

5. SALUD MENTAL INFANTIL

“No resulta pedir demasiado imaginar un mundo donde las familias, las comunidades y los gobiernos defienden el derecho de todos los niños a la salud, a una buena alimentación y a una educación de calidad, especialmente para las niñas; un mundo donde todos tienen acceso a la maternidad sin riesgo, la igualdad en materia de género y el agua potable y el saneamiento — donde millones de niños dejan de ser víctimas de enfermedades que se pueden evitar, y trastornos como la poliomielitis son por fin eliminados; un mundo donde nuestros niños más desfavorecidos y discapacitados tienen asegurada una protección especial — incluidos los que están atrapados en conflictos armados, desastres naturales, en la pobreza extrema y en todas las formas de violencia; un mundo donde la crianza del niño sea un proceso en marcha y amplio, y donde el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo reciba la atención minuciosa que merece. Un mundo, en resumen, donde el interés superior del niño esté siempre primero.”

Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del
UNICEF, septiembre de 1999

5.1 Situación de salud mental de la niñez

Según cifras emitidas por el DANE y recopiladas por UNICEF en **“Situación de la Infancia en Colombia”** el panorama de las condiciones de la infancia no es nada satisfactorio. De los **40 millones de habitantes**, el **41.5%** son menores de 18 años, de los cuales el 38.9% viven en la pobreza y el 17.5% viven en situación de miseria. UNICEF señala que 3.344.541 niños y niñas de Colombia no tienen acceso a cuidados de salud de calidad; 2.508.406 niños y niñas del país, que con edad suficiente para ingresar al primer grado, se encuentran por fuera del sistema educativo. Adicionalmente, 1.700.000 niños y niñas entre 12 y 17 años, son trabajadores. Del total de los menores

de 18 años, el 25% (4.180.677) llevan a cabo trabajos peligrosos o de alto riesgo.

Asimismo, 20 niños en promedio, son desplazados por la violencia cada hora. Una estimación de 4.500.000 niños en Colombia con edades comprendidas entre los 4 y 12 años son abusados física, moral y psicológicamente; 850.000 son abusados en una forma severa y constante; aproximadamente, cinco niños son asesinados cada día; 12 mueren como resultado de accidentes o de violencia.

Tabla 1

Prevalencia y Distribución por Género de Algunos Trastornos Mentales de la Infancia en el mundo¹³.

TRASTORNO PSIQUIÁTRICO	PREVALENCIA (%)	RAZÓN MASCULINO: FEMENINO
Retardo Mental	1.0	2:1
Trastornos del aprendizaje	5.0	3:1
Trast. Déficit de Atención	4.0	2:1
Trastorno Oposicional	10.0	6:1
Trastorno de Conducta	M = 9,0; F = 3.0	3:1

¹³ Informe sobre la salud mental en el Mundo. OMS Ginebra, 2001

Tabla 2
Algunos indicadores de trastornos en la salud mental de los niños
para Colombia^{14, 15, 16}

Tasa de mortalidad infantil estimada	25,6%
Prevalencia de retardo mental en niños	10%
Cobertura educativa de niños de 6 a 14 años	86%
Prevalencia de lactancia materna	11,60%
Proporción de dictámenes de abuso sexual en menores de 14 años	56%
Niños y jóvenes de la calle	30 mil
Niños dados en adopción (1.999)	1.904
Estimativo de niños, niñas y jóvenes explotados sexualmente	25 mil
Trastorno del Lenguaje	9.3%
Trastorno Convulsivo	9.8%
Fugas del Hogar	5.3%
Ansiedad	4.5%

¹⁴ ICBF <http://www.icbf.gov.co> (26-04-03)

¹⁵ Torres, Y; Montoya I.D. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia, 1997

¹⁶ Posada, A, et al. El niño sano. UdeA. Medellín, 2 Ed. 1998, pag 36

Tabla 3
Población Infantil estimada para Antioquia 2002¹⁷
(Población total 5.531.893 habitantes)

Grupos de edad	Población estimada	Porcentaje	Defunciones (2002)	Tasa de Mortalidad
Menores de 1 año	119.301	2.15 %	1.763	1.477
De 1 a 4 años	458.439	8.28%	420	91.6
De 5 a 14 años	1'127.611	20.38%	530	47.0
TOTAL	1'705.351	30.81%	2713	159.1

·Tasa por 100.000 habitantes

El maltrato en menores muestra 10.921 casos contra menores de 18 años, 53% Contra niñas. De todos los casos 41% son por el padre, 26% por la madre, 13% por el padrastro o madrastra, 20% por quien lo cuida y se tiene igual incidencia para niñas y niños.

Violencia Intrafamiliar Colombia 2001¹⁸

69.681 Dictámenes
Tasa 162/100.000
5.1 Promedio mensual
191 Promedio casos diarios
59% Niñas y mujeres

El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficits emocionales, conductuales y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la

¹⁷ Fuente: DANE, Estimaciones de Población con base en Censo 1993

¹⁸ Política nacional de Salud Mental

importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en unas manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. A estas señales de alarma o pilotos de atención es a lo que llamamos indicadores, ya que nos pueden "indicar" una situación de riesgo o maltrato.

5.2 BASES PARA UNA BUENA SALUD MENTAL INFANTIL ¹⁹:

- Un amor incondicional en el ámbito familiar
- Propiciar la autoconfianza y una alta autoestima
- Tener oportunidad para jugar con otros niños
- Disponer de un soporte afectivo de los profesores
- Propiciarles un ambiente seguro
- Disciplina y normas adecuadas
- Amor, seguridad y aceptación debe ser bases fundamentales en el ambiente familiar. Los niños necesitan saber que son amados.
- Aceptación de sus errores o defectos
- Confianza en sus comportamientos

6. SALUD MENTAL DE LOS JÓVENES

El grupo de población joven reviste importancia para la atención en salud mental dado que en esta etapa de ciclo vital suceden acontecimientos cruciales que requieren de espacios de reconstrucción de sus roles sociales y de redes de apoyo institucional o comunitario para abordarlos de manera que beneficien al individuo, su grupo familiar y social. Es evidente que esta fase de la vida por sus peculiaridades culturales accede a pocas oportunidades para el ejercicio de sus derechos, que redundan en escasa consolidación de las redes sociales de apoyo.

¹⁹ 2003 *National Mental Health Association*

La difícil situación colombiana, en términos de violencia cotidiana, crisis política, conflictos económicos y sociales, tienen un impacto negativo en las perspectivas individuales y el comportamiento como grupo social de la población joven entre 14 y 26 años, que representa más del 20% de la población total del país.

A pesar de las opciones formuladas para la participación ciudadana derivadas de la Constitución de 1991 y de la Ley de Juventud de 1997, las posibilidades reales de participación de los jóvenes, sobre todo de estratos populares, son muy limitadas y a veces inclusive inexistentes. Las instancias especializadas para la juventud (Oficinas de juventud en los niveles nacional, departamental y municipal) así como las estructuras de participación de la juventud (Consejos de jóvenes), previstas por la Ley 375 de 1997 aún no se han consolidado significativamente, y las pocas que se han creado aún son muy débiles en su actuación.

6.1 Bases políticas normativas

Para los niños y jóvenes con derechos vulnerados, el Estado propugna el restablecimiento de vínculos familiares y comunitarios, al tiempo que busca fortalecer la protección integral con el propósito de recuperar el ejercicio pleno de sus derechos; en especial de aquellos víctimas de violencia intrafamiliar, de desplazamiento forzado, del abuso y del delito organizado, vinculados al conflicto armado, o declarados en abandono, para construir proyectos de vida que aseguren su desarrollo personal y social. El Estado, la sociedad civil y los propios jóvenes crearán, condiciones para que la juventud asuma el proceso de su formación integral en todas sus dimensiones²⁰.

Del Plan Nacional de Desarrollo²¹

“Se formulará e implementará la política de salud reproductiva y sexual que contribuya a la reducción del embarazo en adolescentes al menos en un 40% antes de 2006. Esta política deberá enfatizar la corresponsabilidad de la

²⁰ *Ley de la Juventud. LEY No. 375 del 4 de Julio DE 1997.*

²¹ *Ley sobre Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un estado comunitario” 2003*

familia y la comunidad en proveer condiciones favorables para el ejercicio responsable de la sexualidad”

6.2 Algunos datos demográficos sobre jóvenes de Colombia

Tabla 4
Mortalidad en Colombia en población de 5 a 14 años²²

CAUSAS	Muertes	Tasa *	%
Accidentes de transporte terrestre,	340	6,9	17,7
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	225	4,6	11,7
Otros accidentes,	183	3,7	9,6
Ahogamiento y sumersión accidentales	136	2,8	7,1
Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines	132	2,7	6,9

* Tasa por 100.000 habitantes

Entre las principales causas de morbilidad y mortalidad que afecta a los jóvenes, se advierte la presencia de la violencia en todas sus formas, hecho que genera además de los traumas físicos derivados de todo tipo de agresiones que se convierte en la primera causa de muerte y daño entre los jóvenes. Se evidencia una alarmante situación de vulnerabilidad psicosocial que se expresa tanto en el agredido, que es quien aporta a las estadísticas médicas, como desde la condición de joven agresor, quien no dispone de los mecanismos idóneos de solución de conflictos interpersonales. En cuanto a las mujeres en particular, debe señalarse que la tercera causa de muerte entre los 20 y 24 años se debe a complicaciones de aborto clandestino (realizado en condiciones de suma precariedad e higiene) y otras dificultades perinatales.

²² DANE, indicadores demográficos 2002

Tabla 5
Estimaciones de población joven según grupos de edad,
Antioquia 2002

Grupos de edad	Población	Porcentaje
14-14	553.081	10.0
15-19	517.614	9.4
TOTAL	1070695	19.4

(Población total estimada 5.531.893)

Proporción de Población menor de 15 años 32%

Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad 79,5

6.3 Intereses en la adolescencia

Tal vez el marco de referencia mejor conocido sea el que presentó Havighurst²³, enumerando las 10 tareas principales a desarrollar por el adolescente:

1. Lograr relaciones nuevas y más maduras con iguales de ambos sexos.
2. Lograr un papel social masculino o femenino.
3. Aceptar el físico que se tiene y utilizar con eficacia el cuerpo.
4. Alcanzar la independencia emocional respecto a padres y otros adultos.
5. Lograr una seguridad e independencia económica.
6. Elegir y prepararse para una ocupación.
7. Prepararse para la vida en pareja.
8. Desarrollar capacidades y conceptos intelectuales básicos para la vida cívica.
9. Desear y lograr una conducta socialmente responsable.
10. Adquirir una serie de valores.

²³ Havighurst, (1963). Las actitudes personales y sociales de adolescentes. Estudio comparado. Estados Unidos: Editorial O.E.A . Citado por Tula Mae-Tsu en: Desarrollo psicológico del adolescente. <http://www.ctv.es>

7. SALUD MENTAL DE LA MUJER

*“La cultura de un pueblo
Se mide por la participación
Que la mujer tenga en los destinos
De ese pueblo”*

Baldomero Sanín Cano

En este documento se presenta un marco de determinantes para la salud a través del examen sobre la salud mental de mujeres en condiciones de pobreza. Desde esta perspectiva las políticas públicas deben incluir factores económicos, ambientales y socioculturales, establecimiento de redes de soporte social y comunitario, y educación hacia comportamientos protectores, habilidades sociales y la disponibilidad de acceso a servicios de salud. Las relaciones inequitativas de poder entre hombre y mujeres afectan la promoción de la salud mental. Tales inequidades crean, mantienen y exacerban la exposición a los factores de riesgo que afectan la salud mental de las mujeres. Son ilustradas de manera mas grafica en las diferencias significativas de las tasas de depresión entre hombre y mujeres, la pobreza y sus consecuencias y el fenómeno prevalente de violencia contra la mujer.

Solo respondiendo a las complejidades y particularidades de la vida de la mujer pueden ayudar las estrategias de promoción de la salud a incrementar las oportunidades que las mujeres buscan y necesitan para controlar los determinantes de su salud.

7.1 Aspectos demográficos²⁴

- Población Femenina para Colombia 22.107.229 (50.49%)
- Población Femenina para Antioquia 2.864.611 (51,8 %)
- Tasa global de Fecundidad por Mujer Colombia:2,6 Antioquia: 2.5 hijos por mujer

²⁴ Datos estimados para 2002. Fuente OPS Colombia

- El 29% de las adolescentes antioqueñas han estado embarazadas y el 21% son madres.
- Esperanza de vida al nacer en Mujeres, Colombia: 75,3 años; Antioquia 75.7
- Parto Institucional 93%
- Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil 52,80%.
- Proporción de mujeres entre 26 y 69 años con citología cervicouterina en los últimos tres años 68,40%
- Mortalidad materna:80 por 100.000

Violencia Conyugal Colombia 2001

- 41% de las Mujeres unidas son víctimas de violencia física por parte de su compañero/esposo
- 11% Han sido violadas por su compañero /esposo
- 33.2% De las mujeres unidas, han sufrido agresión verbal

Condiciones de marginalidad.

- **Índice de Desempleo Global: 16,65**
Hombres 12,1% Mujeres 23%

7.2 Sobre la violencia contra la mujer²⁵

La Doctora Mirta Roses²⁶ con motivo del día internacional de la mujer el pasado 7 de marzo de 2003 conceptuó que eliminar la violencia contra la mujer es un objetivo crítico. "No se podrán alcanzar las metas del milenio para 2015 –erradicación de la pobreza, empoderamiento de las mujeres, ambientes sostenibles, alianzas mundiales para el desarrollo- sin la participación de las mujeres. Por eso es crucial el tema de la violencia para optimizar la capacidad de las sociedades de alcanzar estas metas."

²⁵ OPS/OMS Washington, marzo de 2003. <http://www.paho.org>

²⁶ Directora General de la Organización Panamericana de la Salud

Hoy, los números indican que, en la Región de las Américas el 33% de las mujeres de entre 16 y 49 años han sido víctimas de abuso sexual. Y al menos 45% han sido lastimadas, insultadas o han sufrido destrucción de posesiones personales. En cada país, entre el 10% y el 50% de las mujeres han tenido experiencias de abuso físico por parte de su esposo o novio. "Tenemos que fomentar el trabajo en redes e involucrar con información a los medios de comunicación porque ellos a su vez involucran a la comunidad", opinó Roses.

7.3 Salud Sexual y Reproductiva

"Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción violencia, el acceso y la posibilidad de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permita embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital"²⁷

8. SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR²⁸

Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación, por cuanto requieren esfuerzos muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos, la mayor frecuencia con que enferman

²⁷ **Misterio de Protección Social** .Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Bogotá Febrero del 2003

²⁸ *Cardona, Doris. Magíster en Salud Pública.Énfasis en Salud Mental Facultad Nacional de Salud Pública. 2003*

(Garrido, et al, 1999, p.268) y la dependencia física por la incapacidad y la carga en los sistemas de salud.

Los efectos acumulativos de los factores de riesgo relacionados con los estilos de vida llevados por largos años hacen que la magnitud de estos trastornos sea mayor a medida que aumenta la edad; las enfermedades crónicas que se encuentran proporcionalmente más ligadas al grupo de los adultos mayores son las cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, reumáticas, cáncer, osteoporosis, parkinson, demencias, diabetes, depresión que conllevan a otro fenómeno característico de estas poblaciones como es la comorbilidad.

Las tasa de envejecimiento de la población ha venido en aumento y la esperanza de vida continúa en ascenso, siendo las mujeres las que presentan un constante crecimiento casi lineal.

Según la Organización Mundial de la Salud²⁹, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro. Los trastornos mentales y conductuales perturban la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias.

Colombia por estar en la etapa de transición demográfica plena ya empieza a enfrentarse al problema, como lo demuestran los resultados del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental para la población mayor de 60 años, la cual presenta una proporción de prevalencia de 25.2% de depresión frente a un 19.6% para todos los grupos poblacionales³⁰.

²⁹ *Informe sobre la salud mental en el Mundo OMS Ginebra, 2001*

³⁰ *Torres, Y; Montoya I.D. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia, 1997*

Tabla 6
Prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años.
Colombia 1997.

DEPRESIÓN		ANSIEDAD	
P. Anual	1.8%	P. Anual	1.9%
P. Vida	25.2%	P. Vida	2.3%
TRASTORNO BIPOLAR		IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA	
Bipolar I	0.2%	Ideación	2.5%
Bipolar II	0.5%	Intento	1.0%
TRAST. OBSESIVO-COMPULSIVO		ANOREXIA NERVIOSA	
P. Anual	0.6%	P. Anual	0.0%
P. Vida	2.0%	P. Vida	3.8% 3
ESQUIZOFRENIA		DEMENCIA	
P. Anual	0.1%	P. Vida	4.2%
P. Vida	2.9%		

Fuente: Ministerio de Salud. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 1997

8.1 Políticas públicas de protección a la salud

Desde la Constitución Política se establece que la República de Colombia se funda en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las que la integran; y en su artículo 46, hace responsables al Estado, a la sociedad y a la familia de la protección y asistencia a las personas de la tercera edad³¹

³¹ *Constitución Política, artículos 1 y 46*

En la formulación de políticas³² que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental en el país, se sustentó su existencia en una clara voluntad política de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en aquellas etapas y acontecimientos cruciales del ciclo vital humano que requieren de espacios y de apoyo institucional para abordarlos de manera que beneficie al individuo, a su grupo familiar y social

En consonancia con las políticas públicas, en Antioquia³³ se plantea la búsqueda de una sociedad equitativa y se propuso un modelo de desarrollo que supere la inequidad social, como camino para lograr el acceso de oportunidades a toda la población, en especial a las personas más pobres o excluidas, como los adultos mayores. Para ello consideró las tendencias mundiales, nacionales y departamentales en materia demográfica. A nivel nacional, hacia el año 2020 la población adulta mayor tenderá a aumentar en términos porcentuales.

9. ORIENTACIONES PARA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y TRABAJO PSICOSOCIAL A POBLACIÓN DESPLAZADA

El desplazamiento forzoso es considerado uno de los desastres sociales que generan mayores problemas en la salud mental de la población, en primer término por lo que significan el conflicto armado interno que viene acompañado de amenaza, resentimiento, odio, miedo y fragmentación de lazos sociales, mientras que de otro lado están los efectos tanto sobre la población que se encuentra obligada a migrar, como en la población receptora, quienes de manera súbita se encuentran en medio de un problema que aunque no lo quieren, les atañe porque generan formas de convivencia tan inesperadas como traumáticas. Además el desplazamiento es un tipo particular de emergencia en donde a diferencia de los desastres naturales, la temporalidad del fenómeno es mucho más diferido y la exposición a los riesgos psicosociales superan el momento concreto del desastre. Es por ello que algunas veces se plantea que la exposición al

³² *Colombia Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud Mental, 1998*

³³ *Departamento de Antioquia, plan estratégico de Antioquia Planea 2001-2003*

fenómeno traumático es tan prolongado que es difícil aceptar acríticamente el término *estrés post-traumático*, sobre todo cuando el horizonte histórico del fenómeno no muestra con claridad cual sería ese momento posterior al evento. La realidad de nuestro país muestra que la población está permanentemente dentro del episodio traumático y para ello se debe ser creativo e intentar estrategias de abordajes innovadoras.

Las personas desplazadas llegan a las localidades receptoras en situaciones económicas y emocionales muy precarias, que los hace muy vulnerables. También se observa que además de las necesidades materiales, las personas desplazadas son vulnerables en cuanto a su salud mental, ya que presentan sufrimiento emocional y en algunos casos trastorno emocional, así como la ruptura de su tejido social, debido al impacto de los hechos violentos vividos.

Ante esta situación de riesgo Psicosocial para las personas y comunidades desplazadas, se hace muy importante que los programas de asistencia humanitaria en emergencia dirigidos a esta población, incorporen y fortalezcan la atención en salud mental.

9.1 LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA³⁴

Bases normativas

Documento CONPES 2804 (13/09/95): Plantea el Programa Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

Directiva Presidencial No. 02 (18/03/97): Define el compromiso de las entidades del Estado con el proceso de diseño y cumplimiento de una nueva política en torno a la problemática del desplazamiento.

³⁴ Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. *Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena* <http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/documentos/puj/lineamientos.htm>

Decreto 976 (07104/97): Reconoce el fenómeno del desplazamiento masivo como un evento de naturaleza similar a los desastres y las calamidades.

Ley 387 (18/07/97): Se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia.

Documento CONPES 2924 (09/97): Por el cual se crea el Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.

Documento Conpes 3057 de 1999. Incluye lineamientos y programas específicos para la atención en salud de la población desplazada y a ellos se tiene derecho en virtud de la Ley 387 de 1997 y del decreto reglamentario 2569 del año 2000.

Decreto 173 /98: Por el cual se adopta el Plan Nacional para la Atención Integral para la Población Desplazada por la Violencia,

Acuerdo Numero 244 De 2003 CNSSS Aseguramiento de la población.

Acuerdo 44 de 1997' Fija los criterios de distribución de los recursos de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía

Acuerdo 59 de 1997: Declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de la población y otorga el derecho a recibir los servicios de salud necesarios

Acuerdos 72 y 74 de 1997: Define y amplía el Plan de Beneficios del POS subsidiado Adiciona la rehabilitación y trauma mayor para los hospitales en las zonas de conflicto Promueve la convivencia pacífica y la rehabilitación física, funcional entre los beneficios.

Acuerdo 77 de 1997: Por el cuál se define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud que obliga a cualquier IPS a la prestación de servicios de salud a la población desplazada que está asegurada, sin limitación territorial, aun cuando no exista contrato directo con la ARS.

Acuerdo 85 de 1997: la atención a las necesidades de salud derivadas de los riesgos inherentes al desplazamiento tales como los medioambientales, nutricionales y psicosociales a la población afectada.

Decreto No. 173 de 1998 Plan Nacional para la Atención Integral de la Población Desplazada.

9.2 Enfoque de salud pública

A pesar de que el tema de la atención psicosocial para desplazados es tan complejo debido a que existen diversos enfoques, válidos en contextos sociales, geográficos, económicos, de salud pública y del proceso de desplazamiento específicos, que no hace posible hablar de un "modelo" único de intervención, se considera necesaria la definición de lineamientos conceptuales y prácticos que deben orientar las intervenciones de atención psicosocial.

Un enfoque de salud pública con base en la promoción de la salud, la participación de la comunidad, la focalización de la población y la definición de problemas e intervenciones prioritarias; el apoyo en un enfoque de riesgos psicosociales de carácter psicológico, familiares y socioeconómicos, para lo cual se debe propender por:

- Estructurar la atención psicosocial como un componente del Plan para la atención en salud a población desplazada de manera conjunta con las entidades que conforman el SGSSS.
- Desarrollar respuestas oportunas y eficaces a las necesidades en salud mental de la población desplazada.
- Articular las políticas establecidas para la atención a la población desplazada de orden nacional con las iniciativas de las instancias territoriales.
- Apoyar el desarrollo de un sistema de información de la población desplazada
- Monitorear y realizar el seguimiento de la aplicación adecuada de los recursos asignados a los diferentes entes territoriales para la atención psicosocial a la población desplazada.

9.3 Ideas planteadas en torno al problema del desplazamiento forzoso

- El desplazamiento es una condición provisional que ha estado presente en la historia de la humanidad y que en las circunstancias actuales obedece en gran medida al conflicto armado que vive el país. También es un reflejo del desequilibrio en cuanto a las condiciones de desarrollo desigual entre las zonas urbanas y rurales. El concepto de provisional no significa en absoluto que la solución sea el retorno, sino que en un futuro debe darse el restablecimiento, ya sea en la región de origen o en la región receptora.
- Las normas actuales sobre la definición de la condición de desplazado establece un límite temporal de tres (3) meses para brindar la atención humanitaria de emergencia. El problema en su dimensión global es más duradero. No es clara la responsabilidad del estado en este tránsito de la atención humanitaria a la atención dentro del régimen subsidiado.
- Hay un conflicto semántico que distrae la atención de los actores: A la violencia se le denomina proceso de paz y la enfermedad se le nombra como salud.
- Se tiene la idea de que las organizaciones son estables y que basta con una pródiga reglamentación y normatividad para adecuarlas a las condiciones reales de la sociedad.
- El ciudadano desplazado que antes ocupaba un territorio y ejercía su rol social correspondiente, de un momento a otro es mirado como un mendigo y se le desconoce su capacidad de organización social y de respuesta a la problemática. Se recomienda aprovechar su potencialidad como grupo social con historia y proyectos de vida
- Las ayudas, además de precarias, se dan solo en elementos materiales. En ocasiones se les da un tratamiento indigno.

- Se debe partir del reconocimiento de los derechos ciudadanos y de la reparación de los daños causados por insuficiencia del Estado para otorgarles la debida protección.
- La vulnerabilidad de la población es un asunto político. Es una manera de incluir a la población en un mosaico de oportunidades y riesgos, los cuales son desiguales.
- Hay un déficit en la operación de las mesas de desplazados en Antioquia. Existe un estigma hacia quienes se visibilizan en los procesos participativos y de allí se genera incertidumbre, desconfianza y miedo.
- El desplazamiento es un asunto de supervivencia de la población. Con esta acción están preservando su vida, la cual consideran más valiosa sobre aquello a que renuncian.
- Experiencias de reestablecimiento como la que se da en Yarumal, muestra falencias en el abordaje integral. El enfoque de economía solidaria oculta la historia y los intereses de los implicados.
- Se recomienda poner en práctica un sistema de alertas tempranas que puedan activar respuesta a las condiciones de riesgo.

10. METODOLOGÍA

La Construcción de una propuesta para un Plan Operativo de Salud Mental para el departamento de Antioquia se logró mediante la participación de diversos expertos en el tema, quienes por medio de talleres fueron avanzando desde una visión global del problema dentro del contexto nacional y regional, hasta llegar a la elaboración de propuestas de acción específica.

10.1 INSUMOS PARA EL PLAN

- Elementos que aportaron para la comprensión del problema de la salud mental provenientes de diversos estudios de ámbito nacional y regional.
- Formulación de políticas y lineamientos generales provenientes de la OMS, la OPS, el Ministerio de la Protección Social y la administración departamental.
- Documentos referidos asuntos específicos de grupos poblacionales más vulnerables: niños y niñas, jóvenes, mujer, adulto mayor y población en situación de desplazamiento.
- Normas constitucionales y legales que definen las responsabilidades y reglamentaciones del Sistema de Salud Colombiano.
- Bibliografía especializada en el tema.
- Consulta a expertos.

10.2 PROCEDIMIENTO

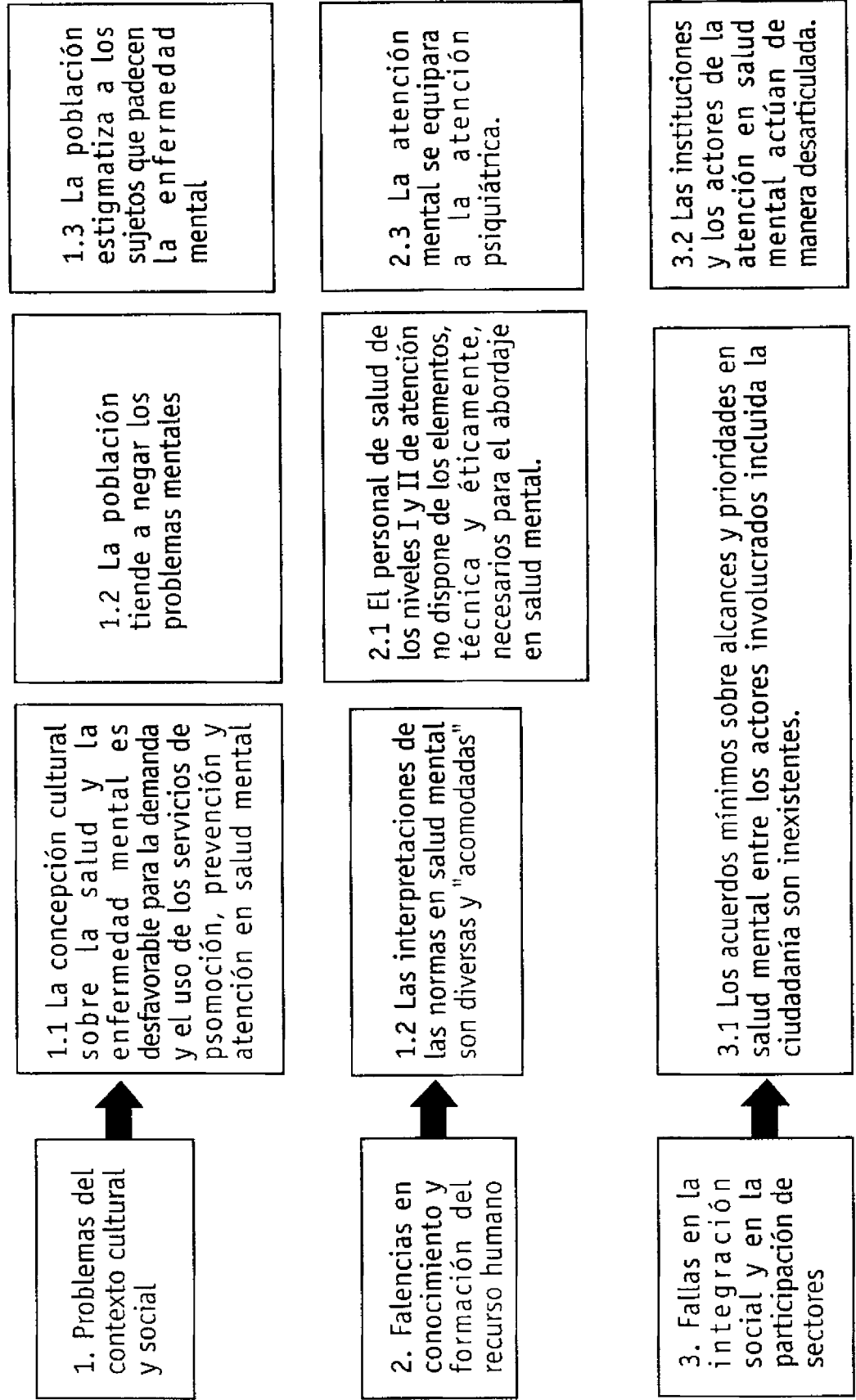
1. Preparación de un documento preliminar para sensibilizar a los talleristas en la discusión sobre el problema.
2. Realización de dos talleres para dilucidar y socializar los problemas fundamentales de la salud mental en el departamento de Antioquia. Un taller se refirió a población general y el otro para población afectada por desplazamiento forzoso.
3. Preparación de un segundo documento preliminar basado en el diagnóstico participativo, con indicación de líneas de acción, objetivos, estrategias, acciones y responsabilidades.
4. Socialización del documento ante autoridades nacionales y departamentales para buscar viabilidad política y factibilidad técnico-financiera.

La propuesta que a continuación se presenta requiere posteriores decisiones que le confieran el carácter de formulación pública con el subsiguiente compromiso institucional. Se entiende que dentro de los postulados que rigen la administración del Sistema General de Seguridad Social del país, la responsabilidad en la ejecución de los planes de salud está fundamentada en la célula municipal. Debe entenderse este documento como un insumo que direcciona procesos y parte de la viabilidad que la Dirección Seccional de Salud de Antioquia otorga como instancia que orienta, apoya y vigila la operación del sistema en el departamento de Antioquia. Se espera que todos los actores acá mencionados entiendan que frente a un problema complejo y postergado como es el de la atención a la salud mental, se identifiquen los roles en los cuales es conveniente intervenir.

Algunos problemas identificados no se desarrollan hacia líneas de acción, luego de analizar la gobernabilidad de la instancia departamental.

A continuación pueden observarse los diagramas que dan cuenta de la construcción colectiva de los problemas básicos de la salud mental en Antioquia. El primero se refiere a la visión que se tiene sobre la atención a la salud mental de la población general y el segundo a la específica que tiene esta problemática en la población afectada por el desplazamiento forzado.

11. ESQUEMA DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA DE ATENCIÓN MENTAL PARA LA POBLACIÓN ANTIOQUEÑA



4. Problemas en la gestión de salud: La pertinencia, operatividad y suficiencia de los servicios no están acordes a las necesidades y los problemas

4.1 La información sobre situación de salud mental es discontinua y fraccionada.

4.2 Los eventos relevantes en salud mental no están incluidos en el sistema de vigilancia epidemiológica del departamento

4.3 Los procesos de promoción de estilos de vida saludables son débiles

4.4 Los procesos de prevención en salud mental son débiles

4.4 El diagnóstico temprano y la intervención oportuna de la enfermedad mental no se realiza en el primer nivel de atención.

4.5 La atención a niños y niñas con enfermedad mental es insuficiente.

4.6 La red de servicios de salud es inoperante. No funciona el sistema de referencia y contrarreferencia

4.7 La población de hombres adultos está excluida en los planes.

5. Problemas del sistema de seguridad social

5.1 Las estrategias y los recursos están desintegrados frente a la complejidad normativa y los problemas

5.2 Las políticas existentes no responden a las necesidades, problemas y contextos del departamento

5.3 El SGSSS restringe (discrimina) el acceso a los servicios de salud mental

5.4 La cobertura por enfermedad mental y/o problemas psicosociales es insuficiente

5.5 Hay limitaciones en el suministro de medicamentos psiquiátricos

12. PROPUESTA DE ATENCIÓN MENTAL PARA LA POBLACIÓN ANTIOQUEÑA (A Partir del esquema descriptivo)

1. PROBLEMAS DEL CONTEXTO CULTURAL Y SOCIAL

- 1.1 La concepción cultural sobre la salud y la enfermedad mental es desfavorable para la demanda y el uso de los servicios de promoción, prevención y atención.
- 1.2 La población tiende a negar los problemas mentales.
- 1.3 La población estigmatiza a los sujetos que padecen enfermedad mental.

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
A) Transformar la concepción cultural en la salud mental. (salud mental- Enfermedad mental-Servicios de salud mental)	1 Desarrollo de espacios colectivos de discusión sobre Salud Mental	Dirección Seccional de Salud de Antioquia (DSSA) Direcciones Locales de Salud (DLS) Secretarías de Educación Universidades	Inmediato
	2 Estimular actividades de prevención de enfermedad mental en organizaciones comunitarias	DSSA DLS (Acciones del PAB)	Inmediato
	3 Apoyar propuestas relevantes en salud Mental en proyectos de comunicación y educación alternativa.	DSSA DLS Canales Regionales y locales de T.V. Emisoras comunitarias Facultades de Comunicación	6 meses

2 PROBLEMA: FALENCIAS EN CONOCIMIENTO Y FORMACIÓN DEL RECURSO HUMANO

- 2.1 Las interpretaciones de las normas en salud mental son diversas y "acomodadas"
- 2.2 El personal de salud de los niveles I y II de atención no dispone de los elementos, técnica y éticamente, necesarios para el abordaje en salud mental
- 2.3 La atención mental se equipara a la atención psiquiátrica

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
B) Estandarizar con el personal de salud criterios técnicos, normativos y éticos para el abordaje de la salud mental con perspectivas de desarrollo humano	1 Capacitar Médicos Generales, enfermeras y psicólogos en atención primaria en salud mental.	<i>DSSA Hospital Mental de Antioquia (HOMO) Carisma</i>	1 año
	2 Expedir norma técnica sobre roles y competencias en atención de enfermedad mental los niveles I y II	<i>DSSA</i>	6 meses
	3 Incorporar en los convenios docente-asistenciales temas concernientes a la salud mental	<i>DSSA Empresas Sociales del estado Universidades</i>	1 año

3 PROBLEMA: FALLAS EN LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y EN LA PARTICIPACIÓN DE SECTORES

3.1 Los acuerdos mínimos sobre alcances y prioridades en salud mental entre los actores involucrados incluida la ciudadanía son inexistentes.
3.2 Las instituciones y los actores de la atención en salud mental actúan de manera desarticulada

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
C) Compatibilizar políticas y voluntades de actores involucrados, incluida la comunidad, en cuanto aseguramiento y prestación de servicios de salud mental.	1 Impulsar la consolidación de mesas de trabajo intersectorial por la salud mental de Antioquia.	<i>DSSA Universidad de Antioquia</i>	Inmediato
	2. Sistematizar experiencias de intervención y evaluación de acciones de salud mental en el ámbito regional y local	<i>DSSA DLS Eps IPS</i>	6 meses
	3. Realizar audiencias públicas sobre el tema de la salud mental	<i>DSSA Secretaría de Gobierno Alcaldes</i>	1 año

4. PROBLEMAS EN LA GESTIÓN DE SALUD: LA PERTINENCIA, OPERATIVIDAD Y SUFICIENCIA DE LOS SERVICIOS NO ESTÁN ACORDES A LAS NECESIDADES Y LOS PROBLEMAS

4.1 La información sobre situación de salud mental es discontinua y fraccionada.
 4.2 Los eventos relevantes en salud mental no están incluidos en el sistema de vigilancia epidemiológica del departamento

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
D) Disponer de información periódica y actualizada sobre comportamiento de la enfermedad mental y los riesgos psicosociales	1 Capacitar a los trabajadores de la salud en la captación y atención de casos de salud mental	DSSA HOMO CARISMA UNIVERSIDADES	1 AÑO
	2. Incorporar por periodo epidemiológico la notificación de la enfermedad mental al SIVIGILA de acuerdo con la CIE-10	DSSA DLS	1 año

4.3 Los procesos de promoción de estilos de vida saludables son débiles
 4.4 Los procesos de prevención en salud mental son débiles

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
E) Brindar a la población Antioqueña acciones eficaces de prevención del uso indebido de psicoactivos.	1. Constituir y poner en funcionamiento los comités municipales de prevención	DSSA Consejo Departamental de Estupefacientes	6 meses

F) Disminuir la prevalencia de casos de violencia intrafamiliar	2 Formular proyectos que incorporen el tema de la crianza humanizada	DSSA Universidades	inmediato
G) Fortalecer mecanismos de autoprotección y apoyo social a riesgos de enfermedad mental	3 Propiciar la creación de grupos de autoayuda en depresión, DDA, SPTD y conductas adictivas	HOMO CARISMA	1 año

- 4.4 El diagnóstico temprano y la intervención oportuna de la enfermedad mental no se realiza en el primer nivel de atención.
- 4.5 La atención a niños y niñas con enfermedad mental es insuficiente
- 4.6 La red de servicios de salud es inoperante. No funciona el sistema de referencia y contrarreferencia
- 4.7 La población de hombres adultos está excluida en los planes.

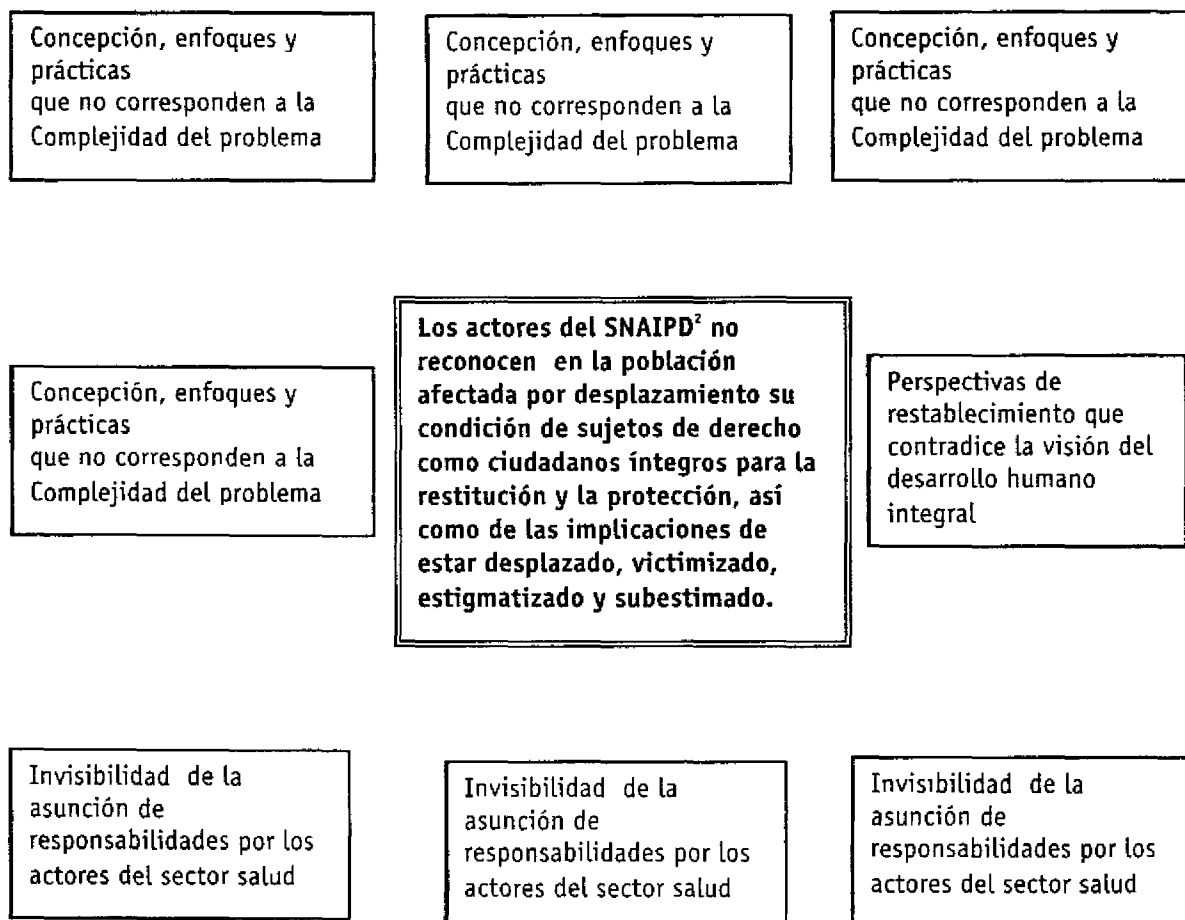
Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
H) Garantizar a los enfermos mentales el acceso a la red de servicios de atención del departamento.	1. Realizar protocolos de atención a las enfermedades mentales más prevalentes	DSSA HOMO	1 año
	2. Suscribir convenios con las IPS especializadas en salud mental para la integración funcional a la red de servicios	DSSA	6 meses

5. PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

5.1 Las estrategias y los recursos están desintegrados frente a la complejidad normativa y los problemas en salud mental
5.2 Las políticas existentes no responden a las necesidades, problemas y contextos del departamento
5.3 El Sistema General de Seguridad social en salud restringe (discrimina) el acceso a los servicios de salud mental
5.4 La cobertura de las personas afectadas por enfermedad mental y/o problemas psicosociales es insuficiente en Antioquia
5.5 Hay limitaciones en el suministro de medicamentos psiquiátricos

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
Abogar por el reconocimiento del derecho a la atención del enfermo mental dentro de las acciones de POS y POS-S	1 Formular un plan de comunicación sobre los derechos del enfermo mental	DSSA DLS Facultades de Comunicación	1 año
J) Apoyar políticas públicas saludables que integren la salud física a la salud mental.	2 Formular pautas de atención primaria en salud mental	DSSA HOMO CARISMA	1 año
k) Mejorar el acceso a Medicamentos psiquiátricos de calidad	Disponer de medicamentos psiquiátricos esenciales en IPS de niveles I y II	EPS IPS	1 año

13. ESQUEMA CONCEPTUAL SOBRE EL PROBLEMA DE ATENCIÓN MENTAL A LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN ANTIOQUIA¹



¹ Sobre el taller de Salud mental para población desplazada en Antioquia Medellín mayo 27y junio9 del 2003

² SNAIPD: Sistema Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada

14. PROPUESTA DE ATENCIÓN MENTAL PARA LA ATENCIÓN A POBLACIÓN AFECTADA POR EL DESPLAZAMIENTO

(Según Esquema descriptivo del problema)

PROBLEMA CENTRAL: Los actores del SNAIPD² no reconocen en la población afectada por desplazamiento su condición de sujetos de derecho como ciudadanos íntegros para la restitución y la protección, así como de las implicaciones de estar desplazado, victimizado, estigmatizado y subestimado.

1 Exclusión en la atención a población receptora, emplazada, en resistencia o bloqueada

2 Concepción, enfoques y prácticas que no corresponden a la Complejidad del problema

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
A). Reconocer en la población afectada por el desplazamiento los derechos sociales, económicos y culturales	1. Fortalecer la acción internacional como un mecanismo de protección del derecho internacional humanitario	Gobernación Red de Solidaridad Social Organismos Internacionales	Inmediato
B). Propiciar condiciones en la población en situación de desplazamiento para el ejercicio de los derechos de participación	2. Promover la organización comunitaria, los actos ciudadanos de convivencia pacífica, la resistencia civil y la formación cualificada para el ejercicio de los derechos humanos y el DIH	Secretaría de Gobierno Secretaría de Participación Comunitaria Alcaldes Personeros Organizaciones Sociales	1 año

Objetivos	Acciones	Responsable	Plazo
C). Integrar a los actores involucrados en la formulación de planes integrales de atención a la salud de los desplazados	3. Constituir en los municipios mesas de trabajo interinstitucional y comunitario sobre el problema del desplazamiento	Secretaría de Gobierno Secretaría de Participación Comunitaria DAPAR ¹ DSSA Alcaldes Personeros	1 año
D). Definir el enfoque mental desde una visión holística del ser humano	1. Capacitar a los líderes comunitarios, juntas de acción comunal y organizaciones de desplazados	DSSA Alcaldes Personeros ONG DAPAR Alcaldes Personeros	1 año
	2. Fomentar mecanismos de veeduría y participación social	ONGS	1 año
E). Mejorar la calidad, oportunidad y consistencia de la información sobre población afectada por la violencia	5. Aplicar herramientas de diagnóstico rápido participativo con la población afectada por el desplazamiento	DSSA DAPAR Alcaldes Personeros Secretaría de Gobierno DAPAR DSSA	Inmediato
	6. Establecer sistemas de información y observatorios		1 año
F). Fortalecen en Antioquia el Sistema Departamental de Atención a la población desplazada	7. Integración funcional y financiera de las instituciones que constituyen el SDAIPD. 8. Poner en funcionamiento los comités municipales de la atención a la población desplazada	Secretaría de Gobierno Entidades de SDAIPD	6 años

¹DAPAR: Departamento administrativo para la prevención y atención de desastres del departamento de Antioquia

Bibliografía

1. **CHF INTERNACIONAL - CORPORACIÓN AVRE** .Guía de Orientaciones Para Atención En Salud Mental y Trabajo Psicosocial a Población Desplazada En Colombia Bogotá, Diciembre de 2002.
2. **Colombia DNP**, Documento CONPES 2804 (13/09/95): Programa Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia.
3. **Colombia**, Directiva Presidencial No. 02 (18/03/97)
4. **Colombia**, Decreto 976 (07104/97)
5. **Colombia**, Ley 387 (18/07/97)
6. **Colombia**, Documento CONPES 2924 (09/97)
7. **Colombia**, Documento Conpes 3057 de 1999.
8. **Colombia**, Decreto 173 /98
9. **Colombia, Ministerio de Salud** *Política Nacional de Salud Mental. Santafé de Bogotá, mayo de 1998*
- 10 **Colombia**. *Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006*
- 11.**Colombia, Ministerio de Salud**, Lineamientos para la atención psicosocial de la población desplazada por la violencia Bogotá, octubre de 1999.
- 12.**Colombia**, *Ley 387/2000 Sistema Nacional para la Atención a la Población Desplazada por la Violencia.*
- 13.**Colombia**, **LEY No. 375 del 4 de Julio DE 1997** *Ley de la Juventud..*
- 14.**DANE**, indicadores demográficos 2002
- 15.**Colombia, Ministerio de Protección Social**. *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. Febrero del 2003*
REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD plan estratégico salud.2002
- 16.**Colombia, Ministerio de Salud: Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas-Colombia,1993**
- 17.**Colombia, Ministerio de Salud**. Resolución 00412 de 2000 Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento

y desarrollo en el menor de 1 años.

19. **Colombia, Ministerio de salud** .*Prevención y promoción de la salud en la seguridad social. Bogotá 1995*
20. **Colombia Ley 715 del 2002.**
- 21 **Colombia Ministerio de la Protección Social.** Progama Nacional de Salud 2002-2006- Bogotá2003
22. **DSSA.** Circular 041 de Febrero 7 del 2003
23. **Gaviria, M.B. y cols.** *Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estratio.1 OPS/ Universidad de Antioquia. Medellín 2002.*
24. **Global Alliance for Women's Health** <http://www.gawh.org/publications>
25. **Havighurst, .** Las actitudes personales y sociales de adolescentes. Estudio comparado. Estados Unidos: Editorial O.E.A . Citado por Tula Mae-Tsu en: Desarrollo psicológico del adolescente. 1963 <http://www.ctv.es>
26. **Monzón Isabel** *Memorias 12vas Jornadas Feministas. ATEM, Bs.As 1993,*
27. **Organización de las Naciones Unidas.** Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en Colombia 2002
28. **OMS** *Informe sobre la salud mental en el Mundo. Ginebra, 2001*
29. **OPS.NIMH,** *Salud mental en las Americas: Asociándonos para el progreso, Washington 2001*
30. **Pontificia Universidad Javeriana** Facultad de Ciencias Económicas Administrativas . Lineamientos para el desarrollo de una estrategia de intervención en atención primaria en salud y promoción de la salud para la población desplazada, pobre y vulnerable de la zona sur oriental de Cartagena

<http://www.disaster.info.desastres.net/desplazados/documentos/puj/lineamientos.htm>
31. **Posada, A, Gómez J.F y Ramírez H.** *El niño sano. UdeA. Medellín, 2 Ed. 1998, pag 36.*
32. **Profamilia** *Estudio Nacional de Demografía y Salud.2002*

33. República de Colombia. Constitución Política 1991
34. Restrepo, L C., Salud Mental e insurgencia ciudadana-Revista Ave Fénix, No 3, vol. 1, 1994
35. Torres, Y; Montoya I.D. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas - Colombia 1997.
36. Trujillo Gustavo. La convergencia en la crianza Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. 2002
37. UNICEF Convención sobre los Derechos del Niño. (<http://www.unicef.org/>)
38. UNICEF, Situación de la Infancia en Colombia, <http://www.unicef.org.co/03.htm>
39. Universidad de Antioquia: Facultad Nacional de Salud Pública. Gestión de Proyectos: Enfoque y métodos, Medellín 2002.
40. Van Ommeren y cols. Custodial Psychiatric Hospitals in Conflict situations: Responsibilities of Public Health Official. Geneva 2002
41. WHO Nations Formental Healyh: The effectiveness of mental services in primary care: The view from the developing world. Geneva 2001
42. WHO: Mental Health Determinants and Populations department of Mental Health and Substance Dependence Geneva 2000. Resumen y traducción: Álvaro Olaya
43. WHO. Mental Health in emergencies. Geneva 2003-06-19
44. WHO: Women's Mental Health: An Evidence Based Review WHO/MSD/MDP/00. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva 2000