

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN
DE
SALUD PÚBLICA



DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA
GOBERNACION DE ANTIOQUIA



Diagnóstico de oferta de servicios en salud mental 2004-2007

Por.: Dedsy Y. Berbesi F.1, Gloria Rivas R. 2,
Maria Cristina Franco V.3

1 Esp. Epidemiología. Universidad del CES. Grupo
Epidemiología y Bioestadística. E-
mail:dberbesi@ces.edu.co

2 GESIS. Dirección Seccional del Salud de
Antioquia.

3 Magíster Salud Pública. Dirección Seccional de
Salud de Antioquia.

RESUMEN

Se presenta el diagnóstico de oferta en servicios de salud mental de Antioquia (Colombia) recolectado en los años 2004, 2006 y 2007. Se realizó un estudio de corte. La población estuvo constituida por los 125 municipios del departamento encargados de ejecutar las acciones colectivas establecidas en el Plan de Atención Básica según lineamientos del Ministerio de la Protección Social. El 54%(57) de los municipios no elaboró el diagnóstico de salud mental, el 61%(72) de los municipios contaban con proyecto de salud mental. La Violencia Intrafamiliar fue el evento más trabajado en los tres años 85%(89), el departamento tiene una disponibilidad de 7 Psiquiatras y 35 Psicólogos por cada 100.000 habitantes. Se requiere contar con información acerca de los recursos existentes en salud mental para mejorar las condiciones de calidad y cantidad de los mismos, hasta que no se logre reconocer la importancia de la información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de ser acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas, además sin contar con la voluntad

política plasmada a través de programas para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas, se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales.

Palabras claves: servicios de salud mental, diagnóstico.

INTRODUCCION

La Circular 18 del 18 de febrero de 2004 del Ministerio de la Protección Social estableció prioridades en salud pública y acciones de estricto cumplimiento dentro de los planes de atención básica municipales (PAB), estos debían ser ejecutados, cumplidos y evaluados, en los **componentes** de: reducción de enfermedades inmunoprevenibles, prevalentes de la infancia y mortalidad infantil, implementación de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas, fortalecimiento del Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional, **reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de sustancias psicoactivas** y prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores (1).

El trabajo en este último componente se incluía el diagnóstico situacional en salud mental por departamentos y municipios, acción que fue asumida para el Departamento de Antioquia, a través de la Dirección Seccional de Salud.

El diagnóstico debía incluir la oferta de servicios existente, las fuentes de financiación por medio de las cuales se realizaron las acciones en la materia, el total de recursos invertidos por vigencia fiscal en los diferentes componentes, el recurso humano especializado y no

especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención, la participación social en salud mental (asociaciones de usuarios, redes sociales, entre otros), la existencia de experiencias demostrativas de atención integral en salud mental, especialmente de carácter comunitario y demás información que se considerara relevante, para el diseño de los planes municipales en salud (1).

En los componentes priorizados de salud mental se desarrollaron las siguientes categorías todas de interés departamental y algunas por requerimiento del Ministerio de Protección Social para el análisis de la información recolectada en las direcciones locales de salud:

Salud mental: incluía preguntas sobre la existencia del diagnóstico, plan, programa y proyecto de salud mental, prevención del trastorno de comportamiento y estrategias de habilidades para vivir.

Sustancias psicoactivas, la oferta existente en diagnóstico de demanda, plan, programa y proyecto de reducción, proyectos de vida sin drogas y otras estrategias de prevención de reducción del consumo.

Convivencia familiar cuyos componentes son la promoción de la convivencia, prevención y vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, redes de prevención de violencia intrafamiliar, sustancias psicoactivas y trastornos mentales.

Impacto psicosocial por accidentes de mina antipersonal y del desplazamiento forzado.

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

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

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

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

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

Este diagnóstico incluye además información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) describiendo el tipo de recurso humano y financiero, la dotación y servicios con los que cuenta, los espacios de participación social en estas instituciones, las actividades extramurales, dificultades en la remisión y tipo de medicamentos utilizados en la atención de los trastornos mentales.

Se presenta el informe del diagnóstico en servicios de salud mental en el departamento de Antioquia recolectado en los años 2004, 2006 y 2007.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte. La población de estudio fueron los 125 municipios; los cuales se encuentran distribuidos en nueve regiones; cada uno cuenta con una dirección local de salud. Estas unidades territoriales son las encargadas de planificar y garantizar la

ejecución de las acciones colectivas dentro del Plan de Atención Básica donde se incluye el componente de Salud Mental.

Fue diseñada una encuesta para recolectar información sobre los servicios de salud mental ofrecidos en los 125 municipios de Antioquia, este formulario fue enviado durante tres años (2004, 2006 y 2007) a todas las direcciones locales o secretarías municipales de salud (DLS) por correo oficial y recolectado en promedio en los siguientes dos meses después de enviado.

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

En el 2006 la información recopilada correspondió a 118 direcciones locales de salud, equivalente al 94% del total de municipios del Departamento. Se logró capturar información del total de los municipios de la región del Norte, Bajo Cauca, Oriente, Occidente y del Área Metropolitana, cabe anotar que en el diagnóstico realizado durante el año 2004, al igual que ahora, la región Norte y Occidente de Antioquia aportaron la información para el total de sus municipios. En las demás regiones se logró una cobertura por encima del 80%.

Para el 2007 los datos correspondieron a 81 direcciones locales de salud que suministraron información de sus

municipios. En la región Nordeste todos los municipios que la conforman respondieron la encuesta, en el Norte tres municipios faltaron por diligenciarla y en el Occidente cuatro municipios. Las regiones con menor información fueron área metropolitana y Urabá, donde faltaron 5 y 6 municipios respectivamente por diligenciar la encuesta.

El procesamiento de la información se hizo en Epi Info versión 6.0 y Microsoft Excel, a las variables categóricas se les calculo medidas de frecuencia absolutas y relativas.

RESULTADOS

Problemas priorizados

Para los municipios de Antioquia que respondieron la encuesta en los tres años, se observó la misma tendencia de prioridades uno (reducción de enfermedades inmunoprevenibles en niños) y dos (implementación de la política de salud sexual y reproductiva) dentro del Plan de Atención Básica comparado con los otros cuatro componentes de dicho plan. La tercera prioridad presentó cambios en los tres años, para el año 2004, el fortalecimiento del Plan de Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia ocupó este lugar, en el 2006 la reducción del impacto en salud de la violencia y para el 2007 la promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

El ubicar estas prioridades permite identificar la asignación de recursos técnicos y financieros en el cumplimiento de las metas propuesta por el gobierno nacional y departamental en los municipios.

Salud Mental

En los lineamientos del Plan de Atención Básica 2004-2007, la primera meta en

salud mental fue que el 100% de los municipios del departamento contaran con un diagnóstico de salud mental elaborado y con problemas priorizados. En el 2007, el 64% (51) de los municipios que respondieron la encuesta refieren haber elaborado el diagnóstico de salud mental, dicha frecuencia es similar a la información encontrada en el diagnóstico de oferta elaborado en el año 2004 donde 46%(52) municipios lo tenían y superior a la encontrada en el año 2006 donde solo 39%(46) de los municipios lo habían elaborado y priorizado los problemas.

El plan de salud mental era la segunda meta dentro del componente de salud mental descrita en el Anexo Técnico de la Circular 18 de 2004, del Ministerio de Protección Social. En el año 2004 solo el 28% (31) de los municipios, contaban con este plan, mientras que el año 2006 el 40% (40) de los municipios reportaron haberlo implementado, para el año 2007 este porcentaje aumento al 58%(46). La meta era lograr que el 80% de los municipios contaran con un Plan de Salud Mental implementado y operando.

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

Las regiones del Nordeste, Occidente y Suroeste tienen 6 municipios, cada una, que sin contar con un diagnóstico de salud mental cuentan con un plan, programa y proyecto de salud mental.

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

El 59%(47) de los municipios durante el año 2007 desarrollaron la estrategia de habilidades para vivir, igual valor fue encontrado en el diagnóstico del año 2006 y para el 2004 se encontró que fue del 46%(51).

Sustancias Psicoactivas

Sólo el 29%(23) municipios de los que respondieron la encuesta durante el 2007, informaron que tienen elaborado el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas. Se resalta la región del Suroeste donde 7 municipios lo tienen realizado y las regiones de Urabá y Bajo Cauca donde ningún municipio lo ha realizado.

Llama la atención que algunos municipios que no han realizado el diagnóstico de demanda de sustancias psicoactivas si tienen el proyecto 44%(46) y el programa 36%(38) de reducción de sustancias psicoactivas.

Convivencia Familiar

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

En cuanto a las acciones de promoción de la convivencia familiar y del trato digno de niños y niñas el 88%(71) de los municipios lo incluyeron como uno de los

componentes que se trabajaron durante el 2007.

La prevención de la violencia intrafamiliar y/o violencia doméstica y sexual es ejecutada en 92.5%(74) de los municipios especialmente de las regiones del Suroeste y Norte. Mientras que las acciones de vigilancia a este evento solo la realizan 85%(69) de los municipios que enviaron información.

Las regiones del Departamento tienen un comportamiento similar en cuanto a la ejecución de los tres componentes de promoción (71), prevención (74) y vigilancia (68) a la Violencia Intrafamiliar en cada uno de los municipios que enviaron la encuesta.

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

Impacto psicosocial por minas antipersona y desplazamiento forzado

En la encuesta del diagnóstico de oferta de salud mental se indagó sobre acciones realizadas para disminuir el impacto psicosocial por accidentes de mina antipersonal encontrándose que solo el 17%(14) de los municipios realizan acciones en este aspecto pertenecientes a las regiones de Oriente y Norte.

Al comparar el diagnóstico realizado en año 2004, se encontró que 10 municipios tenían este programa que representaba el 9%; luego para el año 2006 se presentaron 25% (30)

municipios, la cual fue la proporción más alta reportada en los tres diagnósticos realizados.

En relación con el impacto psicosocial por el desplazamiento encontramos que en 21 municipios se tiene implementado el programa y las mayores frecuencias la presentan las regiones de Oriente y Norte.

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

En el 2007 la ejecución de las actividades de salud mental en los municipios estaba a cargo principalmente de la direcciones locales de salud 51%(41), luego por la IPS o ESE Hospitales con el 36%(29). Tan solo 6% de los municipios ejecutó actividades por la DLS y una IPS conjuntamente.

Para el 2004 el 41%(46) de las actividades las ejecuto la DLS directamente y en el 2006 este porcentaje aumento a un 86%(101).

Existencia de Redes o Agrupaciones en los Municipios y acciones desarrolladas en el componente de Salud Mental durante el 2007

De acuerdo a la Circular 18 de 2004 del Ministerio de la Protección Social, los municipios debían contar con redes conformadas que integraran la promoción y prevención en salud mental, Violencia Intrafamiliar y sexual, pactos por la infancia y otras redes. De acuerdo a la información suministrada con respecto a este tema, se encontró que el 54%(44) municipios refirieron la existencia de redes en salud mental establecidas y de éstas solo 36 coordinaban actividades.

Con respecto a la red de prevención y atención a la Violencia Intrafamiliar se encontró la frecuencia más alta en cuanto a existencia en los entes territoriales con el

72%(58), dentro del cual se ejecutan acciones de promoción en 42 territorios y la menor frecuencia es la prevención de los trastornos mentales en 19 municipios.

Otra frecuencia importante es la existencia de mesa, observatorio o pactos por la infancia que se realiza en 56 municipios en el cual trabajaron específicamente la promoción y la coordinación de actividades con el 52%(42) y 51%(41) respectivamente. La región Norte es el que presentó la mayor frecuencia de participación con 13 de los 14 municipios que respondieron la encuesta.

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

Es de anotar que algunos municipios indican que existen las redes, pero de acuerdo a la información suministrada no ejecutan ninguna de las acciones.

A nivel general se encontró que ocho municipios cuentan con las cinco redes consultadas. De los cuales cuatro pertenecen a la región Norte.

Recurso humano contratado y tiempo dedicado a las actividades de Salud Mental a cargo de los Municipios de Antioquia.

Un componente significativo para la atención en salud mental es la contratación de personal calificado. Sólo dos municipios cuentan con un

psiquiatra. El 89%(72) de los municipios tienen contratados los servicios de 104 psicólogos que se encargan principalmente de realizar acciones de promoción y prevención.

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

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

Espacios de Participación Social

En cuanto al conocimiento que las direcciones locales de salud tienen sobre las organizaciones de participación social que existen, se trató de indagar sobre el tema y se encontró que el 95%(77) de los municipios cuentan con el Consejo Municipal de Política Social (COMPOS), siendo la frecuencia más alta y el Comité de Participación Comunitario (COPACO) fue la más baja con el 32%(26).

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

En el análisis de información del diagnóstico se encontró que cuatro municipios dos de Occidente y dos de Valle de Aburra tienen establecidos los seis

mecanismos de participación social determinados en el diagnóstico.

Presupuesto asignado a salud mental

De acuerdo a los datos suministrados en las encuestas, se encontró que 59 municipios de los 81 enviaron información sobre los recursos económicos y fuentes de financiamiento asignados para el PAB. La inversión en Salud Mental en el año 2004 fue del 17% del total de recursos asignados al Plan de Atención Básica, en el 2005 fue del 12%, para el 2006 fue de 13% y en el 2007 fue del 14%. Las regiones que mayor inversión económica han realizado durante el 2007 fueron Oriente, Nordeste y Norte de acuerdo a la información suministrada por los municipios que enviaron la encuesta.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

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

En la base de datos de prestadores de servicios de salud del Departamento de Antioquia de los años 2006 y 2007 se encontraban registrados 3.5 psicólogos por cada 10.000 hab. (11968) y 0.7 psiquiatras por cada 10.000 hab. (403) estos últimos repartidos en 297 IPS

habilitadas en el año 2006 y 2007. El Área Metropolitana continúa siendo la región que alberga la mayor frecuencia de profesionales de la salud.

Tipo de Recurso humano y tiempo dedicado a las actividades de Salud Mental en las IPS que reportaron información para el Diagnóstico de Oferta en Salud Mental.

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

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

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

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

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

de camas se encuentran centralizadas en el área metropolitana.

Espacios de Participación Social en los prestadores de servicios de salud

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

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

Actividades individuales de salud mental intramurales y extramurales reportadas por las IPS

Las actividades realizadas tanto individuales como colectivas intra y extramural fueron ejecutadas por los psicólogos en su mayoría, representan la frecuencias más altas. De acuerdo a los diagnósticos realizados en los años 2004 y 2006 se observaron las mismas tendencias de acuerdo a la información recopilada en las respectivas épocas.

Dificultades en la Remisión de Pacientes

De acuerdo a las respuestas obtenidas de los municipios en la encuesta del diagnóstico de oferta con respecto a las dificultades para la remisión de los pacientes en salud mental a una institución de nivel superior, se encontró que la mayor frecuencia existía en la no disponibilidad de camas en las instituciones receptoras, representando el 68%(46).

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

Tipo de Medicamentos

Los tipos de medicamentos que utilizaban las Instituciones de Salud durante los anteriores dos diagnósticos realizados en los años 2004 y 2006 fueron los antidepresivos; durante el año 2007 los más utilizados son los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Los antidepresivos pasaron a un segundo lugar.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La necesidad de contar con información exacta acerca de los recursos existentes en salud mental se requiere para mejorar las condiciones de calidad y la cantidad de los recursos de salud mental que cubran las necesidades actuales y futuras, teniendo en cuenta que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la

carga de morbilidad y previendo que esta carga aumente en los años venideros (2). El 54%(57) de los municipios en Antioquia no elaboraron el diagnóstico de salud mental en el periodo 2004-2007 a pesar de ser una meta de obligatorio cumplimiento en la normatividad nacional y un insumo básico para la identificación de los problemas de la población y su priorización en la agenda pública municipal.

Al finalizar el cuatrienio de gobierno local 2004-2007 el nivel nacional esperaba que el 80% de los municipios contaran con un plan de salud mental (1), como evidencia de la formulación de acciones concretas en este componente y como base para el desarrollo de programas y planes de acción. Sin este, resulta difícil planificar la cobertura de las necesidades presentes y futuras de un ente territorial, para el 2007 el 37%(46) de los municipios en Antioquia reportaron la implementación y operación de dicho plan.

En el componente de la formulación del proyecto de salud mental, se encontró que el 61%(72) de los municipios contaban con dicho proyecto. Un proyecto de salud mental facilita a los municipios la aplicación de medidas en este tema. El proyecto se convierte en una actividad local y requiere apoyo económico que garantice su aplicación.

Por lo general, se considera fundamental establecer un presupuesto específico de salud mental para desarrollar los servicios (3), sobre todo en los municipios en que este componente no es prioritario. En Antioquia en los cuatros años de vigencia de la circular 18, el presupuesto asignado en promedio fue del 14% del total de recursos del sistema general de

participaciones asignado a salud pública (acciones colectivas). Dada la magnitud de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales, así como la posibilidad de aplicar intervenciones eficaces, la proporción del presupuesto general destinada a salud mental debería estar comprendida entre el 5% y el 15% (3), pero del presupuesto general del municipio no de los recursos asignados desde la nación.

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

En el 30% de las instituciones educativas se esperaba contar con la implementación de la estrategia habilidades para vivir; el 59%(47) de los municipios en Antioquia desarrollaron la estrategia de Habilidades para Vivir, esta información no se desagrega por institución educativa y no refleja si la implementación cumple los criterios de una estrategia con un modelo teórico y enfoque metodológico y no solo acciones puntuales enmarcadas en este tema.

La meta más difícil de identificar fue la implementación de estrategias de movilización social para la promoción de la salud mental, prevención y control de problemas y comportamientos que afectan la salud mental y consumo de sustancias psicoactivas que se esperaba operativizar en el 50% de las entidades territoriales pero además de ser desarrollada debía ser evaluada, el nivel de avances en los municipios no permitió la implementación de estrategias con los presupuestos

suficientes y no fueron reportadas experiencias en la evaluación de dichos proyectos. El departamento avanzó durante cuatro años en la implementación de una estrategia de movilización social denominada el RINCÓN DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS con un componente de evaluación, se logró expandir en 108 municipios sin su continuidad luego de cambios administrativos en el año 2007.

El diagnóstico consultó además por el recurso humano especializado y no especializado, por medio del cual se cubren las necesidades de atención, para Antioquia de acuerdo al registro de prestadores se encontró una disponibilidad de 7 psiquiatras por cada 100 000 hab. El psiquiatra es un miembro fundamental del equipo de atención de salud mental, son también esenciales para formar, apoyar y supervisar a los profesionales y técnicos de los primeros niveles atención de salud mental. La media mundial de psiquiatras por 100 000 habitantes es de 3,96 (de 5,94, mediana 1,0), según el informe de recurso humano en salud mental en el mundo en el 2001(3).

En Antioquia están identificados 35 psicólogos por cada 100 000 hab. Los psicólogos son miembros importantes de los equipos de atención de salud mental porque desempeñan varias funciones, tanto de diagnóstico como de terapia y rehabilitación. La media de psicólogos del área de salud mental en el mundo fue de 6,43 por 100 000 habitantes (DE 16,29, mediana 0,4) (3).

Las recomendaciones presentadas en el documento sobre informe mundial sobre la violencia y salud reconocen la importancia de aumentar la capacidad para recolectar datos y de reforzar la respuesta a las víctimas de la violencia

(4), este tema fue el principal componente trabajado en el área de salud mental en los municipios de Antioquia en el periodo 2004-2007, igual comportamiento presenta la promoción de la convivencia pacífica implementada en el 86% (108) de los municipios, acatando otra recomendación del informe mundial frente al promover respuestas de prevención primaria (4).

Para el logro de las metas propuestas en la circular 18 de 2004, los municipios, debían desarrollar intervenciones e indicadores en los Planes de Atención Básica durante las vigencias 2004-2007(2), con respecto al componente de salud mental se puede informar que si bien los municipios desarrollaron acciones de salud mental relacionadas con la metas establecidas por el nivel ministerial, no alcanzaron los indicadores esperados, en el 2004 y 2006 se hizo un mayor reporte de las acciones implementadas, este disminuyó en el año 2007 afectando la confiabilidad de la información y la generalización a todo el departamento.

Aunque se cuente con datos, la calidad de la información puede ser inadecuada para fines de investigación y para diseñar estrategias de prevención (4), hasta que no se logre reconocer la importancia de contar con información para la acción y la toma de decisiones, el tema de salud mental no pasará de acciones aisladas sin estrategias diseñadas y evaluadas, además sin contar con la voluntad política para la intervención de problemáticas latentes y aplazadas se estará creando una agenda inconclusa e intratable por los entes territoriales.

Proyecto financiado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. En: Informe sobre la salud en el mundo. [en línea] 2001 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
2. Ministerio de la Protección Social. Circular N° 0018 de 2004. Lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública. Colombia 2004.
3. Organización Mundial de la Salud. Atlas recurso de salud mental en el mundo [en línea] 2001 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [en línea] 2002 [acceso el 14 de mayo 2007] URL disponible en: http://www.paho.org/spanish/am/pub/violencia_a_2003.htm.
5. Ministerio de la Protección Social. Circular externa no.18 de 18 de febrero de 2004 anexo técnico metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento del plan de atención básica. [en línea] 2004 [acceso el 14 de mayo de 2007] URL disponible en: www.minproteccion-social.gov.co.
6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA. Harvard School of Public Health en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
7. Ministerio de Protección Social. Informe preliminar encuesta nacional de salud mental. [en línea] 2003 [Acceso el 18 de Agosto de 2007] URL disponible en: <http://www.abacolombia.org.co/postnuke/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=266>.
8. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998 Ministerio de Salud. [en línea] 1998 [Acceso el 18 de agosto de 2007] URL disponible en: <http://www.acsam.com.co>.
9. Berbesí DY, Rivas G, Diagnostico de Oferta de Servicios de Salud Mental 2006. Dirección Seccional de salud de Antioquia 2006. Ref Type: Unpublished Work.
10. Caldas de Almeida JM. Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;18(4/5):314–26.

11. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1997.
12. Márquez Alonso I, Póo Ruíz M. Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría Pública* 1998;(6): 378-388
13. Jaramillo I. Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la Seguridad Social en Colombia. *Gac Sanit* 2002;16(1):48-53.
14. Berrios X, Bedregal P, Guzman B. Costo-efectividad de la promoción de la salud en Chile. Experiencia del programa «¡Mírame. *Rev Méd Chile* 2004; (132): 361-370.
15. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 18(4/5):229-40.
16. Echeverri G, Otálora N. Guía para la planeación del componente de salud mental en los planes territoriales de salud. Imprenta Nal de Colombia 2005.
17. Vicente P, Kohn, Robert, Saldivia B. Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2007; 135 (12): 1591-1599.