

Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental

Forma de citar este artículo en APA:

Barrero Plazas, A. M. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis*, 72-77.

Ángela María Barrero Plazas*

Resumen

Se presenta una reflexión crítica sobre varios puntos relevantes que se contemplan en el desarrollo de la Ley de Salud Mental 1616 del 2013, como también una discusión sobre la existencia simultánea de dos modelos de atención, uno centrado en la hospitalización psiquiátrica, donde el principal referente es el trastorno mental y otro, desde la concepción de carácter psicosocial.

Palabras Clave:

Ley de Salud Mental, modelos de atención, trastorno mental, psicosocial.

* Psicóloga. Estudiante Maestría Salud Mental Comunitaria. Universidad el Bosque. Contacto: amariabp@gmail.com

De acuerdo con la OMS (2001), actualmente, a nivel mundial, se ha evidenciado un elevado crecimiento de los trastornos mentales, donde una de cada cuatro personas ha sufrido un trastorno mental o neurológico en algún momento de su vida. En Colombia se estima que 8 de cada 20 personas, han padecido un trastorno de este tipo (Ministerio de Salud y protección social, 2013).

Esto implica una alta responsabilidad del Estado, de instituciones ya sean públicas o privadas, de los profesionales en salud mental, las sociedades científicas, universidades, organizaciones que representan a personas con discapacidad cognitiva o trastornos mentales, sus familias y/o cuidadores, y la comunidad en general.

La Ley de salud mental, expedida en enero del 2013, permite dar un paso adelante en la atención de las personas que habitan el territorio colombiano, garantizando el derecho a la salud mental de la población, e intentando eliminar las barreras que se presentan al momento de acceder a los servicios.

Como se menciona, es preferible contar con una Ley en salud mental a carecer de ella, por ello es un avance muy importante para el Sistema general de seguridad social en salud y para toda la población que habita el territorio nacional, es decir, ya sea para los pacientes, sus familias y/o cuidador(es) y para la población en general, debido a que ninguna persona es inmune a desarrollar un trastorno mental o a presentar estados de estrés, ansiedad, baja autoestima, etc.

Y aunque es favorable la existencia de esta legislación, es irremediable omitir el sinsabor de la comunidad asistencial y de los usuarios del sistema, al notar que la Ley de salud mental no es lo suficientemente coherente, realista y aplicable, puesto que no presenta en muchos casos garantías en el goce efectivo de los derechos que se exponen en su contenido.

En continuidad, la Ley toca varios puntos muy relevantes, sin embargo, no maneja una especificidad en alguno de ellos, como, por ejemplo: prioriza a niños, niñas y adolescentes; pero no específica que la madurez mental no llega con la adultez y las personas que padecen discapacidad cognitiva, son niños mentalmente y cuentan con una de las discapacidades más complejas y de difícil afrontamiento, tanto para sí mismos, como para sus familias y cuidadores. Igualmente, los adultos mayores son incluidos en el trascurso del documento, en donde al igual que los niños, niñas y adolescentes cuentan con atención prioritaria, sin embargo, no se destacan en los aspectos más importantes de la Ley, pues no se encuentra expuesto en las primeras líneas, por lo que pierde claridad.

De igual modo, se utilizan expresiones que son inadecuadas para el nivel académico del texto, como, por ejemplo, se expone: “La rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad a individuos que están deteriorados, discapacitados” (Ley 1616, 2013).

Frente a lo anterior, organizaciones de y para personas en situación de discapacidad, hacen hincapié en que los seres humanos, con cualquier condición, son personas y tienen el derecho a ser tratados y llamados como ciudadanos de primera. En consonancia con esto, el término “persona” debe ubicarse antes que su discapacidad, enfocando a la persona y no a la discapacidad.

En este punto es de gran relevancia, la definición dada por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2014), allí se menciona que “la discapacidad resulta de la interacción entre personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y el entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás”.

Esto significa que la discapacidad no la tiene la persona, la discapacidad se genera cuando la persona que tiene algún tipo de deficiencia, debe estar en igualdad de oportunidades con el otro. Lo que se presenta con las personas en situación de discapacidad, son algunas restricciones que pueden sobreponerse gracias a ciertos ajustes que, implementados, garanticen la igualdad de oportunidades (Discapacidad y Derechos, 2012).

De acuerdo a la CIF (2001) es importante establecer un lenguaje común para describir los estados de salud, con el fin de mejorar la comunicación entre profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población en general, incluyendo a las personas con discapacidades (p. 7). De esta manera, por ejemplo, en la Ley se define que la Discapacidad Mental “se presenta en una persona que padece limitaciones psíquicas o de comportamiento” (Ley 1616, 2013); Se podrían tener en cuenta los términos sugeridos por la CIF y reemplazar limitaciones psíquicas, por deficiencias en las funciones mentales y la clasificación de las funciones mentales que realiza la misma.

Por otro lado, en la Ley de salud mental se menciona la red integral de prestación de servicios, tal como se evidencia a continuación:

“Los Entes Territoriales, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud. Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental” (Ley 1616, 2013, art. 12).

En este punto, es importante cuestionarse de qué manera se realizará la Atención Primaria en Salud con prestación de servicios en todos los niveles de complejidad, teniendo en cuenta que la atención primaria se diferencia ampliamente de la atención en todos los niveles. Así mismo, cuál sería la diferenciación de atención entre los regímenes, sabiendo que los planes de beneficio entre ambos aun difieren significativamente.

Otro punto de gran importancia en la Ley, es el que presenta dos paradigmas contradictorios: el primero centrado en el fortalecimiento de la salud mental comunitaria, incluyendo a pacientes, sus familias, cuidadores y organizaciones, y otra arraigada a la concepción psiquiátrica, manteniendo como principal referencia el trastorno mental (Castro & Munévar, 2014, p. 1).

De esta manera, un avance importante se plantea en términos de fortalecimiento en la prevención del trastorno y la promoción de la salud mental de acuerdo a una aproximación psicosocial, basada en las prácticas de Atención Primaria en Salud. Sin embargo, como bien se cita anteriormente, se mantiene paralelamente el modelo de aumento de hospitalización psiquiátrica que implica el arraigo del modelo Biomédico de atención en salud mental. En relación a la Atención Primaria en Salud, no ha sido concebida como una nueva manera para construir políticas y generar acciones en salud pública, sino que por el contrario ha sido abordada como un instrumento de cumplimiento de servicios (Stolkiner y Garbus, 2009, p. 174).

También es pertinente cuestionarse de qué manera se especificará la Atención Primaria en Salud, debido a que se perciben vacíos al establecer que las personas tienen derecho a que: “las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente” (Ley 1616, 2013, art. 6), en este sentido no se concreta de qué manera se forjarán las estrategias de hospitalización psiquiátrica, lo que lleva a tener en cuenta la situación que comenta Dimenstein (2013), quien analiza el caso de la reforma de la legislación en Salud Mental en Brasil, en donde uno de los mayores obstáculos que ha tenido que afrontar dicha reforma ha sido “la coexistencia explícita de dos paradigmas de atención, uno centrado en la institución del manicomio y otro de carácter psicosocial” (p. 47)

En la ley esperanza se propone un modelo de salud mental que trasciende el paradigma psicopatológico, sin embargo, aún se logra percibir el paradigma psiquiátrico, que se mueve tras el referente de “trastorno mental” (Ley 1616, art. 5). El trastorno mental viene siendo definido desde los criterios biomédicos que describen la psiquiatría utilizada a partir del DSM, que implica el uso de fármacos y la “cientificidad” que ha sido la forma a través de la cual la psiquiatría se ha legitimado socialmente (Galende, 2008, p. 61).

De igual forma, en la Ley se hace hincapié en diferentes problemáticas sociales como: trastornos mentales, discapacidad cognitiva, consumo de sustancias psicoactivas etc. Las etiologías de estas problemáticas están determinadas y reducidas debido a “factores de riesgo” que aparecen en el ambiente y afectan a las personas, como bien se expone en el siguiente artículo de la Ley:

“El Departamento para la Prosperidad Social con la asesoría del Ministerio de Salud tendrá la responsabilidad en la población sujeto de atención, de promover y prevenir las ocurrencias del trastorno mental mediante intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de los mismos, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo” (Ley 1616, art. 7).

A partir de esta perspectiva, se establece que, regulando los factores de riesgo expuestos en el ambiente, por medio de su identificación, detección y prevención, se impedirá el trastorno mental. Es así como se establece una forma de funcionamiento generalizada, en donde se reduce la salud mental a una serie de criterios para “vivir de mejor manera” (Castro, 2013). En este paradigma se identifica como se desconoce la subjetividad y las particularidades de padecimiento psíquico, reduciendo el malestar clínico a factores de riesgo que son medidos y regulados, excluyendo las relaciones con los demás y aislando la manera en como la ruptura de los vínculos sociales, están también relacionadas con el sufrimiento (Castro & Munévar, 2014, p. 3).

Frente a las incoherencias que se hallan en la comprensión de la Ley 1616, es debido cuestionarse si la atención en salud mental seguirá caminando tras los principios de una ciencia positivista, arraigada al modelo socioeconómico imperante de la época, lo cual refuerza su legitimidad (Castro & Munévar, 2014, p. 4). Si este modelo de atención o “resolución” a las problemáticas en salud se siguen presentando, se dará continuidad a las barreras en las que “los usuarios, dentro de la trilogía de Estado, profesionales y seguros privados, ven restringida la acción social y la atención de sus sufrimientos mentales, que son sometidos a los criterios económicos del mercado: utilidad, eficacia, menor costo” (Galende, 1997, p. 61).

Debido al panorama que continúa presentándose en el contexto de atención en salud en Colombia, es relevante analizar si es probable establecer políticas, estrategias y programas que establezcan como base primordial el vínculo social y la interacción de las personas con los demás, consigo mismos y con su futuro. Un sistema de atención en salud mental que garantice mecanismos en donde las personas y las comunidades, encuentren maneras de construir su sufrimiento más allá de la formulación de medicamentos, el control conductual y las campañas informativas (Castro & Munévar, 2014, p. 6).

En este orden de ideas, a pesar de las múltiples contradicciones que se configuran en la Ley 1616, se invita a cuestionar lo planteado y reinventar diversas formas de acción que no se habían presentado anteriormente, como es la Atención Primaria en Salud mental y la atención mental comunitaria a partir de la promoción de la salud, la prevención del trastorno mental y nuevas formas de tratamiento y rehabilitación. Es innegable que esta Ley 1616 favorece a brindar un camino resolutivo frente a la inactividad de modelos que, sin duda, podrían llegar a ser más pertinentes en la atención y transformación del sufrimiento humano.

Para ello, se requieren de pasos agigantados, que permitan que la viabilidad de este modelo se vaya adhiriendo de manera coherente a las necesidades del contexto y la época, involucrando a los diversos actores interesados en el tema de la salud mental y empoderando a la población que habita el territorio colombiano.

Esta Ley da cabida a la transformación de los escenarios de atención en salud, los cuales deben trascender del modelo tradicional centrados en la medicación y la curación del síntoma, a escenarios de atención psicosocial, que generen un impacto favorable en la calidad de vida de la pobla-

ción. Sin embargo, es importante crear un precedente en los actores implicados directamente en el tema de la salud y en los colombianos en general, para continuar exigiendo garantías de atención, participación social y coherencia entre lo que se plasma y lo que realmente se implementa.

Referencias

- Castro, X., Munévar, M. (2014). *¿Nuevo paradigma en la atención de la salud mental en Colombia?* Título del artículo. Título de la publicación periódica, Vol. (27), (p. 1)- (p. 7) Recuperado 1 de diciembre 2015: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>
- Castro, X. (2013). *Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental.* 11, 73–114
- Discapacidad y Derechos. (2012, septiembre 5). *Discapacidad y Derechos.* Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=2M7sLizCIMU>
- Dimenstein, M. (2013). *La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental.*, 11, 43-72. Hernandez, A., Pinilla, D.A, (2005)
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.* Buenos Aires: Paidó
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser.* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Protección Social de la Republica de Colombia. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2014-2021.* Tomado el 1 de diciembre de 2015, de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Naciones Unidas (2014). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* Tomado el 13 de enero de 2016, de: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Ley 1616 “Ley Esperanza” de Salud Mental (2013). Tomado el 1 de diciembre de 2015, de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF.* Tomado el 5 de diciembre de 2015, de: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
- Stolkiner, A., Garbus, P. (2009). *Ética y Práctica en Salud Mental.* En: Fantin, J. Fridman, P. (Comp.), *Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis.* Buenos Aires: Polemos.