servicios propuestos en dicha red son la atención ambulatoria, domiciliaria y prehospitalaria; centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia; centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo de pacientes y familias; hospitales día para adultos, niños y adolescentes; rehabilitación basada en comunidad, y unidades de salud mental y urgencias psiquiátricas (Congreso de la República, 2013, artículo 13).

Otro punto interesante de la Ley 1616 de 2013 es la necesidad de capacitación y formación de los equipos básicos de salud, la cual se ha venido realizando en el país mediante cursos como el mhGAP de la OMS (artículo 19), así como la importancia de evaluar el riesgo psicosocial de los trabajadores de la salud mental, reconociendo por primera vez en el país, la necesidad de tener en consideración los riesgos para la propia salud mental que implica trabajar en esta área (artículo 21). Desde el punto de vista de la participación social, la ley contempla la garantía de la participación (artículo 27) y el establecimiento de unos lineamientos técnicos para la inclusión de las asociaciones de usuarios y familiares en las redes o grupos de apoyo para la promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental (artículo 28). Aquí es importante mencionar que en Colombia se encuentra una

particularidad en el tema de las asociaciones de usuarios: las actualmente existentes se encuentran divididas por patologías (Asociación de Personas con Esquizofrenia, Asociación de Bipolares, Asociación Colombiana contra la Depresión y el Pánico,...), lo cual perpetúa el estigma y las etiquetas hacia las personas afectadas.

Asimismo, esta estableció que en un plazo no mayor de 16 meses a partir de su promulgación —21 de enero de 2013— se debía expedir la nueva Política Nacional de Salud Mental acorde con los cambios normativos y el perfil epidemiológico actualizado del país. Dicha política fue finalmente expedida en noviembre de 2018 y se basó en 4 principios orientadores: la salud mental como parte integral del derecho a la salud, el abordaje intercultural de la salud, la participación social, y la política pública basada en la evidencia científica. El objetivo general de la política es promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. Para la implementación de la política se establecieron 5 ejes con enfoque de APS: promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos; prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia (tratamiento integral); rehabilitación integral e inclusión social, y gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. Mencionaremos a continuación los principales componentes de estos ejes que tienen un posible alcance comunitario:

- Fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario.
- Articulación de las actividades de salud con las iniciativas de los distintos sectores como

educación, trabajo, vivienda, cultura y deporte, entre otros.

- Reconocimiento de otras culturas o prácticas culturales en razón a la diversidad regional y local, y promoción de las cosmovisiones, valores, rituales y creencias que favorezcan los procesos propios de interacción a nivel comunitario, familiar e individual, así como la identidad de los grupos étnicos.
- Cualificar los dispositivos de base comunitaria, adaptándolos cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias. Estos dispositivos son espacios relacionales en los entornos educativo, laboral, comunitario e institucional donde se realizan procedimientos de i) detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia; ii) primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis; iii) educación en salud mental; iv) remisión oportuna a los servicios sanitarios y sociales —no se especifica la manera de realizar dicha cualificación—.
- Promover la creación de unidades funcionales de prestadores de servicios que garanticen el manejo integral en salud mental y epilepsia, incluyendo el fortalecimiento de los servicios de hospitalización parcial.
- Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural) de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional) hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros. Para esto la política recurre a estrategias como conformar grupos de apoyo y de ayuda mutua, fomentar acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social,

así como fortalecer redes socioinstitucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas y de recreación y cultura para las personas con trastornos mentales, y fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política.

Con ello, se ha logrado por fin tener una política nacional de salud mental actualizada. No obstante, su contenido aún no cuenta con elementos claramente consistentes con un cambio en el modelo de atención ni hace mención a los procesos de desinstitucionalización que el sistema de salud tiene pendiente por implementar. Si bien se mencionan estrategias de base comunitaria como los grupos de apoyo y ayuda mutua y la necesidad de un manejo intersectorial, es claramente frustrante que no se avance en el proceso de desmanicomialización. Múltiples experiencias en el mundo y en la región de América Latina demuestran la necesidad de establecer planes de servicios de salud mental comunitaria. Perú es uno de los últimos países en haberse incorporado a este proceso de reforma psiquiátrica mediante su Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 (Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 2018), en el que estableció estrategias como i) Creación de centros de salud mental comunitarios para la atención especializada de salud mental; ii) Implementación de unidades de hospitalización breve (hasta 60 días), unidades de hospital día de salud mental y adicciones en hospitales generales de segundo y tercer nivel; iii) Implementación y operación de hogares y residencias protegidas; iv) Implementación y operación de centros de rehabilitación psicosocial (CRPS); v) Implementación y operación de centros de rehabilitación laboral (CRL), y vi) Desinstitucionalización de las personas con discapacidad mental, mediante la creación del Comité Permanente de Desinstitucionalización de personas con discapacidad mental.

De otro lado, la regulación de prestación de servicios realizada por el Ministerio de Salud estableció dentro de la estructura servicios que posibilitarían un trabajo comunitario en psiquiatría: la consulta externa por medicina especializada, la internación parcial (hospital día), la atención domiciliaria a paciente agudo o crónico, la atención ambulatoria al consumidor de sustancias, la atención en unidad móvil y la telemedicina (Ministerio de Salud y Protección, 2014a). Sin embargo, los criterios de habilitación de dichos servicios no son diferenciados para la salud mental y son únicamente copias de la habilitación de servicios médicos generales. No se plantean opciones de habilitación de servicios comunitarios especializados como los centros de rehabilitación psicosocial o laboral o los centros de día, por lo cual algunas experiencias piloto en estos temas funcionan en la informalidad y de manera completamente empírica.

Con respecto al campo específico de la rehabilitación psicosocial, en 2014, el Ministerio de Salud publicó los Lineamientos Nacionales de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), la cual se define en el documento como

una estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país (Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia, 2014b).

Este documento propone una serie de acciones en los siguientes campos: salud, educación, social, subsistencia y movilización social, además de la participación de un equipo interdisciplinario para su desarrollo. Es importante mencionar que esta estrategia de RBC engloba todos los tipos de discapacidad, incluyendo por supuesto la disca-

padidad mental, pero quizá sus resultados más visibles se han evidenciado con casos de discapacidad sensorial y cognitiva.

La Resolución 518 de 2015 incluye la RBC como una de las intervenciones a ejecutar a través del PIC, que incluye los siguientes procesos: i) desarrollo de capacidades en actores institucionales y comunitarios para la implementación y desarrollo de los componentes y actividades de la RBC en salud mental; ii) búsqueda activa de personas con discapacidad, problemas o trastornos mentales, así como afectaciones psicosociales; iii) información en salud con enfoque diferencial; iv) canalización: incluye las acciones para gestionar el acceso efectivo de las personas a los servicios sociales y de salud, y v) visita domiciliaria dirigida a georreferenciar la población, orientar a los cuidadores sobre los planes de intervención familiar y comunitaria, adelantar el seguimiento a las respectivas canalizaciones y realizar intervenciones breves.

Finalmente, no se puede dejar de lado en la mención de la legislación en salud mental las medidas tomadas en relación con el conflicto armado, teniendo en cuenta que nuestro país tiene un historial de más de 50 años de guerra interna. Es de interés el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI), un programa a nivel nacional que tiene por objetivo brindar atención psicosocial, orientación, acompañamiento y seguimiento teniendo en cuenta las dolencias y afectaciones tanto físicas como psicosociales que han sido ocasionadas por los hechos violentos en las vidas de las personas y familias que han sufrido el impacto de la violencia. El PAPSIVI tiene definidas cuatro modalidades de atención:

- La dimensión individual refiere al daño moral, al buen nombre, al proyecto de vida y las lesiones físicas, emocionales y mentales.
- La dimensión familiar en razón a cambios abruptos en los roles y estructuras familiares.
- La dimensión comunitaria relacionada con los efectos del conflicto en el tejido social visto en

el temor, la desconfianza, el individualismo y la eliminación del *oponente*, entre otros efectos.

- La dimensión colectiva que incluye los daños ocasionados a comunidades, grupos poblacionales y sectores sociales que comparten una identidad colectiva.

Por tanto, y una vez revisada esta sección de legislación, es claro que el problema no radica en la ausencia de leyes y políticas de salud mental, sino en su implementación y ejecución. Caldas de Almeida (2007) menciona que las dificultades en esta área pueden obedecer a los siguientes factores: i) la insuficiencia de recursos financieros; ii) el liderazgo y la coordinación de la implementación de la política y el plan, y iii) la capacidad técnica de la unidad. Con respecto a la implementación, se sabe que es una tarea que exige decisiones políticas, el manejo de recursos humanos y financieros, la promoción de medidas organizativas, la negociación con los diversos sectores involucrados en la atención de salud mental y el monitoreo de las reformas, entre otros.

La historia de la RBC en Colombia y en la región (Uribe-Restrepo et al., 2017) también enseña que los casos y las experiencias en este campo, muchas de ellas con resultados muy interesantes, no han logrado ser replicadas en otros lugares del país y, por ende, no han resultado en la expansión de la RBC. Las publicaciones de estos programas son ante todo descriptivos, lo que limita la posibilidad de hacer estudios de costo-efectividad o evaluaciones económicas. Toda esta información es necesaria para que los tomadores de decisiones apoyen la expansión de programas de RBC basados en evidencia local.

Panorama actual

Las condiciones sociales y de política pública en Colombia ofrecen en este momento una ventana propicia para la implementación y expansión de

la rehabilitación psicosocial. Como se expuso en el apartado anterior, la Ley 1616 de 2013 brinda un marco sólido para que los distintos actores emprendan acciones que fortalezcan un modelo de atención centrado en la atención primaria con un fuerte componente comunitario. A ello se ha unido el posconflicto, que ha hecho más visible el tema de salud mental para la población y los tomadores de decisiones.

La situación para la política pública actual se puede también examinar desde los componentes del análisis de Kingdon y Stano (1984) sobre las corrientes múltiples (*multiple streams*). Este modelo toma en cuenta la interacción entre las transiciones políticas, el clima nacional (*national mood*) y las presiones sociales. La confluencia de estas corrientes o vectores da como resultado la ventana de oportunidad para impulsar temas de política pública. Cabe anotar que el motor principal de esta ventana nace de circunstancias políticas que tienen una incertidumbre propia, que hace difícil predecir cómo progresará la corriente política nacional.

Desde la perspectiva de Shiffman y Smith (2007), se requieren, además, tres condiciones para que un problema de salud adquiera prioridad en la política pública: i) que los líderes nacionales e internacionales expresen apoyo claro al tema, de manera persistente; ii) que se diseñen y pongan en marcha políticas para abordar el problema, y iii) que se destinen recursos suficientes para resolver el problema. Hay otros elementos necesarios entre los cuales destacamos la influencia de los actores o partes interesadas, las ideas y los contextos apropiados. En coincidencia con la situación actual de la salud mental global, el análisis de estos elementos muestra que la tarea de poner la salud mental, en general, como prioridad en la política pública aún es insuficiente (Tomlinson & Lund, 2012).

La salud mental como sistema de salud ha avanzado considerablemente en la última década en la dimensión de definición de la agenda (*agenda setting*) y en los primeros procesos de formulación de políticas de rehabilitación —Ley

1616 de 2013, las políticas decenales y documentos del Ministerio de Salud—. No obstante, la implementación y la evaluación de resultados se encuentran notablemente rezagadas tanto a nivel global como regional (Walt et al., 2008). Ya existe el conocimiento técnico requerido —los elementos de la rehabilitación—, está definido el problema que hay que resolver, pero la implementación es mínima.

Como es de esperar, la formulación de políticas, leyes y lineamientos es un paso necesario para la implementación de la RBC, pero es insuficiente. Un ejemplo de ello son los lineamientos sobre ella, expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales contienen una clara exposición de los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, no hay claridad sobre cómo intervenir o qué acciones realizar para lograr modificar esta interacción persona - medio social para alcanzar la inclusión laboral, por poner solo un ejemplo.

Factores internos del sector salud mental

La ausencia de consensos y de un marco común dentro del sector de la salud mental ha sido identificada como otro factor que impide consolidarla como un tema prioritario de salud pública. El campo de la salud mental es mucho más amplio que otros problemas de salud y los actores de la salud mental, incluyendo la comunidad científica, no tienen un marco teórico común (Mackenzie, 2014). Si no hay claridad sobre qué se debe hacer o qué es lo que funciona en la RBC, los tomadores de decisiones argumentarán que será mejor no dedicar recursos ni esfuerzos a ellos. No se trata de buscar una uniformidad en un modelo de atención ni en un marco conceptual. Por el contrario, la fluidez misma del concepto de salud mental es una fortaleza que además refleja una realidad: las personas no tienen una sola forma de entender qué es salud mental. Más bien, se trata de buscar la manera de trasladar experiencias de un equipo a otro.

Otro factor que vale la pena mencionar es la escasa tracción que ha tenido el modelo de recuperación para los trastornos mentales entre los profesionales de la salud. A pesar de sus posibles limitaciones, el concepto de recuperación puede servir de base para impulsar acciones que ayuden a personas con trastornos mentales severos a alcanzar metas personales significativas y un sentido de pertenencia y valor personal en la comunidad (Davidson, 2016; Lieberman et al., 2008). El modelo de recuperación ofrece una alternativa a la visión de un “pronóstico sombrío”, que desestimula el trabajo de rehabilitación, al promover la participación activa del paciente y su familia, para brindar una meta de trabajo para articular y guiar los componentes del sistema de salud.

Redes de servicios

A la debilidad del nivel primario de atención se suma la ausencia de una red integrada de servicios no solo de salud, sino también de otros servicios sociales. La capacidad para trabajar en grupos y con otros sectores, que muchas veces tienen una visión diferente sobre el origen y la forma de abordar los problemas, no ha sido un elemento fuerte en Colombia.

Lograr establecer un verdadero trabajo intersectorial es clave para la rehabilitación psicosocial. Un paso importante será lograr mostrar a otros sectores sociales, como el educativo y el laboral, que ellos tienen las herramientas y la capacidad para participar en intervenciones psicosociales y afianzar así las redes intersectoriales. Además, la comunicación con el sector público es primordial para fortalecer las redes intersectoriales, planteando con claridad los componentes de la rehabilitación y los programas que son necesarios — es importante que la información se presente en un lenguaje alejado de la jerga profesional—. La tabla 1 presenta los facilitadores y las barreras para la rehabilitación en Colombia.

Tabla 1

Facilitadores y barreras de la rehabilitación

Facilitadores	Barreras
Ley 1616 o ley de salud mental	Fragmentación de los servicios, escasas redes integradas
MIAS (Modelo Integrado de Atención en Salud)	Debilidad del nivel de atención primaria
Post conflicto	Prestación desarticulada de servicios
Creciente participación pacientes y familiares	Persistencia del estigma.
Política Nacional de Salud Mental	Talento humano insuficiente, pocas tareas compartidas
CONPES 3992 de 2020 de salud mental (Consejo Nacional de Política Económica y Social)	Ausencia de Financiación y Modalidades de pagos distintas al pago por evento
Cobertura universal	Debilidad institucional para hacer efectivos los derechos.
Enfoque de derechos, ley estatutaria 1751 de salud, 2015	

Análisis y propuestas

El modelo de atención comunitario en salud mental en Colombia aún tiene muchas limitaciones y es prácticamente inexistente. Es claro que los servicios mantienen un modelo hospitalocéntrico, con poco espacio para la inclusión de unidades de salud mental en los hospitales generales por ser consideradas como poco rentables. Un servicio de salud mental moderno requiere un equilibrio entre la atención basada en la comunidad y la atención hospitalaria (Thornicroft & Tansella, 2004).

En su libro, *La mejora de la atención de salud mental*, Thornicroft y Tansella (2014) plantean los componentes de los servicios de salud mental que deben tener áreas de nivel de recursos bajos, medios y altos, mediante un modelo de atención escalonada. Dentro de este modelo, las zonas con bajos niveles de recursos solamente pueden proporcionar la mayor parte o la totalidad de la atención de salud mental en los centros de atención primaria y mediante el personal de atención primaria con apoyo especializado (Thornicroft & Tansella, 2002). Así, en zonas con un nivel medio de recursos se puede obtener un modelo más especializado de la atención con cinco componentes

(Thornicroft & Tansella, 2014): consulta externa; equipos de salud mental comunitaria; hospitalización de procesos agudos; cuidados residenciales comunitarios de larga duración, y rehabilitación, ocupación y trabajo. Se propone que en áreas de niveles altos de recursos haya clínicas especializadas para trastornos específicos, además de equipos de salud mental especializados como equipos de intervención temprana y el tratamiento asertivo comunitario.

Finalmente, en estas áreas de mayores recursos, se puede contar con formas alternativas de rehabilitación, ocupación y trabajo como los talleres protegidos, las prácticas laborales supervisadas, los grupos de usuarios y autoayuda y la rehabilitación vocacional, entre otros. De esta manera, la calidad de la atención va de la mano con un mayor gasto en servicios.

Impresiona que nuestra realidad apunte a un trabajo encaminado a fortalecer la APS, pero con un mayor éxito en los programas de control de crecimiento y desarrollo, programas de rehidratación oral, vacunación, lactancia materna, planificación familiar, etc., que es el denominado enfoque de APS selectiva (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2005).

Lastimosamente, esta red de atención primaria ha tenido problemas de ejecución en las regiones más apartadas del país, en las cuales la interconsulta especializada es prácticamente inexistente y el personal disponible tiene graves problemas de formación que generan manejos deficientes de las principales patologías mentales.

Sin embargo, en las grandes capitales, que tienen una mayor cantidad de recursos económicos y técnicos, el panorama de atención continúa siendo sombrío, con un modelo soportado principal y únicamente en la hospitalización y la consulta externa, con una desconexión total entre el hospital y el consultorio, que se manifiesta, además, en un personal de atención diferente que no tiene acceso a un sistema único de historia clínica que permita hacer un seguimiento longitudinal de la enfermedad de un paciente. Esta situación puede generar problemáticas tan severas como el desconocimiento del antecedente de una reacción adversa a un neuroléptico que puede llevar a un paciente a experimentar diversas complicaciones. Además, la ausencia de dispositivos de atención comunitarios centraliza la atención en los beneficios de la terapia farmacológica o psicológica; existe una creciente problemática social generada por la proliferación de pacientes crónicos en las unidades de agudos del país. No existe en Colombia un volumen representativo de centros comunitarios de larga estancia que acojan pacientes con discapacidades graves y de largo plazo, a pesar de que estudios como el TAPS de Londres demostraron que la atención comunitaria es más costo-efectiva que la atención de larga estancia en el hospital (Knapp et al., 1990). Asimismo, tampoco contamos en el país con un censo de personas internadas en instituciones de salud mental que permita delimitar la población y establecer procesos de desinstitucionalización acordes con el número existente.

Además, el sistema de salud colombiano posee unos administradores/intermediarios de los recursos sanitarios, llamados EPS o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), los

cuales son tanto del orden nacional como local, lo cual también dificulta la existencia de redes de atención comunitaria por cuanto su sistema de contratación suele enfocarse en la rentabilidad económica y no en la prestación de servicios en la comunidad del paciente.

Por tanto, es claro que precisamos de un proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país, que tenga en cuenta las experiencias mundiales y regionales para el desarrollo de unos servicios de salud mental equilibrados, en los cuales se reflejen las prioridades de los usuarios y sus cuidadores, que estén cerca de casa en la medida de lo posible, cuyas intervenciones aborden tanto los síntomas como las discapacidades, ofertando tratamientos individualizados y adaptados a las necesidades.

En este punto, es importante mencionar los diez retos, expuestos por Thornicroft y Tansella (2014), a los que se enfrentan las personas comprometidas con la mejora de la atención en salud mental, con el fin de analizarlos a la luz de la realidad colombiana:

- Ansiedad e incertidumbre: La creación de nuevos servicios produce estas emociones respecto a lo que pueda pasar en el futuro. Los modelos exitosos han demostrado la necesidad de implementar los cambios a un ritmo adecuado. En el contexto colombiano, evidenciamos esta situación en muchos colegas psiquiatras que consideran que la apertura de estos centros podría disminuir las plazas de empleo por el cierre progresivo de las unidades de salud mental y el menor protagonismo del psiquiatra en el contexto ambulatorio, donde el carácter interdisciplinar adquiere mayor relevancia.
- Falta de estructuras en los servicios comunitarios: Es clara la necesidad de evitar el restablecimiento de las viejas estructuradas y rutinas en los nuevos escenarios (una *transinstitucionalización*).
- La incertidumbre sobre la manera de iniciar nuevos desarrollos: Pareciera que en Colombia nos acostumbramos a vivir en esa zona de confort de

los hospitales psiquiátricos y el aislamiento del resto de la medicina. Es difícil imaginar cómo podría ser diferente el sistema de salud mental. En este punto, tenemos el reto de conocer experiencias de otros países, para adaptarlas a la realidad local. Existen proyectos piloto que los autores de este artículo estamos intentando realizar en regiones de Colombia como el Valle del Cauca y el Eje Cafetero.

- Decidir cómo gestionar la oposición dentro del sistema de salud mental: Una de las principales barreras que tenemos. Pareciera que las autoridades de salud son expertas en la formulación de leyes y políticas, pero la ejecución suele estar frenada por la oposición férrea a cambiar las viejas prácticas como las hospitalizaciones prolongadas y por un fin principalmente económico. Hay que tener en cuenta que el manicomio más que tener un fin curativo tiene un fin de control social.
- Lidar con la oposición de los vecinos: Estos suelen tener sus reservas o pueden protestar contra los planes de un nuevo centro de salud mental en su localidad. Esta situación la evidenciamos con claridad en Colombia en el momento actual del posconflicto, somos testigos del rechazo que generó la presencia de excombatientes en zonas veredales del país. Además, los centros hospitalarios exclusivamente psiquiátricos suelen tener una ubicación periférica y aislada en muchas regiones del país como los aeropuertos. Franco Basaglia (2008), precursor de la psiquiatría democrática en Italia, menciona en su libro, *La condena de ser loco y pobre*, un ejemplo que bien podría aplicar al entorno colombiano:

Había sido bombardeada una pequeña provincia en Italia en la época de la segunda guerra mundial, en la cual había un manicomio. Una bomba había caído en el manicomio y no lo había destruido pero la mayor parte de los enfermos se habían fugado. Se estaba en plena guerra y nadie tenía tiempo de

pensar dónde estaban los locos y los no locos... había problemas mucho más urgentes, otros locos se disparaban entre ellos... Después de la guerra, cuando se volvió a la normalidad, la gente comenzó a preguntarse dónde estaban los enfermos mentales. A muchos no los encontraron, pero finalmente se descubrió que algunos de ellos estaban cerca del manicomio, viviendo y trabajando como cualquier otra persona. Esto indujo a algunos psiquiatras a pensar que el tratamiento de esos enfermos, de los internados, se podía hacer de otra forma. (101-102)

- Maximizar y gestionar un presupuesto claramente limitado: Esta es una de las principales dificultades que enfrentamos por ser un país de bajos recursos, en el cual se cree que el dinero solo se puede ahorrar mediante la reducción de la calidad de la atención. Como lo mencionamos previamente, el gasto en salud mental es uno de los más bajos del presupuesto total de salud y suele depender de las EPS/EAPB, que se encargan de la atención de los pacientes, además de la legislación que limita el número de intervenciones psiquiátricas y psicológicas de los afectados por año (hasta 30 sesiones/año). Adicionalmente, al no existir redes comunitarias de atención en salud mental avaladas por la norma de habilitación, se dificulta la contratación y financiación de las experiencias piloto. Aquí es importante mencionar que el objetivo de equilibrar la atención hospitalaria y la comunitaria no es reducir el presupuesto de salud mental, sino más bien proporcionar los mejores servicios posibles utilizando los recursos disponibles (Thornicroft & Tansella, 2004). Sin embargo, la experiencia previamente mencionada de Perú (un país con recursos económicos similares) abre una luz de esperanza a las prácticas de salud mental comunitaria.
- Asegurar la flexibilización paulatina del antiguo sistema: En los sistemas comunitarios es posible adoptar un enfoque más flexible en la gestión del personal que en las grandes instituciones

hospitalarias, donde la naturaleza es jerárquica y rígida en sus procedimientos.

- La creación de vías prácticas para reducir al mínimo los efectos disfuncionales de los límites entre los diferentes componentes del servicio: El sistema de salud mental comunitario tiende a ser más complejo que el hospitalario.
- El mantenimiento de la moral del personal durante los periodos de cambio: Este punto también es muy álgido en Colombia, ya que por las malas condiciones de nuestro sistema de salud, la moral del personal de salud mental suele ser baja (carga excesiva de trabajo, baja remuneración, demoras en los pagos, contratos sin cargas prestacionales y de baja estabilidad, ...).
- Esperar que otras personas sepan cuál es la respuesta correcta, en lugar de aceptar la responsabilidad de la toma de decisiones adaptadas a las circunstancias locales: La importancia de recibir retroalimentación de los usuarios y familiares respecto a sus preferencias y necesidades, empleando herramientas como las encuestas de satisfacción e incluirlos en todo este proceso puede llevar a que se unan fuerzas para pedir mayores recursos a la atención de salud mental.

Por tanto, estamos ante un reto de tamaño mayúsculo en Colombia. La oportunidad histórica del postconflicto, con la enorme tarea de reparación y de construcción de condiciones sociales que sustenten una paz sostenible, implica que la mayoría de recursos económicos se destinen a estos programas (lo cual, por supuesto, es necesario) con el riesgo de dejar de lado al resto de personas con trastorno mental grave que también merecen una distribución equitativa de estos. Así, nuestras propuestas para el país con el fin de mejorar la atención comunitaria en salud mental son las siguientes:

- Potenciar la atención primaria en salud mental: Para eso se requiere una mejor capacitación de los equipos de atención primaria, aumentando

procesos de formación como la iniciativa mh-GAP y un mayor uso de la telemedicina.

- Financiar experiencias piloto de rehabilitación psicosocial en ciudades con mayores niveles de ingreso económico (ciudades capitales): Dicha financiación se puede obtener tanto desde el nivel estatal como privado. Obviamente, esta iniciativa debe incluir la posibilidad de conocer experiencias y modelos de otros países con mayores recursos, incluyendo países de la región. Además, se deben empezar a publicar estudios que garanticen la evidencia de la atención comunitaria.
- Poner en marcha la red integral de prestación de servicios de salud mental contemplada en la Ley 1616 de 2013: Esta red debe ofrecer una atención integral e integrada “bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red” (artículo 13). Aquí es importante que haya claridad legislativa en los requisitos de habilitación que deben tener los centros de salud mental comunitarios y los programas de RBC, debido a la ausencia de normas de habilitación de este tipo de servicios, así como sus posibles costos de funcionamiento.
- Reformar el movimiento asociativo actualmente existente en el país, para evitar el etiquetamiento actual realizado por patologías y la necesidad de una asociación nacional única que tenga una mayor representatividad del colectivo de afectados y sus familiares. Esto sin perjuicio de la libertad de asociación establecida en la Constitución Política de 1991. Es claro que no podrá existir un proceso de reforma psiquiátrica en nuestro país que deje de lado las necesidades e intereses de los directamente afectados por una enfermedad mental.
- Redefinir los procedimientos y servicios en salud mental incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los cuales no establecen con claridad los servicios de atención psicosocial que se pueden brindar a los pacientes. Esto debido a que el modelo de atención primaria para

el componente de salud mental de Colombia integra procesos institucionales y comunitarios, definiendo que estos últimos se desarrollan a través del PIC, que como hemos comentado previamente tiene autonomía regional y sus recursos se distribuyen de manera muy desigual. Sin embargo, no podemos desconocer resultados importantes que han generado los procesos comunitarios en varias regiones del país, mediante la detección de casos con su respectiva canalización y acompañamiento, así como la realización de intervenciones iniciales por el personal de atención en regiones apartadas como los primeros auxilios emocionales y las psicoterapias breves.

- Incluir en los programas de formación de pregrado y posgrado de los servicios de salud mental (psiquiatría, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, enfermería, medicina general) un componente obligatorio de salud mental comunitaria que permita evitar la perpetuidad de las prácticas estigmatizadoras y aislantes de la salud mental que tenemos en la actualidad. Es claro que si no se inicia por la formación de los profesionales las malas prácticas continuarán.
- Reclutar (en el sentido poético de la palabra) adeptos a la causa comunitaria en distintos lugares del país, sin importar las profesiones de origen, cuyo único interés sea reformar el proceso de atención en salud mental actual. Para esto, se creó en noviembre de 2018 el subcomité de Rehabilitación Psicosocial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría liderado por los autores de esta publicación que busca iniciar un proceso de reforma a la atención en salud mental de nuestro país.

Conclusiones

En Colombia, cada vez se hace más visible la necesidad de apuntar hacia un modelo de rehabilitación psicosocial basada en la comunidad para el

manejo de personas con enfermedad mental, como se aprecia en las leyes específicas para salud mental que tiene el país. Sin embargo, una dificultad importante que encontramos para llevar a cabo estas acciones es la falta de educación y entrenamiento de los profesionales en salud sobre estos temas durante su carrera universitaria.

La mayoría de los programas de salud mental comunitaria y rehabilitación parten de la intención de pocas universidades de brindar formación en este ámbito para sus estudiantes de diferentes áreas de la salud y médicos residentes de psiquiatría. Las diferentes instituciones de salud, hospitales y centros de atención primaria, que actualmente ofrecen programas de rehabilitación basada en la comunidad, no trabajan en red, lo cual genera que muchas veces el paciente se pierda dentro del sistema y no tenga la continuidad que requiere en su tratamiento, llevándolo a un mayor deterioro funcional, social y en muchos casos rehospitalizaciones.

En Colombia continúa siendo limitada la accesibilidad a los servicios de salud, en especial los de salud mental, situación que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales, mayor deterioro funcional y social de quien los padece y, por ende, mayor costo emocional y económico para la persona, su familia y la comunidad en que se encuentra.

Las barreras políticas y financieras, las dificultades para el apoyo del trabajo interdisciplinario, la falta de inclusión de otros modelos de rehabilitación (tratamiento asertivo comunitario, hogares protegidos, empleo con apoyo, etc.) son parte de las dificultades a las que la población colombiana se enfrenta hoy en día para conseguir bienestar mental y una estructura social que le permita una mejor RBC. Aun así, el contexto actual del sistema de salud colombiano y de las políticas sociales nacionales ofrece una ventana de oportunidad para finalmente impulsar un modelo consistente de rehabilitación psicosocial. Por tanto, de manera esperanzadora y motivacional citamos al maestro

Eduardo Galeano (citado en Fassanelli, 2013), quien definió la utopía de manera magistral:

La utopía está allá en el horizonte. Me acerco dos pasos, se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte anda diez pasos. Por más que yo camine, jamás lo alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Sirve para esto: para que yo no deje de caminar.

Referencias

- Arboleda Trujillo, M. (2013). *Relaciones de poder entre agentes en la configuración del campo de la salud mental. Estudio de caso: El programa de psiquiatría comunitaria de la Universidad del Valle* (Tesis doctoral, Universidad de Lanús, Buenos Aires).
- Arboleda Trujillo, M. (2016). Psiquiatría en atención primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle. En O. A. Bravo (Ed.), *Pensar la salud Mental: aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos* (pp. 159-181). Universidad Icesi.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. En *Norte de Salud mental*. <http://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
- Basaglia, F. (2008). *La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio*. Topía.
- Caldas de Almeida, J. M. (2007). Implementación de políticas y planes de salud mental en América Latina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 111-116. http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/03_asm.pdf
- Centeno, N. A., & Novella, A. C. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12-38. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmd>
- Colombia, Congreso de la República. Ley 1616, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, 2013 (21 enero 2013). *Diario Oficial* 48680.
- Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 2358, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental, 1998 (18 junio 1998). *Diario Oficial* 43338.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, 2014 (28 mayo 2014a). *Diario Oficial* 49167.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en la comunidad (RBC)*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública, 2015 (25 febrero 2015a). *Diario Oficial* 49436.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Encuesta nacional de salud mental 2015*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/doc-metodologia-ensm.pdf>
- Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). 2.^a ed. Legis.
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>

- Fassanelli, S. (2013, 15 de abril). *Galeano, Eduardo: Utopía (Fernando Birri)*. [Mensaje en un blog]. <http://leerporquesi-1007.blogspot.com/2012/12/galeano-eduardo-utopia.html>
- Fergusson, A. (2012). *Accompanied Selfrehabilitation*. Editorial Universidad del Rosario.
- Gisbert, C (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo*. AEN.
- Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183.
- Kingdon, J. W., & Stano, E. (1984). *Agendas, alternatives, and public policies*. Vol. 45. Little, Brown & Co.
- Knapp, M., Beecham, J., Anderson, J., Dayson, D., Leff, J., Margolius, O., O'driscoll, C., & Wills, W. (1990). The TAPS Project. 3: Predicting the Community Costs of Closing Psychiatric Hospitals. *British Journal of Psychiatry*, 157(5), 661-670. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.5.661>
- Lieberman, J. A., Drake, R. E., Sederer, L. I., Belger, A., Keefe, R., Perkins, D., & Stroup, S. (2008). Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 59(5), 487-496.
- Mackenzie, J. (2014). *Global mental health from a policy perspective: a context analysis*. <https://www.odi.org/publications/8926-global-mental-health-policy-perspective/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1990). *Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*, 1-5. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (2005). *Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud*. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps_cd46-declaracion_montevideo-2005.pdf
- Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (2018). *Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4422.pdf>
- Rodríguez-Frías, E. (2010). Desafiando suposiciones: discapacidad psiquiátrica y desarrollo de base. *Desarrollo de Base, Revista de La Fundación Interamericana*, 31(1), 36-41. https://www.iaf.gov/wp-content/uploads/2018/08/IAF_2010_Journal_Spanish.pdf
- Shiffman, J., & Smith, S. (2007). Generation of political priority for global health initiatives: A framework and case study of maternal mortality. *The Lancet*, 370(9595), 1370-1379. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61579-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61579-7)
- Taborda, M. C. (2012). *Consideraciones generales para delinear políticas públicas en salud mental*. http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Politicas_Publicas_Salud_Mental.pdf
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing community-based and hospital-based mental health care. *World Psychiatry*, 1(2), 84.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283-290.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2014). *La mejora de la atención de salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

- Tomlinson, M., & Lund, C. (2012). Why does mental health not get the attention it deserves? An application of the Shiffman and Smith framework. *PLoS Medicine*, 9(2), e1001178. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001178>
- Uribe-Restrepo, J. M., Escobar, M. L., & Cubillos, L. (2017). Psychiatric rehabilitation in Latin America: Challenges and opportunities. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(3), 211-215. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000846>
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). 'Doing' health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>

Recibido: diciembre 20, 2019

Aprobado: junio 2, 2020