

Documento de Reflexión No Derivado de Investigación

Atención primaria en salud mental en el conflicto armado en Colombia

Primary mental health care in the armed conflict in Colombia

Cuidados primários de saúde mental no conflito armado na Colômbia

Linda Lorena **Dávila-Pérez**,¹
Leonardo **Gélvez-Rodríguez**²

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v17i13.2350>

Recibido: 2017-09-27; aprobado: 2018-05-30

RESUMEN

El presente artículo de reflexión no derivado de investigación tiene el propósito rastrear la evolución de la estrategia de atención primaria en salud mental desde su aparición en Colombia en 1981 y su renacimiento con la Ley 1616 del 2011, así como identificar los elementos y retos que convergen en ella en este momento histórico. El país se encuentra en un momento crucial de transformación social, cultural, política y asistencial debido a los acuerdos de paz; por esta razón, se resalta que la atención primaria en salud mental puede tener un papel importante ante la necesidad de mejorar y fortalecer la asistencia sanitaria de los involucrados en el conflicto, así como en la reintegración a la vida social de los actores armados y los miembros militares de las fuerzas estatales. Se concluye que a pesar de los buenos resultados que ha tenido la aplicación de las diferentes leyes en torno a la salud mental, no se vislumbra en las negociaciones en el conflicto armado un espacio activo y consolidado para la atención primaria en salud mental para los involucrados en el conflicto armado, sean o no víctimas. También es necesario reestructurar los programas dirigidos a la atención en salud mental para hacerlos más prácticos, accesibles y efectivos para las comunidades.

Palabras clave: atención primaria; salud mental; servicios de salud; conflicto armado.

Citación del artículo en línea

Vancouver: Dávila-Pérez LL, Gélvez-Rodríguez L. Atención primaria en salud mental en el conflicto armado en Colombia. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2018 [consultado (día mes año)];17: 75-85. Disponible en: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o DOI <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v17i13.2350>

APA: Dávila-Pérez, L. L. y Gélvez-Rodríguez, L. (2018). Atención primaria en salud mental en el conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*. 17, 75-85. Recuperado de: <http://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/> o DOI <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v17i13.2350>

1 Psicóloga. Estudiante de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ldavilap@unbosque.edu.co

2 Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga, Colombia. Correo electrónico: leogelrod@gmail.com

ABSTRACT

This article of reflection, not derived from research, aims to track the evolution of the strategy of primary care of mental health since its appearance in Colombia in 1981 and its revival with the Act 1616 of 2011, as well as identify the elements and challenges that converge in the mental health care at this historical moment. The country finds itself in a crucial moment of social, cultural, political and welfare transformation due to the peace agreements; for this reason, it is highlighted that primary mental health care can have an important role in the necessity to better and strengthen healthcare of those involved in the conflict, as well as in the reintegration into social life of the armed persons and military members of the state forces. In conclusion, despite the good results that the application of the various laws regarding mental health, there is no sign in the negotiations in the armed conflict of an active and consolidated space for primary mental health care for those involved in the armed conflict, whether or not they are victims. It is also necessary to restructure the programs for primary mental health care to make them more practical, accessible and effective for the communities.

Key words: primary health care; mental health; health services; armed conflict.

RESUMO

O cuidado primário da saúde mental é uma estratégia interdisciplinar e baseada na comunidade que provou ser altamente eficaz na assistência médica. Do mesmo modo, a Colômbia está em um momento crucial de mudança social e cultural, política e de bem-estar e transformação com os acordos de paz. Neste sentido, enfatiza-se que a atenção primária em saúde mental pode desempenhar um papel importante na necessidade de melhorar e fortalecer a assistência de saúde mental dos participantes do conflito, bem como a reintegração na vida social do ator armado e dos membros militares das forças do estado. Este artigo tem como objetivo acompanhar a evolução desta estratégia desde a sua aparição na Colômbia em 1981 e seu avivamento com a lei 1616 de 2011, bem como identificar os elementos e desafios que convergem nos cuidados de saúde mental neste momento histórico da Colômbia. Em conclusão, apesar dos bons resultados que a aplicação das diferentes leis em matéria de saúde mental teve, é evidente que as negociações no conflito armado não preveem uma participação ativa e consolidada dos cuidados de saúde mental primários para todos participantes no conflito armado; sejam ou não vítimas, também é necessário reestruturar os programas em torno dos cuidados primários de saúde mental para torná-los mais práticos, acessíveis e eficazes para as comunidades.

Palavras-chave: cuidados de saúde primários; saúde mental; serviços de saúde; conflito armado.

INTRODUCCIÓN

La primera vez que se habló claramente de la atención primaria en salud (APS) fue en la declaración de Alma-Ata. En esa ocasión se interpretó como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, aprobadas científicamente y socialmente para el alcance de todos los individuos de una comunidad (1). Esta atención sustenta su desarrollo en el costo que asumen la comunidad y los gobiernos implicados. Entonces se buscaba motivar social, política y legalmente la instauración de la APS en los países involucrados, pretendiendo promover intereses de la salud pública en el mundo.

La APS, como estrategia funcional en la promoción y cobertura de los sistemas de servicios y salud en favor de mejorar la calidad de vida, posee gran utilidad. Sin embargo, su efectividad depende de

una ejecución eficaz, lo cual implica desafíos y retos en materia de transformación de infraestructuras de atención en los gobiernos, a través de reformas sanitarias que procuren ubicar en el centro de la atención misma a las personas y alcanzar el grado máximo de salud con la mayor equidad y solidaridad posible (2).

A pesar de todo, la definición y los alcances de la declaración de la Convención de Alma-Ata (1) sobre APS no eran claros conceptual y metodológicamente. Esto produjo problemas críticos en su ejecución, incluso entre los países que tenían la voluntad y el capital para desarrollarla. Esta dificultad dio como resultado abordajes simplistas en el contacto inicial de la asistencia médica, que la trataba como una puerta de entrada al sistema de

salud, lo que resultaba en falencias logísticas de la promoción de la salud, hasta el punto de que la ejecutaba personal no calificado. Todo esto se dio porque sus alcances no habían sido delimitados adecuadamente (3).

Tomando en cuenta lo anterior, surge la necesidad de reorientar los objetivos de la APS (3). Nace entonces el interés en analizar el pasado, enfocado no solo en la evaluación de las estrategias usadas, sino en el propósito que se deriva de estas expectativas y en los efectos que tendrán en los servicios.

Para cumplir este objetivo, se inició reviviendo la importancia y vigencia de la APS a través de la identificación de los nuevos retos y se centró en la renovación de la articulación del sistema de salud con los usuarios, procurando establecer una mirada más apropiada en la gestión y operación de los servicios. Desde este punto de vista, la APS reorientó los servicios de atención de salud a sistemas basados en la promoción; de la estrategia de atención primaria a la definición operativa de una base poblacional; de la gestión de cobertura universal a la gestión en función de la demanda y exigencias; de la administración basada en el liderazgo a la gestión participativa y vinculación de los diversos actores (3).

El presente artículo tiene como propósito dar seguimiento a la estrategia comunitaria de la APS en el tema de la salud mental en los participantes del conflicto armado en Colombia. Para ello, se identificarán las conceptualizaciones, las acciones legales, las aplicaciones prácticas, los integrantes y su estado actual.

LA APS EN COLOMBIA

En la perspectiva general y legislativa se puede detallar el tipo de relación que el Estado colombiano ha tenido con este tipo de estrategias. El país reaccionó a la declaración sobre la APS en 1981 implementando las primeras intervenciones en el sistema de salud, pero estas acciones pronto fueron reprimidas por la Ley 100 de 1993 (4), que instauró una reforma basada en el mercado, teniendo como intermediarios a las entidades aseguradoras promotoras de salud o EPS. Sin embargo, el modelo de atención integral basado en la APS recuperó terreno

en el 2004 a través de acciones de gobiernos locales y departamentales (5), que desembocaron en su reaparición en el sistema de salud con la Ley 1438 del 2011 (6).

Con este resurgimiento, en Colombia se retomaron desafíos importantes en la agenda de la salud pública; algunos de carácter estructural y promocional, como la articulación efectiva con las entidades promotora de salud (EPS) (7), en tanto que otros respondieron a la dinámica de la asistencia de salud en Colombia, como la mercantilización de los servicios y la mano de obra especializada. Los últimos corresponden a la agenda de salud nacional en temas de actualidad como epidemiología, atención integral en salud mental y, el más sonado de todos, el cuidado de los participantes del conflicto armado (8).

La intervención que instaura la Ley 1438 del 2011 (6) busca integrar y contemplar la formación de actividades, procedimientos e intervenciones interdisciplinarias diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero los desafíos que asume el Estado en pro de la salud en Colombia por sí solos son complejos. El país se encuentra en un momento coyuntural de transformaciones. Existen retos críticos en materia de salud, como la disminución de mortalidad infantil que en el 2014 estaba en una tasa de 11,3% por 1.000 nacidos, o la prevención de enfermedades del sistema circulatorio, diabetes, anemias, deficiencias nutricionales, cirrosis y enfermedades crónicas de las vías respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma, que corresponden al 54,45% de las muertes y poseen una alta correlación con hábitos de vida no saludables (9).

Con respecto a las necesidades que surgen en la atención, el Ministerio de Salud (9), en su *Informe de análisis de situación en salud* (ASIS), identifica que, entre las causas externas de mortalidad en Colombia, el homicidio se encuentra en el primer lugar con un 52,24% entre el 2005 y el 2014, disminuyendo ese último año a un 40 % con relación al 2005, lo cual se correlaciona fácilmente con un momento crucial para la negociación de los acuerdos de paz (10) con el grupo autodenominado Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC). Sin embargo, cabe anotar que en el tercer lugar de la lista está la tasa de suicidios con un

4,47% y el intento de suicidio con un máximo de 12,32% por cada 100.000 habitantes; una tasa alta, si se considera que la población colombiana es de 47.000.000 de habitantes (9). De igual manera, estas estadísticas revelan la urgencia de intervenir con estrategias como la atención primaria en salud mental en patologías psiquiátricas, frustraciones en los proyectos de vida, dificultades en la vida laboral, violencia intrafamiliar, ausencia de padres, matoneo y discriminación sexual, sobre todo en la población adolescente y de adultos jóvenes, la cual tiene mayor riesgo de suicidio (11). Por lo anterior, se comienza a dar importancia a la salud mental, de la cual se hablará a continuación.

SALUD MENTAL

El concepto de *salud mental* no es homogéneo, como el de salud física. La salud mental posee variantes, matices y dualidades que enmarañan su abordaje, como normalidad/anormalidad o bienestar/malestar. En cada matiz hay una aproximación filosófica distinta, que puede cambiar la intervención, además del papel clave que desempeñan la normatividad y el contexto sociocultural, histórico y temporal. Por ello, gran parte de las conceptualizaciones sobre la salud mental están determinadas por tener un carácter que inhabilita social, comportamental o cognitivamente (12). El presente artículo de reflexión no derivado de investigación abordará la salud mental desde el carácter que le imprime la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13), que la define como un estado de bienestar general, lo cual implica que la salud mental no es solo la ausencia de la enfermedad o el alivio del dolor físico. En su estructura se integran las experiencias dentro de la familia, la sociedad y el trabajo, entre otros; por lo tanto, estas interacciones influyen en su promoción o en su deterioro.

En el país, la salud mental como componente de la salud pública ha evolucionado. Aunque no se han hecho muchos análisis integradores sobre este aspecto y su relación con la historia de Colombia, Urrego (14) ha logrado un acercamiento a la percepción de la salud mental y su asistencia médica entre 1974 y el 2004. Los resultados muestran que predomina la percepción de la salud mental como la ausencia de enfermedad, por lo cual, las comunidades, los entes

privados y públicos han limitado sus esfuerzos a la determinación de indicadores relacionados con la presencia o ausencia del trastorno, los factores de riesgo o protectores, y la asistencia ha sido escasa. Asimismo, se identifica que en este periodo hubo una baja correlación entre los acontecimientos históricos nacionales, como el conflicto armado, y la salud mental (14). A partir de esto el Estado se vio en la necesidad de mejorar la atención y percepción de la salud mental, y expidió la Ley 1616 (15), que instaura y busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental en el país a través de la promoción de la salud y prevención del trastorno mental en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el enfoque promocional de la calidad de vida y teniendo como estrategia la APS como vía de servicios de atención en esta materia (15).

Antes de la expedición de esta ley (15), el rol de la APS había sido muy limitado y en ocasiones ambiguo en la salud mental. Esto tiene diferentes motivos, entre otros: la centralización de la atención de la salud mental en los hospitales psiquiátricos, que albergan la mayor parte de los recursos, lo cual limita los servicios ofertados en la comunidad; el bajo personal formado en atención de salud mental en América Latina, que se estima es de 2,5 por cada 100.000 habitantes, entre los cuales los psicólogos comunitarios y sociales están prioritariamente ubicados en centros de atención y en unidades psiquiátricas; la escasa –por no decir nula– capacitación y formación académica en salud mental que recibe el personal de APS (doctores, enfermeras y comunidades); y la falta de información de la atención en salud mental, que es vaga y poco expandida (16).

Tras la promulgación de la ley de salud mental (15), el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (8) materializa avances y estrategias para que la atención primaria en salud mental ofrezca asistencia real en servicios de esta área. La formación de talento humano organizado en equipos interdisciplinarios enfocados en el diagnóstico familiar, la identificación de riesgos individuales, familiares y comunitarios, la promoción de la asistencia médica, la afiliación de los sistemas de atención y el diagnóstico temprano de los trastornos mentales tienen como finalidad reducir la brecha entre la prevalencia de trastornos mentales

y el número de usuarios que reciben atención y, al mismo tiempo, disminuir la carga que generan los trastornos mentales para las personas afectadas, sus familias y la sociedad. Esta integración de los distintos actores prestadores de servicios, profesionales, usuarios, familias y comunidades procura que el acceso a los servicios de salud mental sea una realidad con herramientas como los primeros auxilios emocionales, las intervenciones breves y la canalización y el enlace a rutas de atención. Por lo tanto, se establecen las condiciones para que el sistema de salud mental se pueda aplicar en las regiones, tomando en consideración todas las características poblacionales (16).

A pesar de todo, en la última Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia (17), un estudio de corte transversal realizado en todo el país y distribuido por regiones, se observan retos importantes y complejos en la asistencia de este campo. Esta encuesta tuvo logros en medición: el primero, fue el acercamiento a los factores asociados y condicionantes en epidemiología de la salud mental; la inclusión de la percepción de malestar psicológico, que en sí misma no posee un carácter de diagnóstico, pero sí limitante; la inclusión de la población infantil, de 7 a 11 años; y las estimaciones relativas con el acceso a servicios de asistencia profesional y medicación. La muestra de la encuesta estuvo conformada por 2.727 niños, 1.754 adolescentes, 5.889 adultos de 18 a 44 años y 4.981 adultos de 45 años en adelante.

Los resultados reflejan datos importantes: el 44 % de la población infantil requiere una valoración formal psicológica y posee un 11,7% de exposición a algún evento traumático; el 36,5% de los adolescentes manifiesta síntomas de ansiedad, depresión, psicosis y conductas riesgosas del acto de comer (bulimia o anorexia) y un 29,3% de la muestra ha estado expuesta a sucesos traumáticos; en adultos de 18 a 44 años, el 19,17% tiene sintomatología de ansiedad, depresión, epilepsia, convulsiones y psicosis, y es la población con mayor consumo de alcohol y cigarrillo con un 48,1 %; el 12,5 % de este grupo reporta exposición a algún evento traumático; finalmente, el 26,4% del grupo de 45 años en adelante muestra sintomatología de ansiedad, depresión, epilepsia, convulsiones y psicosis, y un

11,5 % de exposición a eventos traumáticos (17). Todo esto indica la necesidad de programas asistenciales con un enfoque social y comunitario de las problemáticas que presentan los grupos poblacionales, tomando en cuenta los elementos demográficos y contextuales.

EL CONFLICTO ARMADO Y LAS SECUELAS PSICOLÓGICAS

Las secuelas de los conflictos armados en la historia de la humanidad han abarcado más que agravios físicos. La primera vez que se comprendieron los efectos psicológicos de los conflictos armados desde una perspectiva clínica y en el campo de la salud mental fue en la Primera Guerra Mundial, con la definición de *shell shock* (que luego evolucionaría conceptualmente a trastorno de estrés postraumático [TEPT]). Esta se refería a reacciones de los soldados en el frente de batalla a causa de las explosiones de las minas y las granadas o el recuerdo de las horribles muertes de sus compañeros y enemigos, lo que provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones (18).

La guerra deja secuelas negativas que afectan la estabilidad mental de los participantes en el conflicto. Si tomamos en cuenta que los sujetos se desarrollan en una comunidad y un contexto que también sufre las consecuencias de la guerra, se entiende que las amenazas, el desplazamiento, la violación, el asesinato, la desaparición forzada, el reclutamiento infantil y el secuestro son caras del mismo dado que impactan la vida de grupo social inmerso en el conflicto armado. No obstante, los efectos en la salud mental son menos visibles y, a la vez, transversales en todas estas agresiones. En los registros publicados por la organización Médicos sin Fronteras (MSF) (19) se reconocen testimonios que revelan cuán profundo y doloroso puede ser el impacto de sufrir en carne propia el conflicto armado:

Yo también tengo miedo, pero me toca hacerlo. Sabe doctor, hace varias noches que no duermo, tengo sueños en donde veo las cabezas de mis vecinos. Veo que lloran, que suplican, que piden misericordia. Me despierto llorando. Me pongo a pensar en la finca, en mis matas de jardín, en mis gallinas y

el ganado y en los perros que se querían venir con nosotros, pero tocó espantarlos con piedras para que no nos siguieran. Nunca me había sentido así. Nunca había visto a mi esposo tan callado, nunca lo había visto llorar en silencio. Y qué decir de mi hijo, el muchacho ya no es el de antes. Ahora, en su mirada ya no hay ternura, hay rabia, hay odio. No sé qué va a ser de nosotros ahora, sólo sé que nos queda Dios y que nuestra vida no será la misma porque ahora somos desplazados (19).

Este registro sobre la atención médica en salud mental en el conflicto armado publicado en el 2012 muestra que en la atención a 4.455 pacientes, 3.286 mujeres (74%) y 1.169 hombres (26%), el 72% se trataba de mayores de 18 años, el 25, 5% eran jóvenes de 6 a 18 años y el 2,5% eran menores de 5 años. La categoría Violencia se revela como la más significativa en el momento de determinar algún tipo de impacto en la salud mental; se detectan síntomas psicósomáticos de ansiedad, depresión y alteraciones del comportamiento (19). Cada suceso violento que se desarrolla en el contexto del conflicto armado, como por ejemplo el desplazamiento forzoso (20) y reclutamiento infantil (21), eventos muy comunes en Colombia, altera social y psicosocialmente a la comunidad y a sus integrantes de forma única y distinta.

En el tema del desplazamiento forzado (20), a través de un estudio de tipo descriptivo con diseño transversal en una población de 20 personas pertenecientes al municipio del Cairo (Valle), se aplicaron pruebas de indicadores del espectro de ánimo en casos de depresión, trastorno bipolar y trastorno por estrés postraumático. Los resultados muestran un 20% de presencia de depresión leve, 50% en moderada y 30% grave, siendo el indicador de depresión moderada más prevalente en mujeres; del mismo modo, se encontró que toda la población presenta indicadores de TEPT, con 30% de gravedad extrema y 40% moderada; y con relación al trastorno afectivo bipolar, este es elevado en la población desplazada, con una prevalencia de 54% en mujeres y 46% en hombres (20). Con relación al reclutamiento infantil, se evidenció que los menores en situación de vulnerabilidad económica y social son las principales víctimas de los grupos armados, como las FARC y los paramilitares (21); el 71% de las víctimas son hombres que cumplen labores como maleteros, comandantes de escuadra, combatientes regulares, entre otros oficios; así mismo, las niñas que ingresan a estos grupos son explotadas sexualmente (21).

Cabe resaltar que la atención en materia de salud mental que se brinda a las víctimas del conflicto armado se canaliza a través del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (Papsivi), que busca ofrecer atención humanitaria, asistencia y atención a través de las medidas de reparación y las garantías de no repetición. Sin embargo, se observó que la mayor parte del Papsivi reincide en focalizar la atención en los centros hospitalarios, lo cual genera poca integración de las comunidades, los entes académicos y los equipos interdisciplinarios (22).

Por consiguiente, de acuerdo con estos resultados, las primeras personas en riesgo de sufrir secuelas psicosociales en el conflicto armado son aquellas que se encuentran inmersas en el fuego cruzado. Del mismo modo, los participantes del conflicto tienen sus propias lesiones y sufrimientos que alteran la transición de su vida, ya sea que se trate de integrantes de las fuerzas armadas del Estado colombiano o de los exintegrantes de los grupos armados al margen de la ley (20).

Con relación a las consecuencias psicológicas en miembros pertenecientes a las Fuerzas Armadas de Colombia, se identifica que no existe una caracterización general en la literatura de la salud mental, sino que el enfoque surge con grupos específicos: soldados colombianos heridos en combate y pertenecientes a una fuerza que se especializa en rescatar secuestrados (23). La literatura muestra una prevalencia del 16,66% de TEPT en militares heridos en combate y un índice de síntomas del mismo trastorno en el 31% de miembros de las fuerzas especiales antisequestro (24).

Respecto a los exintegrantes de los grupos armados al margen de la ley que se acogieron a los programas de desmovilización y acuerdos de paz (10), existe consenso acerca de la necesidad de atención específica para esta población que busca reintegrarse a la vida social, pues sin el correcto proceso de restablecimiento de las relaciones normales entre el exguerrillero y la comunidad y el Estado, y sin el incremento de factores protectores, como un empleo estable, atención especial y el debido acompañamiento, se incrementan las posibilidades de reincidencia en actos ilegales (25). Así mismo, se identifica que la mayoría de las secuelas psicológicas que tiene este grupo poblacional se relacionan con el TEPT (26).

Finalmente, en la búsqueda de los planes, programas o actividades se identificó una propuesta dentro de los acuerdos de paz (10), dirigida a los exintegrantes de los grupos armados. Previo a la firma de los acuerdos, el Ministerio de Salud presentó unos lineamientos técnicos de salud mental en el posconflicto (27), que no están en ejecución.

EL CONFLICTO ARMADO EN COLOMBIA Y LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Las circunstancias que dieron lugar al conflicto armado colombiano datan de años previos a los que se fijan en la ley de víctimas (28). Esta reconoce que este conflicto ha evolucionado y mutado a través de sucesos específicos, y transformado la cultura.

Desde los inicios del siglo XX la evolución de la violencia en la guerra civil se dio a través del bipartidismo liberal y conservador, que tuvo su momento más crítico en el asesinato del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán y el desencadenamiento del Bogotazo (29). Con el ascenso del dictador y militar Gustavo Rojas Pinilla, que dio fin al conflicto y reorganizó el país, surgió el Frente Nacional en el periodo de 1958 a 1974 (30). Sin embargo, la guerra de guerrillas tomaba forma en este escenario pues el Estado bipartidista no daba lugar a la inconformidad, pero tampoco legitimaba su autoridad en todo el territorio de la nación. Esto creaba espacios propicios para el nacimiento y fortalecimiento de grupos armados al margen de la ley y posteriormente del narcotráfico (31). Algunos de estos grupos mutaron para hacerle frente al abuso de poder militar, legal e ilegal por parte del Estado; nacieron así los movimientos guerrilleros de autodefensas campesinas de las FARC (31).

Poco a poco se fueron sumando al escenario del conflicto grupos armados como el Ejército de Liberación Nacional, el Ejército Popular de Liberación y el Movimiento del 19 de abril, que representaban intereses de líderes políticos, sociales y comunistas, creados en respuesta a instancias de abuso de poder del Estado bipartidista (31). Otros movimientos militares se originaron en estas décadas: las fuerzas paramilitares legitimadas inicialmente en el Decreto 3398 de 1968 (32), firmado por el presidente Guillermo León Valencia. Este decreto

reconocía la incapacidad del Gobierno para proteger a los ciudadanos y ratificar su poder en las zonas rurales del territorio nacional; simultáneamente, la tutela económica del narcotráfico se convirtió en otro actor importante del conflicto desde los años sesenta y permitió el patrocinio de los grupos de autodefensas paramilitares. Las autodefensas, el Estado, el narcotráfico, los grupos de distintas ideologías alzados en armas y el mismo pueblo establecieron el escenario del conflicto armado que se desarrolló en las décadas de terror y violencia de los años ochenta y noventa en Colombia (31), periodo en el cual se originó la ley de víctimas y se desarrollan los programas de asistencia social y médica, aunque con un alcance muy limitado (28).

El auge del conflicto armado en Colombia derivó en limitaciones del sistema de atención médica y los esfuerzos del Estado estuvieron destinados a la transferencia de recursos directamente a la red de hospitales públicos, donde no había garantía de que se prestara el servicio a las personas con bajos recursos, pues la estructura se encontraba dispersa y no se contaba con mecanismos de solidaridad; en consecuencia, la eficiencia administrativa era pésima con la asistencia médica (33). A su vez, esta ineficacia en los servicios de salud dificultó identificar los logros que la estrategia de APS tuvo en ese periodo, inicialmente por la ausencia de registro en la literatura y luego por el mismo carácter que la integración comunitaria y participativa tiende a no ser registrada con detalle fuera del ámbito científico. Se reconocen resultados en cuanto a la apertura y el establecimiento de la interdisciplinariedad como instrumento de transformación; la instauración de comités comunitarios de salud para la atención médica, la erradicación de la poliomielitis, la disminución de índices de enfermedades transmisibles como la tuberculosis; el aumento de las coberturas de vacunación en importantes porcentajes; el desarrollo de las unidades de rehidratación oral comunitarias (UROC) y las unidades de atención a la infección respiratoria comunitarias (UAIRAC), las boticas comunitarias y las jornadas nacionales de vacunación con participación intersectorial y comunitaria. Estas acciones empezaron a disminuir con la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 (4), pues aunque hubo una apertura legal a espacios y mecanismos de participación, se retiró el apoyo institucional y se eliminaron los equipos interdisciplinarios (34).

Asimismo, la atención médica en salud mental era limitada, y aun ausente, en gran parte del territorio colombiano. La Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015 (17) expone que a partir de un estudio realizado por la OMS en el 2003 se encontró que 75% de los encuestados mostraban índices de trastornos graves y el 90% con índices de trastornos moderadamente graves no tenían acceso a asistencia médica (17). De allí se empezaron a dar pequeños pasos a través de la reintegración de la APS y valorar la asistencia del servicio médico en los participantes del conflicto; ejemplo de ello son la Ley 1616 (15) que, como se dijo, revive la APS en salud mental, la ley de víctimas (28) y los acuerdos de paz (10) que contemplan la atención médica a las víctimas del conflicto armado y los miembros desmovilizados de la guerrilla de las FARC, así como la creación de la Dirección de Sanidad en 1998 para la atención psicológica a soldados.

Con la Ley 1448 del 2011 (28) se buscó reconocer el impacto del conflicto armado en Colombia. Por medio de esta ley se dictaron medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno, acogiéndolas y definiéndolas como aquellas personas que individual o colectivamente han sufrido daños por hechos ocurridos a partir del 1.º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al derecho internacional humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de derechos humanos. Esta ley incluye a familiares en primer grado de consanguinidad y a las personas que intervinieron en la protección de las víctimas, pero que sufrieron algún tipo de daño. A los miembros de la fuerza pública se les reparará según el estatuto especial que los acoja y, finalmente, a los miembros del grupo armado no se les reconocerá condición de víctimas, a menos que se trate de menores de edad reclutados. Estas consideraciones legales implican que desde la conceptualización de víctima sea difícil brindar la atención en salud mental a todos los participantes del conflicto armado de forma integral. Si no fuera por la inclusión de la jurisdicción especial para la paz y la reincorporación dada en los acuerdos de paz (10) se desconocería el rol de todos los involucrados del conflicto armado, y su lugar como seres humanos que requieren atención, protección, legitimización y reparación psicosocial.

APS Y LA SOLUCIÓN METODOLÓGICA DE SU EJECUCIÓN

En el rastreo del desarrollo y evolución de la atención primaria en salud mental en Colombia, se encontró que las orientaciones que la OMS dio metodológicamente a la APS no solo dejaron ver una posibilidad en su aplicación, sino también en su promoción (3). La APS ha demostrado ser una herramienta efectiva en la cobertura de asistencia médica durante su corta vigencia en Colombia, con resultados sorprendentes en el aspecto estratégico, epidemiológico y asistencial (34); es importante resaltar que su resurgimiento debe ser más que un logro teórico en la valoración internacional. Por ello es importante que las regulaciones contempladas en la reforma al Sistema de Seguridad Social y Salud con la Ley 1438 (6) fortalecieran y abrieran oportunidades para apoyar la participación ciudadana en salud. La Ley 1616 (15) considera la APS como una medida de atención en salud mental, brinda una propuesta legal para este tipo de asistencia médica y motiva su integración y aplicación.

No obstante, aunque hay frutos legales y programas que contemplan acciones con la APS, el apoyo institucional a la participación social en salud disminuyó significativamente, con políticas que la desestiman en procesos de planeación y de promoción de la salud como una resultante de calidad de vida y la conciben como un protocolo por cumplir en la validación de decisiones ya tomadas sobre la formulación ejecutiva y evaluación de políticas, planes y programas (34). Un ejemplo de esta baja integración de la APS en lo referente a la salud mental es la necesidad de crear un protocolo que oriente y brinde información en la atención en salud a las víctimas del conflicto armado en el marco del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, que no contempla a los grupos de participación comunitaria y social entre sus alcances, ni identifica los roles de esta fuera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (22). Por consiguiente, la escasa información suministrada a los ciudadanos sobre sus derechos frente al sistema de salud y la ausencia de mecanismos que permitan hacerlos efectivos causa que no se tome en cuenta la opinión de las minorías. Esto hace que aumente el desprecio por el sector

privado por parte de funcionarios reacios a que sus actividades estén en el escrutinio social, caracterizados por dirigir ineficazmente el actual sistema de salud. El Ministerio de Salud calcula que la Defensoría del Pueblo recibe 120.000 tutelas anuales en promedio (22) por esta razón, y los organismos de control se hacen torpes en la protección de los derechos. El débil apoyo y compromiso institucional de las autoridades de salud a las organizaciones de usuarios, la negligencia institucional en lo referente al suministro de información oportuna y de calidad a los ciudadanos, las comunidades organizadas y aun la inexistente participación social en estructuras del mismo Ministerio de la Protección Social, quien llegó a sancionar muchas movilizaciones de las comunidades por el derecho a la salud, dificultan plenamente el ejercicio pleno de los derechos. Incluso, las acciones comunitarias pueden encontrarse viciadas por políticas asistencialistas o acciones clientelistas que no representan la diversidad social; por la desmotivación social derivada de una mala experiencia previa; por la informalidad y el fraccionamiento por parte de las organizaciones sindicales, campesinas e indígenas; por la escasa promoción de los derechos, deberes y mecanismos de participación de las comunidades; y por los niveles de pobreza e inequidad que dificultan la vinculación a procesos participativos (34).

CONCLUSIONES

En la situación colombiana actual los retos que enfrenta la asistencia en salud mental son cada vez mayores, en especial si se toma en cuenta que en las negociaciones en torno al conflicto armado no se vislumbra un espacio activo y consolidado para la atención primaria en salud mental para todos los participantes del conflicto armado, sean o no víctimas. Se identifica que socialmente se sigue percibiendo la atención en salud mental como un servicio médico exclusivo para minorías con graves trastornos mentales y que, a pesar de las estrategias nacionales por parte del Estado para la integración y mejora de la atención en este campo, dichos programas tienen alcances prácticos limitados (8), sea porque el tiempo planteado para el cumplimiento de los objetivos no es viable o porque el Estado aplica programas en cuya construcción no participan las comunidades. No se ofrecen a largo

plazo soluciones prácticas que ayuden a aliviar el dolor psicológico y prevengan la aparición de otras patologías mentales. También se encontró que existen lineamientos en el marco legal que buscan integrar los programas sociales dirigidos tanto a las víctimas como a los desmovilizados, sin embargo, en torno a la población de exintegrantes de los grupos al margen de la ley no tienen aplicaciones prácticas que lleven a un proceso pertinente para su reintegración.

Por último, es necesario mencionar que existe un vacío en la literatura y la investigación acerca de la atención primaria en salud mental, así como en la vasta información de estatutos, planes, programas, revisiones, valoraciones, guías y modelos de gestión que existen en torno al sistema de salud en Colombia, que, en vez de informar y orientar, dificulta el seguimiento de la asistencia médica y psicológica en la práctica. Es decir, hay muchas propuestas y lineamientos planteados, pero son pocas las intenciones reales de llevarlos a cabo. Ante este panorama en Colombia se reconoce que, a pesar de estar en un proceso de paz que procura el restablecimiento del orden social, aún estamos en la fase introductoria de una ejecución efectiva de la atención primaria en salud mental. Por lo tanto, es necesario seguir desarrollando propuestas más accesibles para las comunidades vulnerables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization. Declaración de Alma-Ata [Internet]. USA: PHO; 2009 [consultado 15 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [consultado 15 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
3. Franco A. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2012 [consultado 15 de agosto de 2017];30(1):83-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023071010.pdf>
4. Ley 100 (23 de diciembre de 1993). Sistema de seguridad social integral [Internet]. 1993 [consultado 17 de agosto

- de 2017]; Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
5. Rodríguez-Villamizar L, Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2016 [consultado 17 de agosto de 2017];34(1):88-95. Disponible en: DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a11
 6. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Ley 1438 (19 de enero de 2011), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2011 [consultado 17 de agosto de 2017]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
 7. Giraldo A, Vélez C. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria* [Internet]. 2013 [consultado 17 de agosto de 2017]; 45(7):384-92. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>
 8. Ministerio de Salud de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2013 [consultado 18 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
 9. Ministerio de Salud de Colombia. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016 [Internet]. Colombia: Minsalud; 2016 [consultado 18 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
 10. Presidencia de la República de Colombia. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera [Internet]. Bogotá: Oficina del Alto Comisionado para la Paz; 2016 [consultado 23 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.altocomisionadoparalapaz.gov.co/procesos-y-conversaciones/Documentos%20compartidos/24-11-2016NuevoAcuerdoFinal.pdf>
 11. Revista Semana [Internet]. Colombia: SM; 2016 [consultado 18 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/articulo/tasa-de-aumento-de-suicidios-en-colombia/504329>
 12. Restrepo D, Jaramillo J. Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2012 [consultado 18 de agosto de 2017];30(2):202-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12023918009.pdf>
 13. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente. Práctica [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [consultado 19 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
 14. Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev. Colomb. Psiquiat.* [Internet]. 2007 [consultado 19 de agosto de 2017];36(2):307-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/806/80636210/>
 15. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Ley 1616 (21 de enero de 2013), por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2013 [consultado 23 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
 16. Colegio Colombiano de Psicólogos y Médicos. Salud mental y atención primaria en salud: una necesidad apremiante para el caso colombiano [Internet]. Bogotá: Colpsic y MSF; 2016 [consultado 20 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/Articulo_MSf_y_ColPsic_14-10-2015_DC_7_final.pdf
 17. Ministerio de Salud de Colombia. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Colombia: Minsalud y Colciencias; 2015 [consultado 21 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Encuesta_Nacional_de_Salud_Mental_Tomo_I.pdf
 18. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiatr.* [Internet]. 2002 [consultado 1.º de septiembre de 2017];40(2):20-34. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=es DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
 19. Médicos Sin Fronteras. Las heridas menos visibles: salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia [Internet]. Bogotá: MSF; 2013 [consultado 1.º de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/06/Las-Heridas-Menos-Visibles-Reporte-MSF-2013.pdf>
 20. Andrade J. Efectos psicopatológicos del conflicto armado colombiano en familias en situación de desplazamiento forzado reasentadas en el municipio del Cairo en el año 2008. *Rev. Orbis* [Internet]. 2011 [consultado 1.º de septiembre de 2017];7(20):111-4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/709/70922149005.pdf>

21. El Tiempo [Internet]. Colombia: 2018 [consultado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/justicia/conflicto-y-narcotrafico/primer-informe-sobre-reclutamiento-de-menores-para-la-guerra-181522>
22. Ministerio de Salud de Colombia. Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado [Internet]. Bogotá: Minsalud, IETS; 2017 [consultado 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
23. Tapias A. Estrés postraumático en policías y militares de grupos especializados en secuestro. Hallazgos [Internet]. 2006 [consultado 3 de septiembre de 2017];6:121-30. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4138/413835165008.pdf>
24. Corzo P, Bohórquez A. Prevalencia del trastorno por estrés agudo y trastorno por estrés postraumático en soldados colombianos heridos en combate. Revista Med [Internet]. 2009 [consultado 3 de septiembre de 2017];17(1):14-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a03.pdf>
25. Torres A, Jiménez AM, Wilchez N, Holguín J, Rodríguez DM, Rojas MA, et ál. Psicología social y posconflicto: ¿reformamos o revolucionamos? Rev. Colomb. Cienc. Soc. [Internet]. 2015 [consultado 4 de septiembre de 2017];6(1):176-93. Disponible en: http://funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/download/1432/pdf_11
26. De la Espriella R, Falla JV. Reflexiones sobre la atención en salud mental de desmovilizados de grupos armados en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Internet]. 2009 [consultado 4 de septiembre de 2017];38(2):230-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200002&lng=en
27. Ministerio de Salud de Colombia. Documento Técnico y Manual de Gestión de Promoción de la Salud Mental, Prevención y Atención a Problemas y Trastornos Mentales en el marco de la Construcción y Consolidación de Paz [Internet]. Colombia: Minsalud; 2016 [consultado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Lineamientos-tecnico-salud-mental-posconflicto-2016.pdf>
28. Ley 1448 (10 de junio de 2011), por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2011 [consultado 23 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.unidadvictimas.gov.co/es/ley-1448-de-2011/13653>
29. Colombia Aprende, la red del conocimiento. 9 de abril: el Bogotazo [Internet]. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2017 [consultado 22 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.colombiaprende.edu.co/html/home/1592/article-122701.html>
30. Subgerencia Cultural del Banco de la República. El Frente Nacional [Internet]. Bogotá: Banrep; 2015 [consultado 22 de agosto de 2017]. Disponible en: http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/ayudadetareas/politica/el_frente_nacional
31. Centro Nacional de Memoria Histórica [Internet]. Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado. Bogotá: Ministerio de Prosperidad Social; 2012 [consultado 22 de agosto de 2017]. Disponible en: http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf
32. Ministerio de Defensa Nacional de la República de Colombia. Decreto legislativo 3398 (24 de diciembre de 1965), por el cual se organiza la defensa nacional [Internet]. 1965 [consultado 23 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.minjusticia.gov.co/portals/0/MJD/docs/decreto_3398_1965.htm
33. Rocha A. Antecedentes históricos de la seguridad social en salud: parte de la construcción de un país sin memoria. Rev. Ces. Odontología [Internet]. 2010 [consultado 23 de agosto de 2017];23(1):67-70. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/649>
34. González H, Caro I, Bedoya I. Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. Tend. Ret. [Internet]. 2011 [consultado 24 de agosto de 2017]; 16:79-91. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4929357>