

Acceso a los servicios de salud mental en municipios PDET en Caquetá: contrastando las perspectivas de usuarios potenciales y prestadores de servicios de salud mental

María Cecilia Dedios, Natalia González, Norha Vera San-Juan, Laura Fonseca, Sandra Jovchelovitch, Rochelle Burgess en representación del equipo de Stars-C¹

Las secuelas psicológicas y psicosociales del conflicto armado en Colombia son tangibles en los municipios priorizados para los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). En estos municipios conviven víctimas del conflicto armado, comunidades receptoras y excombatientes (Prieto, 2012). Pese al rol clave de los servicios de salud mental comunitarios en estos contextos, las experiencias del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) y del Programa de Reincorporación de la Agencia para la Reincorporación y la Normalización (ARN) para firmantes de paz han demostrado barreras importantes de acceso a servicios por parte de la población (Burgess y Fonseca, 2020).

Entre los mayores retos se encuentran la dispersión de la población, la escasa infraestructura y una baja o inexistente disponibilidad de servicios de salud mental para estas poblaciones (Arias-Amézquita y Acevedo, 2020; Cepeda-Pérez, *et al.*, 2020). Cuando están disponibles, los programas y servicios de salud mental no son fácilmente adoptados por la población (Campo-Arias *et al.*, 2017). Algunas de las barreras que se han identificado son la desconfianza en las instituciones estatales y los estigmas sobre los desórdenes mentales presentes en la sociedad (Shidhaye y Kermode, 2013; Campo, *et al.*, 2014; Knaak, *et al.*, 2017; Whetten, *et al.*, 2006; Fukawasa, *et al.*, 2021; Doblyte, 2022). En el caso particular de los firmantes de paz, se ha evidenciado que, aunque a nivel normativo hacen parte de las poblaciones especiales para el ingreso al régimen subsidiado de salud (acuerdo 415 de 2009), muchas veces las EPS e IPS no contemplan este carácter diferencial (Arias-Amézquita y Acevedo, 2020).

Desde una perspectiva de acceso universal a la salud mental (WHO, 2019), el acceso a servicios puede ser abordado desde cinco dimensiones clave (Tamahashi, 1978): (a) disponibilidad de capital humano, infraestructura, medicamentos y

¹ Darío Maldonado Carrizosa, Diego Lucumí Cuesta, Mónica González Gort, Mónica Carreño Melgar, Germán Alarcón, Kely Palacio, Patricia Murcia, María Fernanda Sotto y Marly Pedraza.

Principales resultados

- Existen barreras considerables de acceso a los servicios de salud mental en las comunidades PDET del estudio en cinco dimensiones clave: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y efectividad percibida.
- Tanto los prestadores de servicios de salud mental como los usuarios potenciales coinciden en indicar una falta de infraestructura, limitada capacitación del personal y una limitada red de apoyo en salud mental.
- Prestadores de servicios de salud mental y usuarios potenciales identifican que la obtención de una cita con un especialista en salud mental requiere de un proceso engorroso y los tiempos de espera son muy extensos.
- Existen diferencias importantes entre los usuarios potenciales y los prestadores de servicios de salud mental en cuanto a cómo estos actores definen la salud mental. Los usuarios potenciales incluyen en sus definiciones de salud mental tanto la dimensión individual como la social. Las diferencias se reflejan en una baja aceptabilidad de los servicios de salud mental entre la población.
- Los potenciales usuarios tienen bajas expectativas sobre la efectividad del tratamiento en salud mental. Por lo tanto, buscan practicar el autocuidado para prevenir el malestar emocional en primera instancia. Cuando lo necesitan, buscan servicios de salud mental en espacios comunitarios o acuden a actores no tradicionales como los yerbateros.

Acerca del estudio

Esta Nota de Política se realizó en el marco del proyecto “Empezando desde abajo: re-imaginando los servicios comunitarios de salud mental en Colombia (Stars-C)” desarrollado en conjunto por University College London, London School of Economics y la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes en dos municipios PDET en el Caquetá. El estudio busca fomentar la acción colaborativa entre las comunidades y las instituciones para promover y mejorar los servicios de salud mental en comunidades PDET, mediante una aproximación de investigación acción participativa.

Acerca de los autores

María Cecilia Dedios, profesora asistente de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes

Natalia González, estudiante de la Maestría en Políticas Públicas, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes

Norha Vera San-Juan, Senior Research Fellow, Instituto de Salud Global, University College London

Laura Fonseca, asistente de investigación, Departamento de Ciencia Psicológica y del Comportamiento, London School of Economics and Political Science

Sandra Jovchelovitch, profesora titular, Departamento de Ciencia Psicológica y del Comportamiento, London School of Economics and Political Science

Rochelle A. Burgess, profesora asociada de Salud Global y subdirectora del Centro de Enfermedades Globales no Transmisibles, Instituto de Salud Global, University College London

servicios ofrecidos a la población; (b) accesibilidad geográfica de tal manera que la población pueda llegar a los servicios; (c) aceptabilidad en términos de costo y en relación a valores y preferencias culturales, contextuales y/o religiosas que determinan la disposición de la población a usar los servicios disponibles; (d) la búsqueda de contacto de la comunidad con los servicios o búsqueda de servicios; y (e) la efectividad percibida del servicio, programa o tratamiento al que el usuario accede. La evaluación de estas dimensiones de acceso requiere de la perspectiva de los usuarios y otros actores clave del sistema de salud.

En este sentido, los usuarios potenciales y los prestadores de servicios de salud en municipios PDET tienen experiencias de primera mano que proveen información crucial sobre las barreras de acceso y las oportunidades de mejora de los servicios de salud a nivel comunitario en cada una de las dimensiones mencionadas anteriormente.

El estudio de las perspectivas de estos actores ayuda a identificar las comprensiones locales de la salud mental, así como los factores que afectan positiva y negativamente la salud mental en un determinado contexto. En municipios PDET, esto también permite identificar las perspectivas diferenciales de grupos clave como lo son personas desplazadas, comunidades receptoras y comunidades de firmantes de paz en contextos urbanos y rurales. La pluralidad de perspectivas y el contraste de las mismas contribuye a la identificación de acciones concretas para incrementar el acceso de la población a los servicios de salud mental a nivel comunitario.

En esta Nota de Política, reportamos los hallazgos de la fase diagnóstica del estudio Stars-C con respecto al acceso a los servicios de salud mental a nivel comunitario. Describimos y comparamos las perspectivas de prestadores de servicios de salud mental y las de potenciales usuarios de los servicios de salud mental de dos municipios PDET en el Caquetá: Florencia y La Montañita. La primera es una comunidad urbana, donde un porcentaje importante de los participantes reportó ser víctima del conflicto armado. La segunda es una comunidad rural ubicada en un Antiguo Espacio Territorial de Capacitación y Reincorporación (AETCR) conformada en su mayoría por firmantes de paz de las Farc-EP.

Las perspectivas de los prestadores de servicios de salud mental se recolectaron mediante entrevistas (n=30) y grupos focales remotos (n=3). Las perspectivas de los miembros de la comunidad se recogieron mediante grupos focales (n=15) con adultos (n=65) y jóvenes (n=34). El análisis de los datos permitió identificar las barreras y las oportunidades de mejora en el acceso a los servicios de salud mental a nivel comunitario, capitalizando en las experiencias de los actores del sistema de salud, así como en las experiencias de los potenciales usuarios en las comunidades PDET del estudio.

Resultados

La poca disponibilidad de servicios de salud mental fue referida tanto por los proveedores de servicios como los miembros de la comunidad. Los primeros señalan falta de infraestructura adecuada, ausencia de una red de apoyo en salud y falta de capacitaciones por parte del Estado a los trabajadores de salud mental. Por su lado, los usuarios potenciales en ambas comunidades mencionaron la falta de infraestructura y el problema de la capacitación de los prestadores de servicios de salud mental, refiriendo que reconocen e identifican las dificultades que estos enfrentan al hacer su trabajo en dichos contextos.

Se identificaron también barreras en la accesibilidad de los servicios de salud. Los miembros de la comunidad rural de firmantes de paz refirieron que no existe un puesto de salud en su comunidad. Tanto los miembros de las comunidades como los prestadores de servicios describieron la dificultad de acceder a una cita con un profesional de salud mental debido a los largos procesos administrativos. Para los miembros de la comunidad, la ruta de acceso a este tipo de servicios es confusa y los tiempos de espera para una cita son muy prolongados. Algunos describen acudir por urgencias como única ruta de atención inmediata. Sin embargo, la atención por urgencias necesariamente denota una crisis de salud mental en un estado avanzado.

Los hallazgos fueron múltiples en cuanto a la aceptabilidad de los servicios de salud mental. Los prestadores de servicios enfatizan el aspecto individual de la salud mental y bienestar en sus definiciones: ‘bienestar general, la manera cómo piensas y regulas los sentimientos, como te comportas y experimentas una perturbación o un trauma’ (Entrevista a psicóloga, Florencia). Por su lado, tanto en Florencia como en La Montañita, las comunidades definen salud mental en términos de un adecuado funcionamiento individual ‘no tener la cabeza enredada’ (Grupo focal, mujeres, Florencia), pero incluyen una dimensión social: ‘[la salud mental] es la forma también de relacionarnos con las personas cercanas a nosotros’ (Grupo focal, mujeres jóvenes, Florencia).

Al pensar sobre el significado de bienestar, los participantes de ambas comunidades mencionan que es ‘sentirse bien con uno mismo’, pero incluyen a las personas de su entorno en su concepción de bienestar: la familia y la comunidad. En el caso de la comunidad de firmantes de paz, los participantes mencionaron una dimensión comunitaria del bienestar y aseguraron que la misma es responsabilidad de todos: ‘para poder nosotros tener un buen bienestar, pues lógicamente entre todos tenemos que construirlo’ (Grupo focal, La Montañita, hombres). En cuanto a los factores que impactan de manera negativa la salud mental, tanto los prestadores de servicios como los miembros de la comunidad enfatizan la relevancia de factores estructurales como el desempleo, la falta de oportunidades de educación, la pobreza y el conflicto armado.

Lo anterior tiene repercusiones en la decisión de buscar servicios de salud mental (contacto). Los prestadores de servicios de salud mental explican la reticencia de la comunidad a buscar intervenciones y tratamientos de salud mental como un desconocimiento de la población sobre qué es la salud mental y cuál es la función del tratamiento. Además, identifican los prejuicios y el estigma sobre los desórdenes mentales como factores que obstaculizan la búsqueda de ayuda por parte de las personas. Desde la perspectiva de la comunidad, se encontró que la población busca, en primera instancia, practicar el autocuidado para prevenir el malestar emocional ‘no consumir alcohol ni drogas, tener una buena alimentación, hacer deporte’ (Grupo focal, La Montañita, jóvenes). Cuando lo necesitan, buscan servicios de salud mental fuera del sector salud en los

colegios o en internet, o acuden a actores no tradicionales como yerbateros, espiritistas o sacerdotes: 'También son los yerbateros que preparan agüitas, baños, todas esas cosas son servicios de salud mental, crea uno en ellos o no, pero existen y muchas de nosotras hemos ido (...) hacen parte de los servicios de salud mental que van más allá de los profesionales y de las instituciones' (Grupo focal, Florencia, mujeres). Desde la perspectiva de los miembros de la comunidad, la decisión de no buscar cuidado y tratamiento en salud mental se da porque esperan que este no dé buenos resultados en la mayoría de los casos, a lo que se añade la desconfianza en los prestadores de servicios de salud.

En cuanto a la efectividad percibida del tratamiento, las bajas expectativas sobre la prestación del servicio se relacionan con una aproximación comunitaria a la salud mental y al bienestar como conceptos que abarcan no solo el aspecto individual, sino también el familiar, social y comunitario. Consistente con lo anterior, los participantes consideran que un abordaje adecuado de la salud mental debería incluir tanto el aspecto de bienestar individual como el comunitario. Finalmente, tanto los prestadores de servicios de salud mental como los miembros de las comunidades reconocieron la necesidad de abordar los factores sociales y estructurales que afectan la salud mental y el bienestar de las personas, aunque los prestadores de servicios no describieron una estrategia de cómo hacer esto.

Referencias

- Ministerio de la Protección Social (2009). Acuerdo 415. *JPor medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo%20415%20de%202009.pdf>
- Arias-Amézquita, N., y Acevedo, C. A. (2020). Sistematización de la gestión en salud para las personas desmovilizadas adscritas a los grupos territoriales de Bogotá, D. C., y Antioquia entre los años 2007 y 2016. En J. Cárdenas-Días y N. Pérez-Paez (Eds.), *Reintegración comunitaria de excombatientes en Colombia: una mirada desde lo territorial*, 1ra ed., pp. 165-193. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/th9789587841640>
- Burgess R. A, y Fonseca L. (2020). Re-thinking recovery in post-conflict settings: Supporting the mental well-being of communities in Colombia. *Global Public Health*, 15(2), 200-219. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1663547>
- Campo-Arias A, Sanabria A. R., Ospino A, Guerra V. M, y Caamaño, B. H. (2017). Polivictimización por el conflicto armado y sufrimiento emocional en el Departamento del Magdalena, *Revista Colombiana de Psiquiatría* 46(3), 147-153. doi: 10.1016/j.rcp.2016.06.005
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., y Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Cepeda-Pérez, A., Giraldo-Vargas, A. M., Gómez-Lizarazu, D. E., Maramodo-Cárdenas, M., Perea-Caro, S. A., Rozo-Lesmes, P., y Sánchez-Jimenez, O. (2020). *Evaluación Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI): Informe Final*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/informe-final-evaluacion-resultados-papsivi-ps.pdf>
- Doblytė, S. (2022). The vicious cycle of distrust: Access, quality, and efficiency within a post-communist mental health system. *Social Science & Medicine*, 292, 114573. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114573>
- Fukasawa, M., Kawakami, N., Umeda, M., Akiyama, T., Horikoshi, N., Yasumura, S., ... Bromet, E. J. (2021). Distrust in government and its relationship with mental health after the Fukushima nuclear power plant accident. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 680-686. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0020764020968129>
- Knaak, S., Mantler, E., y Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>
- Prieto, J. D. (2012). Together after war while the war goes on: Victims, ex-combatants and communities in three Colombian cities. *International Journal of Transitional Justice*, 6(3), 525-546. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ijtj/ijj022>
- Shidhaye, R., y Kermodé, M. (2013). Stigma and discrimination as a barrier to mental health service utilization in India. *International Health*, 5(1), 6-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/inthealth/ih5011>
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2), 295-303. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736>
- Whetten, K., Leserman, J., Whetten, R., Ostermann, J., Thielman, N., Swartz, M., y Stangl, D. (2006). Exploring Lack of Trust in Care Providers and the Government as a Barrier to Health Service Use. *American Journal of Public Health*, 96(4), 716-721. Disponible en: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.063255>
- World Health Organization [WHO]. (2019). The WHO Special Initiative for Mental Health (2019-2023): Universal Health Coverage for Mental Health. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023))

Comité editorial

Leopoldo Fergusson, director del CEDE

Diego Lucumí, director de Investigación y Consultoría de la Escuela de Gobierno

María Cecilia Dedios, profesora de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo

En esta edición

Diana María Agudelo, vicedecana de Investigaciones, Universidad de los Andes, edición académica

Angélica Cantor, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, coordinación editorial

Luisa Fernanda Gómez, Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, diagramación

Recomendaciones de política

- Las secretarías de Salud deben priorizar el diálogo entre usuarios potenciales y prestadores de servicios de salud mental para identificar prioridades y necesidades con relación a la salud mental en la comunidad. Trabajar en la generación de confianza entre la población y los distintos actores del sistema de salud, para fortalecer la provisión de servicios de salud en territorios para poblaciones con especial vulnerabilidad.
- Las secretarías de Salud podrían diseñar e implementar una estrategia de participación comunitaria en relacionada con servicios de salud mental. El desarrollo de habilidades para fomentar la participación debe enfocarse tanto en funcionarios del sistema de salud como en líderes de la comunidad.
- A nivel local, fortalecer el proceso de toma de decisiones basadas en evidencia y en consulta con la comunidad para la planeación de proyectos financiados por el estado como los planes de intervenciones colectivas (PIC).
- Mediante una colaboración intersectorial, realizar un ejercicio de costeo para determinar los requerimientos presupuestales de contar con prestadores de servicios de salud mental en los servicios de protección social, servicios educativos y otros espacios clave de la comunidad.
- Crear un componente de salud mental en el programa de servicio social obligatorio orientado a profesionales de medicina y enfermería, y crear incentivos para la participación no obligatoria de profesionales de psicología, servicio social y otras disciplinas relevantes en municipios PDET.
- Fortalecer la red de apoyo en salud mental, bajo el marco regulatorio del sector salud, con una estrategia de formación de formadores sobre construcción de redes y estructuras de apoyo y la identificación temprana de desórdenes mentales dirigido a los prestadores de salud no convencionales presentes en la comunidad (yerbateros, sacerdotes, líderes juveniles) que puedan activar las rutas de atención en salud mental y ayudar a reducir el estigma de la salud mental en sus comunidades.

 **Universidad de los Andes**
Colombia

Escuela de Gobierno
Alberto Lleras Camargo

Facultad de Economía

CEDE

Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico