

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

**Investigación “Accesibilidad Y Oportunidad En La Atención En Salud A Pacientes Con
Trastornos Mentales Del Régimen Subsidiado Y No Asegurados Atendidos En Tuluá”**

Por

Ángela María Madrigales Gómez

Duberley Osorio Patiño

Jairo Torres Arana.

Johana Patricia Cardona.

Luz Marina Jaramillo Gálvez

RESUMEN

Objetivo: Esta investigación busca evaluar las condiciones de acceso y oportunidad en el proceso de atención en salud que se presta a los pacientes con trastornos mentales, afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada en las IPS estatales del municipio de Tuluá.

Metodología: se realizó un estudio de tipo mixto: **cuantitativo** aplicando encuesta a 67 cuidadores y **cualitativo** con 6 entrevistas aplicadas a funcionarios y profesionales de la salud del municipio y el análisis de 4 historias de vida de pacientes con trastornos mentales diagnosticados y una entrevista a profundidad al Médico del Programa Psiquiatría Itinerante.

Hallazgos: la problemática requiere iniciar un proceso de mayor compromiso de las partes involucradas: individuo, familia, Estado y sociedad para atender la baja adherencia en los tratamientos, la falta de formulación de políticas y programas en salud mental, la necesidad de una unidad mental en la ciudad y la importancia de realizar ajustes en la red de servicios.

Conclusión: la falta de oportunidad y accesibilidad son algunas de las dificultades que afronta el paciente con trastorno mental y sus familiares en los procesos de atención en salud.

Palabras claves: accesibilidad, oportunidad, servicios de salud, trastorno mental, salud mental, régimen subsidiado, proceso de atención.

ABSTRACT

Goal: this research is looking to evaluate the Access conditions and opportunity in the process of health care offered to the patients presenting mental disorders, that are members of the subsidize regime and population having less economical resources that is not ensured by the Regional Health Care Institutions (or by its Spanish acronym in Colombia IPS) of Tuluá city.

Methodology: a mixed type study was made: **quantitative** applying a survey to sixty-seven caretakers and **qualitative** by interviewing six civil employees and municipal health professionals; by analyzing four life stories of diagnosed people suffering from mental disorders and by making a deep interview to the itinerant doctor of the psychiatric program.

Findings: the problem requires starting a bigger compromise process from the involved parts: the patient, the family, the State and the society in order to take care of the low rate of adherence to the treatments; there is a lack of policies and metal health programs; there is a need of a mental unit in the city and it will be important to make some readjustments in the service network.

Conclusion: the lack of opportunities and accessibilities are some of the difficulties that the patient with mental disorders and its relatives are to deal with in the health care processes.

Key words: accessibility, opportunity, health care, mental disorders, mental health, subsidized regime, care process.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	12
1. JUSTIFICACIÓN	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1 Descripción del Problema	15
2.2 Pregunta de Investigación	16
3. HIPOTESIS	16
4. OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos Específicos	17
5. ANTECEDENTES	18
6. COMPONENTE EPIDEMIOLOGICO	19
6.1 Indicadores Departamentales	19
6.2 Indicadores Municipales Tuluá Empresas Sociales Del Estado	
Población de Régimen Subsidiado	22
7. MARCO REFERENCIAL	26
7.1 Sobre el concepto de Salud Mental	26
7.2 Sobre el concepto de Enfermedad Mental	28
7.3 Acerca de los Trastornos Mentales	31
7.4 La necesidad de una atención con características de integralidad	33
7.5 Accesibilidad y oportunidad en la atención de la salud mental	35

8	COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL	
	USO DEL CONOCIMIENTO	47
	8.1 Respeto por la Autonomía	47
	8.2 Beneficencia	47
	8.3 Justicia	47
9	APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS	48
	9.1 Salvaguarda del secreto profesional	48
	9.2 Consentimiento Informado	48
	9.3 Protección de los Pacientes	48
	9.4 Diferenciación	48
10	METODOLOGIA PROPUESTA	49
	10.1 Tipo de Estudio	49
	10.2 Método para recolección de información	49
	10.3 Universo	51
	10.4 Muestra	51
	10.5 Muestreo	52
	10.6 Resultados esperados	52
11	CRONOGRAMA	53
12	PRESUPUESTO	53
13	ANALISIS DE DATOS	54
	13.1 Entrevista a funcionarios y profesionales de la salud	54
	13.2 Historias de vida	72

13.3 Entrevista a profundidad al psiquiatra itinerante del Hospital	
Psiquiátrico del Valle	79
13.4 Encuesta a cuidadores	80
14 CONCLUSIONES	112
15 RECOMENDACIONES	114
BIBLIOGRAFIA	116
ANEXOS	119

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1 Conoce Usted Acerca De Las Políticas En Salud Mental Del Municipio	57
Tabla No. 2 Cargo Del Funcionario	57
Tabla No. 3 Institución Donde Labora En Funcionario	57
Tabla No. 4 Proceso De Atención En Salud Para Pacientes Con Trastorno Mental	61
Tabla No. 5 Existencia De Programas De Atención En Salud A Nivel Municipal	62
Tabla No. 6 Existencia De Recursos Económicos Para La Atención En Salud Mental En El Municipio	62
Tabla No. 7 Proceso De Control De Pacientes En Urgencia Psiquiátrica En La Vía Pública O En El Domicilio	64
Tabla No.8 Proceso De Atención Médica Psiquiátrica En Los Servicios De Urgencias	66
Tabla No. 9 Proceso De Atención Médica Psiquiátrica En Los Servicios De Hospitalización	67
Tabla No. 10 Proceso De Atención Médica Psiquiátrica En Los Servicios De Consulta Externa	68
Tabla No. 11 Accesibilidad A Los Servicios De Urgencias, Hospitalización Y Consulta Externa	70

Tabla No. 12 Tiempos De Espera En Los Servicios De Urgencias, Hospitalización Y Consulta Externa	71
Tabla No. 13 Apoyo De Otras Instituciones Para La Atención De Pacientes Con Patologías Psiquiátricas	71
Tabla No. 14 Diagnósticos Encontrados	81
Tabla No. 15 Municipio De Procedencia De Los Pacientes Atendidos	82
Tabla No. 16 Área De Residencia De Los Pacientes Atendidos	83
Tabla No. 17 Nombre Del Hospital O Clínica Donde Atienden Los Pacientes	84
Tabla No. 18 Eps De Afiliación De Los Pacientes	85
Tabla No. 19 Tiempo En Minutos En El Desplazamiento De Los Pacientes	86
Tabla No. 20 Escolaridad Del Cuidador De Los Pacientes	87
Tabla No. 21 Capacitación Respecto Al Manejo De Enfermedades Mentales	87
Tabla No. 22 Relación De Parentesco Del Cuidador Con El Paciente	88
Tabla No. 23 Tiempo Que Lleva Cuidando Al Paciente	88
Tabla No. 24 Situación De Convivencia Del Cuidador Con El Paciente	89
Tabla No. 25 Sentimientos Que Genera La Convivencia Con El Paciente	90
Tabla No. 26 Exigencias Del Cuidado Del Paciente	91
Tabla No. 27 Necesidad Del Consumo De Medicamentos	91
Tabla No. 28 Relación Del Personal De Salud Con El Paciente	92
Tabla No. 29 Atención Psiquiátrica En El Sistema De Salud Pública	93
Tabla No. 30 Frecuencia Mensual Para La Realización De Trámites	94
Tabla No. 31 Trámites Para Acceder A Los Servicios De Salud	95

Tabla No. 32 Tiempo Para La Realización De Estos Trámites	97
Tabla No. 33 Trámites Necesarios Para Acceder A Un Servicio	98
Tabla No. 34 Solicitud De Apoyo A La Alcaldía Municipal	99
Tabla No. 35 Ha Recibido Apoyo A La Alcaldía Municipal	100
Tabla No. 36 Asistencia A La Eps-S Para Servicios De Salud	101
Tabla No. 37 Solicitud De Apoyo Al Concejo Municipal	101
Tabla No. 38 Solicitud De Apoyo A La Ips	102
Tabla No. 39 Medios Usados Por El Cuidador En Una Urgencia Psiquiátrica	103
Tabla No. 40 Paciente Psiquiátrico Ha Requerido Hospitalización	104
Tabla No. 41 Recursos Para El Traslado A La Ciudad De Cali	105
Tabla No. 42 Tiempo Necesario Para La Hospitalización En La Ciudad De Cali	105
Tabla No. 43 Alojamiento Del Cuidador Para La Hospitalización En La Ciudad De Cali	106
Tabla No. 44 Transporte Del Cuidador Para La Hospitalización En La Ciudad	106
Tabla No. 45 Costos Generados Por La Atención En Salud Para El Paciente	107
Tabla No. 46 Oportunidad En Consulta Externa Medico General	108
Tabla No. 47 Oportunidad En La Consulta De Medicina Especializada	109
Tabla No. 48 Oportunidad De Atención En El Servicio De Urgencias	110
Tabla No. 49 Tiempo De Espera Para La Atención Médica	111

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica No. 1 Diagnósticos encontrados	82
Gráfica No. 2 Nombre del hospital o clínica donde atienden los pacientes	85
Gráfica No. 3 Tiempo en minutos en el desplazamiento de los pacientes	86
Gráfica No. 4 Relación de parentesco del cuidador con el paciente	88
Gráfica No. 5 Sentimientos que genera la convivencia con el paciente	90
Gráfica No. 6 Relación del personal de salud con el paciente	92
Gráfica No. 7 Atención psiquiátrica en el sistema de salud pública	93
Gráfica No. 8 Frecuencia mensual para la realización de trámites	95
Gráfica No. 9 Trámites para acceder a los servicios de salud	96
Gráfica No. 10 Tiempo para la realización de estos trámites	98
Gráfica No. 11 Medios usados por el cuidador en una urgencia psiquiátrica	103

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1 Historia De Vida Jhon Jairo	119
Anexo 2 Historia De Vida Andrey Mauricio	121
Anexo 3 Historia De Vida James	122
Anexo 4 Historia De Vida José Edgar	128
Anexo 5 Entrevista A Profundidad Médico Psiquiatra Programa Itinerante	133

INTRODUCCION

Como resultado de la realización de la Especialización en Administración en Salud, se presenta este trabajo de indagación por la problemática existente para la atención en salud de los pacientes psiquiátricos del régimen subsidiado y pobres no asegurados en el Municipio de Tuluá.

Se espera con esta labor contribuir a la caracterización de la situación que representa socialmente para los pacientes, sus familias, las instancias gubernamentales y la comunidad en general, a fin de poder influir en la transformación de las condiciones de atención en salud mental para este tipo de pacientes y contribuir con esto al mejor estar de todas las personas afectadas por esta condición.

Se elige el tema por las convicciones y por la experiencia de cada uno de los integrantes del equipo de investigación, donde la multidisciplinariedad del enfoque permitirá un análisis detallado de las características de la calidad obligatoria del sistema de gestión para la atención en salud como es acceso y oportunidad.

El trabajo social, la medicina, la enfermería y la Administración en salud permitieron al equipo un enfoque integral de las condiciones en las que los pacientes psiquiátricos y sus familiares acceden a los servicios de salud requeridos en momentos de urgencia, y de atención programada. Las condiciones en las que se provee los medicamentos y una aproximación a los condicionantes de vida en los que el paciente y su grupo familiar se desenvuelve socialmente a fin de proveer un insumo que sirva a las instancias de participación social y dirección gubernamental definir políticas, planes y programas para el manejo de la problemática de salud mental del municipio de Tuluá y del Departamento del Valle del Cauca; que pueda utilizarse desde las IPS y desde las

EAPB de los usuarios del régimen subsidiado y pobres no asegurados, para adecuar sus servicios y las redes de atención a las necesidades sentidas de esta población.

Se espera que este sea otro paso en aras de sensibilizar a la sociedad en general con el reconocimiento, el apoyo y la solidaridad con los pacientes psiquiátricos y sus familias.

1. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de la Protección Social, utiliza, como concepto de Salud Mental “la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente. Es el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales). Igualmente es el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”. En busca de lo anterior, el Estado desarrolló una serie de normas con el propósito de mejorar la salud mental de la población colombiana orientando los planes y los programas de cada región y de los municipios como son:

- Ley 1438 del 19 enero 2011 Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Ley 1122 de 2007
- Decreto 3039 de 2007, Plan Nacional de Salud Pública
- Resolución 2358 de 1998, la cual indica la elaboración de planes de Salud Mental a nivel Departamental y Municipal

Pese a que el propósito de esta normatividad es mejorar la salud mental, se evidencia que existen factores generacionales que contribuyen al deterioro de la salud mental de la población como los patrones socioculturales imperantes, las inequidades de género, de etnia, diferencias

económicas, altos índices de desempleo, la guerra interna, violencia generada por los grupos delincuenciales, violencia urbana y el narcotráfico, el estrés social y la intolerancia. Esta situación sociocultural ha venido generando un aumento considerable de consultas de urgencias psiquiátricas y la acentuación de pacientes con trastornos mentales.

Por otro lado en el municipio de Tuluá, existe un programa de atención en salud mental y una infraestructura para atención de urgencias psiquiátricas a pacientes con trastornos mentales del régimen contributivo y particulares en la Unidad de Salud Mental (USME) de la Clínica San Francisco¹; en la cual se brinda un proceso integral de atención para este tipo de pacientes. Situación muy distinta para los usuarios del régimen subsidiado y población pobre no asegurada, quienes no cuentan con un sitio específico para la atención de dichos trastornos, por lo cual son atendidos en las IPS públicas del municipio de Tuluá como son el Hospital Rubén Cruz Vélez y el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe.

Luego de la identificación de esta problemática, se determinaron los procedimientos establecidos en estas instituciones para la atención de los pacientes psiquiátricos vinculados al régimen subsidiado y pobres no asegurados, evidenciando que se desconoce la existencia de procesos documentados para la atención de este tipo de trastornos y la ausencia de una ruta para la contención, el manejo, la atención, remisión, contra remisión y control de estos pacientes así como su resocialización.

Debido a esta problemática, surgió la inquietud de trabajar este tema para investigar las condiciones de accesibilidad y oportunidad en el proceso de atención en salud a pacientes con

¹ Clínica de complejidad media de carácter privado ubicada en la ciudad de Tuluá desde la década del 1990.

trastornos mentales afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados atendidos en el municipio de Tuluá. Por medio de este estudio se pretende obtener datos específicos acerca del proceso de atención a este tipo de patologías en el segmento poblacional especificado, de manera que la generación de un diagnóstico preciso de la situación pueda ser útil y contribuir a la formulación de políticas y programas de intervención municipal concretos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción Del Problema

La enfermedad mental es uno entre otros numerosos obstáculos que impiden a una persona la utilización plena de sus capacidades mentales. Son también obstáculos a la salud mental la enfermedad física, la violencia, la pobreza, la discriminación social, las malas condiciones medioambientales, sociales y económicas.

La salud mental resulta condicionada por distintos elementos: el entorno físico y socioeconómico; el contexto histórico, cultural e institucional de la población, características de las relaciones sociales y la posibilidad de acceder en forma continua y oportuna a servicios sociales y de salud.

El municipio de Tuluá, por su ubicación geográfica se ha convertido en centro de referencia para otros municipios lo que hace que una de las características importantes de la población sea la marcada movilidad en torno a actividades comerciales, vida nocturna y de salud. Como consecuencia y paralelamente a esta movilidad “voluntaria”, se presentan otras situaciones que

afectan la salud mental de la población, donde se resalta la problemática del incremento de personas víctimas del desplazamiento forzado, de factores de violencia urbana, política, doméstica; habitantes de la calle, grupos delincuenciales, entre otros de los incrementos. Con estas situaciones, se han evidenciado a la par el aumento en el número de consultas de urgencias psiquiátricas y pacientes con trastornos mentales para nuestro caso.

Por el escenario específico antes mencionado y teniendo en cuenta la importancia de las condiciones para garantizar una atención con calidad para dichos pacientes en las IPS públicas del municipio se ve la necesidad de investigar en aras de explicar y caracterizar la realidad, producto de la ejecución del proceso de atención de los pacientes con trastornos mentales del régimen subsidiado y pobres no asegurados del Municipio de Tuluá.

2.2. Pregunta De Investigación

¿Cuáles son las condiciones de accesibilidad y oportunidad en el proceso de atención en salud a pacientes con trastornos mentales afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados atendidos en el municipio de Tuluá?

3. HIPÒTESIS

Las instituciones prestadoras de servicios de salud del municipio de Tuluá no cuentan con un proceso que garantice la accesibilidad y oportunidad en la atención a pacientes con trastornos mentales afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Evaluar las condiciones de acceso y oportunidad en el proceso de atención en salud que se presta a los pacientes con trastornos mentales, afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada en las IPS estatales del municipio de Tuluá.

4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Indagar la existencia de políticas, planes y programas establecida para el manejo de la problemática de salud mental del municipio.
- ✓ Analizar historia de vida de pacientes con patologías mentales afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados.
- ✓ Identificar la oportunidad a la consulta médica y el tratamiento de pacientes con patología mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados.
- ✓ Analizar la accesibilidad a los diferentes servicios que requieren los pacientes con patología mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados.
- ✓ Identificar los servicios que prestan las IPS del estado a pacientes con trastorno mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados en el municipio de Tuluá.

5. ANTECEDENTES

La necesidad sentida de la población en Tuluá Valle se puede rastrear en experiencias previas a partir de lo planteado por diversos autores, por la OMS, por el Ministerio de la Protección Social Colombiano y por algunas organizaciones especializadas en el tema. En contraste con la existencia de instancias de atención previstas para los pacientes diagnosticados con necesidad de tratamiento en el régimen contributivo y particulares de la misma localidad, para las personas del régimen subsidiado y pobres no asegurados se observa algunas deficiencias que pueden poner en peligro el bienestar y la vida de estas personas y de la comunidad en general.

En Tuluá se identificó en el Plan de Desarrollo la intencionalidad de afrontar el tema de la salud mental para toda la población, a través de un proyecto de implementación de una unidad de atención especializada para patologías mentales. A nivel departamental se identifica el programa de Psiquiatra Itinerante y la ejecución del proyecto Aldea. Adicionalmente se identifica la gran experiencia y el desarrollo conceptual del tema en el Programa CISALVA de la Universidad del Valle.

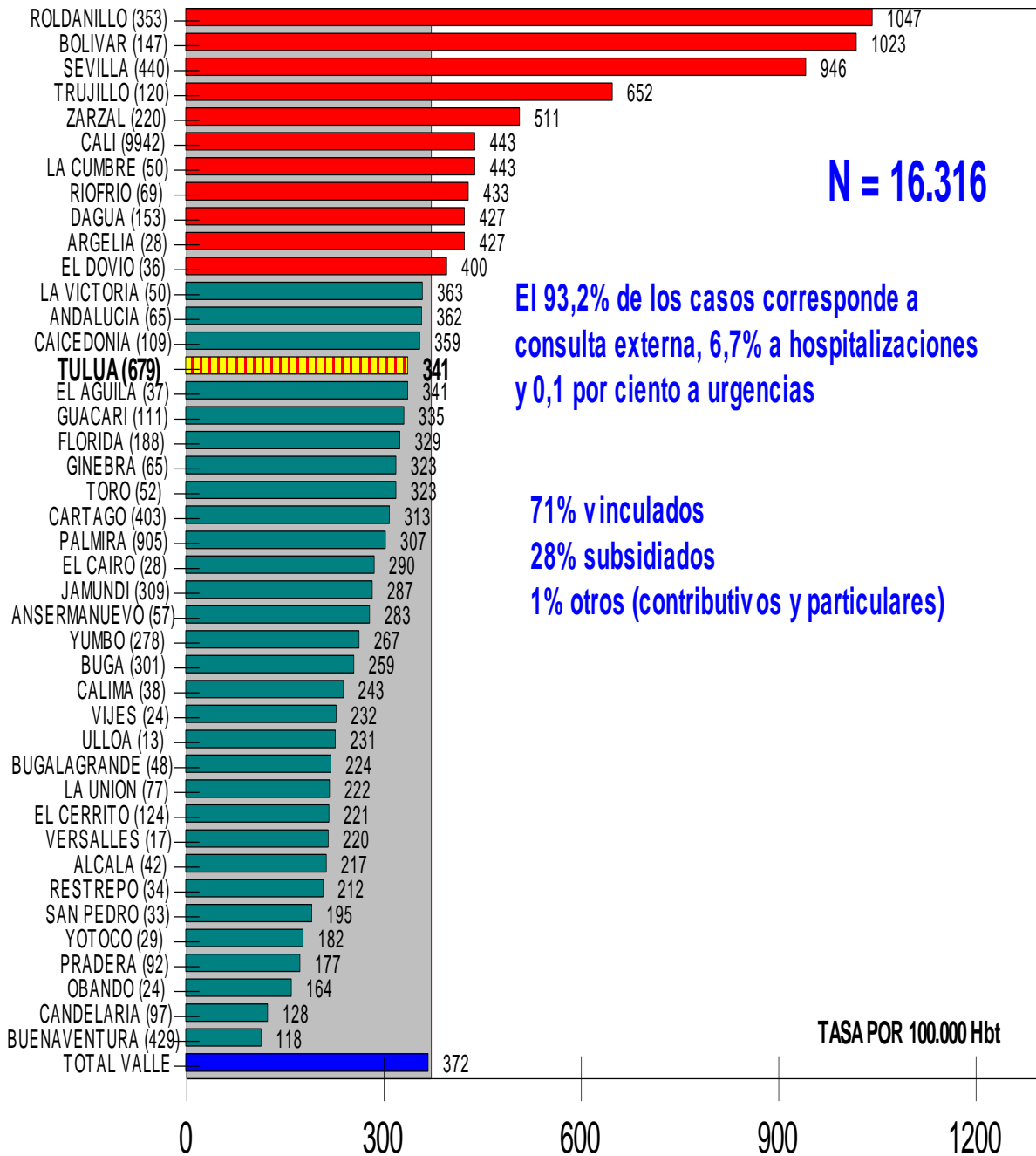
A nivel nacional se identificó la existencia del Programa PREVIVA y de la Mesa de salud mental en la Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia) donde se rastrearon varios trabajos relacionados con la atención de las patologías mentales. De igual manera se identificaron las políticas del gobierno a través de la legislación existente y los programas impulsados desde el Ministerio de Protección Social en este sentido.

Desde el ámbito internacional encontramos algunas bibliografías de trabajos de investigación desarrollados con el enfoque de la OMS en lo que tiene que ver con atención en salud mental. El equipo de investigación del presente trabajo da cuenta de los aportes que se hacen desde registros identificados en dos países, principalmente, México y Argentina; donde se estudia la salud mental, su atención, acceso, oportunidad y en general los aspectos relacionados con la calidad de los servicios. Adicionalmente, en uno de los estudios encontrados se identificó la realización del comparativo entre dos grupos poblacionales con capacidad adquisitiva desigual, lo que permitió delinear las características del servicio que sirven para dar cuenta de la atención en salud mental para pacientes psiquiátricos del Régimen subsidiado y pobres no asegurados en el municipio de Tuluá.

6. COMPONENTE EPIDEMIOLOGICO

6.1. Indicadores Departamentales

Tasa de trastornos mentales Valle del Cauca 2009



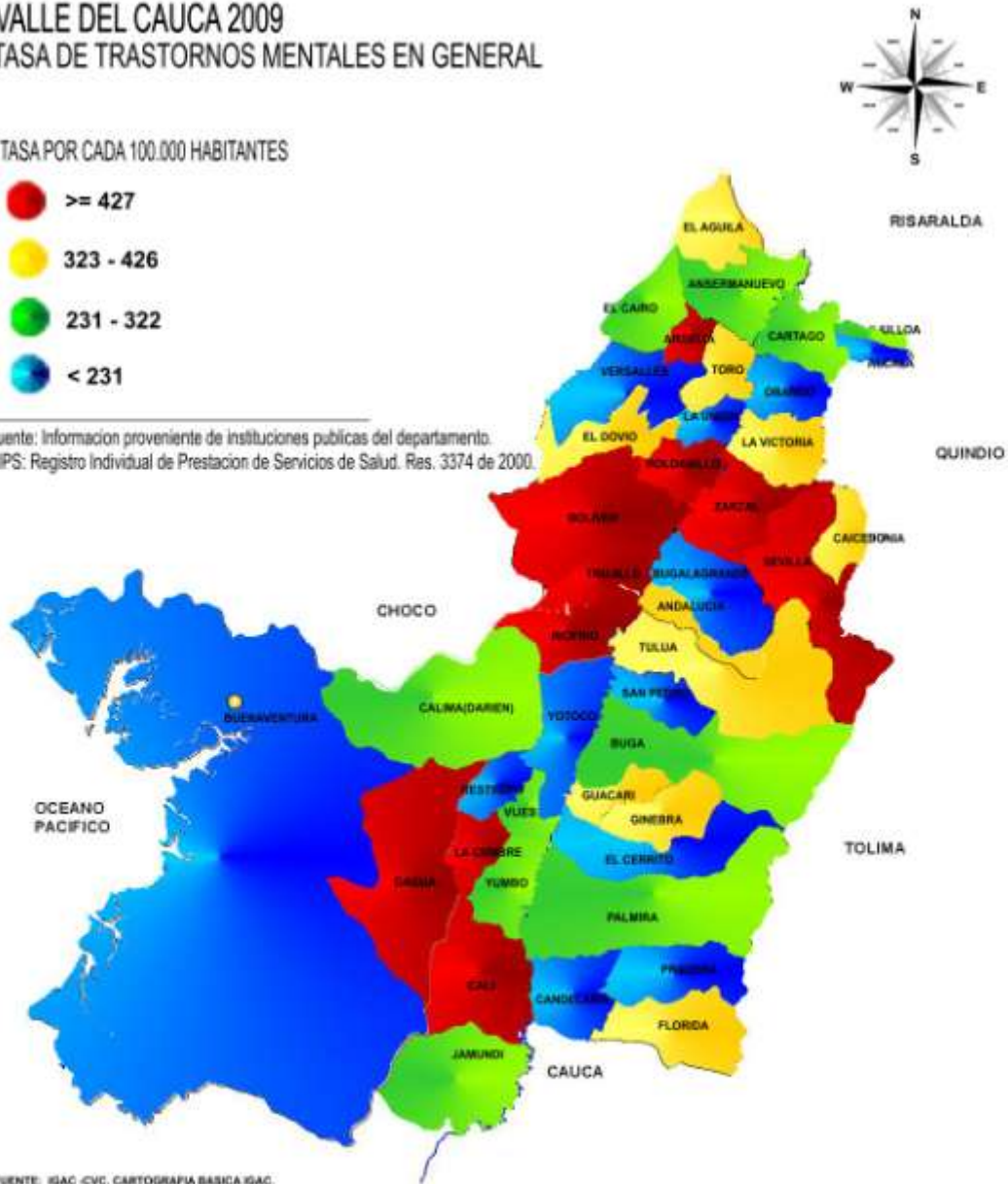
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios. Información proveniente de Instituciones públicas del departamento

VALLE DEL CAUCA 2009
TASA DE TRASTORNOS MENTALES EN GENERAL

TASA POR CADA 100.000 HABITANTES



Fuente: Información proveniente de instituciones públicas del departamento.
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. Res. 3374 de 2000.



FUENTE: IGAC -CVG. CARTOGRAFIA BASICA IGAC.
ESCALA: 1 : 300000

6.2. Indicadores Municipales Tuluá Empresas Sociales Del Estado Población De Régimen Subsidiado

Consultas Por Motivos De Trastorno Mental Cruz Vélez Tuluá- Enero Y Febrero De 2011		Hospital Rubén	
Código	Nombre	Cant	Frecuencia
F452	Trastorno Hipocondriaco	402	49,8%
F419	Trastorno De Ansiedad , No Especificado	138	17,1%
F209	Esquizofrenia, No Especificada	69	8,5%
F329	Episodio Depresivo, No Especificado	41	5,1%
F203	Esquizofrenia Indiferenciada	39	4,8%
F412	Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión	22	2,7%
F449	Trastorno Disociativo [De Conversión], No Especificado	18	2,2%
F319	Trastorno Afectivo Bipolar, No Especificado	13	1,6%
F143	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cocaína: Estado De Ab	9	1,1%
F03x	Demencia , No Especificada	8	1,0%
F100	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso Del Alcohol: Intoxicación	8	1,0%
F200	Esquizofrenia Paranoide	4	0,5%
F411	Trastorno De Ansiedad Generalizada	4	0,5%
F206	Esquizofrenia Simple	3	0,4%
F21x	Trastorno Esquizotípico	3	0,4%
F29x	Psicosis De Origen No Orgánico, No Especificada	3	0,4%
F317	Trastorno Afectivo Bipolar, Actualmente En Remisión	3	0,4%
F09x	Trastorno Mental Orgánico O Sintomático, No Especificado	2	0,2%
F189	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Disolventes Volátiles	2	0,2%
F232	Trastorno Psicótico Agudo De Tipo Esquizofrénico	2	0,2%
F318	Otros Trastornos Afectivos Bipolares	2	0,2%
F059	Delirio, No Especificado	1	0,1%
F064	Trastorno De Ansiedad, Orgánico	1	0,1%
F066	Trastorno De Labilidad Emocional [Asténico], Orgánico	1	0,1%
F149	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cocaína: Trastorno Me	1	0,1%
F192	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Múltiples Drogas Y Al	1	0,1%
F201	Esquizofrenia Hebefrenia	1	0,1%
F202	Esquizofrenia Catatónica	1	0,1%
F204	Depresión Post-esquizofrénica	1	0,1%
F205	Esquizofrenia Residual	1	0,1%
F309	Episodio Maniaco, No Especificado	1	0,1%
F316	Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Mixto Presente	1	0,1%
F339	Trastorno Depresivo Recurrente, No Especificado	1	0,1%
F418	Otros Trastornos De Ansiedad Especificados	1	0,1%
F421	Actos E Ideas Obsesivas Mixtos	0	0,0%
	Total	808	

Fuente: Estadística HRCV

Trastornos Mentales			
Tasa Absoluta Por Patología Más Frecuente			
Patología	Valores	Base	Total
Hipocondría	402/808	1000	497,52
Ansiedad	138/808	1000	170,79

Fuente: Estadística HRCV

Trastorno Hipocondriaco		
Proporción		
Mujeres	282	0,70
Hombres	120	0,30
Total	402	1,00

Fuente: Estadística HRCV

Trastorno Hipocondriaco		
Proporción De Genero Por Ubicación Geográfica		
Rural	59	0,147
Urbana	343	0,853
Total	402	1,00

Trastorno Hipocondriaco			
Razón De Genero Por Edades			
Edad	Hombres	Mujeres	
9---14	6	10	0,60
15---19	6	13	0,46
20---29	29	38	0,76
30---39	17	51	0,33
40---49	36	54	0,67
50---59	12	51	0,24
60 Y Más	16	26	0,62
Total	122	243,00	3,68

Fuente: Estadística HRCV

Trastorno Hipocondriaco			
Razón De Genero Por Ubicación Geográfica			
	Hombres	Mujeres	
Rural	18	41	0,439
Urbana	102	241	0,423
Total	120	282,00	0,86

Fuente: Estadística HRCV

Trastorno De Ansiedad		
Proporción		
Edad	Casos	Proporción
9---14	6	0,04
15---19	10	0,07
20---29	22	0,16
30---39	23	0,17
40---49	33	0,24
50---59	19	0,14
60 Y Más	25	0,18
Total	138	1,00

Fuente: Estadística HRCV

Consultas Por Motivos De Trastorno Mental Departamental Tomás Uribe Uribe Tuluá 2010			Hospital	
Código	Diagnóstico	Total	Frecuencia	
F419	Trastorno De Ansiedad	207	16,4%	
F203	Esquizofrenia Indiferenciada	142	11,2%	
F209	Esquizofrenia	100	7,9%	
F412	Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresión	79	6,3%	
F909	Trastorno Hipercinetico	79	6,3%	
F317	Trastorno Afectivo Bipolar	65	5,1%	
F989	Trastornos No Especificados	56	4,4%	
F329	Episodio Depresivo	51	4,0%	
F449	Trastorno Disociativos [De Conversión]	51	4,0%	
F319	Trastorno Afectivo Bipolar	29	2,3%	
F510	Insomnio No Orgánico	29	2,3%	
F239	Trastorno Psicótico Agudo Y Transitorio	25	2,0%	
F328	Otros Episodios Depresivos	19	1,5%	
F819	Trastorno Del Desarrollo De Las Habilidades Escolares	19	1,5%	
F03x	Demencia	17	1,3%	
F192	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Múltiples Drogas Y Al Uso De Otras Sustancias Psicoactivas: Síndrome De Dependencia	16	1,3%	
F919	Trastorno De La Conducta	13	1,0%	
F100	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso Del Alcohol: Intoxicación Aguda	12	0,9%	
F232	Trastorno Psicótico Agudo De Tipo Esquizofrénico	12	0,9%	
F39x	Trastorno Del Humor [Afectivo]	12	0,9%	
F29x	Psicosis De Origen No Orgánico	11	0,9%	
F609	Trastorno De La Personalidad	11	0,9%	
F82x	Trastorno Especifico Del Desarrollo De La Función Motriz	10	0,8%	
F799	Retraso Mental	8	0,6%	
F067	Trastorno Cognoscitivo Leve	7	0,6%	
F809	Trastorno Del Desarrollo Del Habla Y Del Lenguaje No Especificado	7	0,6%	
F064	Trastorno De Ansiedad	6	0,5%	
F200	Esquizofrenia Paranoide	6	0,5%	
F439	Reacción Al Estrés Grave	6	0,5%	
F729	Retraso Mental Grave: Deterioro Del Comportamiento De Grado No Especificado	6	0,5%	
F980	Enuresis No Orgánica	6	0,5%	
F99x	Trastorno Mental	6	0,5%	
F169	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Alucinógenos: Trastorno Mental Y Del Comportamiento	5	0,4%	
F318	Otros Trastornos Afectivos Bipolares	5	0,4%	
F602	Trastorno Asocial De La Personalidad	5	0,4%	
F193	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Múltiples Drogas Y Al Uso De Otras Sustancias Psicoactivas: Estado De Abstinencia	4	0,3%	
F258	Otros Trastornos Esquizoaffectivos	4	0,3%	
F339	Trastorno Depresivo Recurrente	4	0,3%	
F411	Trastorno De Ansiedad Generalizada	4	0,3%	
F489	Trastorno Neurótico	4	0,3%	
F524	Eyaculación Precoz	4	0,3%	
F709	Retraso Mental Leve: Deterioro Del Comportamiento De Grado No Especificado	4	0,3%	

Consultas Por Motivos De Trastorno Mental Departamental Tomás Uribe Uribe Tuluá 2010			Hospital	
Código	Diagnóstico	Total	Frecuencia	
F801	Trastorno Del Lenguaje Expresivo	4	0,3%	
F83x	Trastornos Específicos Mixtos Del Desarrollo	4	0,3%	
F250	Trastorno Esquizoafectivos De Tipo Maniaco	3	0,2%	
F251	Trastorno Esquizoafectivos De Tipo Depresivo	3	0,2%	
F259	Trastorno Esquizoafectivos	3	0,2%	
F413	Otros Trastornos De Ansiedad Mixtos	3	0,2%	
F418	Otros Trastornos De Ansiedad Especificados	3	0,2%	
F429	Trastorno Obsesivo-Compulsivo	3	0,2%	
F432	Trastornos De Adaptación	3	0,2%	
F800	Trastorno Especifico De La Pronunciación	3	0,2%	
F808	Otros Trastornos Del Desarrollo Del Habla Y Del Lenguaje	3	0,2%	
F981	Ecopresis No Orgánica	3	0,2%	
F068	Otros Trastornos Mentales Especificados Debidos A Lesión Y Disfunción Cerebral Y A Enfermedad Física	2	0,2%	
F069	Trastorno Mental No Especificado Debido A Lesión Y Disfunción Cerebral Y A Enfermedad Física	2	0,2%	
F09x	Trastorno Mental Orgánico O Sintomático	2	0,2%	
F123	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cannabinoides: Estado De Abstinencia	2	0,2%	
F204	Depresión Post-esquizofrénica	2	0,2%	
F313	Trastorno Afectivo Bipolar	2	0,2%	
F316	Trastorno Afectivo Bipolar	2	0,2%	
F321	Episodio Depresivo Moderado	2	0,2%	
F445	Convulsiones Disociativas	2	0,2%	
F509	Trastorno De La Ingestión De Alimentos	2	0,2%	
F520	Falta O Perdida Del Deseo Sexual	2	0,2%	
F69x	Trastorno De La Personalidad Y Del Comportamiento En Adultos	2	0,2%	
F721	Retraso Mental Grave: Deterioro Del Comportamiento Significativo	2	0,2%	
F798	Retraso Mental	2	0,2%	
F949	Trastorno Del Comportamiento Social En La Niñez	2	0,2%	
F000	Demencia En La Enfermedad De Alzheimer	1	0,1%	
F019	Demencia Vascular	1	0,1%	
F058	Otros Delirios	1	0,1%	
F059	Delirio	1	0,1%	
F122	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cannabinoides: Síndrome De Dependencia	1	0,1%	
F129	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cannabinoides: Trastorno Mental Y Del Comportamiento	1	0,1%	
F149	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Cocaína: Trastorno Mental Y Del Comportamiento	1	0,1%	
F162	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Alucinógenos: Síndrome De Dependencia	1	0,1%	
F163	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Debidos Al Uso De Alucinógenos: Estado De Abstinencia	1	0,1%	
F202	Esquizofrenia Catatónica	1	0,1%	
F205	Esquizofrenia Residual	1	0,1%	
F208	Otras Esquizofrenias	1	0,1%	

Consultas Por Motivos De Trastorno Mental Departamental Tomás Uribe Uribe Tuluá 2010			Hospital
Código	Diagnóstico	Total	Frecuencia
F320	Episodio Depresivo Leve	1	0,1%
F322	Episodio Depresivo Grave Sin Síntomas Psicóticos	1	0,1%
F330	Trastorno Depresivo Recurrente	1	0,1%
F409	Trastorno Fóbico De Ansiedad	1	0,1%
F410	Trastorno De Pánico [Ansiedad Paroxística Episódica]	1	0,1%
F444	Trastornos Disociativos Del Movimiento	1	0,1%
F448	Otros Trastornos Disociativos [De Conversión]	1	0,1%
F500	Anorexia Nerviosa	1	0,1%
F530	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento Leves	1	0,1%
F649	Trastorno De La Identidad De Genero	1	0,1%
F681	Producción Intencional O Simulación De Síntomas O De Incapacidades	1	0,1%
F719	Retraso Mental Moderado: Deterioro Del Comportamiento De Grado No Especificado	1	0,1%
F720	Retraso Mental Grave: Deterioro Del Comportamiento Nulo O Mínimo	1	0,1%
F810	Trastorno Especifico De La Lectura	1	0,1%
F89x	Trastorno Del Desarrollo Psicológico	1	0,1%
F910	Trastorno De La Conducta Limitado Al Contexto Familiar	1	0,1%
F931	Trastorno De Ansiedad Fóbica En La Niñez	1	0,1%
F948	Otros Trastornos Del Comportamiento Social En La Niñez	1	0,1%
	Total	1264	100,0%

7. MARCO REFERENCIAL

7.1. Sobre El Concepto De Salud Mental

La organización Mundial de la Salud sostiene en 1998 que la “Salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza religión, ideología política o condición económica social”².

² Organización Mundial de la Salud. Comité de salud mental de la OMS.

El Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá en 1988 afirma a la “Salud mental como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un medio de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común”³.

El Ministerio de la Protección social de Colombia en el marco de la política nacional colombiana frente a la salud mental consideraba la Salud mental como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; concepción que promueve el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común.⁴ Esta es una concepción que pretende direccionar a la salud mental en un marco complejo de la situación del individuo en relación con su entorno. En la política nacional de salud mental para Colombia se especifica que la enfermedad mental constituye una prioridad y un gran reto para la salud pública por varias razones como: 1) Su alta incidencia y prevalencia agravada por la violencia, el desplazamiento y el consumo de sustancias psicoactivas. 2) Su potencial, cronicidad y severidad. 3) Las graves consecuencias que ocasionan tanto a los individuos a sus familias y a la comunidad.

Históricamente para el abordaje de la salud mental como disciplina se han utilizado cantidad de conceptos para referirse al bienestar mental o a la presencia - ausencia de enfermedades mentales a nivel individual del sujeto. Si bien existen algunas elaboraciones conceptuales que hacen

³ Ministerio de salud y bienestar del Canadá, documento de 1988. Tomado de Políticas Públicas de Salud Mental de Colombia, Ministerio de Salud. Colombia, 1997.

⁴ Ministerio de salud. Tomado de Política Pública de Salud Mental de Colombia, Ministerio de Salud. Colombia, 1997

referencia al hecho de que existe una interrelación entre sujeto – comunidad, esto es un motivo de discusión actual en la existencia y en el abordaje de la salud mental colectiva.

En lo enunciado por la Corporación Atención a las Víctimas y Recuperación Emocional (AVRE) en la concepción de la salud mental.⁵: “Salud Mental se refiere a las Potencialidades y Capacidades con que cuenta una persona para construirse a sí misma y para interactuar en sociedad, entendiendo que esta interacción va a incidir a su vez en la visión que ésta tenga de sí misma y del mundo”.

En el mismo sentido La Dirección Seccional de Salud de Antioquia afirma que “Salud mental es la capacidad manifiesta del ser humano de identificarse como individuo dentro de una determinada sociedad o cultura, relacionándose objetiva y armoniosamente con el medio en el que participa, creando mayor bienestar para él y para los demás adquiriendo por ello un sentido para su existencia”.⁶

7.2. Sobre El Concepto De Enfermedad Mental

El problema de las Enfermedades es un aspecto que ha preocupado significativamente a la humanidad desde sus mismos orígenes. El pensamiento mágico que caracterizaba a los hombres primitivos generó explicaciones de las enfermedades, asociadas a situaciones sobrenaturales tales como; posesiones demoníacas, maleficios y encantamientos, que generaron todo un cuerpo de mitos y tabúes que han persistido hasta nuestros tiempos.

⁵ Corporación AVRE. Conclusiones del Taller pro-recuperación emocional a las víctimas de la violencia socio-política. Bogotá: 2003.

⁶ Dirección seccional de salud de Antioquia. Medellín, 1994.

Aunque algunos fundadores de la Medicina como Hipócrates, Galeno y Avicena, trataron de dar explicaciones racionales sobre los orígenes y desarrollo de las enfermedades; es solo en los últimos 100 años que se han dado pasos significativos en la comprensión del funcionamiento del cuerpo humano y de sus alteraciones⁷.

En épocas antiguas se pensó que las Enfermedades infecciosas, el cáncer, la epilepsia y muchos otros trastornos eran el resultado de maleficios, posesiones o encantamientos. Con la aparición de los antibióticos y los avances en genética y fisiología, se logró dar una explicación coherente de las Enfermedades en cuanto a sus causas, evolución y tratamiento. Sin embargo, a pesar de éstos avances en el conocimiento, siempre los trastornos de la mente ocuparon páginas especiales de otras disciplinas como la Religión, la Filosofía, la Brujería y el Espiritismo.

Si bien, enfermedades como las infecciones, el cáncer y la epilepsia se empezaron a considerar como el producto de alteraciones del equilibrio fisiológico natural, las Enfermedades Mentales continuaron siendo explicadas de una forma mágica, tendencia que persiste significativamente en nuestro tiempo: muchos pacientes psiquiátricos son en la actualidad sometidos a exorcismos y tratamientos por brujos o espiritistas.

Así como el cuerpo es afectado por la enfermedad, al cerebro también le puede ocurrir, estos son los llamados trastornos mentales o enfermedades mentales. Usualmente las personas con trastornos mentales muestran comportamientos anormales que son fácilmente reconocibles. Cuando una persona cuya conducta es aceptada como normal, comienza a comportarse de manera extraña o anormal, es probable que dicha persona esté sufriendo de un trastorno mental. Así como la enfermedad física necesita ser tratada, también la enfermedad mental requiere

7 Arango Dávila C, Posada J. Manual Básico de Atención Primaria en Salud Mental y Rehabilitación Comunitaria. 2007

tratamiento, si las enfermedades mentales son detectadas rápidamente, se les da tratamiento adecuado. Muchas personas con este tipo de problemas de salud pueden mantener su enfermedad bajo control y funcionar en la sociedad como aquellos que no lo padecen.

Cuando se encuentra un paciente con problemas Mentales en el Puesto de Salud, se observa solo un minúsculo aspecto de la realidad del enfermo. Si se ahonda un poco sobre sus antecedentes personales o antecedentes familiares se obtendrá la explicación un poco más precisa de la causa de consulta y se tendrán elementos un poco más fiables para elaborar conocimiento y generar diagnósticos más adecuados; pero definitivamente, la comprensión más clara del individuo se logra cuando a éstos ingredientes le agregamos las visitas a la comunidad y a la familia; esto nos permite tener una visión más exacta de su realidad, lo que nos posibilita establecer unas acciones más específicas y con resultados mejores, desechando creencias y tabúes que solo perturban la recuperación del paciente⁸.

Acorde con lo enunciado hasta aquí, en lo que respecta a la Salud y la Enfermedad Mental se puede afirmar que ambas son el resultado de la confluencia en el ser humano de aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales, y con ellos toda la gama de creencias y postulados no científicos. Y que si bien las creencias y tratamientos populares son un intento de explicar y manejar las alteraciones de la mente, la práctica ha mostrado que definitivamente las intervenciones médicas y psicológicas, basadas en investigaciones científicas son las que pueden ayudar de una forma clara a los pacientes⁹.

⁸Ibíd.

⁹Ibíd.

7.3. Acerca De Los Trastornos Mentales

Dado que la salud mental es una materia tan extensa y posee un grado alto de dificultad caracterizar su ausencia, se está con la generalidad de establecer como sano aquella persona que pueda desempeñarse con normalidad en las situaciones cotidianas y en su relación con la sociedad.

De igual modo que para la atención en salud de las personas a causa de la enfermedad general, se tiene una brecha de desigualdad en la atención de salud de los trastornos mentales. En América Latina y el Caribe, la brecha de atención de los trastornos mentales es grande. Hay estudios que aportan datos sobre el déficit de tratamiento, con cifras correspondientes a la utilización de servicios en distintos períodos. Se presentan las brechas en la atención, según este estudio consultado, a partir de la identificación de ocho trastornos mentales. En las muestras examinadas en este estudio, más de la tercera parte de las personas con una psicosis no afectiva, más de la mitad de las que padecían trastornos de ansiedad y alrededor de tres cuartas partes de las que tenían problemas relacionados con el consumo de alcohol no recibieron ningún tratamiento psiquiátrico en el sistema de salud formal.¹⁰

Es muy posible que esta situación pueda ser generalizada para muchos otros países en diversas latitudes puesto que la brecha identificada sería aun mayor si los estudios se realizaran comparativamente en todos los países y no solamente en unos pocos, los que poseen mayores recursos, y mayor capacidad para la investigación epidemiológica y la reducción de los subregistros. Por ejemplo, un estudio en Belice en el que se examinó la prevalencia del tratamiento para los trastornos mentales y que se basó en una revisión de los archivos médicos de todos los proveedores de servicios de salud que trataban a pacientes con enfermedades mentales

¹⁰ *Ibíd.* Pág. 8

reveló que cerca de 63% de las personas con esquizofrenia no recibían tratamiento alguno. Lo mismo se aplicaba a 89% de las que padecían trastornos afectivos y a 99% de las que tenían trastornos de ansiedad.¹¹

Más datos que confirman la insuficiencia de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe son identificados por la OMS. En muchos países de América Latina y el Caribe, el gasto en la salud mental y el número de camas para pacientes psiquiátricos, de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental son mucho menores que en Canadá y Estados Unidos. Lo que hace que la situación de salud mental en América Latina y el Caribe constituya un reto de grandes proporciones para la salud pública, puesto que la problemática es una situación que produce gran incapacidad, una alta tasa de mortalidad, desintegración familiar, delincuencia, entre otros. Además tiene la particularidad de que se acentúa a medida que va cambiando la estructura poblacional.¹²

Cuando se habla de la atención de la salud mental se ha dedicado de forma casi exclusiva a la atención de los trastornos psiquiátricos y al tratamiento de las personas que se identifican bajo la categoría más amplia de los trastornos neuropsiquiátricos, tales como la epilepsia. Algunos países, dependiendo de sus recursos y de su forma habitual de llevar a cabo la planificación, limitan los programas de salud mental al tratamiento exclusivo de los trastornos mentales más graves. Una visión tan estrecha de lo que constituye la salud mental podría ser insuficiente hoy en día. Del campo de la salud mental se espera que desempeñe un papel cada vez más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y emergentes en las cuales hay un componente conductual.¹³

11 *Ibíd.*

12 Organización Mundial de la Salud. Proyecto Atlas. Pág. 54, 55

13 Arango Dávila C, Posada J. Manual Básico de atención primaria en salud mental y rehabilitación comunitaria. 2007

Por otra parte en algunos países industrializados se observa una clara tendencia a darle mayor relevancia a la atención de la salud mental y se está haciendo hincapié en la detección de los problemas en los servicios de atención primaria, en la creación de programas de medicina conductual y en la salud de las personas de edad avanzada. El papel que desempeña el comportamiento en la salud en general no tiene menos importancia en países en vías de industrializarse que en otros lugares, pero pasa desapercibido como resultado de la excesiva dependencia de un modelo médico estrecho y de la escasez de especialistas en las ciencias de la conducta.¹⁴

7.4. La Necesidad De Una Intervención Con Características De Integralidad

Así pues, con relación a la atención de pacientes con Enfermedad Mental, también es posible, incluso necesaria, la implementación de estrategias que incluyan todos los aspectos condicionantes de la Salud. Estas estrategias deben funcionar en relación a las necesidades de la comunidad y de las personas, pues es la forma adecuada de generar una respuesta duradera en la disminución y atención de las necesidades de la población afectada por estas patologías.

Para el municipio de Tuluá, acordes con la política del departamento y la nación se busca cumplir con que el sistema de Seguridad Social en Salud brinde la Atención Integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.¹⁵

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ Artículo 162 de la Ley 100 de 1993.

Esta integralidad propuesta gira sobre los tres elementos que se han denominado BIO-PSICO-SOCIAL; es necesario incluir las estrategias enfocadas en esta perspectiva para la atención de patologías psiquiátricas en los Servicios de Salud, los cuales deben aproximarse a las necesidades reales y sentidas de la comunidad. Esa es la razón por la cual las instituciones de salud y su personal asistencial y todas aquellas personas que se desenvuelven en el propio espacio de las comunidades, sean las gestoras fundamentales de verdaderos cambios en la Salud.¹⁶

Esto reafirma que la definición de Enfermedad Mental no se puede hacer en relación al individuo aislado, enfermo, asocial, sino por el contrario, en la relación de éste con la visión que ha construido de sí mismo y de su entorno a través del concepto sujeto Bio-Psico-Social soportado por la opinión de los diversos autores que han abordado esta temática.

La Enfermedad Mental es BIOLÓGICA porque en ella participan alteraciones del funcionamiento del cerebro ocasionadas por defectos localizados en éste mismo órgano o indirectamente a través de Enfermedades de otros órganos o Sistemas que por vía sanguínea o por cercanía afectan el cerebro.

La Enfermedad Mental es PSICOLÓGICA porque siempre implica compromiso de la esfera psíquica del individuo, aumentando o disminuyendo la autoestima, cambiando la forma de pensar o sentir y alterando en algunos casos la percepción del mundo y las capacidades intelectuales de los que la padecen; en consecuencia la enfermedad mental compromete en su integridad la forma de la persona de estar en el mundo y la conciencia de pertenecer a él.

¹⁶ *Ibíd.* Pág. 14

La Enfermedad Mental es SOCIAL porque afecta la relación del enfermo con los integrantes de su familia y su comunidad y genera en estos también una actitud hacia el enfermo que puede variar desde una certera comprensión hasta el rechazo y la segregación.

Se puede afirmar en consecuencia que la Enfermedad Mental es la alteración de la dinámica Bio-Psico-Social del individuo ocasionando sufrimiento psíquico tanto en el enfermo que la padece como en los integrantes de su entorno familiar y social. La gravedad de su evolución puede depender de que se realicen adecuadas intervenciones por parte del personal de Salud.

7.5. Accesibilidad Y Oportunidad En La Atención De La Salud Mental

Acceso: se refiere a la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud¹⁷

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios

Para empezar con este componente es necesario aclarar que de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina, al igual que el resto del mundo, se enfrenta a una pandemia de trastornos psiquiátricos, según lo señalado por las encuestas comunitarias llevadas a cabo en varios países de la región.¹⁸ A estos trastornos se agregan otros de gran magnitud y gravedad: los de naturaleza social que rara vez se registran en ese tipo de encuestas.

¹⁷CIRCULAR externa 0056 del 6 de Octubre de 2009. Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Supersalud

¹⁸Oscar Benassini F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, 2001.

Entre éstos sobresalen la conducta violenta y la mortalidad derivada de ella, para lo cual no se han aportado soluciones determinantes. La propia OPS estimó que en el año 2000, alrededor de 88 millones de personas en América Latina manifestarían algún tipo de trastorno mental¹⁹, lo cual estaría estrechamente relacionado con los problemas económicos de la mayoría de las naciones del continente.

De acuerdo con De la Fuente, Medina Mora y Caraveo²⁰, para hacer una estimación de los trastornos mentales que afectan a la población se dispone de tres fuentes de información: las instituciones de atención especializada, como los hospitales psiquiátricos, los asilos y otros servicios asistenciales públicos y privados; los servicios de consulta externa de los hospitales generales y de las unidades de salud de primer nivel de atención; y la comunidad.

En efecto, la necesidad de reformar las políticas de atención psiquiátrica en los servicios de atención primaria llevó a la OPS a convocar a los países de la región a una conferencia especial para reestructurar los servicios psiquiátricos, en Caracas, Venezuela, en 1990. De esta reunión surgió la Declaración de Caracas, adoptada por los países representados, que propone vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria, enmarcándola dentro de los sistemas locales de salud.²¹

La atención primaria a la salud debe tener las siguientes características:

- Basarse en métodos y tecnologías científicamente fundados.
- Estar al alcance de todos los individuos, familias y comunidades.
- Tener un costo accesible.
- Por el riesgo que representa, dar atención programada y anticipatoria a la población.

19 Padilla GP, Peláez O. Detección De Trastornos Mentales En El Primer Nivel De Atención Medica. México, 1985. Pág. 66-72

20Caraveo AJ, Gómez EM, Saldivar G, Gonzales R. Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. 1995

21 Organización Mundial de la salud. Pautas diagnósticas y de atención ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Washington. 1996

- Promover la participación de la comunidad dándole un papel protagónico.

La atención psiquiátrica sí se ha ocupado de los daños a la salud mental, ha proporcionado sus servicios cuando se le solicitan; ha atendido a “pacientes” escasamente informados sobre el cuidado que deben dar a su salud mental y, por lo tanto, poco participativos; ha prevalecido la práctica individual, aunque se pretenda trabajar en equipo; los servicios especializados están casi desvinculados de los servicios del primer nivel de atención y no se puede afirmar que la atención psiquiátrica se encuentre al alcance de todos, pues es un hecho que su costo no es accesible ni para los usuarios ni para los sistemas de salud.²²

Es importante destacar la relevancia que tiene la vigilancia epidemiológica para a partir de estos hallazgos tomar las acciones correspondientes que puedan generar la adecuación del sistema de salud para la calidad de la atención a los pacientes psiquiátricos y la reducción de los mismos mediante la detección y tratamiento temprano de estas patologías. Lamentable puede llegar a ser la ausencia de un diagnóstico claro y suficientemente documentado de la llamada morbilidad mental. Es necesario desarrollar una vigilancia epidemiológica de los principales trastornos mentales, con el fin de disponer de datos que permitan evaluar su magnitud y trascendencia, así como los factores condicionantes relacionados con ellos²³, para lo cual se sugiere:

- Generar, propiciar, alentar, apoyar y coordinar la realización de encuestas.
- Coordinar la obtención y el procesamiento de información relativa a la morbilidad atendida en las unidades de salud de primer nivel o en las especializadas.
- Impulsar el desarrollo de la investigación de los factores que condicionan la patología mental.

22 Oscar Benassini F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, 2001. Pág. 6-10

23Schulberg HC, Burns BJ, Mental disorders in primary Care, epidemiologic, diagnostic and treatment search directions. 1998 Pág. 83-87

Siguiendo con las necesidades de la atención el autor plantea que es conveniente contar con personal que coordine éste, el programa de salud mental, y otros programas de salud mental en las unidades de primer nivel. Para ello vale la pena recordar la propuesta de Durán, relativa a la formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud, que indica la manera de incorporar al paciente a este tipo de unidades y servicios²⁴. En el campo de la patología mental es frecuente confundir la educación para la salud con la información acerca de las enfermedades mentales, sus características y las pautas para diagnosticarlas y tratarlas, por lo que los siguientes temas que evaden esta tendencia nosológica, pueden ser útiles en la educación preventiva para la salud mental:

- Desarrollo infantil.
- Adolescencia.
- Sexualidad.
- Pareja y familia.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Violencia.
- Accidentes, estrés.
- Personalidad y enfrentamiento a los conflictos.
- Tiempo libre y esparcimiento.

Los problemas de tipo psicótico, en particular la esquizofrenia, tienen una prevalencia elevada, son progresivos y generan discapacidad severa con deterioro evidente de la calidad de vida del enfermo y de su familia. Además, tienen un alto costo para los servicios de salud, sobre todo por concepto de hospitalización. Para desarrollar la educación en salud mental no se requiere de

24 Duran L, Hernández R, Becerra J, La formación del psicólogo y su papel de atención primaria a la salud. 1995.

personal especializado, ya que puede responsabilizarse de ella al personal de los servicios de primer nivel.

Aunque sea complicado romper con el enfoque tradicional de la atención especializada, es necesario que en los servicios de primer nivel de atención se conozcan estos problemas, para que puedan detectarse oportunamente y aplicar los recursos tecnológicos indicados, entre los que destacan: la farmacoterapia y el entrenamiento familiar con modelos psicoeducativos, como el de Hogarty y otros.

A estas medidas habría que agregar la vinculación de los servicios de primer nivel con el hospital psiquiátrico, para resolver en poco tiempo las crisis de muchos pacientes. De continuar con el esquema vigente será imposible ofrecer una verdadera cobertura para estos trastornos en los servicios de salud²⁵.

En cuanto a la problemática generada por el acceso a la medicamentos antes, durante y después de la atención Benassini plantea al respecto “son impresionantes los avances en el tratamiento farmacológico de una amplia variedad de padecimientos psiquiátricos, y es lamentable que sólo el psiquiatra pueda prescribirlo ya que, como hemos visto, son muy pocos los pacientes que tienen acceso a él. Los escasos conocimientos del médico general y familiar sobre los psicofármacos son un gran obstáculo, pero la capacitación y la asesoría sobre este tema pueden remediar este problema. No se trata de conocer una cantidad abrumadora de sustancias, sino de entrenar al médico en el manejo de por lo menos de dos diferentes sales de anti-sicóticos, ansiolíticos y antidepresivos. Los trastornos por déficit de atención, los trastornos del aprendizaje, la ansiedad y la depresión son algunos ejemplos”²⁶.

²⁵Benassini, O. F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, 2001.

²⁶ *Ibíd.*

En el mismo sentido hay que anotar que la población infantil acude constantemente a los servicios de primer nivel, por lo que ésta es una excelente oportunidad para monitorear su desarrollo, detectar oportunamente sus desviaciones y proporcionarle ayuda médica, psicológica y social. La institución debe poner sus recursos tecnológicos a disposición del personal, familiarizarlo con ellos, y apoyarlo con servicios especializados cuando sea necesario²⁷.

En cuanto a accesibilidad se ha rastreado a algunos autores que señalan que son evidentes las barreras que actualmente debe enfrentar la población pobre y vulnerable en búsqueda de la atención en salud mental. Para el municipio de Tuluá, se plantea que entre las barreras más decisivas para el acceso de los pacientes con patologías mentales a la atención y el tratamiento oportuno es la falta de orientación, que les obliga a realizar un recorrido por las diferentes instituciones de salud y dirección local en búsqueda de soluciones que en muchos casos no logran encontrar, lo cual termina dificultando la anhelada atención de sus trastornos mentales, esta dificultad ha sido concluida por Michalewicz en su investigación *Accesibilidad a la atención en Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares convivenciales (ONG) en convenio con la DGNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*, realizada en agosto de 2010, con la cual describe y analiza las dimensiones de la accesibilidad a la atención en salud mental de niños/as y adolescentes alojados en los hogares convivenciales, así como las modalidades de utilización de los servicios adoptados por los mismos²⁸.

Existe otro estudio realizado por Michalewicz, en cuyas conclusiones se observan “Dificultades para que un grupo de niños/as pueda atenderse en servicios del subsector estatal en lo respectivo a la salud mental, existiendo barreras geográficas, organizacionales, económicas y

27 *Ibíd.* Pag10

28 Michalewicz, Alejandro. *Accesibilidad a la atención en Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares convivenciales (ONG) en convenio con la DGNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.* Agosto de 2010.

simbólicas que se relacionan con su situación particular. Se identifica que la población del régimen subsidiado y los pobres no asegurados del municipio de Tuluá tienen una similitud como es la necesidad de acudir a la asistencia pública por la imposibilidad de pagar por sí mismos sus requerimientos de atención en salud. La asistencia se obtiene predominantemente en servicios especializados en problemáticas de abuso y maltrato, ya sea del subsector estatal o privado. En los casos que se busca sostener su atención en servicios no especializados del subsector estatal la estrategia utilizada desde los hogares es la construcción de redes informales de derivación con profesionales que se muestren dispuestos a alojar las particularidades de su situación”²⁹.

Caraveo Anduagua y Mas Condes en su estudio “Necesidades de la Población y desarrollo de servicios de Salud Mental” (2010) ilustra las diferentes dificultades en la accesibilidad oportuna a los servicios de salud mental, evidenciado en el lapso de tiempo transcurrido entre el inicio del trastorno mental hasta la primera búsqueda de consulta.

“Para los propósitos de la investigación se delimitó como área de estudio a una jurisdicción sanitaria localizada en el suroeste de la ciudad, que tiene como cabecera un centro de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia con servicio de salud mental (CS), también un hospital general de zona (HGZ) que presta servicios tanto a derecho habientes de la unidad de medicina familiar adjunta como a aquéllos que son canalizados por las unidades de medicina familiar a las que él sirve. Este estudio es relevante para el tema de investigación a desarrollar puesto que al incluir a ambas instituciones que prestan atención a diferentes estratos de la población y bajo

²⁹ *Ibíd.*

distintos criterios administrativos, se consideró que se tendría una panorámica más comprensiva de las demandas de la población.

La ruta transitada por los pacientes que requieren atención en los servicios psiquiátricos y de salud mental, así como en otras especialidades, está claramente influenciada por las normas de prestación de servicios. Sin embargo, la prontitud o retraso en la atención de los desórdenes mentales pueden estar condicionados por diversos factores, como: educación de la población para identificar la existencia de problemas, actitudes hacia los desórdenes mentales, disponibilidad de servicios y accesibilidad tanto física como económica a los mismos, detección del trastorno por parte de los médicos generales, patrón sintomatológico de los pacientes, etc.³⁰. Este trabajo tuvo como objetivo investigar, en una serie de pacientes referidos a los servicios de psiquiatría, el camino transitado desde el inicio del padecimiento hasta su arribo al servicio, con la finalidad de identificar puntos críticos, susceptibles de ser abordados estratégicamente en la ruta hacia la atención. Se utilizó una cédula de encuesta, diseñada por la OMS, para entrevistar a todos los pacientes que por primera vez acudieron a los servicios de psiquiatría comprendidos durante un mes (cinco semanas). Todos los pacientes que no hubiesen estado bajo tratamiento en el servicio durante el año previo al estudio, fueron incluidos. La muestra se integró por 142 pacientes, 66 del cs y 76 del HGZ.”

En cuanto a los resultados del estudio estos apuntan al problema de la accesibilidad que los autores Caraveo Anduagua y Mas Condeslo identifican de la siguiente manera:

“Problema analítico se expresaría en la siguiente pregunta:¿qué características o circunstancias obstaculizan la búsqueda y obtención del servicio?”

30 CaraveoAnduagua, Jorge y Mas Condes, Carmen-“Necesidades de la Población y desarrollo de servicios de Salud Mental”- Salud Publica- México- 1990.

Los obstáculos se clasifican en diferentes tipos: ecológicos, que incluyen distancia y tiempo de transporte; financieros y organizativos. Estos últimos se subdividen en obstáculos a la entrada y al interior de un establecimiento de salud.

De los resultados se aprecia que la problemática es diferente en cada institución. En el lapso entre la primera manifestación de un desorden y la primera búsqueda de ayuda fue considerablemente mayor que en la población atendida por el sistema de seguridad social (IMSS) además, una gran parte de la demanda correspondió a menores de 18 años, con tipos de morbilidad en los que una detección temprana y un tratamiento oportuno evitarían un sinnúmero de incapacidades y repercusiones negativas en los sujetos afectados. Al respecto, también es importante resaltar que la atención del tipo de morbilidad reportada no recae por completo en el personal médico, sino en profesionales del campo de la educación y psicología, por lo que un programa para atender esta situación no sólo requeriría actividades en el área de educación a la población, sino también disponibilidad de recursos humanos interdisciplinarios adecuados al tratamiento integral de estas afecciones, considerando de manera enfática la formación de grupos de autoayuda. La magnitud e importancia del problema se señaló en publicaciones anteriores e insistimos aquí en ello por considerarlo un problema de salud pública, ya que los sujetos afectados están en mayor riesgo de presentar, a la larga, otras patologías como las adicciones y trastornos en su adaptación a la sociedad.

Retomando el análisis de los obstáculos en relación con la primera búsqueda de atención, es necesario contemplar el aspecto financiero, ya que el 80 por ciento de la población atendida en el centro de salud informó un ingreso menor de dos salarios mínimos, no encontrándose ningún caso por arriba de esa norma. A esto se encuentra asociado implícitamente el nivel educativo, que si bien no se exploró para fines del estudio, tampoco puede ignorarse como factor que

influye en la identificación y búsqueda de ayuda. De esta manera, se delimita que en el retraso observado también incide el obstáculo financiero, que en los derechos habientes del Instituto Mexicano del Servicio Social no puede considerarse como tal, así como la educación para la salud, ya citada, y el nivel educativo en general de la población atendida por cada institución.

De una u otra forma, los hallazgos de este trabajo señalan la necesidad de estudiar este aspecto para cumplir con el objetivo de una detección oportuna de la morbilidad que no puede ser prevenida.

En relación al obstáculo distancia/transporte, en el centro de salud se apreció que los pacientes que emplearon más de una hora para su traslado mostraron una dilación mayor en la primera búsqueda de Atención que aquéllos que requieren de menos tiempo para acudir pudiendo esto influir en parte en el retraso observado entre la primera búsqueda de ayuda y su arribo al servicio de psiquiatría.”

Respecto a este estudio se pudo evidenciar en sus conclusiones que una de las principales causas en la tardanza para acceder oportunamente a los servicios de Salud Mental fue el desconocimiento por parte de la población respecto a las enfermedades de salud mental, signos y síntomas de la mismas y como detectarlas; a su vez se evidencia también la dificultad en el diagnóstico de este tipo de trastornos por desconocimiento respecto al tema por parte del personal de salud.

Los autores nos permiten además, evidenciar que la ruta transitada por la población objeto, está claramente influenciada y sujeta a la normatividad vigente en salud y a las normas propias de cada institución para la prestación de servicios, sin dejar de lado el factor económico que resulta

ser un limitante importante en el acceso oportuno a los servicios por ser en su mayoría una población de limitados recursos económicos.³¹

Desde otro enfoque y en Colombia para el departamento de Antioquia, varios autores de la Facultad Nacional de Salud Pública³², han desarrollado un trabajo de investigación bajo el interés por las condiciones de la población que requiere atención es salud mental en tres de los municipios del departamento, los prestadores plantean similitudes en la forma de percibir al paciente psiquiátrico como paciente de difícil manejo y tratamiento; esto plantea una falencia en la formación académica de los profesionales de la salud para tratar estos pacientes, de acuerdo con la OPS/OMS , como parte de la atención integral. Se identifica la categoría “ayuda” para calificar los servicios que brindan en salud mental, pues tanto prestadores, como funcionarios, usuarios y sus familiares, los consideran como tal y no como un derecho fundamental al cual todos deberíamos acceder por el hecho de ser ciudadanos, como lo plantea Laurell³³.

La falta de personal capacitado en salud mental hace que los servicios para los pacientes psiquiátricos se centralicen en la capital; la mayoría de los casos presentados en los municipios son remitidos al Hospital Mental de Antioquia (HOMO). Igualmente, se desarrollan precarios programas académicos para intervenir algunas de las dificultades en salud mental. En este sentido, Rueda expresa que la academia no ha planteado adecuadamente el problema, manifestándose en los rígidos planes de estudio y en los sitios de práctica. La falta de personal especializado o capacitado se confirma por los resultados de la investigación realizada por González y otros sobre recurso humano en salud en Colombia.

31 *Ibíd.*

32 Henao S, Restrepo V, Alzate AF, González CM. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2009; 27(3): 271-281.

33 *Ibíd.*

Por otro lado, en el estudio se aprecia una dificultad económica relacionada con el tratamiento; ésta se manifiesta, en primer lugar, en el cobro de los copagos o cuotas moderadoras para los servicios; en segundo lugar, el costo del desplazamiento hacia los lugares de atención produce un mayor abandono de los tratamientos. Lo anterior ha sido corroborado por la OMS y el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. La situación de los prestadores para atender los casos psiquiátricos y de problemas psicosociales, en el primer nivel, con profesionales poco preparados, genera una preocupación manifiesta en el Informe sobre la salud mental en el mundo, según los entrevistados, la violencia, el conflicto armado, el desplazamiento forzoso y el consumo de sustancias psicoactivas empeoran la situación de salud mental de la población objeto de estudio.

Sin embargo, sobre estos tópicos, la reglamentación de la ley de seguridad social en salud no es suficiente ni explícita.

El hecho de que no todos los usuarios tengan iguales derechos, debido a su vinculación al sistema de salud, puede dificultar el acceso a medicamentos y exámenes diagnósticos, la mayoría de ellos adscritos al régimen subsidiado. Es de anotar que las intervenciones que se realizan están, por lo general, enmarcadas en momentos de crisis de las personas que narran problemáticas de salud mental. Sin embargo, es precisamente en este punto, el de la urgencia, que la demanda de ayuda, el acompañamiento familiar y los profesionales idóneos no se integran en el municipio, y se presenta entonces una atención dependiente de otras instancias, otros profesionales, la voluntad de otros actores que no son los usuarios (administradores, médicos generales, familiares). Esta situación lleva a una atención desintegrada, que no propicia la comprensión del problema a enfrentar, que no permite un acompañamiento adecuado y su seguimiento, de manera que se puedan realizar evaluaciones futuras de las intervenciones.

8. COMPONENTE ÉTICO E IMPACTOS ESPERADOS A PARTIR DEL USO DEL CONOCIMIENTO

En el presente proyecto de investigación se pretende avanzar en el conocimiento en lo relacionado con el servicio en salud prestado a pacientes con patologías psiquiátricas, partiendo de la aplicación de principios éticos, a saber:

8.1. Respeto Por La Autonomía:

- Se dará a conocer el proyecto de investigación, sus objetivos, metodología, resultados esperados y manejo y fin de éstos, a los pacientes y sus familias sujetos de esta investigación
- Se establecerá, en documento escrito, las condiciones y metodologías a utilizar durante la investigación siendo respaldado por la firma de ambas partes

8.2. Beneficencia:

- Se espera que el presente proyecto de investigación contribuya en la elaboración e implementación de políticas municipales e institucionales para la atención de pacientes con patologías mentales; así mismo en la creación de una Unidad Mental Municipal

8.3. Justicia:

- La planeación, ejecución y costos del proyecto investigativo estará bajo la responsabilidad ética y social del grupo de profesionales que realizan la investigación

- Se hace claridad sobre los beneficios en sí mismo del proyecto en el sentido de que es un ejercicio académico, a su vez que el fin que persigue es de beneficio a la comunidad

9. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ETICOS

9.1. Salvaguarda del secreto profesional:

No se realizará divulgación de la identidad del paciente y su familia, sujetos de investigación, que estén relacionadas de manera directa con su salud y la vida

9.2 Consentimiento informado:

La población sujeto del proyecto son considerados como grupo especial por su condición de discapacidad mental por las patologías que padecen; por esta razón se buscará el consentimiento informado del representante legal o cuando la capacidad mental y estado psicológico del paciente lo permitan

9.3 Protección de los pacientes:

Se establecerá el compromiso de informar a la familia o médico del paciente de los daños que se puedan suscitar en éste a razón del ejercicio de investigación

9.4. Diferenciación:

Se dará claridad en que el proyecto obedece a un ejercicio de investigación con fines académicos y sociales

10. METODOLOGÍA PROPUESTA

10.1. Tipo de estudio

Este estudio es de tipo mixto, cualitativo y cuantitativo el cual pretende medir y entender la problemática de los pacientes de salud mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados atendidos en el municipio de Tuluá.

10.2. Método para recolección de información

Partiendo de la base que el estudio es mixto, se considera necesario utilizar los siguientes instrumentos de recolección:

✓ Entrevista estructurada:

Que permita conocer la existencia de políticas, planes y programas establecidos para el manejo de la problemática de salud mental del municipio, aplicada a los gestores de la salud mental

✓ Entrevista semiestructurada (Historia de Vida):

Que permita confirmar las condiciones de accesibilidad y oportunidad de atención en salud, a partir del testimonio de vida de los pacientes con patologías mentales afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados

✓ Encuesta estructurada:

Que permita identificar los servicios que prestan las IPS del Estado en el Municipio de Tuluá a pacientes con trastorno mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados, aplicada a cuidadores y/o familiares de los pacientes.

Historia de vida:

En el área de las Ciencias Sociales, de la sociología, la antropología, psicología y la etnografía, se considera la historia de vida como un método idóneo para la recolección de datos.

Las Historias de Vida constituyen una metodología que permite reunir los acontecimientos más significativos de la vida, desde que se nace hasta el momento en que se desea ordenar los pasos andados.

Para hacer una historia de vida se utilizó como principal herramienta la memoria, pues nos permite reconstruir de dónde venimos, la formación paulatina de nuestra familia, el contexto social, cultural, político y económico que nos ha tocado vivir y todos aquellos hechos que nos han marcado.

Esta propuesta busca que las historias de vida expresen el proceso que vive el paciente con patología psiquiátrica, desde el momento de ser diagnosticada hasta el momento actual, relato en el que haga referencia a la familia, a los hechos y acontecimientos más importantes en su relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Se puede comenzar una historia de vida pidiéndole al protagonista que hable de momentos y sucesos importantes en las etapas de vida: infancia, juventud, adultez y vejez (de acuerdo con la edad).

10.3. Universo

Para el presente estudio se identificó como población universo un total de 778 personas atendidas en salud por urgencia psiquiátrica y de consulta general en las IPS Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez y Hospital Departamental Tomas Uribe Uribe (bases de datos y actividades facturadas).

De igual manera se entrevistó a 6 profesionales que laboran en el sector salud y se retomó el relato de 4 pacientes con trastorno mental que dieron a conocer su historia de vida.

10.4. Muestra

De acuerdo con la magnitud del universo del presente estudio, se decide sacar una muestra de la población con la siguiente fórmula:

N= población

p= probabilidad esperada (en este caso 5% = 0.05) no nos describe las condiciones de accesibilidad y oportunidad de atención en salud para los pacientes con trastorno mental.

q= 1 – p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95) probabilidad de que nos describan las condiciones de accesibilidad y oportunidad de atención en salud para los pacientes con trastorno mental.

e= error de estimación 0.05

Z= confiabilidad del 95%

N= 778

P= 0.05

$$q = 0.95$$

$$e = 0.05$$

$$Z = 1.96^2 \quad \frac{n^\circ = Z^2 (pq)}{e^2}$$

$$e^2$$

$$n^\circ = \frac{(1.96)^2 (0.05)(0.95)}{0.05} = n^\circ = 72.9$$

$$0.05$$

$$n = \frac{n^\circ}{1 + n^\circ / N}$$

$$1 + n^\circ / N$$

$$n = \frac{72.9}{1 + 72.9 / 778} = 66.6n = 67$$

$$1 + 72.9 / 778$$

10.5. Muestreo

Una vez se obtuvo la muestra, se decide elegir los participantes de la investigación mediante un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

10.6. Resultados Esperados

Conocer las dificultades que afronta el paciente con trastorno mental del Régimen Subsidiado y Población Pobre No Asegurada y sus familiares en los procesos de atención en salud.

Generar un Diagnóstico preciso de la situación en salud que pueda ser útil y contribuya a la formulación de políticas y programas de intervención municipal concretos en Salud Mental.

Determinar si es necesario, la creación en el municipio de Tuluá de una Unidad de Atención a Pacientes con Trastorno Mental y Urgencias Psiquiátricas del Valle.

11. CRONOGRAMA

Actividades	Meses											
	Abr.	May	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene	Feb.	
Selección del tema	X											
Exploración documental y revisión bibliográfica	X	X										
Elaboración de anteproyecto	X											
Entrega de anteproyecto	X											
Presentación de anteproyecto	X											
Ajuste de anteproyecto			X	X								
Recolección de datos para realizar la investigación en las instituciones					X							
Elaboración y revisión de instrumentos para recolección de información (encuesta)					X	X						
Prueba piloto de instrumento (encuesta)						X						
Ajustes de la encuesta según prueba piloto						X						
Aplicación del instrumento (encuesta)						X	X					
Digitación de la información obtenida							X					
Análisis de los datos obtenidos							X					
Elaboración del informe final								X				
Ajustes al proyecto								X	X	X		
Sustentación final												X

12. PRESUPUESTO

Presupuesto Global por Fuentes de Financiación	
RUBROS	TOTAL
PERSONAL	\$ 16.000.000
EQUIPOS	\$ 4.000.000
SOFTWARE	\$ 2.000.000

MATERIALES	\$ 200.000
SALIDAS DE CAMPO	\$ 800.000
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO	\$ 60.000
PUBLICACIONES Y PATENTES	
SERVICIOS TECNICOS	\$ 450.000
VIAJES	
CONSTRUCCIONES	
MANTENIMIENTO	
TOTAL	\$ 23.510.000=

13. ANÁLISIS DE DATOS

13.1. Entrevista Realizada A Profesionales De La Salud

Siendo el objeto de esta investigación el evaluar las condiciones de acceso y oportunidad en el proceso de atención en salud que se presta a los pacientes con trastornos mentales, afiliados al régimen subsidiado y población pobre no asegurada en las IPS estatales del municipio de Tuluá, abordamos esta intencionalidad a través de tres metodologías diferentes de abordaje de realidades siendo una de ellas la realización de entrevistas a 6 profesionales que laboran en diferentes instituciones de salud públicas y privadas del municipio y representante del ente territorial cuyos cargos les exige y les permite tener un contacto directo con todos los aspectos relacionados con la salud en el municipio dentro de los cuales la salud mental es tema fundamental.

A través de estas entrevistas se indagó si se tiene claridad sobre la existencia de políticas, planes, programas municipales y procesos y procedimientos de atención en las instituciones, establecidos para el manejo de la problemática de salud mental e identificar los servicios que

prestan las diferentes IPS del Estado a pacientes con trastorno mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados.

Los resultados encontrados son expresados en tablas que permitirán apreciar en términos cuantitativos, la posición de los entrevistados frente a los temas desarrollados

✓ Políticas En Salud Mental

Todas y cada uno de las personas que hacen parte de una colectividad y principalmente los profesionales y funcionarios de instituciones de salud, son responsables de adquirir un conocimiento básico de la legislación existente toda vez que ésta regula el cumplimiento de los derechos y deberes de los ciudadanos en general y de los pacientes en particular.

Adicionalmente, en el Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación³⁴, se encontró que *“todas las políticas de salud mental requieren de apoyo político para asegurar que la legislación sea correctamente implementada. También se requiere de apoyo político para modificar la legislación ya aprobada cuando sea necesario corregir situaciones no previstas que puedan socavar los objetivos de la política en cuestión”*.

Por lo anterior, se ve como la legislación y la política de salud mental están estrechamente ligadas porque éstas pueden influir en el desarrollo y la implementación de programas y metas que permitan proteger los derechos y mejorar la vida de las personas que padecen algún tipo de trastorno mental.

³⁴ Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS. 2006

El mismo documento continúa expresando que *“una política de salud mental comprensiva y bien concebida debe abordar cuestiones críticas tales como:*

- *El establecimiento de instalaciones y servicios de salud mental de alta calidad;*
- *El acceso a atención de calidad en salud mental;*
- *La protección de los derechos humanos;*
- *El derecho de los pacientes a recibir tratamiento;*
- *El desarrollo de protecciones procedimentales sólidas;*
- *La integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad; y*
- *La promoción de la salud mental en la sociedad.*

La legislación de salud mental y otros mecanismos legales, tales como reglamentaciones o declaraciones, pueden ayudar a lograr estas metas, al proveer una estructura legal para su implementación y aplicación”.

En la tabla No. 1 se ve como el 50% de las personas entrevistadas tienen conocimiento acerca de las políticas en salud mental, situación poco favorable si se tiene en cuenta que estas personas son profesionales con cargos en IPS-S públicas y privadas (tabla No. 2) del Municipio de Tuluá, encargados de orientar, direccionar y garantizar el cumplimiento de la normatividad, de los procesos y procedimientos de atención en salud establecidos para la población en estudio. La tabla No. 3 evidencia las instituciones de salud del municipio que participaron en el estudio y el lugar donde laboran los demás funcionarios encuestados.

Tabla No. 1 Conoce usted acerca de las políticas en salud mental del municipio

CONOCE	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	50,0
No	3	50,0
Total	6	100,0

Tabla No. 2 Cargo del Funcionario

CARGO DEL FUNCIONARIO	Frecuencia	Porcentaje
Subgerente científico IPS pública	1	16,7
Gerente IPS pública	1	16,7
Profesional Universitario en participación comunitaria SIAU	1	16,7
Coordinador médico	1	16,7
Coordinador eje promoción social SSM	1	16,7
Personal de ambulancia privada	1	16,7
Total	6	100,0

Tabla No. 3 Institución donde labora en funcionario

INSTITUCION DONDE LABORA	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Rubén Cruz Vélez	2	33,3
Hospital Tomás Uribe Uribe	2	33,3
Secretaria de Salud Municipal	1	16,7
Servicio de Ambulancia Particular	1	16,7
Total	6	100,0

A continuación se puede observar los servicios que ofrecen estas instituciones y organismos del Estado:

La Secretaria de Salud Municipal³⁵ es el organismo estatal encargado de definir, dirigir y coordinar las políticas de salud en la planeación, organización, ejecución y control del sistema de seguridad social en salud a través del aseguramiento de la población y de las acciones de salud pública buscando mejorar la calidad de vida de los tulueños, ejerciendo acciones de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afectan la salud humana.

Funciones:

A. Orientar y promover las políticas establecidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y en los planes, programas y proyectos formulados en el municipio, en cumplimiento de sus objetivos y metas.

B. Coordinar el Sistema de Seguridad Social en Salud en el municipio y hacer cumplir la normatividad legal vigente a las instituciones que lo conforman.

C. Liderar los programas de asesoría, capacitación y acompañamiento a la comunidad, en materia de salud pública y manejo de residuos sólidos.

D. Cumplir en general, con las funciones asignadas de dirección en el sector salud, aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, salud pública, y de inspección, vigilancia y control de factores de riesgo que afecten la salud

³⁵<http://www.tulua.gov.co/sitio.shtml?apc=I1--1497126-1497126&x=1471838>

humana presentes en el ambiente; según lo establecido en el artículo 44 de la Ley 715 de diciembre 21 2001.

El Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez³⁶ es una entidad de orden Municipal que presta servicios de salud con responsabilidad y buen trato, enfocados en atención primaria en salud, garantizando la seguridad del usuario y brindando una atención con personal ético y calificado.

Portafolio de servicios:

- Promoción y prevención
- Programas especiales
- Consulta externa
- Puestos de salud
- Hospitalización
- Urgencias
- Odontología

El Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe³⁷ presta a la comunidad del Centro y Norte del Valle del Cauca, servicios de salud, médicos y hospitalarios de mediana y alta complejidad, contribuyendo a satisfacer las necesidades básicas insatisfechas, con eficiencia y alta calidad en tecnología avanzada, como en recursos humanos, con la utilización de herramientas gerenciales

³⁶<http://hospitalrubencruzvelez.gov.co/sitio/>

³⁷http://www.hospitaltomasuribe.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=72

modernas que tiendan al mejoramiento continuo de su gestión, generando rentabilidad social y un servicio eficiente y oportuno, dentro del marco legal de la seguridad Social en Salud.

Portafolio de servicios:

- Cirugía
- Cirugía video-endoscópica
- Consulta externa
- Consulta especializada
- Ginecología
- Hospitalización quirúrgica
- Hospitalización medicina – interna
- Pediatría
- Promoción y prevención de la salud
- Programa materno – infantil
- Urgencias
- Vacunación

Así las cosas, se considera que los pacientes con patologías psiquiátricas cuentan con instituciones que ofrecen servicios de baja y mediana complejidad, que hacen parte de la Red de servicios de salud que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional, orientado por los principios de complementariedad y subsidiariedad.

✓ **Proceso De Atención Médica**

Hoy en día los problemas en salud mental de la población representan un porcentaje mayor a los que se registraban décadas anteriores, situación que exige, desde la misma salud pública, manejar adecuadamente esta problemática. La situación social que actualmente enfrenta el Municipio de Tuluá obliga, a los organismos oficiales y a las instituciones de salud, a actuar de acuerdo al marco legal del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a establecer políticas que mejoren la toma de decisiones, a implementar programas de impacto positivo y a orientar tratamientos más efectivos de forma pertinente y oportuna.

En el municipio y a nivel nacional, el proceso de atención a pacientes con patologías psiquiátricas se convierte en un gran reto debido a su complejidad, a su relación directa con situaciones medioambientales, familiares y sociales más que orgánicas; por su alta incidencia y prevalencia, por su evidente cronicidad y severidad si no se le da el tratamiento adecuado; por las obvias y negativas consecuencias tanto para el paciente como para su familia y su entorno social.

Con relación al tema, los profesionales encuestados responden, en su totalidad (tabla No.4), que conocen el proceso de atención en salud para estos pacientes. Es de aclarar que su respuesta se basa en su experiencia por su vinculación laboral con la institución de salud, donde se realiza un proceso de atención a todos los pacientes que se acercan a solicitar el servicio.

Tabla No. 4 Proceso de atención en salud para pacientes con trastorno mental

CONOCE PROCESO	Frecuencia	Porcentaje
si	6	100,0

De igual manera el 50% considera que si existen programas de atención en salud mental a nivel municipal y que conocen la existencia de recursos económicos para dicha atención (Tablas No. 5 y 6)

Tabla No. 5 Existencia de programas de atención en salud a nivel municipal

EXISTENCIA PROGRAMAS	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	50,0
No	3	50,0
Total	6	100,0

Actualmente, en las instituciones de salud, los pacientes están siendo atendidos por un proceso ambulatorio, donde se les ofrece una atención médica de valoración inicial y de control, acompañada de una entrega de medicamentos controlados. No obstante, este manejo sufre algunas modificaciones dependiendo de la enfermedad que cada uno de los pacientes presenta en su momento. Es así como se encontró procesos de atención en una urgencia psiquiátrica y procesos de atención en las áreas de urgencia, de hospitalización y de consulta externa para estos pacientes.

Tabla No. 6 Existencia de recursos económicos para la atención en salud mental en el municipio

EXISTENCIA RECURSOS ECONOMICOS	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	50,0
No	3	50,0
Total	6	100,0

✓ **Proceso De Atención En Una Urgencia Psiquiátrica**

En la tabla No. 7 el 33,3 % de los funcionarios encuestados consideran que no hay un proceso definido para la atención de urgencias psiquiátricas y sólo el 50% consideran que el proceso de control de pacientes con urgencias psiquiátricas tanto en la vía pública como en el domicilio se realiza a través de la IPS, lo que indica que no todos tienen claridad acerca de los protocolos de atención existentes toda vez que estos establecen que la decisión de realizar el procedimiento de sujeción mecánica de un paciente deberá ser tomada siempre por un médico responsable y sólo en los casos en que el paciente se encuentre en estado de agitación, información corroborada por los conductores y demás personal de ambulancias quienes expresan “no estar autorizados para tratar pacientes psiquiátricos sin indicaciones del médico”. El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo sería cinco, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. Se requerirá la presencia de los celadores, cuidadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del personal de seguridad o de la Policía Nacional, todos ellos debidamente capacitados. Así, la presencia de la fuerza policial igualmente es considerada toda vez que este organismo es el llamado a garantizar la seguridad de la población cuando ésta se ve o se siente amenazada, situación que se presenta con un paciente con urgencia psiquiátrica en la vía pública o en su domicilio que, en su mayoría, se tornan agresivos representando un riesgo para sí mismos y para los demás; con frecuencia son los familiares o ciudadanos denunciantes quienes afirman que su familiar o vecino son un peligro y que en algunos casos no se encuentra en su domicilio.

Tabla No. 7 Proceso de control de pacientes en urgencia psiquiátrica en la vía pública o en el domicilio

CONTROL EN LA VIA PUBLICA	Frecuencia	Porcentaje acumulado
-No hay proceso definido	2	33,3
-Sintomáticos, se envía ambulancia por parte de IPS quienes remiten a Cali	1	50,0
-Se apoyan en Policía Nacional	1	66,7
-La IPS con personal de ambulancia aunque éste no se autoriza para atenderlo en estado de agitación	1	83,4
-Se recibe el llamado, se direcciona al profesional de atención psicosocial de SSM quien valora el caso y remite a IPS	1	100,0
Total	6	

La urgencia psiquiátrica y el estado peligroso se deben tratar en forma conjunta por su estrecha relación. Kaplan y Sadock definen las emergencias psiquiátricas como “trastornos graves del estado de ánimo, el pensamiento o la conducta que requieren atención inmediata. Esto no implica necesariamente la internación psiquiátrica como única o primera medida”³⁸. Por esta razón es necesario diferenciar los criterios de evaluación de peligrosidad como un juicio diagnóstico entre los que encontramos la evolución natural de la enfermedad, medicación no adecuada, paciente sin contención y sin conciencia de lo que sucede, lo que puede indicar que el paciente eventualmente puede resultar peligroso.

³⁸ La internación Psiquiátrica Involuntaria. Dr. Antonio Dávalos. Provincia de Córdoba, Buenos Aires, Argentina. 2008.

En este sentido, en el documento Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental³⁹, encontramos las situaciones que se atienden como urgencia psiquiátrica según el tipo de paciente:

1. Paciente colaborador sin agitación psicomotriz.
2. Paciente sin agitación psicomotriz pero con riesgo de ella (paciente irritable).
3. Paciente agitado sin auto ni heteroagresividad.
4. Paciente agitado con auto o heteroagresividad.
5. Paciente agresivo sin agitación.
6. Paciente con riesgo suicida.
7. Paciente en cualquiera de las situaciones anteriores con riesgo vital.

En todos y cada uno de estos casos, el manejo adecuado de estos pacientes debe realizarse conforme lo establecen los protocolos de atención y con base en la normatividad vigente. Se espera que el propósito fundamental de la legislación sea el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar de los ciudadanos y se reconoce que la sociedad necesita leyes para lograr sus objetivos; por tanto, la situación de la salud mental en el municipio igualmente requiere una legislación que no difiera de cualquier otra legislación porque las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos. La legislación vigente debe ser garante de la promoción y protección a ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) convirtiéndose en una herramienta para promover el acceso a la atención en salud mental, aportar para la creación de instituciones, servicios y programas y para motivar el diseño de políticas públicas.

³⁹ Protocolo de Atención y Traslado de la Urgencia en Salud Mental. Serie Salud Mental. Junta de Extremadura. Consejería Sanidad y Consumo. 2005

✓ Proceso De Atención En Las Áreas De Urgencias, Hospitalización Y Consulta Externa

En el momento en que se presenta un paciente a solicitar los servicios en el área de urgencias, se presentan varias situaciones sobre las cuales se debe tener claridad y experticia por parte de los funcionarios y el personal médico y de enfermería de las instituciones de salud como son el manejo del tiempo, la capacidad para la toma de decisiones apropiadas y oportunas, la rápida y adecuada valoración e intervención clínica, entre otras.

Tabla No.8 Proceso de atención médica psiquiátrica en los servicios de urgencias

ATENCIÓN EN URGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje
*Se estabiliza, se valora, Se realizan los tramites de ingreso del paciente y se realiza la respectiva remisión	3	50,0
*Valora médico general y remite a Cali	1	16,7
*Valora, remite y contra remite	1	16,7
*No hay proceso definido en la ciudad	1	16,7
Total	6	100,0

Frente a la pregunta acerca del proceso de atención médica psiquiátrica en los servicios de urgencias, en la tabla No. 8 se aprecia que el 83,3% de los funcionarios entrevistados consideran que en las instituciones de salud estatales existentes en el municipio, los pacientes que presentan trastornos mentales son valorados por el médico general, son estabilizados y posteriormente remitidos al Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Cali toda vez que en la ciudad

no se cuenta con instituciones del Estado para la atención en salud mental para afiliados al Régimen Subsidiado y población pobre no asegurada

Con relación al proceso de atención médica psiquiátrica en los servicios de hospitalización (Tabla No. 9), el 50% de los funcionarios entrevistados dicen desconocer la existencia de éstos y el 50% restante afirman que este proceso no se realiza en el municipio porque no se cuenta con las condiciones de infraestructura adecuadas para hacerlo, situación que se puede confirmar al revisar la normatividad vigente existente con relación al tema.

Tabla No. 9 Proceso de atención médica psiquiátrica en los servicios de hospitalización

ATENCION EN HOSPITALIZACION	Frecuencia	Porcentaje
Se desconoce	3	50,0
Se realiza en la institución elegida por la CRUE	1	16,7
No se maneja en la institución prestadora de salud	1	16,7
Existe una habitación pero no tiene las condiciones adecuadas	1	16,7
Total	6	100,0

En el Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de abril de 2006 se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud en Colombia para habilitar sus servicios, donde la hospitalización en salud mental o psiquiatría exige condiciones especiales en su infraestructura como el estar situado en un área específica exclusiva y

delimitada y disponer de áreas especiales de lúdica y de rehabilitación, con espacios verdes y al aire libre. En caso de manejar pacientes agudos psiquiátricos debe contar con habitaciones individuales y las ventanas deben tener un sistema de seguridad para los pacientes. Se debe garantizar la monitorización de cada paciente, o contar con un sistema de llamado en cada habitación con rápido acceso, entre otras. Esto nos permite concluir que el proceso de hospitalización debe realizarse en la ciudad de Cali donde se cuenta con una institución creada para la atención en salud mental.

En la tabla No. 10, el 66,7% de los funcionarios entrevistados consideran que el proceso de atención en consulta externa para pacientes con patologías psiquiátricas se realiza a través de consultas médicas de control mensual.

Tabla No. 10 Proceso de atención médica psiquiátrica en los servicios de consulta externa

ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA	Frecuencia	Porcentaje
Asiste a control mensual cuando ya es valorado por Cali	3	50,0
Convenio Programa itinerante citas de control mensual	1	16,7
Depende del trastorno	1	16,7
Se verifica estado del usuario y de acuerdo a su patología se remite a prioritario	1	16,7
Total	6	100,0

En las instituciones de salud del municipio los pacientes con patologías mentales recurren a la consulta externa con el propósito de acceder a la formulación dada por el médico especialista, que en la mayoría de las ocasiones, lo encuentran en la ciudad de Cali. Las IPS cumplen con el proceso de transcripción de fórmulas para la posterior entrega de medicamentos. El Hospital psiquiátrico realiza el control con especialista por consulta externa a través del Programa Psiquiatra Itinerante quien se desplaza por 5 municipios nodos del Departamento del Valle.

Esta situación da cuenta de la problemática que en materia de salud mental se vive actualmente en el municipio de Tuluá, específicamente en las IPS del Estado, donde los pacientes diagnosticados con patologías mentales carecen de una identificación, ubicación y diagnóstico de su situación real en materia de servicios de salud.

Actualmente, debemos pensar no sólo en el ejercicio básico de atención médica de tratamiento farmacológico; la prevención de la enfermedad mental nos debe llevar a diagnosticar precozmente a enfermos mentales que con la medicación adecuada pueden hallarse insertados en la sociedad como un ciudadano más.

Con relación a la opinión que tienen los funcionarios entrevistados frente al acceso a la atención de los pacientes con patologías psiquiátricas a los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización (Tabla No. 11), el 66,7% consideran que es muy complicado.

En la conceptualización de la accesibilidad⁴⁰ “se consideran cuatro dimensiones: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica. La dimensión simbólica se

⁴⁰ SOLITARIO, Romina, Garbus Pamela y Stolkiner Alicia. Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. 2008

entiende como tal a la posibilidad subjetiva que tiene el usuario de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos. En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, sentimientos, percepciones, etc., entendiendo que la subjetividad se construye a lo largo de la vida de los sujetos y que la misma es producto de experiencias vinculares de la infancia, de la historia individual, de los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc.”

La accesibilidad es el garante de una estabilidad emocional en los pacientes que padecen trastornos mentales toda vez que se considera como la posibilidad de ser atendidos por las instituciones de salud en los diferentes servicios que éstas ofrecen. Que la mayoría de los entrevistados consideren que es muy complicada la accesibilidad a los servicios, siendo funcionarios de las instituciones, es un llamado a la revisión de los estándares en los sistemas de calidad y en las acciones implementadas para el cumplimiento de los mismos.

Tabla No. 11 Accesibilidad a los servicios de urgencias, hospitalización y Consulta externa

ACCESO	Frecuencia	Porcentaje
Muy complicado	4	66,7
Sencillo	2	33,3
Total	6	100,0

Tabla No. 12 Tiempos de espera en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa

TIEMPO DE ESPERA	Frecuencia	Porcentaje
Oportuno	3	50,0
Demorados	1	16,7
Muy demorados	1	16,7
Depende del estado	1	16,7
Total	6	100,0

Con relación a la oportunidad en la atención la situación no difiere de lo encontrado en el tema de accesibilidad. El 50% de los funcionarios opinan que los servicios son demorados, muy demorados e incluso dependen del estado del paciente.

Siendo la oportunidad⁴¹ “la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud”, los resultados obtenidos muestran que esta condición no se cumple

Tabla No. 13 Apoyo de otras instituciones para la atención de pacientes con patologías psiquiátricas

APOYO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	6	100,0	100,0

⁴¹ Circular 056 de 2006. Supersalud

En cuanto a la pregunta de si considera necesario el apoyo de otras instituciones para la atención a pacientes con patologías psiquiátricas en el municipio de Tuluá, el 100 % de los funcionarios coinciden en que este apoyo si es necesario. Todos tienen conciencia de que en la medida en que los sistemas o redes de servicios de un área geográfica determinada coordinan sus esfuerzos para resolver los problemas de salud más frecuentes de la población, la capacidad de respuesta se optimiza frente a las necesidades de atención de salud de su población.

13.2. Análisis De Las Historias De Vida

Acorde con uno de los objetos de esta investigación como lo es analizar la historia de vida de pacientes con patologías mentales afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados y con el fin de analizar la accesibilidad a los diferentes servicios que requieren, se retoman los comentarios realizados en las 4 historias de vida referentes a los temas de interés de este estudio. Se evidenció que los pacientes coincidieron en las siguientes temáticas:

El Acceso a los servicios de salud es muy importante para ellos, ya que es la garantía de poder obtener la atención en salud que ellos requieren, sin tener que realizar largos desplazamientos o invertir mucho dinero.

Otro de los factores importantes evidenciados en la relatoría del paciente, es la **Calidad** con la cual se prestan los servicios a los pacientes con patologías mentales, ellos consideran que deben tener una atención diferenciada, que les evite la realización de largas filas, autorizaciones y demoras en tiempo para los tramites, lo que les genera corto tiempo en la atención por parte del profesional. Se identificó como problemática las barreras que actualmente debe enfrentar la población pobre y vulnerable en búsqueda de la atención en salud mental; siendo la falta de orientación, la apatía de los funcionarios y las limitaciones del sistema de salud actual, las

barricadas más decisivas para el acceso, las cuales están llamadas a derribarse de acuerdo a la normatividad actual de Colombia “ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 donde establecen la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.”⁴² Esta Normatividad determina unos indicadores que se deben cumplir para velar por el acceso oportuno a los servicios, los cuales son vigilados por el observatorio de calidad de la atención en salud⁴³. Esta calidad también se refleja en la calidad esperada, la cual se hace de obligatorio cumplimiento si se aspira a obtener la Acreditación en salud, la cual se enfoca en la Humanización de los servicios de salud, “Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, están reglamentadas en la Resolución 1474/2002 y en su anexo técnico.”⁴⁴

Otro aspecto relevante dentro de las historias de vida es **La Dependencia Económica**, realidad difícil para un paciente psiquiátrico que no trabaja, no cuenta con sus propios ingresos, depende de alguien que vele por su bienestar económico, independiente de la edad o ciclo vital en que se encuentre; esta dependencia en muchos casos es motivo de angustia para los pacientes, ya que no tienen como acceder por su propia cuenta a todos los servicios de salud que requieren y cubrir sus necesidades básicas. Es así, como ha sido motivo de estudio la inclusión de los pacientes psiquiátricos a la fuerza laboral, planteando la enfermedad mental como un “problema social- educacional- industrial y no solo un problema médico. Si partimos de este reconocimiento

42 ley 100 de 1993 artículos 186 y 227, Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

43OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. **Indicador 1446. Ministerio de la Protección Social.**

44 Resolución 1474 de 2002.

es lógico admitir la importancia de otros colectivos dentro de la atención a la salud mental” “ayudar a las personas a adquirir los conocimientos, las destrezas, y las actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración.”⁴⁵

Los costos económicos de una enfermedad de salud mental son una problemática que afecta sobremanera a los pacientes de bajos recursos económicos, debido a que la accesibilidad a los servicios requeridos por ellos en algunas oportunidades debe ser financiada total o parcialmente por ellos. Las instituciones públicas para la atención en salud tampoco cuentan con los recursos económicos necesarios para la atención oportuna y accesible a todos los pacientes con estas patologías, y no se ha realizado estudios formales que indiquen cual es la necesidad de recursos financieros para la atención de esta población tal y como lo mencionan los doctores Rascón, Ramón; Arredondo, Armando; Tirado, Laura; López, Malaquías en su estudio costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México, “Tenemos antecedentes en torno de este tipo de evaluación sobre las diversas demandas de salud. Sin embargo, la evaluación económica de la producción de servicios para la salud mental, se ha abordado en escasas investigaciones. Más aún, dicha evaluación se plantea de manera aislada, como una demanda más de salud que debe satisfacerse sin entrar en detalles sobre las implicaciones económicas que tienen tanto la producción como el financiamiento, y sobre todo, el desequilibrio del mercado de la atención médica”⁴⁶

Otro elemento en común, generador de preocupación a los pacientes, es el **Trabajo u Ocupación**, que implique una responsabilidad, lo que es beneficioso para el tratamiento y recuperación de los pacientes con patología psiquiátrica, tal y como lo mencionan las Dras.

45HERNÁNDEZ. Arantza- SESÉ Elisa. El Trabajo Industrial Como Método De Tratamiento En Psiquiatría

46RASCÓN, Ramón; ARREDONDO, Armando; TIRADO, Laura; LÓPEZ, Malaquías. Costo Del Tratamiento De Las Enfermedades Mentales. México.

Hernández y Sesé en su estudio el Trabajo Industrial como método de Tratamiento en Psiquiatría, “Ocupar a las personas de una manera organizada y competente, en grupos de trabajo con los que experimenten sus capacidades profesionales, que les facilite su adaptación al entorno social”. Desde esta visión, reconoce la necesidad de un análisis profesional de cada situación de trabajo⁴⁷. No obstante lo mencionado en este estudio, se evidencio en las historias relatadas por los pacientes, que en el Municipio no se realiza terapias ocupacionales ni reintegradoras a la fuerza laboral, basado en esta versión, se podría pensar que el tratamiento dado a los pacientes con patologías psiquiátricas se limita a un servicio netamente clínico y farmacológico; no obstante, en el texto Psicosis: diagnóstico, etiología y tratamiento, nos refiere *la existencia de dos tipos de terapias para su manejo: las biológicas y las psicosociales: éstas últimas tienen una gran importancia ya que le permite a los pacientes aprender o reaprender habilidades sociales y personales que les sirven para reinsertarse a la sociedad, puesto que un síntoma evidente en pacientes crónicos es el deterioro en el rendimiento social... Cabe destacar que debe entregarse de forma conjunta a un tratamiento farmacológico (Álvarez 2002)*

Personal Idóneo que brinde la atención y educación en salud, también se evidenció como aspecto relevante en las historias de vida, y es que en el proceso de atención del usuario de forma intrahospitalaria, así como en el momento del alta, “resulta necesario un diálogo activo con los profesionales o equipos derivadores/receptores, a fin de maximizar la continuidad y calidad de los cuidados.”⁴⁸ Esto crea el interrogante respecto del aporte en pro de la mejoría, que el personal de salud realiza a su paciente y familia, en este caso con trastorno mental “la principal responsabilidad del psiquiatra es diagnosticar y recomendar tratamiento para las enfermedades psiquiátricas presentes en el enfermo de otra especialidad. La mayor comunicación con el equipo

47HERNÁNDEZ. Arantza- SESÉ Elisa. El Trabajo Industrial Como Método De Tratamiento En Psiquiatría.

48 <http://www.portalsaludmental.com/pdf/rehab/Hospital%20de%20Dia%20Chile.pdf>

tratante y el trabajo con la familia del paciente sólo facilita y mejora el trabajo anterior.”⁴⁹ Es pues muy importante para los pacientes que el personal que ayuda en su tratamiento esté capacitado, los atienda de forma cortés y sea continuo en el tiempo, para que los pacientes no se sientan solos, y encuentren un apoyo por parte de la sociedad y el personal responsable de su atención.

“Muchas de las personas con trastornos mentales están solas y sufren en silencio, pues a pesar de la magnitud de los padecimientos mentales como causas principales de discapacidad y sufrimiento, aún no se ha superado la estigmatización, la exclusión y la negligencia histórica de su consideración por parte de la sociedad, la comunidad de la salud pública y los gobiernos”⁵⁰

Se encontró en los relatos que los pacientes en su mayoría se sienten a gusto con el trato brindado por el personal de salud cuando accede a los servicios, lo que es un aspecto positivo en el tratamiento de su patología, pues es muy importante para el paciente psiquiátrico que el personal que le atiende, lo haga de forma ética y humana, tal y como lo indica el Dr. Ricardo González Menéndez, durante la inauguración de Psicohabana 2011, «No se trata de arrastrar la camilla bien, apretar el botón adecuado en el ascensor e indicar un medicamento de última generación. La cuestión es más profunda y pasa por la ética y el humanismo de todo un equipo, que contempla desde el trabajador más simple hasta el más encumbrado jefe de una institución de salud. Hay que involucrarse y eso roza con lo ecuménico. Es mucho más que compasión por los pacientes y sus familiares»⁵¹

49 <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/Interconsultas.html>

50Idem

51 GONZÁLEZ Menéndez Ricardo. Psicohabana. 2011

La **oportunidad** se evidenció como aspecto relevante en todas las historias de vida, este es uno de los indicadores de reporte reglamentario en Colombia, formulado por el observatorio de la calidad en salud del Ministerio de la Protección Social *“La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.”*⁵² Este indicador se identificó alterado de acuerdo al testimonio de los pacientes, pues en sus historias de vida refieren de 4 a 5 meses de espera para una atención de Consulta externa por psiquiatría.

Por último se identificó que los pacientes han encontrado en su **Fe En Dios**, un soporte para aceptar y sobrellevar su enfermedad, lo que les ha hecho ver las cosas un poco más fáciles y con un propósito. Esta fe puede generar en el paciente no solo psiquiátrico sino con otras patologías, el deseo y la esperanza de curar o mejorar de su enfermedad, indicando pues que creer en Dios les ayuda a sobrevivir, esta es la conclusión a la cual se llegó en la investigación realizada por el Instituto de Fisiología Clínica del Consejo Nacional de las Investigaciones de Pisa y por el Departamento de Trasplantes Hepáticos de la Universidad de Pisa, extraída de la publicación realizada por televisa México, en el cual se realizó un seguimiento a 179 pacientes que fueron sometidos a trasplante de hígado durante un periodo de 4 años.

52 OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Indicador I.1.2. Ministerio de la Protección Social.


El Doctor Franco Bonagnidi, psicólogo, quien hizo la investigación que se publicó en la revista *Liver Transplantation*, concluyó que de los pacientes incluidos en su estudio *“sobrevivió el 93.4% de los pacientes que enfrentaron la enfermedad, profundamente convencidos de que la fe los habría ayudado.” “la religiosidad es la que hizo la diferencia. Lo que ayudó al grupo de pacientes fue buscar activamente la ayuda de Dios.”*

*A su vez el investigador también concluye que “esta actitud no se identifica con la pertenencia a una religión. Lo que importa es que el paciente vea la enfermedad grave como un momento de evaluación de su propia existencia, de sus valores, de su comportamiento espiritual y trascendente.”*⁵³

Se identificó como problemática común la Psicosis, a lo cual En el informe realizado por Andrea Lagos, Víctor Figueroa, Paula Hermosilla, Lorian Delgado y Paulina Reyes, se encuentra que *la psicosis es “la pérdida del juicio de realidad, se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para definir el diagnóstico es necesario analizar otros parámetros de examen psicopatológico (conciencia, psicomotricidad, afecto, atención, concentración y memoria, inteligencia, curso del pensamiento, sensopercepción), como así mismo la evolución y formas del curso del cuadro clínico.* Se evidencio que el tratamiento para esta patología, en algunos casos no es supervisado por el psiquiatra en la forma adecuada, esto sujeto a la demora en tiempo para acceder a una cita con esta especialidad, lo cual es preocupante si tenemos en cuenta que es el psiquiatra quien debe vigilar de cerca la efectividad de los tratamientos suministrados, El Psiquiatra es el profesional médico especializado en el tratamiento de enfermedades mentales, el cual, como todo médico, debe preocuparse principalmente en ayudar sus pacientes y para tal efecto debe hacer uso de todos sus conocimientos y de los medios

⁵³BONAGNIDI, Franco. Televisa México. Investigación. Instituto de Fisiología Clínica del Consejo Nacional de las Investigaciones de Pisa y Departamento de Trasplantes Hepáticos de la Universidad de Pisa.

técnicos que tenga a su alcance. Pero esta actividad tendiente a mejorar la salud mental de las personas, se ve limitada por principios éticos propios de la medicina y por las regulaciones legales que rigen la materia.



DIOS: «Gracias a Dios no he vuelto a recaer» «yo le pido mucho a Dios que me Cure»

ACCESO: «Me Quedan Muy Lejos» «mucha gente humilde que le toca venirse a las 2 o 3 de la mañana para hacer una cola eso deben de acabarlo»

OPORTUNIDAD: «se demoran mucho en atenderme» «tiene que pedir uno la cita como 9 o 10 días antes pa poder que el médico que lo está viendo a uno lo atienda»

DEPENDENCIA ECONOMICA: «que vamos hacer cuando mi mamá se muera, que va a pasar con nosotros» «yo no trabajo, mis padres, tuvieron que hacer maniobras económicas que no recuerdo»

TRABAJO- OCUPACION: «nosotros lo que pedimos es que nos pongan a hacer algo, o el que está en capacidad de ir a la universidad o en el Sena»

CALIDAD: «para hacer y sacar la cita no que nos den una preferencia»

PERSONAL IDONEO: «nosotros necesitamos es un personal que nosotros nos familiaricemos con él»

13.3. Entrevista A Profundidad Al Doctor Orlando Fierro Psiquiatra Itinerante Del Hospital Psiquiátrico Del Valle

A partir de esta información importante para el análisis de la situación de acceso y oportunidad, por la relevancia que tiene el médico psiquiatra itinerante dentro de este ejercicio de investigación, se pueden señalar varios elementos importantes en cuanto a la atención.

El Programa Aldea propuesto como prioritario por la Gobernación del Valle, no es suficiente para atender a la población diagnosticada como pacientes mentales. Igual situación, incluso más grave, se presenta para los pacientes que presentan patologías no incluidas en este programa. Debido a que un solo especialista no alcanza a brindar la oportunidad requerida para este tipo de pacientes y en promedio se tarda 4 meses para acceder al servicio especializado de la atención en psiquiatría.

En cuanto a medicamentos se brindan ciertas facilidades de acceso como son la fórmula de vigencia para cada mes, con la restricción de requerir la solicitud de cita con médico general para renovar la fórmula.

Se tiene la posibilidad de acceder a los medicamentos de manera gratuita mediante la vinculación a los programas que tiene la gobernación. Este programa también tiene algunas restricciones como la que especifica el médico en su opinión, como es tener que ir hasta Cali para poder recogerlos.

La propuesta expresada en esta opinión ha sido identificada como uno de los posibles aspectos a mejorar para obtener mayores indicadores en la calidad de la atención. Los médicos generales que trabajan en las instituciones del municipio deben estar en la capacidad de identificar, tratar inicialmente y remitir a los pacientes psiquiátricos a la red de servicios. Es importante que desde el triage realizado en el servicio de urgencias se tenga el criterio para identificar este tipo de patologías y remitirlas oportunamente para su tratamiento.

13.4. Encuesta A Cuidadores

En este estudio se evidencia como el mayor porcentaje de pacientes son esquizofrénicos el 56.7%(38/67 casos) que indica entre otras cosas que son pacientes crónicos, que necesitan medicación y cuidado toda la vida, que se controlan pero no se curan y que sufren deterioro mental con el tiempo por lo que el equipo especializado debe estar siempre en contacto con ellos y que un alto número de ellos incluidos en los que no sabe no responde 6%(4) y los calificado como trastorno mental 6% (4) sumados son el 12% no sabe la familia o no han sido bien diagnosticados por el equipo de salud, puede tener efectos sobre su tratamiento y/o no han sido bien captados por los programas.

Tabla No. 14 Diagnósticos encontrados

DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastornos mentales	4	6,0	6,0
Esquizofrenia	38	56,7	62,7
Alzheimer	1	1,5	64,2
Farmacodependencia	1	1,5	65,7
Psicosis	2	3,0	68,7
Trastorno bipolar	4	6,0	74,6
Demencia	2	3,0	77,6
Retardo moderado	1	1,5	79,1
Depresión	4	6,0	85,1
Autismo	1	1,5	86,6
invidente - autista	1	1,5	88,1
Retardo mental Grave	3	4,5	92,5
no sabe/no responde	4	6,0	98,5
Trastorno esquizo - afectivo	1	1,5	100,0
Total	67	100,0	

Gráfica No. 1 Diagnósticos encontrados

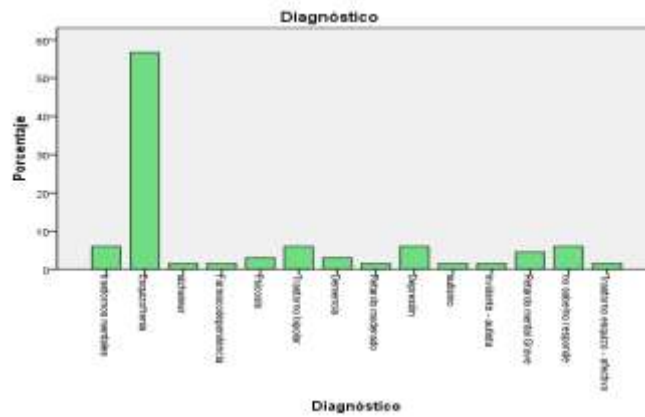


Tabla No. 15 Municipio de procedencia de los pacientes atendidos

MUNICIPIO	Frecuencia	Porcentaje
Tuluá	63	94,0
Trujillo	1	1,5
Guática	1	1,5
Cali	1	1,5
San Pedro	1	1,5
Total	67	100,0

El porcentaje predominante son de la ciudad de Tuluá 94% (63) y 2 casos que no son de la misma área de influencia, la población es predominantemente captada por el nivel 1, Hospital Rubén Cruz Vélez, la tendencia a desarrollar un programa para enfermos mentales en Tuluá.

Tabla No. 16 Área de residencia de los pacientes atendidos

AREA	Frecuencia	Porcentaje
rural	13	19,4
urbana	54	80,6
Total	67	100,0

El mayor número de pacientes son del área urbana 80%(54) predominio que evidencia el nivel de desarrollo del programa urbano pero también puede indicar que no se documentan los casos o no consultan muchos de los enfermos rurales por los problemas socio-económicos, culturales, la distancia geográfica o el desconocimiento de los campesinos de los programas para atención de pacientes con enfermedades mentales; sería este un interesante aspecto a desarrollar por los equipos que desarrollan campañas de salud rurales.

Tabla No. 17 Nombre del hospital o clínica donde atienden los pacientes

NOMBRE DE IPS	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Rubén Cruz Vélez	36	53,7
Hospital Tomás Uribe Uribe	24	35,8
Hospital universitario	6	9,0
Clínica San Francisco	1	1,5
Total	67	100,0

El mayor número de pacientes consultan al hospital Rubén Cruz Vélez que es de nivel I con un 53% (36) ,los pacientes que consultan en el hospital Tomas Uribe, nivel II de complejidad y los del hospital Universitario sumados son en su mayoría pacientes crónicos

captados en el hospital psiquiátrico universitario de Cali, que requieren manejo interinstitucional y multidisciplinario. El programa departamental permite medianamente que se desarrolle un programa en la ciudad alrededor del psiquiatra que desarrolla el programa de psiquiatra itinerante y el porcentaje mayor en el nivel I se explica porque los paciente tiene que asistir a los mal llamado controles que en realidad son transcripciones de fórmulas del psiquiatra realizadas por el personal médico vinculado al nivel I y II.

Gráfica No. 2 Nombre del hospital o clínica donde atienden los pacientes

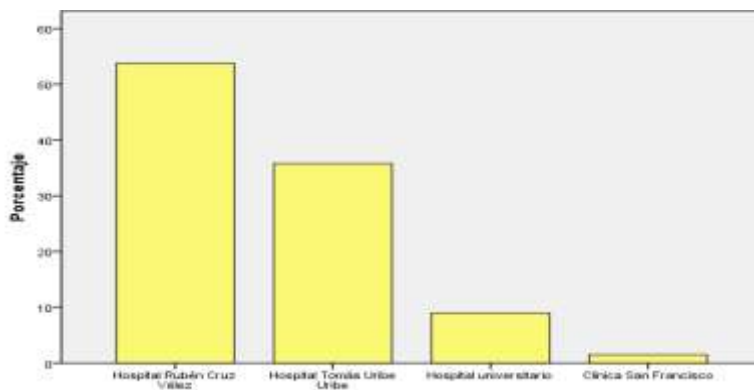


Tabla No. 18 EPS de afiliación de los pacientes

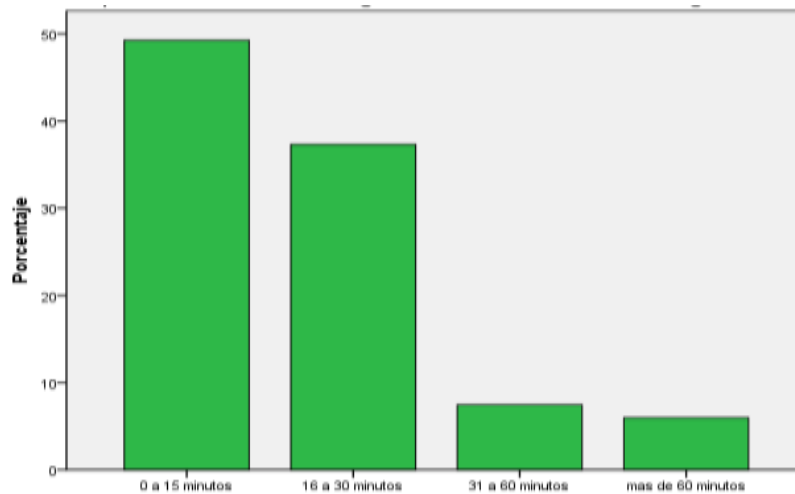
EPS-S	Frecuencia	Porcentaje
Cafésalud	13	19,4
Emssanar	43	64,2
Caprecom	4	5,97
No asegurado	7	10,44
Total	67	100,0

Entre las E.P.S que contratan con el municipio predomina Emssanar con el 64% son más cercanas a la Alcaldía, su equipo y de la capacidad locativa de la E.P.S. subsidiada en la ciudad para lograr estos contratos y se evidencia un importante 10% de pacientes no asegurados que debe estarlo en su totalidad para el 2012 como lo exige la legislación. Estas E.P.S tienen injerencia en la evolución y manejo de estos paciente cuando se trata de remitir a otro nivel, en recaídas o descompensados y por autorización de medicamentos

Tabla No. 19 Tiempo en minutos en el desplazamiento de los pacientes

TIEMPO	Frecuencia	Porcentaje
0 a 15 minutos	33	49,3
16 a 30 minutos	25	37,3
31 a 60 minutos	5	7,5
más de 60 minutos	4	6,0
Total	67	100,0

Lo esperado en una ciudad de 200.000 habitantes, pacientes que en su mayoría habitan área urbana y ciudad de topografía plana los tiempos para llegar a los servicios en su mayoría 49% (33) son menores de 15 minutos y sumados 86.6% no sobrepasan los 30 minutos lo cual es una facilidad para acceder al servicio médico.

Gráfica No. 3 Tiempo en minutos en el desplazamiento de los pacientes**Tabla No. 20 Escolaridad del cuidador de los pacientes**

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Profesional	3	4,5
bachiller	32	47,8
Primaria	23	34,3
Ninguno	9	13,4
Total	67	100,0

Los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental tienen según este análisis formación bachiller y educación primaria en los más altos porcentajes; se concluiría que la escolaridad sería una limitante para acceder a la formación universitaria; no obstante, esta formación básica les permite acceder a conocimientos sobre las patologías mentales y el manejo adecuado de las mismas.

Tabla No. 21 Capacitación respecto al manejo de enfermedades mentales

CAPACITACION	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	38,8
No	41	61,2
Total	67	100,0

Como los informantes en su mayoría son manejadores, son una fortaleza para garantizarle continuidad a los tratamientos, para realizar los trámites de la consulta y hasta para acompañarlos a la consulta o cuando son remitidos y son un factor que permite la remisión o el control de la patología mental. Solo el 38.8%(26) han recibido capacitación para esta tan difícil tarea por lo que deben recurrir a su sentido común y a la experticia adquirida de la cotidianidad para resolver todas las situaciones que generan estos pacientes.

Tabla No. 22 Relación de parentesco del cuidador con el paciente

RELACION	Frecuencia	Porcentaje
Familia (primer grado)	57	85,1
Otra familia	4	6,0
Persona a la familia externa no Empleada	1	1,5
Personal de la institución	1	1,5
No aplica	4	6,0
Total	67	100,0

Los familiares 85%(57) son la mayoría y los llamados a cumplir esta función por dos razones de fuerza, la económica porque la mayoría de las veces no tienen con qué pagar un cuidador y por afectivamente estar relacionados con el paciente podrían facilitar la remisión de su patología o control.

Gráfica No. 4 Relación de parentesco del cuidador con el paciente

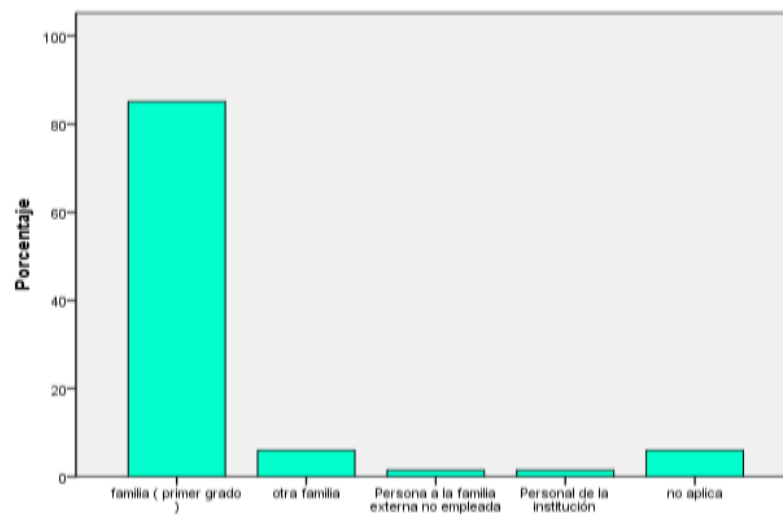


Tabla No. 23 Tiempo que lleva cuidando al paciente

TIEMPO	Frecuencia	Porcentaje
0 - 300 meses	37	55,2
301 - 500 meses	5	7,5
De 501 en adelante	22	32,8
No aplica	3	4,5
Total	67	100,0

Se evidenció que el tiempo que ha permanecido el cuidador con el paciente en su mayoría fue de 0 a 300 meses con un 55.2 % (37), por lo que son pacientes que necesitaban de cuidado permanente y quien realizaba el cuidado en su mayoría miembro de la familia, por lo que estaban siempre pendiente del cumplimiento del régimen terapéutico.

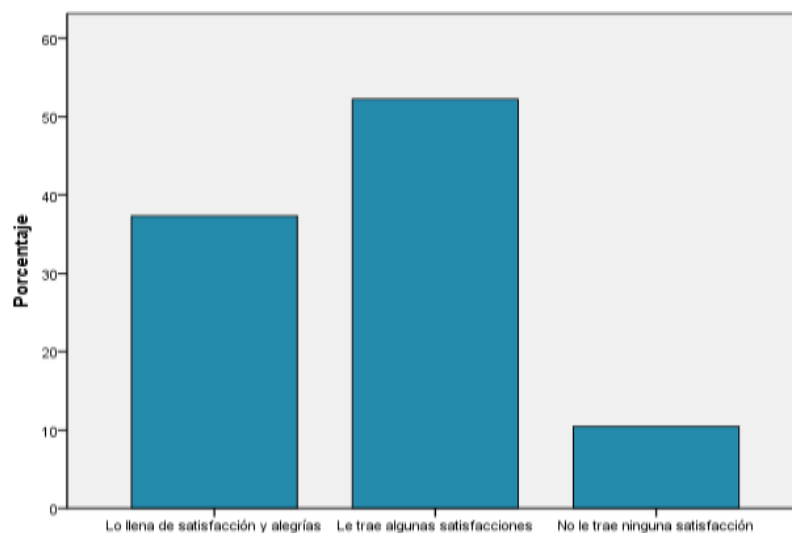
Tabla No. 24 Situación de convivencia del cuidador con el paciente

CONVIVENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Extremadamente difícil	8	11,9
Muy difícil	7	10,4
Difícil	21	31,3
No muy fácil	14	20,9
Fácil	17	25,4
Total	67	100,0

Evidentemente no es nada fácil la convivencia con estos pacientes lo demuestran 53% que lo califican de extremadamente difícil, muy difícil y difícil ante todo por ser crónicos y por las alteraciones del pensamiento y de la sensopercepción.

Tabla No. 25 Sentimientos que genera la convivencia con el paciente

SENTIMIENTOS	Frecuencia	Porcentaje
Llena de satisfacción y alegrías	25	37,3
Le trae algunas satisfacciones	35	52,2
No le trae ninguna satisfacción	7	10,4
Total	67	100,0

Gráfica No. 5 Sentimientos que genera la convivencia con el paciente

En la subjetividad de los sentimientos generados por los pacientes muchas ocasiones son cuidados por las personas más allegadas padres o hermanos para ellos es un alivio saber que el paciente por lo menos comparte medianamente las tareas de su casa y que no los agrede o autolesiona y que no es un riesgo social.

Tabla No. 26 Exigencias del cuidado del paciente

EL CUIDADO EXIGE	Frecuencia	Porcentaje
Hacerle cosas y estar pendiente de él día y noche	22	32,8
Estar pendiente de él pero no hacerle las cosas	17	25,4
Ocuparse de él solo en situaciones especiales que requieren de su ayuda	28	41,8
Total	67	100,0

Es positivo saber que el 41% (28) de los casos se ocupan de él en ocasiones especiales lo que quiere decir que están controlados pero el 32% de ellos tiene mucha dependencia y muy probablemente no están compensados, indica además que en la adherencia a los tratamientos no son los mejores.

Tabla No. 27 Necesidad del consumo de medicamentos

MEDICAMENTOS	Frecuencia	Porcentaje
Si la necesita	62	92,5
No la necesita	5	7,5
Total	67	100,0

El 92% (62) de los encuestados aceptan la importancia de los medicamentos para el control de la enfermedad mental y todavía existen un pequeño porcentaje de personas 7.5 % que no lo perciben que da pie a discusiones aun y dudas pero esto es un avance importante en la cultura de la población y aceptación de los tratamientos y terapias para los pacientes con enfermedad mental.

Tabla No. 28 Relación del personal de salud con el paciente

RECHAZO	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	14,9
No	46	68,7
A veces	11	16,4
Total	67	100,0

Gráfica No. 6 Relación del personal de salud con el paciente

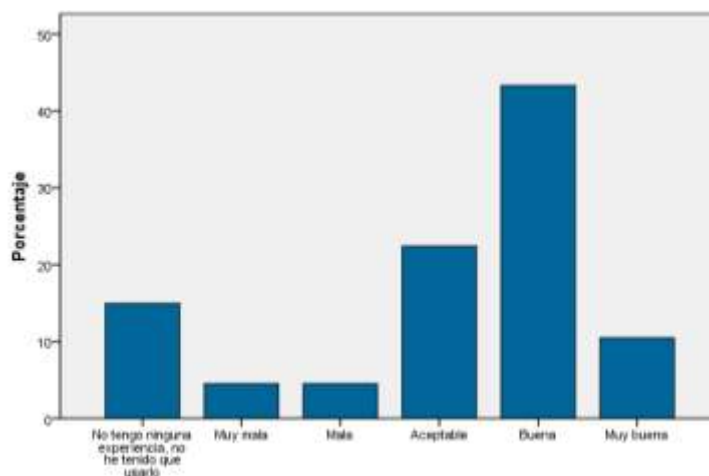
A la pregunta ¿Ha sentido que algún personal de salud rechaza al paciente o sienten miedo de él? Se observa que el 68,9 % (46) de los encuestados no ha sentido rechazo por parte de ellos, lo que demuestra que en general en las instituciones, el personal tiene un conocimiento mínimo del manejo de los pacientes psiquiátricos y una tendencia a la humanización del servicio, mientras que el 14,9% (10) si lo ha sentido, lo que refleja la estigmatización que aún existe hacia los pacientes psiquiátricos, sin olvidar que esa sensación puede ser también resultado de su estabilidad emocional y el desconocimiento en muchas oportunidades del personal médico y su

postura evasiva y mecanizada de la atención de estos pacientes. En términos del objetivo de la investigación, se ve el rechazo como una limitante del paciente frente a la institución, situación que puede afectar de manera directa la accesibilidad a los servicios que ésta ofrece.

Tabla No. 29 Atención psiquiátrica en el sistema de salud pública

EXPERIENCIA CON EL SISTEMA	Frecuencia	Porcentaje
No tengo ninguna experiencia, no he tenido que usarlo	10	14,9
Muy mala	3	4,5
Mala	3	4,5
Aceptable	15	22,4
Buena	29	43,3
Muy buena	7	10,4
Total	67	100,0

Gráfica No. 7 Atención psiquiátrica en el sistema de salud pública

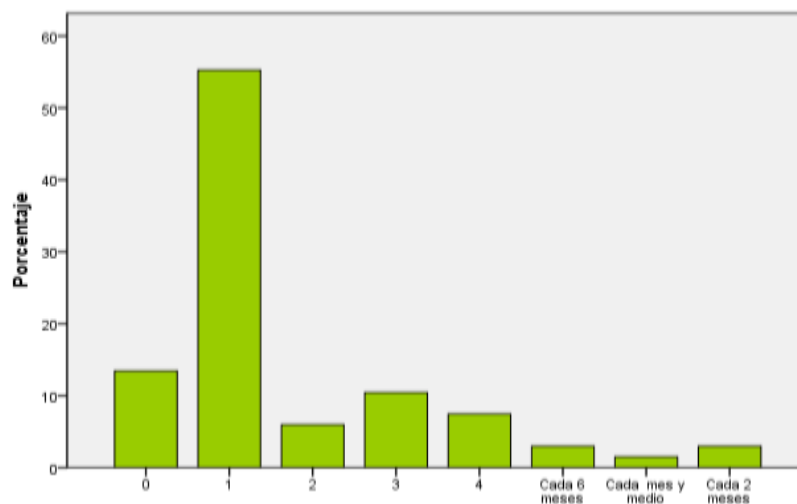


El 88% de pacientes evidencia haber recibido atención o consulta de siquiatría indicador fundamental en la accesibilidad. En cuanto a la calificación de buena, mala o aceptable a pesar de ser subjetiva por la cantidad de variables implicados en esta calificación existe una percepción positiva de la atención y en el logro de los objetivos del tratamiento psiquiátrico incluido la consulta, la terapia psicológica, los medicamentos y lo más importante la estabilización del paciente y solo el 9% (6) calificaron su experiencia como mala y como muy mala, por aparentemente ser malos profesionales y por aspectos de sobrecarga de trabajo del personal médico; el anterior aspecto no se debe pasar desapercibido por ser una de las principales razones para la no adherencia al tratamiento y para no regresar a la consulta especializada, prioritariamente debe ser corregida.

Tabla No. 30 Frecuencia mensual para la realización de trámites

TIEMPO EN TRAMITES	Frecuencia	Porcentaje
0	9	13,4
1	37	55,2
2	4	6,0
3	7	10,4
4	5	7,5
Cada 6 meses	2	3,0
Cada mes y medio	1	1,5
Cada 2 meses	2	3,0
Total	67	100,0

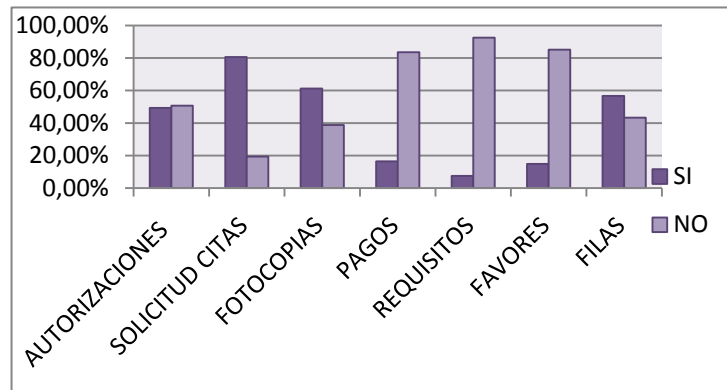
Gráfica No. 8 Frecuencia mensual para la realización de trámites



Al consultarles ¿Cuántas veces al mes usted debe realizar trámites para que su paciente pueda acceder a los servicios de salud? Un importante porcentaje no asiste a consulta médica 13.4% (9) y la gran mayoría asiste mensualmente a consulta médica, el 55.2% (37). Los porcentajes siguientes podrían corresponder a consulta especializada que no es el objetivo de la pregunta o a los casos en que se decidió suspender el tratamiento por el médico o por el mismo paciente.

Tabla No. 31 Trámites para acceder a los servicios de salud

TRAMITES	SI	NO
autorizaciones	49,30%	50,70%
solicitud citas	80,60%	19,40%
fotocopias	61,20%	38,80%
pagos	16,40%	83,60%
requisitos	7,50%	92,50%
favores	14,90%	85,10%
filas	56,70%	43,30%

Gráfica No. 9 Trámites para acceder a los servicios de salud

Para acceder a los servicios de salud se puede evidenciar que las autorizaciones son muy frecuentes, el 50%, lo que puede ser una limitante para acceder a la consulta debido a que los pacientes en lo posible quisieran consultar sin pedir autorización.

Para la solicitud de citas, se observa que el 80.6 % (54) que es muy alto, aspecto que tendría que solucionarse muy rápido porque son paciente crónicos en su mayoría y deberían salir de la consulta con la fecha de la próxima cita para asegurar la adherencia al tratamiento

En cuanto a la presentación de fotocopias, este aspecto es un exigencia de las E.P.S. para facturar los servicios en las E.S.E. en un preponderante 61% (41) pero del otro lado, el 38.8 % (26) no lo presentan, por efectos de la sistematización que hace se tenga menos necesidad de las fotocopias.

En lo que se refiere a los pagos, se convierte paulatinamente en una facilidad para el régimen subsidiado y población pobre no asegurada evidenciando la aplicación de las políticas del estado en un 83% (56) pero el 16.4% (11) aún deben pagar, realizando copagos o por los subsidios parciales acorde a su puntuación del SISBEN de 2 o 3, pero por los precarios recursos de los usuarios se convierte en una importante limitación para la accesibilidad al servicio.

Aunque bien es cierto que el 92.5% (62) no deben llenar requisito adicionales, aunque el 5% restante sumado a todas las dificultades analizadas anteriormente convierten la accesibilidad a la consulta en un real calvario para los usuarios que se tiene que reflejar en un muy regular servicio, falta de continuidad, mala adherencia y por supuesto en la no mejoría de los pacientes.

Los favores para conseguir una consulta pueden variar desde un acto altruista hasta una intermediación con costos económicos el 14.9% (10) de los encuestados dicen que si recibieron estos favores pero el 85.1% (57) no han necesitado o no tienen conocidos en el sistema de salud para acceder más fácilmente a los servicios.

Las filas es un componente del proceso para la accesibilidad a los servicios, con el 56.7% (38) de los pacientes que refieren que para pedir una cita con el médico, deben realizar filas por lo que empeoran las posibilidades continuar el tratamiento y de mejorar y más si es el propio paciente con una enfermedad mental quien las realice.

Tabla No. 32 Tiempo para la realización de estos trámites

TIEMPO TRAMITES	Frecuencia	Porcentaje
0 – 20 minutos	10	14,9
20 – 1 hora	11	16,4
1 hora – 3 horas	22	32,8
3 horas y más	24	35,8
Total	67	100,0

El 35.8% (24) de los encuestados, manifestaron que deben invertir en promedio de 3 horas o más el cual se podría obviar si se sistematizan los procesos y con voluntad política de las E.P.S. E.S.E. y de los gerentes de las instituciones para un adecuada prestación de los servicios.

Gráfica No. 10 Tiempo para la realización de estos trámites

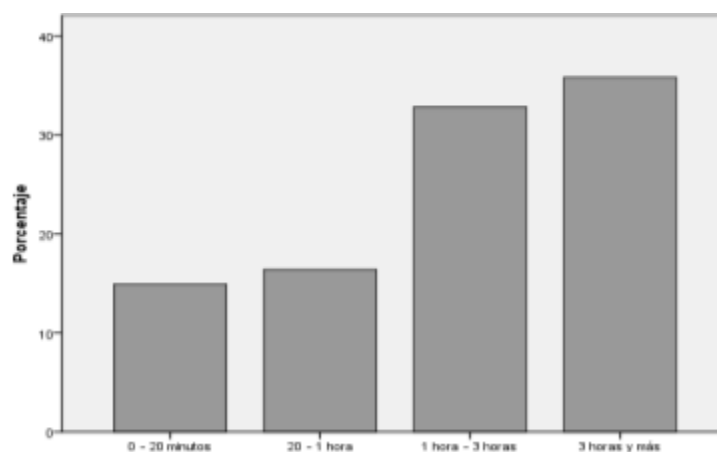


Tabla No. 33 Trámites necesarios para acceder a un servicio

TRAMITES	Frecuencia	Porcentaje
Uno	27	40,3
Varios	40	59,7
Total	67	100,0

La respuesta a la pregunta. Para la consecución de un solo servicio de salud. ¿Usted requiere de uno a varios trámites? Para acceder a un servicio, el 59.7 % (40) de los encuestados manifiestan que tienen que realizar varios trámites el cual hace que muchos de ellos tengan una

percepción negativa frente a la institución. Y el 40.3% (27) dicen que realizan un solo trámite el cual representa un porcentaje esperanzador para mejorar en el futuro.

Se tiene planteada la siguiente pregunta con el fin de identificar los procedimientos extras realizados por usuarios y funcionarios que por desconocimiento y confianza en instancias de gestión burocrática, no siguen los pasos regulares para la atención de la patología psiquiátrica. Esta variable en cuestión, requerimiento de ayuda de entidades para la consecución de un servicio de salud, permite identificar aspectos limitantes de la oportunidad y del acceso a la consulta médica y el tratamiento de pacientes con patología mental afiliados al régimen subsidiado y pobres no asegurados en el municipio de Tuluá y su área de influencia.

Tabla No. 34Solicitud de apoyo a la Alcaldía Municipal

ALCALDIA	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	20,9
No	53	79,1
Total	67	100,0

De la muestra analizada el 20.9% de la población acude a la Alcaldía Municipal para que le ayuden a gestionar la atención para el paciente psiquiátrico. No se hace la diferenciación si es por urgencia, medicamentos o consulta externa con médico general o especialista, puesto que se ha observado en la indagación realizada que las personas que acuden a esta instancia de la alcaldía lo hacen indiferentemente del requerimiento específico y consideran que los funcionarios tienen la posibilidad de gestionarles por lo menos una mejor atención para las necesidades de su paciente. Se presenta en este 20.9% personas que desfallecen en el intento de

lograr la atención en salud requerida para el paciente psiquiátrico, debido a que por desconocimiento de la persona o de las instancias que efectivamente puedan orientarle se desgasta y agota por los tiempos de espera y orientaciones deficientes, quedando en ocasiones sin la posibilidad de acceder oportunamente a la atención.

Tabla No. 35 Ha recibido apoyo a la Alcaldía Municipal

APOYO DE ALCALDIA	Frecuencia	Porcentaje
Si	18	26,9
No	41	61,2
A veces	8	11,9
Total	67	100,0

El 26.9% de la población estudiada ha sentido apoyo por parte de los funcionarios de la alcaldía municipal para el trámite de los servicios de salud requeridos, el 11.9% lo ha recibido a veces, el 61.2% manifiesta no haberlo recibido.

Esta situación no necesariamente manifiesta preferencias de los funcionarios, sino también desconocimiento por parte de los mismos de los procedimientos establecidos para la atención de este tipo de pacientes, teniendo que atender y gestionar cerca del 27% de la población que solicita ser ayudada para lograr la atención en salud para sus requerimientos psiquiátricos; creando además descontento en las personas que no lograron ser atendidas por los mismos funcionarios.

Tabla No. 36 Asistencia a la EPS-S para servicios de salud

EPS-S	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	53,7
No	31	46,3
Total	67	100,0

El 53.7% de la población estudiada considera que para recibir la atención necesaria en sus requerimientos psiquiátricos es necesario acudir a la EPS y el 46.3% considera que no es necesario. En este apartado se hace importante anotar la necesidad de formación en materia de derecho que deben tener los usuarios de los servicios de salud según legislación vigente en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia, máxime cuando se habla de pacientes frecuentes con necesidades muy específicas en salud.

Tabla No. 37 Solicitud de apoyo al Concejo Municipal

CONCEJO MUNICIPAL	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	3,0
No	65	97,0
Total	67	100,0

Situación similar a las personas que acuden a la alcaldía se presenta con el 3% de la población estudiada, puesto que acude a la instancia del Concejo Municipal a tratar de conseguir

una atención adecuada para sus requerimientos. Es importante señalar esta situación a fin de mostrar la importancia de integrar las diferentes instancias de decisión y participación gubernamental en la problemática de la atención en salud mental para los pacientes psiquiátricos del régimen subsidiado y pobres no asegurados en el municipio de Tuluá y su área de influencia.

Tabla No. 38 Solicitud de apoyo a la IPS

IPS	Frecuencia	Porcentaje
Si	32	47,8
No	35	52,2
Total	67	100,0

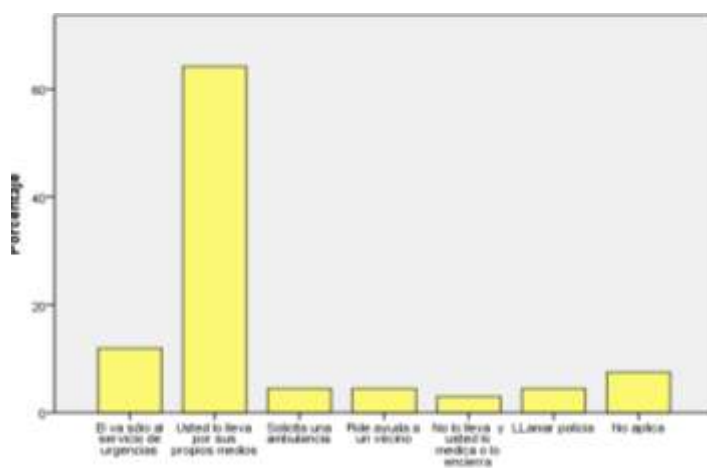
A esta parte de la encuesta aplicada, los cuidadores respondieron que no requieren ayuda de las IPS en un 52.2% y un 47.8% considera que sí. Este porcentaje refleja a juicio del grupo de investigación que es necesario recoger las inquietudes de la población que requiere atención psiquiátrica perteneciente al régimen subsidiado y pobres no asegurados por parte de las IPS de la red pública de servicios, debido a que más del 50% de la población estudiada no siente confianza de recibir apoyo por parte de las instituciones que brindan la atención en salud a los requerimientos de los pacientes psiquiátricos del municipio de Tuluá y su zona de influencia. Se expresa así la importancia que tiene la IPS no sólo para brindar servicios asistenciales de salud en sus servicios de urgencias, sino también para prevenir que las urgencias psiquiátricas aparezcan y las familias de los pacientes padezcan lo menos posible con los inconvenientes

propios de la atención de los pacientes psiquiátricos, como es el transporte, los viáticos los días de inasistencia laboral, los costos en general de estos tratamientos.

Tabla No. 39 Medios usados por el cuidador en una urgencia psiquiátrica

MANEJO URGENCIA PSIQUIATRICA	Frecuencia	Porcentaje
El va sólo al servicio de urgencias	8	11,9
Usted lo lleva por sus propios medios	43	64,2
Solicita una ambulancia	3	4,5
Pide ayuda a un vecino	3	4,5
No lo lleva y usted lo medica o lo encierra	2	3,0
Llamar a la policía	3	4,5
No aplica	5	7,5
Total	67	100,0

Gráfica No. 11 Medios usados por el cuidador en una urgencia psiquiátrica



Si el paciente presenta una urgencia psiquiátrica el cuidador lo lleva por medios propios al servicio el 64.2% de los casos estudiados, va sólo al servicio de urgencias el 11.9 de los casos, solicita ambulancia, llama a la policía o pide ayuda a un vecino, cada una de las posibilidades con el 3% y se tiene un 2% de la población estudiada que lo medica por cuenta propia y lo encierra cuando se tiene una crisis siquiátrica. Es importante señalar que los pacientes controlados pueden ser tenidos en sus respectivos sitios de residencia con cita periódica y específicamente medicados. Cuando por algún motivo su condición de salud se ve alterada, el paciente se descompensa, es necesario acudir al servicio de urgencias. Por lo regular estos pacientes son desconocidos por las autoridades locales y por el médico general, por el equipo de salud que lo atiende; dificultando así la atención adecuada y generando demoras y alteraciones evitables en el servicio. Incentivando muchas veces que los cuidadores o los mismos pacientes se auto mediquen y prefieran encerrar a sus seres queridos o someterlos al escarnio social de la ayuda de los vecinos o de la policía.

Tabla No. 40 Paciente psiquiátrico ha requerido hospitalización

HA SIDO HOSPITALIZADO	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	55,2
No	30	44,8
Total	67	100,0

Con la muestra seleccionada aleatoriamente se encontró que de la población estudiada el 55.2% de la población ha requerido hospitalización, y el 44.8% no lo ha requerido. Se observa que más de la mitad de la población se ha visto en la necesidad de acudir al único centro de hospitalización psiquiátrica para pacientes del régimen subsidiado y pobres no asegurados del municipio de Tuluá y su área de influencia, ubicado en la ciudad de Cali, donde se atiende pacientes del departamento del Valle del Cauca y su Zona de influencia Cuaca, Nariño y Chocó principalmente. Se generan así inconvenientes adicionales para acudir al servicio por parte de los pacientes que lo requieren prefiriendo esperar hasta último momento, prolongando las crisis y los momentos traumáticos, auto medicando o encerrando, para en un momento extremo llamar a la ambulancia o a la policía para realizar su traslado hasta el Hospital siquiátrico en Cali.

Tabla No. 41 Recursos para el traslado a la ciudad de Cali

RECURSOS ECONOMICOS	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	19,4
No	54	80,6
Total	67	100,0

Tabla No. 42 Tiempo necesario para la hospitalización en la ciudad de Cali

TIEMPO	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	20,9
No	53	79,1
Total	67	100,0

Tabla No. 43 Alojamiento del cuidador para la hospitalización en la ciudad de Cali

ALOJAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	9,0
No	61	91,0
Total	67	100,0

Tabla No. 44 Transporte del cuidador para la hospitalización en la ciudad

TRASPORTE	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	4,5
No	64	95,5
Total	67	100,0

Se puede ver en esta serie de tablas como los pacientes presentan restricciones de dinero, tiempo, alojamiento y transporte para acudir sin dificultad por la atención oportuna de sus necesidades psiquiátricas a la IPS especializada en la ciudad de Cali. En promedio, en la población estudiada se presenta que el 85% de la población presenta restricciones para las 4 variables en estudio.

Tabla No. 45 Costos generados por la atención en salud para el paciente

COSTOS POR SERVICIOS	Frecuencia	Porcentaje
0 – \$5.000	11	16,4
\$6.000 – \$10.000	9	13,4
\$11.000 – \$20.000	8	11,9
\$21.000 - \$30.000	3	4,5
\$31.000 – \$ más	36	53,7
Total	67	100,0

En esta pregunta no se hace la discriminación en el evento donde el paciente ha tenido que estar hospitalizado y por tanto la respuesta se da para el momento en que tiene que acudir al sistema general de seguridad social en salud, en la IPS asignada, caso Rubén Cruz Vélez o al Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe, a recibir atención del médico general, del médico especialista o para los casos en los que recibe los medicamentos. En promedio los pacientes acuden una vez al mes el 53.7% se gasta 31.000 pesos o más. Siendo 15.383 pesos el salario mínimo diario legal vigente para el 2011 se puede afirmar que el paciente debe dedicar dos días de su salario para cubrir sus requerimientos básicos cada mes. No se tiene en consideración que algunos pacientes y sus cuidadores están laboralmente activos y sus ausencias laborales cada mes contribuyen a generar restricciones adicionales para que estos pacientes acudan y reciban una atención oportuna a sus requerimientos patológicos.

Tabla No. 46 Oportunidad en Consulta Externa Medico General

OPORTUNIDAD CONSULTA EXTERNA	Frecuencia	Porcentaje
0 – 3 días	22	32,8
4 – 7 días	23	34,3
2 - 4 semanas	15	22,4
5 – 8 semanas	4	6,0
9 semanas o más	3	4,5
Total	67	100,0

A la pregunta ¿Desde el momento en que solicito la cita hasta que lo atiende el médico, cuánto tiempo debe esperar? El 34,3% de los encuestados respondió que ha debido esperar de 4 a 7 días desde el momento en que solicito la cita de consulta externa con el médico general, hasta que fue atendido; lo cual se ajusta al estándar de 5 días establecido para las I.P.S en Colombia, por la Supersalud en la Circular externa 056 de 2009. También va de la mano con lo establecido por la Ley 100 en su Artículo 178 en el numeral 6, el cual determina como una de las funciones de las EPS, “*Establecer Procedimientos para controlar la atención integral, Eficiente, Oportuna y calidad en los servicios prestados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*”⁵⁴

⁵⁴CIRCULAR externa 0056 del 6 de Octubre de 2009. Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Supersalud.

Tabla No. 47 Oportunidad en la Consulta de Medicina Especializada

OPORTUNIDAD CONSULTA ESPECIALIZADA	Frecuencia	Porcentaje
0 – 3 días	12	17,9
4 – 7 días	6	9,0
2 - 4 semanas	16	23,9
5 – 8 semanas	10	14,9
9 semanas o más	23	34,3
Total	67	100,0

A la Pregunta ¿Desde el momento en que solicito la cita con psiquiatría hasta que lo atiende el especialista cuánto tiempo debe esperar? El 34,3% de los encuestados respondió que ha debido esperar 9 semanas o más, desde el momento en que solicita la cita de consulta médica Especializada (psiquiatría), hasta el momento en que fue atendido; esta situación va en evidente contravía con los indicadores de calidad nacionales, en el cual el estándar de oportunidad y acceso es de 30 días. *“El acceso se refiere a la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud.”*⁵⁵ Con la oportunidad de la consulta tan lejana, se le limita el acceso de los usuarios, ya que estos en muchos casos deciden buscar la atención por sus propios medios, que esperar la lejana fecha de la cita.

A la Pregunta ¿Desde el momento en que llega al servicio de urgencias. Usted debe esperar para que le atiendan a su paciente? El 47,8% de los usuarios respondió que

⁵⁵Supersalud en la Circular externa 056 de 2009.

deben esperar 46 minutos o más desde que llegan al Servicio de Urgencias, hasta que son atendidos por el médico. Ese tiempo transcurrido que reportan la mayoría de los encuestados, supera el estándar de oportunidad en el tiempo de espera para la atención en Triage 2 en el servicio de urgencias, el cual es de 30 minutos; este valor Máximo aceptable está establecido para Colombia en la Circular externa 056 de 2009 de la Supersalud, en el Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. *“Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.”*⁵⁶

Tabla No. 48 Oportunidad de Atención en el servicio de Urgencias

OPORTUNIDAD EN URGENCIAS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 – 20 minutos	17	25,4	25,4
21 – 30 minutos	4	6,0	31,3
31 - 45 minutos	5	7,5	38,8
46 minutos o más	32	47,8	86,6
No aplica	9	13,4	100,0
Total	67	100,0	

A la pregunta ¿Desde el momento en que llega al servicio de consulta externa para que lo atiendan, usted debe esperar para que el médico le atienda a su paciente? El 35% de los usuarios encuestados respondieron que deben esperar desde que llega a la consulta externa de su IPS para

⁵⁶CIRCULAR externa 0056 del 6 de Octubre de 2009. Sistema de Indicadores de Alerta Temprana. Supersalud

su cita programada, hasta el momento en que el médico lo atiende, un tiempo aproximado de 46 minutos o más. Se debe tener en cuenta que se cita cada paciente con una hora específica, la cual es asignada de acuerdo al tiempo de duración de la consulta médica, Artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994, donde se define que “*la consulta médica general no debe ser menor de VEINTE (20) minutos*”⁵⁷. De acuerdo a esto, el paciente no debería esperar para ser atendido un tiempo superior a este.

Tabla No. 49 Tiempo de Espera para la atención Médica

TIEMPO DE ESPERA	Frecuencia	Porcentaje
0 – 20 minutos	17	25,4
21 – 30 minutos	11	16,4
31 - 45 minutos	14	20,9
46 minutos o más	24	35,8
60 minutos	1	1,5
Total	67	100,0

⁵⁷Resolución 5261 de 1994. Artículo 97. Ministerio de Salud.

14. CONCLUSIONES

Por medio del presente estudio el equipo de investigación conformado por estudiantes del programa de Especialización en Administración en salud de la Universidad Católica de Manizales dan cuenta del conocimiento de las limitantes y caracterización de algunas dificultades que afronta el paciente con trastorno mental del Régimen Subsidiado y Población Pobre No Asegurada y sus familiares cuando están en búsqueda de atención.

Se genera un diagnóstico preciso de la situación y se espera que pueda ser útil y contribuya a la formulación de políticas y programas de intervención municipal concretos en Salud Mental, donde se especifica la ampliación y adecuación de la Red de servicios para la atención de los pacientes con patologías psiquiátricas y se propone la creación en el Municipio de Tuluá de una Unidad de Atención a Pacientes con Trastorno Mental y Urgencias Psiquiátricas del Régimen Subsidiado y Población Pobre No Asegurada de la población del Municipio y su área de influencia.

Para la adecuación de la Red de servicios se identifican los siguientes elementos orientadores:

- ✓ Selección adecuada de médicos generales para tratar estos pacientes.
- ✓ Capacitación al personal de la institución.
- ✓ Crear programas comunitarios donde se incluya a los pacientes y a los cuidadores.
- ✓ Implementar programas de salud mental en todas las instituciones de salud del municipio.
- ✓ Articular el municipio con el departamento a fin de unificar la red de servicios.

Del mismo modo, se observó que la accesibilidad y la oportunidad de la consulta para los pacientes con enfermedades mentales se limitan por los aspectos de filas, trámites, pagos, tiempo de espera, autorizaciones, favores de conocidos, entre otros. Factores que sumados muestran la posibilidad de mejorar estos servicios y contribuir de esta manera para que los pacientes no se vean descompensados en su estado y reducir los riesgos de recaídas, aumentando la credibilidad y la confianza, por parte de los pacientes y sus familias en los tratamientos, en el personal de salud, en el SGSSS y en la sociedad.

Por otro lado se identificó la presencia de un alto porcentaje de pacientes que no consulta con la regularidad esperada. Esta situación expresa la falta de oportunidad, y baja adherencia para con los tratamientos, disminuyendo así las posibilidades de mejoría de su situación de salud.

Las políticas nacionales y locales en salud mental no son conocidas por los funcionarios encuestados lo cual afecta el direccionamiento de la prestación de los servicios, genera la inadecuada o nula orientación de los usuarios y el desconocimiento de los deberes y derechos del paciente.

Se evidenció la existencia de una población flotante no cuantificada que no recibe la atención psiquiátrica necesaria por su condición de salud mental. Se identifican deficiencias en el manejo de la información estadística y epidemiológica de este tipo de pacientes, lo que es necesario para optimizar la atención. El subregistro y la ausencia de información adecuada se pueden evitar en gran medida, con tener directrices e infraestructura adecuada para atender este tipo de pacientes.

El proceso de control de pacientes y el manejo adecuado de éstos con urgencias psiquiátricas en la vía pública o en su lugar de residencia no cuenta con un proceso definido.

A pesar de los avances con los subsidios y la gratuidad de algunos servicios, se han identificado costos limitantes para el acceso real de los pacientes a la consulta programada e incluso a la consulta de urgencias. Este grupo de pacientes presenta alta vulnerabilidad por su capacidad de pago y de ser estabilizados pueden desenvolverse incluso de manera productiva para la comunidad.

Estos hallazgos están igualmente soportados por medio de la aplicación y análisis de las historias de vida donde los pacientes compensados, en condiciones de hacerlo, y/o sus cuidadores relatan de primera fuente cómo es la experiencia de acceso y oportunidad a los servicios de salud para los casos de urgencia siquiátrica o atención programada para este tipo de pacientes.

15. RECOMENDACIONES

Para la Red de Servicios se sugiere la implementación de los siguientes elementos:

- Selección adecuada de médicos generales para tratar estos pacientes.
- Capacitación al personal de la institución.
- Creación de programas comunitarios donde se incluya a los pacientes y a los cuidadores.
- Implementación de programas de salud mental en todas las instituciones de salud del municipio.
- Articulación del municipio con el departamento a fin de unificar la red de servicios.

- Implementación de programas de salud mental de diferenciación de la atención para pacientes con trastornos mentales.
- Creación de una unidad psiquiátrica en la ciudad de Tuluá.
- Fortalecimiento en la participación comunitaria en la Asociación de Cuidadores.
- Fomentar la integración social, cultural y laboral del paciente con trastornos mentales a través de políticas públicas.
- Sensibilizar las diferentes comunidades para el trato adecuado de los pacientes psiquiátricos a fin de procurar la inserción diferenciada en el sector productivo y la cotidianidad de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ Organización Mundial de la Salud, Comité de salud mental de la OMS.s.f.¶,
- ✓ Ministerio de salud y Bienestar del Canadá, documento de 1988. Tomado de Políticas Públicas de Salud Mental de Colombia, Ministerio de Salud. Colombia, (1997). ¶,
- ✓ Ministerio de salud. Tomado de Política Pública de Salud Mental de Colombia, Ministerio de Salud. Colombia, (1997) ¶
- ✓ www.clinicasanfrancisco.com.co(2011) ¶
- ✓ Corporación AVRE. Conclusiones del Taller pro-recuperación emocional a las víctimas de la violencia socio-política Bogotá (2003). ¶
- ✓ Dirección seccional de salud de Antioquia. Medellín, (1994). ¶
- ✓ Arango, D., Posada, J. Manual Básico de Atención Primaria en Salud Mental y Rehabilitación Comunitaria.(2007) ¶
- ✓ Organización Mundial de la Salud. Proyecto Atlas. s.f.p.pp 54, 55.
- ✓ Arango, D. , Posada J. Manual Básico de atención primaria en salud mental y rehabilitación comunitaria. (2007) ¶
- ✓ Artículo 162 de la Ley 100 de (1993).¶
- ✓ Benassini, F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, (2001). ¶

- ✓ Padilla G. , Peláez O. Detección de Trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. México, (1985). p.pp. 66-72
- ✓ Caraveo A. , Gómez E. , Saldivar G. , Gonzales R. Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. (1995) ¶,
- ✓ Organización Mundial de la salud. Pautas diagnósticas y de atención ante los trastornos mentales en Atención Primaria. Washington. (1996) ¶,
- ✓ Benassini F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, (2001). p.pp 6-10
- ✓ Schulberg HC, Burns BJ, Mental disorders in primary Care, epidemiologic, diagnostic and treatment search directions. (1998)p.pp 83-87
- ✓ Duran L, Hernández R, Becerra J, La formación del psicólogo y su papel de atención primaria a la salud. (1995). ¶,
- ✓ Benassini, F. La Atención psiquiátrica. México hacia el siglo XXI. Instituto nacional de psiquiatría. México, (2001). ¶,
- ✓ Michalewicz, A. Accesibilidad a la atención en Salud Mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en hogares convivenciales (ONG) en convenio con la DGNyA de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2010). ¶,
- ✓ CaraveoAnduagua, Jorge y Mas Condes, Carmen-“Necesidades de la Población y desarrollo de servicios de Salud Mental”- Salud Publica- México- (1990) ¶,

- ✓ Henao S, Restrepo V, Alzate AF, Gonzales CM. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, (2004-2006). Rev. Fac. Nac. Salud Pública(2009); p.pp27(3): 271-281.
- ✓ Martín, M., CDT El Efecto Terapéutico Del Buen Trato .www prensa cubana. e-datalink.net/?s=V+Conferencia+Internacional+Psicohabana+(2011),¶,
- ✓ Rascón, R. , Arredondo, A. ,Tirado, L., López, M. Una Aproximación Al Costo Del Tratamiento De Las Enfermedades Mentales En México: Depresión y Esquizofrenia / Cost approximation for the treatment of mental illnesses im Mexico: depression and schizophrenia Fonte: Saludment;p.pp21(1):43-7, ene.-feb.(1998). Tab, graf.
- ✓ Valentina Alazraki, fuente: Noticieros Televisa www2.esmas.com/m/203901¶,
- ✓ Comentario2: observatorio de calidad de atención en salud- Ministerio de La Protección Social. http://201.234.78.38/ocs/public/ind_calidad/indicador.aspx?indicador_id=81 ¶,

ANEXOS

Anexo 1

✓ Historia De Vida

Nombre: JHON JAIRO

Diagnóstico: ESQUIZOFRENIA

“Vivo en Salónica – Riofrío, cuando las primeras veces me atendieron en el hospital psiquiátrico de Cali pero ya llevo varios años en los cuales me están atendiendo en el Hospital Tomás Uribe el doctor fierro. Yo tengo Cafésalud.”

Usted Como llega a la IPS: *“en carro cuando yo he pasado por consulta para la toma del medicamento que es la Clozapina x 100 mg es allá mismo en Salónica pero cuando toca venir acá me demoro unos 40 a 45 min”*

Y usted Con quien vive *“estoy viviendo con mi cuñado, mi hermana y mi sobrino soy separado y tengo una hija. yo voy cada mes a la toma del medicamento y estoy viniendo al psiquiatra cada cuatro o cinco meses, tengo que sacar el tiempo para venir, como trabajo en el campo yo soy un hombre que trabaja en el campo la agricultura me toca dejar mis quehaceres para desplazarme a la cita y también al medicamento.”*

Y Como lo atienden en el Hospital:

“Me han atendido bien. Los cuatro o cinco meses siempre me ha atendido el psiquiatra, me toca facturar y no no es que sean muchos los trámites, los hago yo mismo. Pues gracias a Dios yo le doy la gloria a Dios porque ya gracias a Dios llevo más de unos 7 u 8 años en los cuales

gracias a Dios no he vuelto a recaer he estado bien constante con los medicamentos he estado constante con los controles pues gracias a Dios ahora a la gloria de Dios soy normal, trabajo bien”

Ha requerido de hospitalización: “si aproximadamente unas cuatro o cinco veces ha sido costoso si la última vez si me llevaron por urgencias pero antes si me tocaba ir por mis propios medios pagar el pasaje y todo”

“doctor también pues quería decirles que primeramente que bueno tener en cuenta primeramente a Dios por encima de todas las cosas no porque es muy importante pedirle a él que él nos ayude que que uno pueda vivir conectado con dios y querer obedecerle a Dios para que las cosas nos marchen bien porque todas esas cosas provienen cuando uno está muy alejado de Dios estos problemas le van llegando a la persona entonces no se valora lo que Dios quiere hacer con nosotros entonces son problemas que van llevando a la persona a una depresión y entonces lo llevan hasta llegar al psiquiátrico y le toca hacer cosas incoherentes que no agradan a Dios eso es por el momento gracias a Dios yo asisto a la iglesia pentecostal unida de Colombia y quiero decirle que es bueno porque nosotros le damos el mensaje a otra persona y le decimos a los jóvenes que son los que más son afectados por las situaciones y las agresividades nosotros queremos decirle a los jóvenes que busquen a Cristo que él es la solución y si buscamos primeramente a Dios las cosas nos van hacer más fáciles vamos a tener menos personas con problemas de esquizofrenia y menos personas depresivas entonces compartimos y yo personalmente comparto con las personas los jóvenes y les digo de lo que dice Dios arrepentidos, bautizarse cada uno de vosotros en el nombre de Jesucristo para el perdón de los pecados es muy personal es muy voluntario pero si nos inclinamos a buscar a Dios las cosas se nos van hacer más fáciles. Que Dios me lo bendiga.”

Anexo 2

✓ Historia De Vida

Nombre: ANDREY MAURICIO

Diagnóstico: PSICOSIS

Cuando usted va al hospital cómo lo atienden: “En el momento que tengo la crisis yo creo que la atención allá es pues como dice uno si no ven sangre, pues no se afanan para atenderlo a uno pero en el momento en que lo atienden a uno siempre lo remiten es con el siquiatra siempre a uno lo medican lo mandan a uno cualquier pasta así como para doparlo a uno ya esperan que el siquiatra se encargue de uno como para salir como rápido del paso y vaya saque cita”.

En qué momento hace uso del servicio de la institución: “En el momento de las crisis, siempre siempre ha sido cuando me da la crisis, con el siquiatra pasó algo, siempre lo mandan a uno con el siquiatra y uno va a sacar la cita y hasta a veces cuatro o cinco meses para la cita que porque ya están todas la citas y la última fue en enero de este año del 2011 y no habían citas sino para después de agosto después de septiembre casi 6 o 7 meses, a la final desistí de esperarla porque de aquí a que me dieran la cita, y pues cuando no tengo la crisis siempre la madrugada para hacer la cola que es lo que siempre hay que hacer primero, fotocopias del carnet, la autorización de la EPS y en toda parte hay que hacer cola y madrugar, cuando yo estoy consciente ya pues de que necesito una cita, pero cuando es una cita, no es la urgencia sino la cita lo puedo hacer yo, pero cuando yo estoy en medio de la crisis siempre mi padre o mi esposa lo hace

Ha sido hospitalizado? “No pues cuando me da la crisis creo que uno piensa que está bien pero a la final uno no está bien, los demás son los que notan el cambio como de comportamiento de uno pero ellos tratan como de tratarme de darme medicamento a veces hasta le sirven una gaseosa o un jugo a uno y son hasta gotas de **sinogan**¹ para doparlo a uno porque me notan bastante nervioso entonces a veces cuando tengo la crisis son más que todo ellos que hasta me auto medican² ellos y no siempre me hospitalizan porque por ejemplo cuando me han llevado por urgencias siempre el doctor me manda medicamentos como para dormirme como para tranquilizarme y doparme y me despachan para la casa y me dice que vaya saque cita y saque cita con el psiquiatra”

Anexo 3

✓ Historia De Vida

Nombre: JAMES

Diagnóstico: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

“Gracias doctor Torres. Mi nombre es James P., mi diagnóstico médico es esquizofrenia paranoide, la adquirí a los 16 años de edad, llevo más de 20 años en tratamiento siquiátrico, actualmente me está atendiendo el doctor Orlando Fierro médico siquiatra. Me inició con las cuestiones delirantes, con temas delirantes como ser astronauta, como creerse agente de la CIA sin serlo, creer que de Estados Unidos venía un helicóptero por mí, esas son ideas que se encajonaron en mi mente y que desplegaron los síntomas de este problema, este trastorno. Entonces yo empecé a fantasear, a mirar cosas que no son reales, creerme como repito agente de la CIA, quise ser astronauta, eso se distorsionó por mi enfermedad y por el ciclo del tiempo. Yo quise ir a Estados Unidos y todavía lo pienso a pesar de mis años y de mi enfermedad. En esa

época yo le escribía a la NASA, Cabo Cañaveral, yo estaba recién salido del hospital, entonces mi hermana me dijo no se vaya a emocionar pero me contestaron, eso es un estímulo para mí a pesar de que estaba en inglés, entonces yo no maneje ese tipo de cosas emocionalmente de impresiones no emocionales, entonces yo me sentí tan contento, pues uno se pone a hablar mucho de esas cosas como acelerado; me contestaron, insistí varios años entre dos o tres años, cada escritura cada mandada de la carta a Estados Unidos, me contestaron, pero nunca supe totalmente lo que decía allí porque estaba en inglés, seguí insistiendo, eso se quedó allí como en el olvido porque yo no entiendo el idioma no soy bilingüe solamente manejo el español”.

“Fui agresivo con mis padres en esa época a mi papá lo golpié, le di en la cara en la boca le dan en la boca a mi papá, le hice unos daños a mi tío Pedro Nel, un médico en el seguro que mataron en Cali Pedro Nel Rivera yo le hice muchos daños en su casa debido a mi agresividad y a tantas cosas que se escapaban de la normalidad entonces pasó el tiempo, yo en un principio me tomé los medicamentos, cuando me dieron el aquinetón me creó una molestia muy pronunciada que era el retorcimiento de la parte de la cabeza y el cuello pero eso se fue superando, hasta hoy en día que estoy consumiendo clozapina de 100 dos veces antes de acostarme y una inyección de pipotiazina de 25 mg cada 15 días que es la dosificación que el doctor Orlando me está dando actualmente. Todavía pienso que hay una fantasía, no como astronauta, pero quise hacer una administración en cuanto a estar en un centro espacial genético o en la NASA, mandar, tener un alto cargo, lo aspiré a pesar de mi limitación pues porque es muy limitante mi problema para esto y es de mucha responsabilidad esos cargos y me entusiasmé, un día para no seguir con la frustración porque no lo logré, quemé todos esos documentos en inglés que nunca como le repito me di cuenta lo que querían decir, quemé todo

eso y me libere me descargué de esa presión de la frustración que no pude lograr en este caso y superé eso.”

“Hoy en día yo soy realista yo no puedo pertenecer a eso porque eso exige mucho trabajo intelectual, mucho estrés y ese es uno de mis problemas que aparecen con la esquizofrenia paranoide. Me han apoyado mis padres que no he trabajado mucho después de mis veinte años después de haber salido del hospital, llevo más de veinte años de tratamiento, es muy poco lo que he trabajado, a veces tengo apatía hacia el trabajo, tengo indiferencia, me da como pereza debe ser por la medicación supongo, porque no soy médico para decirle.”

“Entonces quise seguir estudiando lo intente una vez en 1995- 97 en la universidad del valle aquí en Tuluá, estudiar tecnología en electrónica; por dos causas me retiré de esa carrera al mes de haber ingresado a la universidad por promiscuidad, yo iba mucho a los bares y todas esas cosas y por estar preguntando con todo el mundo sobre la carrera, que como era la carrera, que era muy difícil, la mayoría de las personas me hablaban negativamente entonces eso me sugestionó, me creó un mostro mental por así decir entonces yo deserte al mes, mis padres me decían no termine el semestre así sea que saque cero en los parciales pero me retiré me retire y deje toda la carrera a un lado.”

“Fui superando esa etapa porque se me hizo difícil la retirada después de haberme dado cuenta de que no hice nada en la universidad le hice gastar una plata a mi mamá mi papá y fui siguiendo mi vida lo más normal posible no, tengo unas molestias y pues aquí por audio no puedo expresarlas, sino yo ahora le digo a usted y podrá entender lo que siento ahorita más tarde que termine.”

“A pesar de todo quise ir a Estados Unidos quise ir a Europa me gusta mucho Europa más que todo Suiza que es el país de los latinos porque allá nació la patente del medicamento clozapina, me parece cierto si no estoy mal doctor si, la patente viene de Basilea Suiza cierto, entonces quise conocer esas instalaciones porque gracias a eso yo estoy estable, tengo mis altibajos, el doctor Orlando no me ha recomendado tomar café, ni chocolate, ni coca-cola pero yo a veces abuso de eso, como no más lo ha visto ahora estaba buscando el café tomo muy regular que a veces me acelero, cuando lo tomo me pongo a hablar mucho también me extiende la charla”.

*“Como le repito **nunca he trabajado** constante año y tras año como usted o cualquier otra persona que lo hace, asisto totalmente a un gimnasio muy humilde el gimnasio porque yo no tengo capacidad de pago, el gimnasio es de un primo de mi mamá, él no me está cobrando por eso, **porque yo no tengo, como le repito capacidad de pago** para estar en un gimnasio y **estoy en unas aprendiendo defensa personal específicamente hapkido que también es gratis** y que lo patrocina el Instituto Municipal del Deporte IMDER de Tuluá, para que el maestro nos de la orientación sin costo, entonces estoy allí en esos dos deportes trato de combinarlos no es fácil porque exigentes todos dos.”*

JAIRO: en cuanto a la atención que nos puede decir pues no se tu experiencia en la atención que te han hecho los psiquiatras, los médicos, o las recaídas? *“Bueno yo digo una cosa, **hace falta más accesibilidad en nuestros medios frente a los problemas mentales, mas comprensión**, mejor manejo en cuanto a los hospitales a veces yo llego con ansiedad y estrés por hacer una cola, **las colas deberían de suprimirlas** eso no es el sistema que se debería actualmente, es global eso es un inicio una de las cuestiones que más nos molesta porque vamos a tener estrés en el momento de hacerlas. En cuanto a la atención psiquiátrica **requerimos más***

tiempo con el psiquiatra, ósea, unos 20 o 15 minutos sino un tiempo más prolongado en cada sesión que eso ha hecho falta no, que el hospital crea su propia unidad mental en el caso del Tomás Uribe porque hay mucho paciente Tuluño que tiene que desplazarse a Cali al siquiátrico porque aquí no le van a dar el servicio a menos como un intermedio entre aquí el hospital Tomás Uribe y el siquiátrico. La atención es buena pero hace falta mejorarla que ojala que estos administradores de este hospital tengan un concepto muy pro muy radical en cambiar todo el sistema de atención al usuario, no lo digo por mí mismo lo digo por mucha gente humilde que le toca venirse a las 2 o 3 de la mañana para hacer una cola eso deben de acabarlo y eso es una de las fallas del hospital el hospital tiene que evacuar, que sea un mecanismo, si no lo conocemos asegurarnos de los que si conocen eso para mejorar esa parte de la atención no poner esa pobre gente y me incluyo y a los que no son enfermos a esa situación, eso es triste la gente está prácticamente desplazada no tenida en cuenta dentro de las funciones del hospital como es las relaciones entre hospital y usuario entonces hay que mejorar esa parte. Que los enfermos tengamos preferencias a los discapacitados cognitivos o discapacitados de problemas mentales en la atención para hacer y sacar la cita no que nos den una preferencia y podamos hacerla con rapidez porque todos nosotros llegamos a un estado estresante y eso nos afecta emocionalmente en el momento de hacer esa diligencia”.

JAIRO: ¿Hospitalizaciones Has Tenido? “Yo tuve 4 hospitalizaciones si no recuerdo bien en el siquiátrico la última fue por intento de homicidio abuse de la clozapina, me tome una tirita de clozapina convulsione, mi mamá opto por un médico acá en Tuluá, el doctor Bustamante me iba a mandar un medicamento, fuimos a donde el doctor fierro, me hospitalizaron porque tenían que desintoxicarme de esa sustancia, no recuerdo cuando fue la última vez pero si sé que son 4 veces. Y estoy estable gracias a mi Dios y al apoyo de mis padres

y de mi hermano que está conmigo y entonces eso ocasiono la ultimare recaída, creerse uno inútil y creerse que uno no sirve para nada que no sirve entonces eso me empujó a tomarme esas pastillas acabar con mi vida pero no hubo fin, no llego al fin, entonces supere eso. Hoy en día ya me las tomo como me las manda el doctor Orlando, no tengo ningún pensamiento homicida auto homicida se dice la palabra cierto, así es el caso.”

JAIRO: ¿Que costos tienen que sufragar ustedes? “Cuando empezamos con el tratamiento doctor no sé cuánto, pero cuando empezamos hubo mucho que pagar porque el siquiatra en esa época la capacidad de nosotros no estaba de mis padres, no mía porque yo no trabajo, de mis padres, tuvieron que hacer maniobras económicas que no recuerdo, pero mi mamá le puede decir más sobre eso. Fue pasando el tiempo haciendo préstamos y cosas para poder pagar esas cosas hasta que se creó el Sisbén que fue un medio de seguridad social cierto muy bueno actualmente yo tengo Emssanar por la discapacidad de mi hermana y la mía la discapacidad por mi tío, ambos tenemos ese tipo de problema y que estábamos hablando doctor. Actualmente nos están dando los medicamentos, a veces ha sido negligente el hospital para darnos los medicamentos a tiempo pero eso ha sido muy eventual entonces los medicamentos nos están dando actualmente sin ningún costo las consultas con el siquiatra sin ningún costo, no tenemos que desplazarnos a Cali al siquiátrico para ir a las consultas no podemos pagar por aparte, el doctor nos atiende aquí y acá no nos cobran por eso.”

JAIRO: ¿Con que frecuencia te ve el médico general? “El médico general me ve cada mes para la transcripción de la fórmula del doctor Orlando Fierro, eso es cada mes y con el doctor Fierro es según como me vea a veces 4 o 5 meses o una o dos veces al año de acuerdo a como él nos vea a nosotros como pacientes que es lo que el determina.”

Anexo 4

✓ Historia De Vida

Nombre: JOSÉ EDGAR

Diagnóstico: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

“Yo soy José Edgar H, nací el 29 de diciembre de 1960 en la actualidad tengo 50 años, soy paciente del hospital Siquiátrico de Cali, mi diagnóstico es un trastorno afectivo bipolar.”

JAIRO: cuéntanos como ha sido el proceso de tú enfermedad? *“Hay 2 cosas supremamente importantes en esta situación, uno siente esa falta de afecto en primer lugar, porque los padres pues se esfuerzan y tratan de darle a uno lo mejor pero es que tampoco ellos recibieron esa parte afectiva y entonces ellos expresan amor de otra manera no con abrazos, te amo, lo vas a lograr, vos puedes, vuélvelo a intentar, fracasaste pero vuelve a intentarlo, cosas como esas si me entiende, en primer lugar eso y en segundo lugar la estigmatización que uno siente primero de la misma familia excluyendo por supuesto a mi mamá que ella sí, mi mamá es una persona cuando yo no me estoy tomando los medicamentos que me tengo que tomar ella sabe, yo no sé de qué manera ella se da cuenta pero se da cuenta que yo estoy descompensado ya mi mamá, ella es la que le ha tocado tratarme a mi durante todo este tiempo yo, el problema mío empezó terminando bachillerato a los 18 años y he sido agredido por la policía, por el ejército y volviendo a lo que hablaba anteriormente he sentido muy fuerte esa estigmatización como les decía desde un comienzo de la familia y de los mismos vecinos porque por aquí Edgar es el loco, loco, y Edgar no sabe nada más y no sirve para nada más, pues sí ya eso no me duele como me dolía tanto antes, pero uno siente eso. Hablemos del hospital ya, en relación con el hospital por ejemplo a mi durante todo este tiempo hasta comienzos de este año me estuvieron atendiendo en Tomás Uribe, usted es testigo que yo muchas veces fui a que me transcribiera*

fórmulas se acuerda?, y de un momento a otro me mandaron para el Rubén Cruz y en la Rubén Cruz tiene que pedir uno la cita como 9 o 10 días antes pa poder que el médico que lo está viendo a uno lo atienda otra cosa es que cuando uno está también en crisis el tiempo que dura uno en la recuperación en el hospital psiquiátrico allá todos los días es terapia casi todos los días uno sale del psiquiátrico y adiós terapia porque ya nadie más se vuelve a acordar de uno ni nada ya nadie lo motiva a uno para nada, si no ya es lo que uno haga es por cuenta de uno.”

JAIRO, Ósea que para reubicarte socialmente o para la rehabilitación en el trabajo y eso? Sabe cuánto me demoré en la última hospitalización que tuve fue en el año 2002 y hasta comienzos del 2009 apenas estaba levantando vuelo eso demora uno mucho en la recuperación, demora uno mucho.

JAIRO. Pero cuando te descompensas entonces como hacen aquí como hace tu mamá? “Mi mamá, mi mamá comienza, mi mamá me ve la crisis me empieza así, primero porque la crisis empieza porque uno suspende los medicamentos, cuando yo suspendo los medicamentos viene las secuelas de eso, yo comienzo que no como, no duermo me pongo agresivo y yo le he tirado a mi mamá en ese estado pues mi mamita antes de morir, también la última crisis le pegue y es esa ira y esa cosa incontenible y lo que ya les dije lo del maltrato de la policía a mí me parece que a la policía debería capacitar personal para tratarnos a nosotros, porque ellos creen que uno es vicioso, creen que uno es vicioso entonces mi mamá me ve caminando y regalando las cosas y que entre y salga, me baño 3 y 5 veces y que estoy conflictivo completamente conflictivo ya tiene que llamar ella a la policía ya me dominan entre varios, me esposan me llevan a un calabozo me meten con otra clase de delincuentes que yo no tengo nada que ver con ellos, y hasta que mi mamá consigue la plata pa llevarme para pagar un carro expreso a Cali, un taxi y eso sale costoso y el problema mío y yo en mis crisis cuando también

cometí en dos ocasiones intenté suicidarme también en unos momentos de depresión pero hartísimo gracias a Dios no pasó a más y he estado cinco veces hospitalizado en siquiátrico siempre por dejar de tomar los medicamentos.

MAMÁDEL PACIENTE. “una vez se puso mal, todo que empezó a dormir a mí me toco ponerme las pilas porque es el primer síntoma, entonces llamé a Cali y me dijeron no necesita que venga, para allá va el doctor fierro que siempre lo ha tratado a él y el cómo siquiatra conoce el problema y entonces ya acá yo le dije vea doctor esto y esto porque no me hace el favor y me lo atiende y me dijo aquí te doy esta orden **saca la cita para dentro de 15 días entonces le dije doctor usted cree que el aguanta para volver dentro de 15 días con él.** Claro yo ya estaba para estallar y por eso es que a ella no le gusta que a mí me hagan los controles acá en Tuluá sino que vamos directamente a Cali al siquiátrico.”

JAIRO ¿Pero ahora dónde estás haciendo los controles entonces? ”En Cali, es que acá lo único que hago mensualmente es la transcripción de la fórmula acá con un médico general eso es lo que yo hago aquí pero **los controles siquiátricos me los hacen en Cali,** estoy yendo cada 4 meses a el Dr. Iván Osorio me trató en esta última crisis en el siquiátrico”. “En Cali yo les creo, en Cali ese hospital es único, ese hospital siquiátrico departamental de Cali es una verraquera eso no lo puede negar nadie y allá llega uno malo y allá sale uno bueno, son muy dedicados pero **acá en Tuluá no tiene uno mucha asesoría mucho acompañamiento aquí dejan a los familiares solos** y me molesta mucho que me hayan cambiado de aquí siendo que yo vivo aquí en el victoria mandarme disque para el Rubén cruz le digo lo de Emssanar. La IPS que yo tengo en Emssanar si entonces a mi molesta que me hayan mandado para la Rubén cruz, siendo que vivo aquí en le victoria y toda la vida me han atendido a mi ahí y lo único rescatable o una de las cosas rescatable además de lo que le mencione del manejo allá en el siquiátrico es lo

medicamentos que me los están dando hace como dos o tres años. genéricos pero eso es lo mismo pero antes le tocaba ir a mi mamá a comprar los medicamentos comercial, usted sabe un benadryl cierto, que en gobierno de Uribe fue que salió que tenían que entregar los medicamentos, eso ni se sabe haría eso, pero eso si los están dando cierto y no es tan costoso **es costoso pero nos sentimos solos es que mire el caso de James Preciga esos muchachos viven allá con los papás, nosotros lo que pedimos es que nos pongan el que está en capacidad de ir a la universidad o en el Sena,** el Sena tiene que tener algo pa nosotros, yo le propuse a la Dra. Ana María, la de la alcaldía la secretaria de salud, le dije Dra. que ella estaba hablando de unos o unas cosas así, le dije Dra. Porque yo opino que si van a hacer eso **sería bueno que nos hicieran un perfil psicológico cada uno para saber que puede dar uno y que no,** si o no y siguiendo hablando y ni bolas me paro entonces a mí me molesto también eso, yo estaba un poco desligado de esas reuniones, yo a eso no le veo ni pies ni cabeza Dr. Porque vea cómo es posible que el Dr. Martín, uno bajito el canoso él es único que más se ha sostenido en ese programa de la gobernación porque eso cada rato cambian de psicólogos, cada rato cambian yo no sé por qué, **nosotros necesitamos un personal que nosotros no familiaricemos con él** y le den continuidad y ese Dr. sabe que nos dijo que habían proyectos que habían proyecto que podían demorarse 10 años o más yo tengo cincuenta años entonces voy a esperar hasta los sesenta para que haya un proyecto pa nosotros, uno necesita es algo a corto mediano y largo plazo pero en el caso de nosotros hay que ver ya la edad ya también, yo les voy a confesar algo a Uds. A mí me aterra, **me asusta me da de todo el día que no esté mi mamá, es que uno no tiene un auxilio,** uno no tiene de que echar mano inclusive lo que dejen a uno vea, se lo quitan los vivos porque uno no conoce nada de derecho ni nada de esas cosas quien lo defiende a uno ahí en esos casos. Quien habla por uno en esos casos y que va a pasar cuando mi mamá muera Uds. saben que ella

es ciento por ciento mi apoyo yo que voy hacer ya tengo 50 años cumpla 51 ahora en diciembre porque yo soy modelo 60 entonces que vamos hacer cuando mi mamá se muera, que va a pasar con nosotros sí pero es muy duro Dios no desampara si eso es cierto pero queda muy bravo queda supremamente bravo pues si”

“MAMÁ. Si ellos aprendieran un arte o algo que puedan hacer que estén ocupados y que le sirva. Yo digo uno puede estudiar en el Sena para guía turística solamente guía turística no hotelería y turismo sino guía turístico a mí me gusta eso pero como eso tiene que hacer tour y esas cosas.”

JAIRO. A Raíz de que se dio la enfermedad tuya? “Se dio se pronunció porque tuve una decepción con la primera novia entonces el problema estaba ahí adentro dormido y con esa decepción como yo me encerré a leer y a fumar cigarrillo y encerrado y a darle vueltas a la cabeza, vueltas y vueltas y ahí es cuando comencé a escuchar y a ver cosas que los demás no escuchaban ni veían y fue empezando el desorden entonces de esa forma me empezó la crisis, se motivó la estimuló la decepción que tuve con la primer novia porque eso estaba ahí ala en Cali me dijeron que, cierto mamá, me dijeron que eso era de un origen hereditario hasta la quinta generación ni en la generación de la de mi papá, mi papito de los que yo conocí, no hay ninguno que tenga ese problema no sé si haya más atrás no se y yo veo, yo me tomo los medicamentos y vea como estoy yo puedo coordinar funciono trabajo yo aquí hago oficio todo el día en la casa, voy a mercar, voy a pagarles los recibos a mi mamá, a sacarle la cita a ella y reclamarle los medicamentos, yo aquí hago aseo, me toca lavar loza, lavo, plancho, cuando me toca se lavar un mesón, la nevera, yo hago oficio, hay cosas que yo hago es posible que no se vea mucho pero a mí me hace sentir bien y siento que estoy haciendo algo por mi mamá también”.

Anexo 5

✓ Entrevista A Profundidad Al Doctor Orlando Fierro Psiquiatra Itinerante Del Hospital Psiquiátrico Del Valle

Realizada el día 3 de octubre de 2011 a las 11:30 am en el Hospital Departamental Tomás Uribe Uribe en el Municipio de Tuluá

Que es lo que yo hago, yo trabajo para el hospital psiquiátrico de Cali en un programa que se llama psiquiatra itinerante, el programa tiene como objetivo atender a la población vinculada es decir, del SISBÉN o personas con EPS Subsidiada EMSSANAR, CAFESALUD y quien tenga enfermedad mental compleja que es la esquizofrenia, los trastornos esquizoafectivos y los trastornos bipolares que cursan con psicosis es decir lo que la gente conoce como locura y que son enfermedades crónicas es decir que pueden presentar recaídas psicóticas, entonces lo que se ve con estas personas es que se enferman van al hospital psiquiátrico, salen de allá y no vuelven a controles o no vuelven a consumir los medicamentos y se vuelven a enfermar y se forma ese círculo vicioso.

El objetivo del programa que yo hago es ir a los municipios Tuluá, Sevilla, Cartago, Roldanillo y Buga a atender esos pacientes para evitar las recaídas psicóticas por el deterioro que presentan esas enfermedades; porque en cada crisis psicótica la persona se deteriora mental y físicamente, eso va acompañado de entregar una contra remisión a esos pacientes de EPS Subsidiadas para que a nivel local las EPS le entreguen los medicamentos, (muestra el formato) el paciente se contra remite, con su diagnóstico, qué tratamiento necesita.

Cuando vuelve a tener control con el especialista y cada mes con el médico general de la EPS Subsidiada le hace su fórmula para que le entreguen sus medicamentos y los pacientes del SISBÉN se pueden vincular al Hospital Psiquiátrico a través de un programa para que la Gobernación le dé los medicamentos; en este caso les toca ir a Cali por los medicamentos.

Los pacientes les toca aparecer en una base de datos, si es así entonces, esa es la población a la que yo le doy atención. Es un programa específico, para poner un ejemplo es como si en las enfermedades respiratorias viniera alguien a cubrir el programa de tuberculosis pero esa persona no ve virosis, no ve gripas, resfriados, en el programa de tuberculosis. Cuando inicialmente este programa se desarrolla en el año de 2006 inicialmente que no había tantos pacientes se daban cobertura a otras patologías. Las más prevalentes son trastornos depresivos y trastornos de ansiedad, pero a medida que ha ido avanzando el programa, los pacientes lo han ido copando y ha sido necesario excluir esas personas con esas patologías porque no hay consultas para ellos.

Uno de los problemas es la oportunidad en consulta que está a cuatro o cinco meses, porque la asistencia es apenas un día a la semana cierto y aquí existe el agravante de que como es el día lunes por ejemplo cuando hay fiesta no hay consulta.

DUBERLEY. *¿Entonces esos pacientes que se tienen inscritos en el programa, vienen remitidos desde las urgencias del Hospital Departamental o la propia institución le aporta pacientes? R/ Vienen del Hospital Psiquiátrico de Cali, vienen de la Secretaría de Salud Municipal porque a ellos se les pasa un informe para que detecten, de hecho aquí en Tuluá es el Hospital Municipal Rubén Cruz Vélez y entonces de allá remiten una gran cantidad de pacientes y de los médicos del municipio. Médicos del Hospital Tomás Uribe o médicos particulares todas*

esas son fuentes de los pacientes y lo otro importante es que la sede de Tuluá tiene una cobertura más amplia, aquí vienen pacientes de San Pedro y su área rural, de Trujillo y su área rural, acabamos de ver una paciente de Andinápoles, Riofrío y su área rural, Salónica, Fenicia de la Marina, que pertenece a Tuluá; de Andalucía y su área rural, de Bugalagrande y su área rural. Toda esta es la cobertura de la sede Tuluá.

Cada sede tiene una cobertura que no es sólo para el municipio sino que tiene una cobertura más amplia, el programa se realiza desde el año 2006 se lleva una estadística de las consultas, una base de datos de los pacientes con su diagnóstico, su documento de identidad su edad y su teléfono y unos indicadores para evaluar resultados que son adherencia al tratamiento y mejoría al tratamiento esa base de datos reposa en el departamento de estadística del Hospital psiquiátrico.

JAIRO *¿En cuanto al acceso y a la oportunidad de tu consulta alcanzas a copar a la mayoría de los pacientes o hay muchos pacientes que a pesar de tus venidas con frecuencia acá no alcanzas a verlos? R/ para el objetivo del programa sí, incluso se ven adicionales. Si aquí llega hoy un paciente remitido por primera vez de donde venga del Psiquiátrico o de aquí de Tuluá se le abre un espacio y se le atiende. El atender otras patologías no, porque no es el objetivo del programa. Entonces, eso permite que si hiciéramos una evaluación de los pacientes con esas patologías, la gran mayoría están en el programa; no están en el programa los que voluntariamente no quieren asistir o algunos otros que voluntariamente abandonan el tratamiento porque no tienen adherencia. Es decir hay un porcentaje de un 20 % de pacientes que no tienen adherencia al tratamiento por lo tanto no tienen mejoría y sobre ellos no hay ningún control. Los indicadores de adherencia el año pasado en el año 2010 estuvieron por el 80 %.*

JAIRO ¿las actividades interinstitucionales están funcionando, es decir, otras instituciones, el municipio, el Hospital local, este Hospital, como te va con eso? *R/ si funcionan, existen otras actividades complementarias hay otro programa del Hospital Psiquiátrico y la Secretaría Departamental que se llama Psicólogo en las Escuelas y desde el mes de agosto hay otro programa que es Psicólogos Clínicos entonces por ejemplo en este hospital en este momento el día en que yo hago consulta hay una psicóloga que viene del Hospital Psiquiátrico y da apoyo a estos pacientes es decir si yo en la entrevista me doy cuenta que tienen algún conflicto, alguna problemática psicológica familiar ella los atiende de una vez y es muy importante que quede claro que no hay ningún impedimento económico porque los pacientes no pagan dinero por sus consultas. Se toman las copias de las cédulas, del carnet de salud y esto lo factura directamente a la Gobernación. Eso es muy importante porque no hay una limitación económica lo mismo el programa de psicología y la otra actividad es una charla en psiquiatría para el talento humano a la cual asiste médicos, psicólogos, el personal de la salud se hace el primer lunes de cada mes por ejemplo el 3 de octubre hablamos sobre trastornos de la conducta alimenticia en el auditorio del Hospital Tomás Uribe Uribe el primer lunes de cada mes, si hay fiesta se pasa para el segundo eso funciona también y de eso se toma un registro de las personas que asiste y eso está en el departamento de estadística del Hospital Psiquiátrico y otra actividad es asesoría a profesionales médicos cuando tienen pacientes que no son del programa pero que requieren de una atención entonces el médico comenta al paciente y entonces se le hace una aproximación diagnóstica y un esquema de tratamiento para iniciar el tratamiento.*

JAIRO ¿en casos que frecuencia tienes de pacientes que requieran hospitalización cuando vienen a la consulta? *R/ realmente es muy bajo porque la mayoría de los pacientes tal*

vez por la continuidad entre el médico, el paciente y la familia no estar cambiando el médico cada consulta como sucede hoy en día en las EPS en la mayoría genera más adherencia, genera una relación terapéutica y hablábamos que de ese 80% que está en adherencia es muy raro que venga un paciente descompensado cuando eso sucede se le atiende incluso sino tiene cita y si requiere hospitalización se manda a hospitalizar yo diría que ese porcentaje es muy mínimo para ponerle números en el mes uno o dos pacientes la mayoría vienen compensados y siguen su tratamiento .

ÁNGELA ¿Doctor hablando de indicadores con relación a años anteriores ha notado que de pronto la problemática en salud mental ha aumentado, ha disminuido o como está el comportamiento de eso? *R/ vuelvo y te digo que yo hablo del programa porque hablar de términos más generales no tengo conocimiento lo que se sabe a nivel departamental nacional universal es que los trastornos psiquiátricos han aumentado por los específicamente los aspectos psicológicos y sociales de las personas que han cambiado o sea hay más problemática más violencia hay maltrato hay falta de oportunidad de empleo falta de oportunidad para estudiar desescolarización entonces todo eso lo que redundo es un aumento de los trastornos psiquiátricos pero eso es un concepto aquí teórico porque yo estoy sólo hablando del programa que puedo hablar ahora si vienen hay mucha demanda, hay muchas personas buscando citas específicamente por trastornos depresivos y trastornos de ansiedad que son los más prevalentes en la comunidad.*

ANGELA ¿de pronto conoce alguna política de atención para toda esta población? *R/ los programas de psicólogos en las escuelas son para la prevención de la enfermedad y promoción de la salud y programa de psicólogos clínicos está haciendo una prevención secundaria tratando de orientar a las personas en sus problemáticas.*

ANGELA ¿eso no viene directamente de psiquiátrico de Cali sino de una política estatal? *R/ esos son programas del Hospital Psiquiátrico y de la Secretaría de Salud Departamental esos dos programas. Ya a nivel municipal ustedes deberían hablar con la Secretaría de Salud Municipal.*

JAIRO los pacientes que llegan a estas instituciones nivel uno nivel dos con intento suicida por protocolo se exige que sean valorados por el psiquiatra ¿Cómo sabes tú que están haciendo el apoyo o están obviando el manejo de esos pacientes? *R/ no conozco el manejo de la Secretaría de Salud Municipal hay un hospital municipal que obviamente es el que más asume esa problemática pero habría que averiguarlo en la Secretaría de Salud Municipal.*

DUBERLEY ¿los pacientes cuando se les da una contra remisión o cuando se les vence o se le acaba los medicamentos o que necesita renovarlos como hacen? *R/ ellos tienen una cita entonces aquí dice control por ejemplo ahora estamos dando se van a dar las citas para enero y febrero entonces dice control enero del 2012 esas citas se dan enero entonces ellos vienen aquí al hospital a estadística y les dan las citas para enero y febrero entonces eso tiene un vencimiento hasta el día de la cita ellos aquí le entregan un papel y el médico general debe darle medicamentos hasta que no tenga la cita esa es la garantía los medicamentos se les dan cada mes el médico general de la EPS Subsidiado solo se entregan medicamentos por mes.*

ANGELA ¿cuál es el periodo de atención de un paciente psiquiátrico? *R/ por el volumen de pacientes que ahí se atienden cada tres o cuatro meses a veces hasta cada cinco depende del volumen son los diagnósticos que le dije son enfermedades crónicas lo ideal es controlarlos cada tres o cuatro meses pero a veces se van corriendo las consultas hasta cinco meses.*

JAIRO ¿tienes algunas recomendaciones para mejorar la accesibilidad y oportunidad en la atención de los pacientes psiquiátricos en la región? R/ *yo pienso que hay que empoderar al médico general casi siempre se está buscando un recurso escaso como el psiquiatra en el Valle del Cauca, hay otro psiquiatra, aquí en Tuluá que trabaja a nivel privado en una clínica privada y de resto no encuentras psiquiatras en otro municipio más que en Cali hay uno o dos que vienen a Palmira pero en programas sociales no hay entonces hay otro psiquiatra que está yendo a Buenaventura a hacer este mismo trabajo entonces yo pienso que hay que empoderar al médico general es decir darle capacitación entrenamiento existen programas en los cuales se pueden trabajar a través del médico general el psiquiatra viene y lo asesora y le hace una supervisión de los casos eso existe, pero aquí no funciona, aquí no está implementado a nivel departamental entonces pienso que hay que empoderar al médico general no guardarlo, limitarlo volverlo un remitidor de pacientes como generalmente está sucediendo que por ejemplo se dan casos en que él hace una consulta y detecta un paciente con dependencia a sustancias psicoactivas y la EPS le exige que lo vea el psiquiatra para poder autorizar el centro de rehabilitación cuando el médico está en toda esa capacidad no se debe dudar de ese diagnóstico pues muchas veces las EPS hacen caso omiso de los diagnósticos de los médicos no les dan importancia y quieren usar más especializado que no existe a veces hacen ir a la gente a Cali la ponen a voltear, yo pienso completamente hay que empoderar el médico general, capacitarlo, entrenarlo, rodearlo, cierto para que él haga su trabajo porque ese es el recurso que hay.*

ANGELA ¿está de acuerdo doctor o qué piensa de la propuesta de que la atención a pacientes con enfermedad mental se baje a primer nivel de atención? R/ *es que debe haber atención en todos los niveles pero en nivel primario o de atención primaria es fundamental*

porque es el que tiene que ver con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y no se refiere solamente a patologías psiquiátricas cuando usted está previniendo el maltrato, usted está previniendo el trastorno psiquiátrico trastorno de la personalidad entonces hay que fortalecer ese nivel obviamente.

DUBERLEY *¿la red que está constituida, para atender a los pacientes que requieren ser hospitalizados muchas veces tienen dificultad para ir hasta Cali, a veces allá mismo en el Hospital Departamental los estabilizan y los dejan ir, muchas veces con el riesgo de que esas personas se puedan alterar más fácil, descompensar más fácil, entonces es mejor dejarlos en hospitalización, cómo ve usted esa atención que se puede dar en la red que tenemos? R/ pues la red está muy centralizada fundamentalmente el nivel especializado está en Cali y ni siquiera existe en el nivel básico recurso para a veces hacer seguimiento de esos pacientes y les toca seguir yendo a Cali hay unos promedios de estancia hospitalaria hay unos protocolos y unas guías de manejo, los pacientes no pueden estar hospitalizados indefinidamente entonces se trabaja con esos promedios de estancia. Obviamente que cada caso es individual pero la dificultad está en que mientras no haya una red a nivel local, a esas personas les toca seguir yendo a sus controles a la red especializada; o sea que hay que crear red a nivel local, infraestructura en todo hospital nivel II y III debe tener una unidad de salud mental eso no se cumple no hay programas de salud mental en la mayoría de los municipios. De todas formas ya se está haciendo, desde hace un tiempo para acá se estableció una ruta en salud mental específicamente en Buga al hospital Divino Niño donde voy, que es un hospital municipal tienen una ruta en salud mental y hace bastante trabajo con los pacientes de salud mental entonces yo pienso que eso es lo que hay que fortalecer.*