

05

Psiquiatría en Atención Primaria. Experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle

María Adelaida Arboleda Trujillo

Universidad del Valle | maria.arboleda@correounivalle.edu.co

El campo de la salud mental como espacio social de prácticas no está exento de tensiones y conflictos, un punto álgido precisamente es la delimitación del campo desde la perspectiva médica, en particular de la especialidad psiquiátrica, frente al desarrollo de acciones desde otros agentes que intervienen en el mismo (Galende, 2013).

La noción de campo hace alusión a un conjunto de relaciones, un sistema de posiciones objetivas que han sido logradas en función a competencias presentes y pasadas (García, 2001; Bourdieu, 2003), un lugar donde los participantes rivalizan por el posicionamiento del discurso hegemónico, a partir del cual establecer definiciones, interpretaciones y valores, que finalmente guían las prácticas consideradas autorizadas. En tal sentido, hablamos de un espacio dinámico, con una lógica particular, en relación con el tipo de capital en juego válido para los participantes, pero también un sistema de diferencias, enmarcado justamente por la posesión del capital específico y las posiciones históricas que los agentes han ocupado, que les lleva a tener una percepción particular de la realidad y del campo mismo (García, 2001).

Visto desde este punto, la atención al sufrimiento mental y a la salud mental como perspectiva y como práctica tienen diferencias importantes; comenzando por el momento histórico en que surgieron. La psiquiatría nació de la mano de la medicina mental asilar, hace poco menos de doscientos años; mientras que la salud mental se originó ya en el siglo XX luego de la terminación de la segunda guerra mundial (Galende, 2013). Más adelante es el grupo de agentes psiquiátricos quienes ingresan como unos participantes a integrarse al campo de la salud mental. Un segundo punto está representado por los conflictos que las preceden, como las determinaciones causales, principalmente con explicaciones biologicistas desde el positivismo médico, versus las experiencias subjetivas del malestar desde las perspectivas fenomenológicas y psicoanalíticas. Esto lleva a un tercer aspecto, el de los espacios y los agentes designados para asumirlas. Estas diferencias no pueden ser obviadas ni borradas, ya que se podría caer en el error de asimilar al campo psiquiátrico y al de la salud mental como sinónimos y terminar estableciendo posturas reduccionistas. Por lo tanto, salud mental no es un campo disciplinar, es un espacio social de confluencia multidisciplinar y multisectorial, con límites poco claros, prácticas diversas –tanto en el cuidado como en la curación y

atención de recursos medioambientales y sociales—, con cuidados formales e informales, establecidos algunos, por las propias comunidades.

Desde la psiquiatría comunitaria, como grupo de agentes que participan en el campo de la salud mental, se busca comprender el sufrimiento mental desde una lógica compleja, en la que no se plantean causalidades lineales, se establece la multideterminación, y a los sujetos como agentes situados en un territorio, en un momento histórico, que permite estar abierto a diversos procesos curativos, más allá de las propuestas farmacológicas o psicológicas. Este nivel de comprensión solo es posible al facilitar la presencia del profesional en psiquiatría en la baja complejidad, en los territorios, sin embargo una tarea poco sencilla es evitar, de manera simultánea, la medicalización, o la mal llamada psiquiatrización de la vida cotidiana.

Además de los aspectos teóricos relacionados a la práctica clínico-comunitaria en psiquiatría, en este texto, se describirán aportes de la experiencia de trabajo en el programa de Psiquiatría Comunitaria del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, programa docente asistencial desarrollado en el Centro de Salud Siloé de la ciudad de Cali, Colombia, desde hace 30 años, que fueron objeto de investigación para la tesis doctoral: «Relaciones de poder entre Agentes en la configuración del Campo de la Salud Mental. Estudio de caso: *El Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle en Cali-Colombia*» (Arboleda, 2014), y de la cual se extraen algunos aportes. El recorrido personal y grupal de los miembros de la academia y de la Red de Salud de Ladera, nos ha permitido evidenciar las oportunidades y dificultades en el desarrollo de las actividades, tanto en relación a aspectos epistemológicos como normativos y metodológicos. Se espera que esto sea un insumo más para aquellas propuestas que se desarrollan en la actualidad en nuestra región.

La psiquiatría en el marco de la Atención Primaria

Para comprender el lugar de la psiquiatría en el marco de la atención primaria, es necesario aclarar primero, la manera en que usamos las nociones de Atención Primaria de Salud y de Atención Primaria, ya que las implicaciones prácticas demarcan diferencias en las acciones que son sustanciales.

Atención Primaria como modelo de comprensión de la salud

En el informe mundial de salud de la Organización Mundial de la Salud de 2008, justo cuando se conmemoraban los 30 años de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) (1978), se recuerda la importancia de este documento precisamente porque representaba un cambio de paradigma en relación la forma de concebir la salud, desde aspectos políticos, sociales y económicos; con valores como la justicia social, el derecho a una mejor salud para todos, la participación y la solidaridad de los individuos como miembros de una comunidad (OMS, 2008). Era claro que este cambio conceptual debía ir acompañado de cambios en los sistemas de salud, que se encontraban centrados en la enfermedad, con atomización de los problemas, y una actitud del personal, principalmente asistencialista. Se esperaba un modelo centrado en el sujeto como miembro de una comunidad, Estados en capacidad de garantizar el acceso a los servicios de salud, con equipos interdisciplinarios con alta calificación técnica y humana, con capacidad de atender de manera integral a la población, enfoque de actividades con predominio hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, evaluación de determinantes no solo individuales, también familiares, sociales y medio ambientales, descentralización de los servicios y coparticipación de la comunidad (Echeverri, 2011).

Infelizmente, el modelo tuvo desarrollos desiguales en los países que se suscribieron a la Declaración de Alma-Ata. Se ha logrado documentar, a lo largo de 30 años, las marcadas desigualdades sanitarias al interior de los países, además, las nuevas dinámicas sociales han evidenciado nuevos retos en relación al envejecimiento, el crecimiento rápido de las ciudades, la falta de conservación del medio ambiente, el fenómeno de la globalización y la mercantilización de los servicios (OMS, 2008). El resultado ha sido la fragmentación de servicios, la persistencia de una orientación curativa de los problemas en salud con una óptica hospitalocéntrica, el aumento en la brecha de atención entre poblaciones vulnerables y las que tienen disponibilidad de recursos, la instrumentación de procesos y deshumanización de la atención en salud (OMS, 2008).

La instrumentalización del modelo llevó también a pensar, especialmente en países de bajos recursos, en la adopción del modelo solo para manejar enfermedades denominadas «prioritarias» determinados por expertos y no por la propia comunidad, a lugares específicos o a un personal de salud con entrenamiento

básico, poco calificado, excluyendo los especialistas, y destinado para realizar un conjunto de funciones específicas generalmente ligadas a las actividades prioritizadas; también produjo una escisión entre las actividades de promoción, prevención y la atención clínica (OMS, 2008; OPS/OMS, 2005).

En Colombia, se utilizó el enfoque de la APS selectiva, que orientó sus acciones principalmente como un número limitado de servicios de alto impacto, con estrategias de control de crecimiento y desarrollo, programas de rehidratación oral, inmunización, lactancia materna, planificación familiar, etc., desarrollados pensando en población económicamente vulnerable (OPS/OMS, 2005; Echeverri, 2011). El enfoque de la APS selectiva, difundido desde las fundaciones filantrópicas norteamericanas, con gran presencia en nuestro país entre los setenta y los noventa, despoja a la APS del componente político y relega la participación de la comunidad en la planificación y control de los procesos a un segundo plano (Stolkiner y Solitario, 2007).

La recopilación de experiencias a lo largo del mundo, llevó a repensar algunos presupuestos en relación a la APS y su aplicación que transcribimos en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 01

Primeros intentos de implementar la APS	Actuales cuestiones de interés para las reformas en pro de la APS
Primeros intentos de implementar la APS	Actuales cuestiones de interés para las reformas en pro de la APS
Acceso ampliado a un paquete básico de intervenciones sanitarias y medicamentos esenciales para los pobres del medio rural	Transformación y reglamentación de los actuales sistemas de salud, con el fin de lograr el acceso universal y la protección social en salud
Concentración en la salud materno-infantil	Cuidado de la salud de todos los miembros de la comunidad
Focalización en un número reducido de enfermedades, principalmente infecciosas y agudas	Respuesta integral a las expectativas y necesidades de las personas, considerando todos los riesgos y enfermedades pertinentes
Mejora de la higiene, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la educación sanitaria a nivel de las aldeas	Promoción de modos de vida más saludables y mitigación de los efectos de los peligros sociales y ambientales para la salud
Tecnología sencilla para agentes de salud voluntarios no profesionales de las comunidades	Equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a tecnología y medicamentos y el uso adecuado de estos

Participación en forma de movilización de recursos locales y gestión centrada en la salud a través de comités locales de salud	Participación institucionalizada de la sociedad civil en el diálogo sobre políticas y los mecanismos de rendición de cuentas
Servicios financiados y prestados por los gobiernos con una gestión vertical centralizada	Funcionamiento de sistemas de salud pluralistas en un contexto globalizado
Gestión de una situación de creciente escasez y reducción de recursos	Orientación del crecimiento de los recursos para la salud hacia la cobertura universal
Ayuda bilateral y asistencia técnica	Solidaridad mundial y aprendizaje conjunto
Atención primaria como antítesis de los hospitales	Atención primaria como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles
La APS es barata y requiere solo una pequeña inversión	La APS no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones

Fuente: OMS (2008)

Al considerar la Atención Primaria de la Salud como una estrategia que construye una red, se concibe al *centro de atención primaria* como la plataforma o punto de anclaje hacia las comunidades, desde donde se orientan las actividades y la infraestructura profesionalizada.

Se resume a continuación lo que considero son los puntos clave del modelo de APS:

Elementos clave del modelo de Atención Primaria de Salud

- Concepción general de la salud centrada en la persona y no en la enfermedad.
- Integral, integrada y con continuidad a través de los diferentes niveles de atención.
- Los individuos como miembros de una comunidad con participación responsable de su salud.
- Intervención desde diferentes sectores.
- Reordenamiento de los recursos económicos y de talento humano.
- Equipos multidisciplinarios con conocimiento del territorio y la comunidad.
- Equidad entre los diferentes niveles de atención.
- Salud en relación al concepto de bienestar general.

Atención Primaria como modelo de organización asistencial

La mayoría de las veces cuando se habla de Atención Primaria (AP), se refiere a la puerta de entrada al sistema de salud y de servicios sociales. Se trata de un primer nivel de atención que actúa de interfase entre la comunidad y el sistema de salud, en donde se asume la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud, esperando resolver la mayor parte de estos allí (OPS/OMS, 2005; Echeverri, 2011). La AP nació en Europa y Norteamérica a principios del siglo XX. Oscar Echeverri (2011), citando a Barbara Stanfield describe como características de la AP, además de las anteriormente enunciadas, como «el suministro coordinado y continuo de servicios de cuidado primario de alta calidad mediante el uso eficiente de recursos humanos [...] orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema de servicios médicos [...]» (p. 3). Desde la perspectiva de servicios, entonces el hospital no es el centro del sistema, sino que son los centros de primer nivel, que además de realizar las acciones colectivas de promoción y prevención, permiten realizar detección e intervención temprana de situaciones problemáticas, con mayor especificidad en relación con determinantes locales.

Por desgracia, la interpretación de la Atención Primaria como el nivel esencial de atención para poblaciones desfavorecidas con prestación de servicios a bajo costo se acompañó de la desvalorización de su papel y la estigmatización del mismo, señalándolo como un servicio de baja calidad, «para pobres» (Stolkiner y Solitario, 2007).

Salud mental en Atención Primaria y Atención Primaria de Salud Mental

La reorientación desde la atención psiquiátrica a la salud mental no es una propuesta nueva; entre 1950 y 1953, los comités de expertos en salud mental de la Organización Mundial de la Salud destacaron la necesidad de sustituir la tendencia a aumentar el número de camas de los hospitales psiquiátricos por la creación de servicios alternativos (Galende, 1990). Proponían que los psiquiatras deberían dedicar una tercera parte de su tiempo a actividades comunitarias y a capacitación de personal (Arboleda, 2014, p. 78). Posteriormente, la OMS publicó el documento: «La introducción de un componente de salud

mental en la Atención Primaria» (OMS, 1990), producto de diferentes proyectos, incluyendo un trabajo conjunto de un grupos de expertos reunidos en Groningen, Países Bajos, en diciembre de 1985. En el documento se establecía como estrategia la delegación de funciones, con el adiestramiento de agentes generales de salud en técnicas «sencillas pero eficaces», de tipo psicosocial, que llevara a la movilización a la comunidad; estimular la conformación de grupos de autoayuda y la educación sanitaria, con énfasis en promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y neurológicos. La asistencia en la AP de sujetos con enfermedad mental grave era otro de los elementos clave, especialmente en las fases de mantenimiento. Para que estos cambios fuesen viables, se insistía en la necesidad de formular políticas nacionales de salud mental acordes a estas recomendaciones que posteriormente se plasmaran en planes y programas.

Contemporáneo a este documento, ya en el contexto latinoamericano, en noviembre de 1990 en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, los países miembros suscribieron la Declaración de Caracas, donde cuestionaban el papel central de los hospitales psiquiátricos como única modalidad asistencial y la atención psiquiátrica convencional como obstáculo para realizar una atención comunitaria «descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva» (OPS, OMS, 1990). Un aspecto importante de ese documento, fue la insistencia desde organismos internacionales en el respeto por los derechos humanos y civiles de los consultantes, esto incluía favorecer la permanencia del sujeto enfermo dentro de su comunidad a través de mecanismos terapéuticos y dispositivos asistenciales que no llevaran a la exclusión y el aislamiento. La internación de sujetos en fase aguda de una enfermedad mental se debería llevar a cabo en unidades mentales de hospitales generales.

En el informe mundial de salud de 2001, nuevamente la OMS instaba a analizar y replantear la atención en salud mental, los lineamientos que proponía eran: el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, la disponibilidad de psicofármacos esenciales, generación de vínculos con otros sectores y la garantía de servicios (Stolkiner y Solitario, 2007), nada diferente a lo sugerido 11 años antes.

Siguiendo el trabajo elaborado por Alicia Stolkiner y Romina Solitario (2007), realizamos un paralelo entre el enfoque de Atención Primaria en Salud Mental –entendido desde la perspectiva de la Atención Primaria en Salud ampliada (tal como lo redefine OMS/OPS en el 2005)–, es decir con todo el componente epistemológico y político, versus el enfoque de la Salud Mental en la Atención Primaria, más cercano a lo que previamente se ha denominado como Atención Primaria en salud selectiva, pero que además lleva el elemento de la Atención Primaria, esto es, la comprensión de la misma como en primer nivel de atención esencial. Este paralelo nos permite comprender un poco esta fragmentación entre las actividades comunitarias por un lado, y la clínica por el otro, que en salud mental se hizo evidente por la interpretación de la APS en salud mental como el desarrollo de la promoción en integración con servicios generales de salud, frente a la clínica descentralizada, con atención comunitaria de pacientes con enfermedad mental.

Atención Primaria en Salud Mental y APS ampliada

- Políticas públicas y planes de salud integrados que contemplan el bienestar físico, mental y social.
- Promoción de la salud mental integrado a los cuidados de la enfermedad mental.
- Participación de la comunidad en la identificación de necesidades, planeación y desarrollo de estrategias, contando con las organizaciones naturales.
- Restitución de derechos ciudadanos a pacientes con patología mental, que lleva al desarrollo de dispositivos asistenciales que rompen con el encierro, desarrollados en espacios comunitarios.

Salud Mental en Atención Primaria y APS selectiva:

- Agentes generales de salud y agentes de la comunidad, con entrenamiento en detección e intervención temprana en problemas psicosociales y patologías mentales frecuentes, en un esquema de delegación de funciones; con uso de estrategias como la aplicación de test estandarizados tipo el SRQ (Cuestionario de Autoreportaje de Síntomas) y el RQC (Cuestionario de Reportaje de Síntomas en Niños).
- Desinstitucionalización de enfermos mentales, atención en servicios comunitarios y provisión de medicamentos psiquiátricos esenciales.
- El papel de los agentes especializados se limita a acciones de supervisión y capacitación.

El modelo comunitario en psiquiatría

La psiquiatría comunitaria surgió a partir de las políticas de desinstitucionalización en los años sesenta en Europa y los Estados Unidos; tomó además elementos de la medicina social (salud pública) incluyendo elementos de la epidemiología, integración de abordajes (preventivos, asistenciales y de rehabilitación) y atención territorializada, estableciendo una atención prioritaria a poblaciones vulnerables, participación de la comunidad, con desplazamiento de la atención de sujetos enfermos a colectivos en espacios no hospitalarios (incluso por fuera de los dispositivos de salud) y al igual que la salud mental, con una intención de trabajo grupal «en equipo» (Desviat, 2000).

La estrategia de «desinstitucionalización», no solo implica políticas de descentralización de la asistencia en hospitales psiquiátricos, generalmente alejados geográficamente y culturalmente de los consultantes, hacia espacios comunitarios; se trata de un nuevo modelo de relación con el consultante, con dispositivos alternativos de asistencia, el reagrupamiento de las acciones clínicas con las acciones comunitarias, integrando la salud mental al sistema general de salud en cooperación con otros sectores, incorporando recursos no convencionales en salud (Cohen, 2009).

La desinstitucionalización no tiene como objetivo principal el cierre de los hospitales psiquiátricos, sin embargo cuando una persona está en crisis y requiera una internación, esta debería realizarse en hospitales generales, lo que evitaría el estigma asociado a las instituciones mentales, para ello es necesario primero preparar la red de servicios hospitalarios con camas asignadas a salud mental y personal capacitado en sus instalaciones. Estos servicios deberán además complementarse con otras estrategias de carácter comunitario, como los centros día, equipos móviles, seguimiento domiciliario, entre otros.

Cuando hablamos entonces de psiquiatría comunitaria, no hacemos referencia únicamente a la consulta psiquiátrica realizada por fuera de los hospitales o clínicas mentales –aunque este es un aspecto operativo importante– sino a la asistencia lo más cerca posible del trabajo o vivienda del consultante. Este elemento por sí solo no da cuenta del componente epistemológico que es central desde la psiquiatría comunitaria y que permite ubicarse de manera diferente frente a quienes consultan, así como a las otras disciplinas que confluyen en este espacio social de la salud mental

comunitaria. La psiquiatría comunitaria entonces busca relacionarse con un consultante como miembro de una comunidad, no con un enfermo o una enfermedad, abordajes clásicos desde la medicina.

Al pensarse al consultante como miembro de una comunidad se entiende que este podría tener un sufrimiento psíquico que podría ser abordado, pero además este se entremezcla con determinantes protectores o que le vulneran desde diferentes niveles: individual, familiar /relacional, comunitario, social (cultural, geográfico, institucional, político). Como se puede ver, la extensión del conocimiento para abordar cualquier problemática que incluya todos estos niveles es enorme y sería imposible pensar que se tiene el saber suficiente como disciplina para plantear cada uno de estos aspectos; de allí que sea necesaria la concurrencia con otras disciplinas que permitan comprender al sujeto en su malestar o que permita sostener su bienestar.

El otro aspecto tiene que ver con las actividades realizadas: Además de la atención al sufrimiento mental en consultas individuales o grupales, los profesionales de esta disciplina participan en el diseño y desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades mentales y rehabilitación basada en comunidad a través de intervenciones psicosociales. Estas actividades se complementan con actividades de formación, capacitación y asesoría tanto a miembros de la comunidad como a agentes de salud del territorio.

Cohen (2009) enumera las bases del trabajo comunitario, desintitucionalizado, a partir de una serie de principios, que pueden resumirse de la siguiente manera (pp. 120-121):

- Identificación, fortalecimiento y validación de los recursos propios de las personas y las redes sociales, que se traduce en el fomento del autocuidado y el desarrollo de los cuidados informales.
- El trabajo territorializado permite la elaboración de diagnósticos basados en problemas y necesidades específicas de los individuos y comunidades, de manera que se puede diseñar programas acordes a estos.
- Estrategias de educación y capacitación en salud mental dirigidas a trabajadores de salud, comunidad, agentes de otros sectores presentes en el territorio; este principio va de la mano con el trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- Coordinación de agentes técnicos en salud mental con los gestores de políticas públicas y agentes sociales del territorio.

- La resolución de problemas debe realizarse en los entornos habituales de las personas, cerca al sitio donde viven y trabajan, evitando al máximo el ingreso a los hospitales psiquiátricos; esto como veíamos, reconoce los recursos propios, además permite una mayor participación de las personas del entorno y a la larga, una desestigmatización de los problemas mentales y los sujetos que los sufren.
- Recuperación de las personas con sufrimiento mental a partir de programas continuos que estimulen la rehabilitación basada en la comunidad, con respeto y garantía de los derechos ciudadanos.

De la psiquiatría comunitaria a la salud mental comunitaria

Queda claro que la psiquiatría como disciplina no es suficiente por sí misma para abarcar las necesidades en salud mental de un individuo y su comunidad, de manera que su posición es como parte de un equipo de salud mental comunitaria con capacidad para intervenir en acciones promocionales, preventivas, asistencia y rehabilitación.

No basta con la conformación de equipos interdisciplinarios, las modalidades de trabajo también deben adaptarse con nuevas prácticas tales como visitas domiciliarias, acompañamiento terapéutico, equipos móviles de salud mental, clubes de pacientes y familias, dispensarios de medicamentos, etc. Para que el trabajo sea efectivo, es necesario que este sea accesible, continuo, continuado, integrado a los equipos básicos de salud, actualizado, con agentes motivados y sensibles al cambio y con recursos logísticos que permitan el desarrollo de sus funciones.

La normatividad colombiana y la psiquiatría comunitaria

La primera norma que explicita la salud mental en la legislación colombiana es el Decreto 3224 de 1963, a través del cual se creó la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica en el Ministerio de Salud Pública. Posteriormente en 1965 se determinaron las funciones del Consejo Nacional de Salud Mental, integrado por representantes de diferentes ministerios (Ardón y Cubillos, 2012). En consonancia con las nuevas corrientes asistenciales en Estados Unidos (Ley Kennedy de 1963) y Europa (principalmente de Francia

e Italia) y las sugerencias realizadas desde los años cincuenta por la Organización Mundial de la Salud, se estableció la política de implantación de unidades mentales en hospitales generales con la Resolución 679 de 1967 (Arboleda, 2014). Ya en la década de los setenta se creó la División de Salud Mental con dos secciones: la sección de promoción y prevención, y la sección de programas asistenciales por el otro (Ardón y Cubillos, 2012), infortunadamente, con la reestructuración del Ministerio de Salud en las siguientes décadas esta División desapareció y fue incluida dentro de otros estamentos.

El Decreto 056 de 1975 que estableció el Sistema Nacional de Salud buscaba ampliar la oferta de servicios, en particular en zonas rurales alejadas y zonas urbanas marginadas; organizó la asistencia con una disposición piramidal—en la base contaba con el Modulo Anual de Cobertura (MAC) que servía a una zona específica, cuya extensión era la que el promotor pudiese recorrer a pie en un día—. Arriba del MAC se encontraba el Centro de Salud, le seguía el hospital regional—donde además del equipo básico descrito se disponía de médico internista, cirujano, pediatra y obstetra—. En la punta de la pirámide se encontraban los centros especializados, incluyendo los hospitales psiquiátricos (Arboleda, 2014). Esta disposición permitió la apertura de programas piloto con modelos de asistencia comunitaria, apoyados en estos equipos básicos del MAC (promotores de salud, auxiliares de enfermería, médicos rurales). Ya entonces se hablaba de la reducción de las estancias hospitalarias, la organización de consultas ambulatorias, centros comunitarios, servicios de farmacodependencia, hospitalización parcial y granjas talleres para estancias prolongadas (Ardón y Cubillos, 2012, p. 15).

Como en el resto de Latinoamérica, Colombia comenzó en la década de los noventa la reorganización del sistema de salud y las responsabilidades territoriales de acuerdo al nuevo modelo neoliberal, esto, a partir de dos leyes: La Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993, la primera introdujo un modelo descentralizado, fijó los niveles de atención en salud y los grados de complejidad con sistemas de referencia y contra referencia (Art.1); a través de la subsidiariedad y la complementariedad permitía que las entidades públicas prestaran servicios correspondientes a niveles inferiores o superiores, si se evidenciaba que los responsables del nivel no estuvieran en capacidad de hacerlo o la capacidad técnica se lo permitiera. La segunda estableció un modelo de prestación del servicio de acuerdo a reglas del

mercado reguladas por el Estado; no se hacía mención explícita a salud mental en ninguna de estas dos normas. Sin embargo, la organización en actividades de atención básica (PAB) y de asistencia individual obligatoria (POS) se tradujo en la fragmentación de acciones clínico-comunitarias, además la reglamentación de los servicios sancionada en la Resolución 5261 de 1994 estableció que las especialidades médicas como la psiquiatría realizaran sus acciones desde los niveles de mediana y baja complejidad, decisión que terminó de fortalecer el manejo hospitalario del sufrimiento mental (Arboleda, 2014, pp. 155-158).

Con respecto a la participación de la comunidad en salud, el Decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud estableció las modalidades de participación social en la prestación de servicios de salud que comprendían la participación ciudadana, de carácter individual, la participación comunitaria, de las organizaciones comunitarias y la participación en las instituciones de salud como usuarios de los servicios (Arboleda, 2014, p. 156).

No sorprende entonces, que el diagnóstico de la red de servicios de salud desde el cual partió la Política Nacional de Salud Mental de 1998 mostrara que el país tenía una distribución de cobertura desigual, centrada en lo manicomial, con poca participación de la comunidad en actividades de salud mental y pobre utilización de técnicas de tratamiento basadas en la comunidad (Ministerio de Salud, Resolución 2358 de 1998). Esta política retomó la indicación que ya había realizado la OMS en 1990 de usar de manera preferencial las unidades de salud mental de hospitales generales en fases agudas de la enfermedad, así como intentar inicialmente el manejo de situaciones agudas o crónicas en ambientes comunitarios, con integración social del sujeto con sufrimiento mental y participación de la familia, apoyados por actividades de rehabilitación basada en comunidad. Sin embargo, esta norma no se acompañó de un Plan Nacional de Salud Mental que permitiera volverla operativa.

En el año 2007 se introdujo la reforma a la Ley 100 con la Ley 1122 de 2007, que incorporó el Plan Nacional de Salud Pública (reemplazaba al PAB), dentro del cual se contemplaba la presencia de modelos de atención comunitaria y atención primaria; incluía acciones de promoción de la salud mental, el tratamiento de trastornos mentales prevalentes, prevención de la violencia, la «drogadicción» y el suicidio (República de Colombia, Ley 1122 de 2007, Art. 33-Inciso k). Desde el Plan Nacional de Salud

Pública 2007-2010 (Ministerio de Protección Social, Decreto 3039 de 2007) había acciones que posibilitaban las actividades de psiquiatría comunitaria: desde la línea de promoción de la salud y la calidad de vida, así como en la línea de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en salud. A partir de esos lineamientos se desarrollaron las estrategias a nivel territorial (Resolución 435 de 2008), donde nuevamente se indicó la promoción de la red comunitaria en salud mental para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y del consumo de SPA, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria e implementación de la estrategia que denominaban de atención primaria en salud mental. Para este momento no se especificaba cuáles dispositivos de atención intervendrían en el montaje de estas acciones o el papel de las diferentes disciplinas del campo (esto llevó a acciones desde proyectos a término fijo, con poca intervención o cambio en el esquema de acciones de las instituciones mentales) (Arboleda, 2014, pp. 201-202).

La segunda reforma al sistema de salud realizada en el año 2011 (República de Colombia, Ley 1438 de 2011) también nominaba el marco de la APS como central en el sistema de salud. Allí se indicó la elaboración de Planes Decenales de Salud Pública con inclusión del componente de salud mental. Esta ley anunciaba el fortalecimiento de la baja complejidad y la participación social y comunitaria, además del desarrollo de equipos multidisciplinarios (Art.6); incluía las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (Art.61), modelo impulsado desde OMS-OPS. En el Artículo 65 se establecía la atención integral en salud mental; sin embargo, en diciembre de ese mismo año, la Comisión Reguladora en Salud (CRES), para entonces encargada de establecer el listado de procedimientos y servicios del Plan Obligatorio de Salud, ratificó que la atención psiquiátrica se realizaría desde el segundo nivel de atención (Acuerdo 029 de 2011), por lo tanto, era claro que las acciones en salud mental en comunidad eran objeto de práctica de otras disciplinas. Frente a documentos anteriores no establecía nuevas posibilidades de atención en dispositivos diferentes, se continuó hablando de consultas ambulatorias, incluyendo visita domiciliaria por medicina especializada e intervención en salud mental comunitaria por psiquiatría (desde el nivel 2), hospital día e internación. Desde el año 2012

nuevamente el Ministerio de Salud asumió el control de la determinación de procedimientos y servicios del POS; a la fecha, se encuentra vigente la Resolución 5521 de 2013, que no modificó las condiciones de servicios comunitarios de psiquiatría y salud mental.

En el año 2013, por primera vez Colombia sancionó una Ley de Salud Mental (República de Colombia, Ley 1616 de 2013), que estableció como derecho de las personas con sufrimiento mental recibir las intervenciones lo menos restrictivas de las libertades individuales. La prestación de servicios debía estar dispuesta como parte de la red general de salud, prestada en todos los niveles de complejidad y proponía como servicios de atención: atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención prehospitolaria, centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centros de salud mental comunitarios, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospitales día para adultos, para niños y adolescentes, rehabilitación basada en comunidad, unidades de salud mental y urgencias psiquiátricas (Art. 13). Esta ley propuso que los equipos interdisciplinarios de salud mental fueran conformados por: psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional, terapeuta psicosocial y médico general, pero aclaraba que los niveles de complejidad donde se encontraran era definido «[...] de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social» (Art.18).

La regulación de prestación de servicios, realizada por el Ministerio de Salud y Protección social (Resolución 2003 de 2014), establece dentro de la estructura de servicios que posibilitarían un trabajo comunitario en psiquiatría, ya sea en modalidades extramurales, intramurales y por telemedicina: la consulta externa por medicina especializada, la internación parcial (hospital día), la atención domiciliaria a paciente agudo y a paciente crónico sin ventilador, atención ambulatoria al consumidor de sustancias, atención en unidad móvil y telemedicina para prestador remitir (pp. 14-16).

Finalmente, tenemos la Ley estatutaria 1751 de 2015 (República de Colombia) que regula el derecho fundamental a la salud. Entre los mecanismos de protección del derecho a la salud descritos se encuentra la participación de las personas en las decisiones adoptadas por agentes del sistema de salud (Art. 12).

La experiencia del Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle

El Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle diseñó el «Proyecto Piloto de Psiquiatría Social», un ícono de la psiquiatría comunitaria a partir del cual, durante más de dos décadas, se estableció una línea de trabajo que lo diferenciaba de otros centros de formación de psiquiatras del país. Este proyecto marcó el comienzo de la inserción del discurso psiquiátrico por fuera de la institución asilar en Cali y municipios aledaños; se desarrolló entre 1967 y 1974 en Cali, en los centros de salud de los barrios El Guabal y Villanueva al oriente de Cali, la cárcel para mujeres «El Buen Pastor», además del Centro Médico de Candelaria, en el municipio de Palmira, donde la Universidad del Valle —a través del Departamento de Medicina Preventiva (ahora Salud Pública)— había desarrollado actividades con residentes y estudiantes de medicina desde 1962 (Arboleda, 2014, p. 83). Este programa tenía como objetivos el entrenamiento y práctica de médicos residentes de psiquiatría, estudiantes de medicina, enfermería, auxiliares de enfermería en salud pública y trabajadores sociales, en prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en la comunidad; buscaba además que la comunidad desligara el manejo de las enfermedades con el asilo y permitiera que este se llevara a cabo por personal no especializado (Arboleda, 2014, p. 84). Posteriormente, ya en el Barrio Unión de Vivienda Popular, entre 1975 y 1980, el Departamento de Psiquiatría participó en un estudio multicéntrico de la OMS que buscaba la identificación personas con trastornos, evaluando tratamientos, discapacidad y perturbación en su unidad social, luego capacitación de personal primario en atención de algunos trastornos, evaluación de actitudes, conocimientos y habilidades del personal adiestrado y el impacto de su intervención en la comunidad (Arboleda, 2014, p. 93). Como producto de este trabajo, se diseñó un cuestionario autogestionado de síntomas (SRQ), publicado posteriormente por la serie Paltex de la OMS/OPS.

Un principio de los programas de psiquiatría social y psiquiatría en atención primaria era la delegación de funciones, estrategia pensada desde el modelo de APS, entendida como la ejecución de tecnologías «seguras, efectivas y estandarizables» por personal no profesionalizado, a través de algoritmos (Echeverri,

2011, p. 4). Esta delegación está precedida de delegación de saber: detección, manejo temprano y estrategias de seguimiento de casos. Los auxiliares de salud realizaban las visitas domiciliarias (ya estructuradas en los programas de salud pública) y el residente de psiquiatría actuaba como supervisor.

En 1985 la Universidad del Estado de Michigan (MSU) en convenio con la Fundación W.K. Kellogg desarrolló el programa «Kellogg International Fellowship Program in Health» (KIFPH). Con becarios de 18 países se enfocó en el desarrollo de proyectos de educación médica centrada en la comunidad y la atención primaria en salud (Millett, Reinelt y Weber, 1990), Carlos Climent docente del Departamento de Psiquiatría de la Universidad del Valle, lideró el proyecto en Cali, que tenía por objeto, la formación de estudiantes de pregrado de medicina en centros de atención primaria y la prestación de servicios de psiquiatría en el nivel primario de atención, utilizando el modelo de delegación de funciones ya usado previamente (Arboleda, 2004, p. 112). Se eligió trabajar en el Centro de Salud Siloé, centro donde ya se contaba con experiencia en programas especializados de corte comunitario y que tenía como área de influencia la ladera occidental de Cali, allí se asentaba en la década de los ochenta una población estimada de 150.000 habitantes, la mayoría con vulnerabilidades sociales y económicas (Arboleda, 2004).

El Programa inicialmente se llamó «Atención Primaria en Psiquiatría», las personas ingresaban al programa remitidas por los médicos del centro de salud o «captados» a través de la aplicación de la escala SRQ (Self Reporting Questionnaire), o la escala RQC (Report Questionnaire for Children) si eran niños; en principio se capacitó a auxiliares de enfermería para la aplicación de los instrumentos, técnicas de relación con los pacientes, métodos básicos de entrevista y signos y síntomas de los síndromes psiquiátricos considerados más frecuentes. La capacitación de médicos y enfermeros graduados tuvo menos acogida. Las capacitaciones también se extendieron a líderes de la comunidad, quienes aplicaban las escalas en terreno (Arboleda, 2004).

En el esquema de atención había dos modalidades de trabajo, por un lado el paciente que tenía elementos positivos de la escala pasaba a valoración psiquiátrica donde se realizaba el diagnóstico y manejo del mismo, luego se retornaba el paciente a la consulta del médico general y el psiquiatra pasaba a ser un supervisor. Después, cuando los estudiantes de pregrado de medicina comenzaron a realizar sus prácticas en el Programa, estos realizaban las

entrevistas psiquiátricas, elaboraban las historias clínicas, hacían seguimiento en consultas de control y ocasionalmente realizaban las visitas domiciliarias en compañía de una enfermera del Departamento de Psiquiatría adscrita al Programa (Arboleda, 2004, p. 130).

Los últimos quince años estuvieron enmarcados por cambios que limitaron el alcance del Programa, entre ellos, problemas administrativos de la Universidad del Valle, la ausencia de financiación propia para el Programa y principalmente, los cambios normativos en el sistema general de salud que se produjeron a partir de la Ley 10 de 1990 y la Ley 100 de 1993 con la redistribución de competencias y la exclusión de las especialidades como la psiquiatría de los niveles de baja complejidad. Aunque la voluntad de los directores del Centro de Salud y de los profesores del Departamento de Psiquiatría llevó a que se continuaran actividades con estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría en este espacio, los nuevos aseguradores de salud (en este caso del régimen subsidiado) no contemplaban la posibilidad de incluir las acciones de psiquiatría en la Atención Primaria, de manera que todas las actividades se ofrecían sin costo o con un pago simbólico al Centro de Salud.

En la década de los noventa, además de la consulta psiquiátrica ambulatoria programada –asumida ahora por completo por los estudiantes y residentes–, se comenzaron a realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad, con la estrategia Escuela de Padres, liderada entonces por una psicóloga miembro del Departamento de Psiquiatría (Arboleda, 2004, p. 154). Ya para la primera década del siglo XXI, las actividades realizadas incluían: atención psiquiátrica ambulatoria programada, dirigida a habitantes de la Comuna 20, entre los cuales había un grupo de consultantes con trastorno mental crónico que en razón a los controles periódicos no requirieron manejo intrahospitalario y pudieron ser manejados en comunidad; consultantes derivados para valoración y manejo con situaciones como cuadros depresivos, ansiosos, problemas relacionados al consumo de sustancias psicoactivas o problemas relacionados a las violencias; consulta domiciliaria para casos especiales de pacientes cuando estos tenían alguna condición física o social que les impidiese asistir al Centro de Salud.

Las actividades preventivas en salud mental se han realizado en los últimos diez años en instituciones educativas del área de influencia (estrategias de prevención de las violencias); se ha trabajado con grupos de embarazadas consul-

tantes a los programas de control prenatal (actividades de psicoprofilaxis) y con adultos en el programa de escuelas de padres, donde se desarrolla la estrategia de crianza con cariño (Arboleda, 2004).

Otro abordaje propuesto ha sido el del grupo de rehabilitación de la Universidad del Valle que en colaboración con el Programa, ha liderado un proyecto de rehabilitación basada en comunidad para pacientes con trastorno mental crónico que los propios pacientes han denominado «Mentalmente sanos» (Arboleda, 2004).

En la actualidad, aunque el marco normativo aun no posibilita la presencia de psiquiatría en la baja complejidad, la presencia de la Ley de Salud Mental de 2013 y del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 –en los que se incluye actividades de salud mental (de manera integral e integrada)– ha permitido reposicionar al Programa nuevamente dentro de los servicios que oferta el Centro de Salud, ahora como parte de la Red de Salud de Ladera ESE. Las actividades que se llevan a cabo incluyen a estudiantes de pregrado de cuarto año de medicina y residentes de segundo año de psiquiatría, estas son:

Con los equipos locales de salud

- Estudios conjunto de casos clínicos.
- Capacitación en temas de salud mental.
- Investigación conjunta.
- Enlace con el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.
- Psicoeducación a través de Telesalud.

Con la comunidad del área de influencia de la Red de Salud de Ladera ESE

- Participación en la Red del Buen Trato.
- Participación en el Comité intersectorial.
- Apoyo en jornadas promocionales y preventivas en terreno.
- Actividades con grupos específicos.
- Consulta externa psiquiátrica para pacientes remitidos por profesionales de la Red de Ladera o remitidos desde el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle.

- Atención en visita domiciliaria para pacientes con dificultades para el desplazamiento y en riesgo de descompensación.
- Actividades de rehabilitación basada en comunidad (Grupo «Mentalmente sanos»).

Referencias

- Arboleda, M. A. (2014). *Relaciones de poder entre Agentes en la configuración del Campo de la Salud Mental. Estudio de caso: el Programa de Psiquiatría Comunitaria de la Universidad del Valle en Cali-Colombia*. [Tesis Doctoral]. Universidad de Lanús, Buenos Aires, Argentina.
- Ardón-Centeno, N. & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 11(23), pp. 12-38.
- Bourdieu, P. (2003). *Los usos sociales de la ciencia. Por una sociología clínica del campo científico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En: J. J. Rodríguez (Ed.). *Salud mental en la comunidad* [2 ed.], pp. 119-131. Washington, D.C.: OPS.
- Comisión de Regulación en Salud (2011, 28 de diciembre). Acuerdo 029 de 2011 «Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud» Bogotá D.C.
- Desviat, M. & Fernandez Liria, A. (2000). Salud Mental comunitaria como estrategia o utopía. *Psiquiatría Pública.* 12(1), 7-8.
- Echeverri, O. (2011). «Atención Primaria de la Salud: una nueva oportunidad». 5to foro Atención Primaria de la Salud, APS: Una nueva oportunidad. Documento previo al foro. Plan de Desarrollo Facultad de Salud 2011-2030 Universidad del Valle. Recuperado el 15 de octubre de 2012 de: <http://salud.univalle.edu.co/>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2013). Editorial. *Salud Mental y Comunidad*. Año 3(3), 7-15.

- García Inda, A. (2001) Introducción. La razón del derecho: entre Habitus y Campo. En P. Bourdieu. *P. Poder, Derecho y Clases sociales* [2 ed.] (pp. 9-60). Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Ministerio de Salud, República de Colombia (1994, 5 de agosto). Resolución 5261 de 1994 «Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud». Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud, República de Colombia (1998, 18 de junio). Resolución 2358 de 1998. «Por la cual se adopta la Política Nacional de salud Mental» Santa Fe de Bogotá D.C
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia (2007, 10 de agosto). Decreto 3039 de 2007. «Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010». Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia (2014, 28 de mayo). Resolución 2003 de 2014. «Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud». Bogotá D.C.
- Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. pp. xii-xxi; pp. 12, 31. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1990). Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. pp. 1-5. Caracas: Organización Panamericana de la Salud, 14 de noviembre de 1990
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 46º Consejo Directivo 57ª Sesión del Comité Regional (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Orientación estratégica y programática para la Organización Panamericana de la Salud. pp. 3-5, 13. Washington, D.C.: 26 Al 30 de septiembre de 2005

- Millet, R., Reinelt, C. & Weber, W. (1990). *A summary of the Final Evaluation Report of the Kellogg International Leadership Program II*. [En línea]. Recuperado en internet el 30 de agosto de 2013 de: <http://www.wkkf.org/-/media/6d1ef1d5c8c34bf69c3e83a86a96b02e/60764.pdf>
- República de Colombia (1990, 10 de enero). Ley 10 de 1990 «Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones» Bogotá D.E.
- República de Colombia (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993. «Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones». Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2007, 9 de enero). Ley 1122 de 2007. «Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Santa Fe de Bogotá D.C.
- República de Colombia, (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011. «Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones». Bogotá D.C.
- República de Colombia (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015 «Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones» Bogotá, D.C.
- República de Colombia (2013, 21 de enero). Ley 1616 de 2013 «Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones» Bogotá, D.C.
- Stolkiner, A., & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías*. Buenos Aires: UBA [en línea] [Recuperado en internet el 16 de enero de 2014] Disponible en internet en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf