



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
EN COLOMBIA**

MANAGEMENT OF MENTAL HEALTH SERVICES IN COLOMBIA

LUZ CLARIVEL MOICA PEÑA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD: MEDICINA

PROGRAMA: ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACIÓN EN
SALUD PÚBLICA

BOGOTÁ 2012

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN
COLOMBIA

LUZ CLARIVEL MOICA PEÑA

ENSAYO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA
OPTAR AL TITULO DE PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN
ADMINISTRACIÓN EN SALUD PÚBLICA

DOCTORA

ROCIO ROBLEDO MARTINÉZ

ODONTOLOGA

LINEA DE INVESTIGACIÓN – ADMINISTRACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD: MEDICINA

PROGRAMA:

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
PÚBLICA

BOGOTÁ 2012 COLOMBIA

Resumen

Este trabajo sobre Administración de la Salud Mental en Colombia, procura establecer la pertinencia y capacidad de las políticas públicas en el marco del sistema general de seguridad social en salud, para abordar los trastornos mentales que constituyen una creciente problemática de salud pública.

Los trastornos mentales son alteraciones de procesos cognitivos y afectivos del desarrollo e inciden en una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Su etiología es multifactorial y genera una alta carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad en la población.

Los datos de los Estudios realizados en Colombia sobre Salud Mental, las Políticas Públicas sobre Salud y las investigaciones y legislaciones reglamentadas por la OMS y OPS. Llevan a concluir que en Colombia no existe una política pública estructurada que garantice la promoción, prevención y tratamiento oportuno de trastornos mentales.

Palabras Claves: OMS, OPS; trastorno mental, etiología, políticas.

Abstract

This work on Mental Health Administration in Colombia, seeks to establish the relevance and capacity of public policy under the general social security system in health, to address the mental disorders are a growing public health problem.

Mental disorders are disorders of cognitive and affective development and affect behavioral dysfunction, psychological or biological. Its etiology is multifactorial and generates a high burden of disease, disability and mortality in the population.

Data from studies in Colombia on Mental Health, Public Health Policy and research and legislation regulated by WHO and PAHO. Lead to the conclusion that in Colombia there is no formal public policy that ensures the promotion, prevention and treatment of mental disorders.

Keywords: WHO, PAHO, mental disorder, etiology, policies.

Introducción

En Colombia la realidad social esta enmarcada en contextos de violencia, maltrato, abandono, desplazamiento forzoso, desigualdad social, pobreza extrema, entre otros; lo que ha generado en la población desequilibrios a nivel físico, emocional y cognitivo, aspectos que inciden tanto en la aparición de enfermedades físicas como mentales las cuales repercuten en comportamientos negativos de agresividad, maltrato infantil, violencia intrafamiliar, intolerancia, homicidios, suicidios etc. Estas condiciones, traen como consecuencia la consolidación de entornos poco saludables que afectan cada día más el bienestar de la población.

Debido a lo anterior, se hace necesario hacer una revisión de las acciones que se están realizando a nivel legislativo para conocer como se están administrando los servicios de atención de los trastornos psiquiátricos y las estrategias implementadas para promover la Salud mental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, con el fin de aproximarse al análisis de la pertinencia y capacidad de estas políticas nacionales para dar respuesta a la problemática de nuestro país. Para ello se tomara como punto de partida las acciones de promoción, prevención y tratamiento que se están realizando a nivel mundial a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para mejorar la atención de las personas que padecen enfermedades mentales en las diferentes regiones.

En la actualidad la Salud Mental está en la agenda global de la Salud Pública, debido a la prevalencia de trastornos mentales de la población mundial, como consecuencia de los diversos factores psicosociales, ambientales, culturales, demográficos, biológicos, económicos y políticos que influyen positiva o negativamente en el fenómeno de salud-enfermedad.

La Organización Mundial de La Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia”(1). Estas tres estructuras coexisten y hacen parte integral del ser humano, es decir no hay salud física, sin salud mental y las dos están determinadas por el entorno. La Salud Mental esta definida como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(2).

Cuando los determinantes psicosociales inciden negativamente en la salud aparece la enfermedad mental, que altera al individuo a nivel cognitivo, físico y emocional, lo que dificulta la adaptación a las condiciones de vida del medio; puesto que su comportamiento, habilidades individuales, sociales y nivel senso-perceptivo de la realidad se ven comprometidos afectando su desarrollo e incidiendo en el proceso de interacción con la

sociedad; de ahí la importancia de intervenir los principales riesgos Psicosociales que favorecen la enfermedad mental.

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos(3).

En Colombia según el estudio de salud mental 2003, dos de cada cinco personas presentaron al menos un trastorno mental durante su vida (40,1%) siendo el de más alta prevalencia el trastorno de ansiedad (19,3%). En hombres el más frecuente fue el abuso de alcohol (13,2%) y en mujeres, la depresión mayor (14,9%). La prevalencia de vida de uso de sustancias (de todos los tipos) fue mayor en hombres; después del abuso de alcohol, siguen en orden: dependencia del alcohol (4,7%), dependencia de nicotina (2,9%) y abuso de drogas (2,1%). La prevalencia de vida para ideaciones suicidas fue de 12,3% (4).

Por regiones la prevalencia de trastornos una vez en la vida es Bogotá con 46.7% en comparación con el resto del país con 40.1%; además uno de cada 10 personas recibió tratamiento psiquiátrico. La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país siendo el abuso del alcohol el principal problema, con un 6.7% lo que indica que uno de cada 15 Colombianos abusa del alcohol (hombres 1 de cada 10 y mujeres 1 de cada 80 (5).

Los trastornos mentales son un problema de salud pública, sus implicaciones a nivel individual son el deterioro cognitivo, funcional y la disgregación familiar; a nivel colectivo es la disminución del capital social, costos de la enfermedad, disminución en la productividad y el aumento de la pobreza del país. Debido al impacto que generan estos trastornos mentales en la población se han venido ejecutando acciones en todo el mundo para prevenir, atender y reducir la carga de morbilidad mental y de esta manera mejorar la calidad de vida de los seres humanos; una de las principales herramientas en este proceso han sido las legislaciones y políticas públicas que se han establecido en diferentes escenarios del mundo.

ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA

La Administración de los servicios de salud mental en Colombia ha estado a cargo del gobierno nacional a través del Ministerio de Salud (actualmente Ministerio de Protección Social), estos servicios se han prestado y regulado de acuerdo a las políticas que han rígido los sistemas de salud; En 1886 el Sistema Nacional de Salud implementaba el Modelo Higienista; las acciones eran dirigidas a atender aspectos de carácter sanitario, del área curativa se encargaban los usuarios y algunas instituciones de caridad, para atender los enfermos mentales se crearon asilos donde eran recluidos los pacientes con patologías crónicas, los trastornos mas tratados eran las manías, la melancolía, la locura transitoria, delirios, y afecciones celébrales, el factor predominante en la enajenación fue el alcoholismo.(6) La psiquiatría era la disciplina encargada de tratar todo lo relacionado con los trastornos mentales de la época.

La consolidación de la Psiquiatría en Colombia se dio en tres etapas las cuales enmarcaron procesos importantes en el reconocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales. La primera, se sitúa entre 1870-1880, la constituyo la conformación de establecimientos para enfermos mentales. La segunda, en 1913 -1926, la cual está representada por la obligatoriedad de cátedras de enfermedades mentales en las instituciones académicas. La tercera en 1950, la constituyo la introducción de la psicoterapia científica y la orientación dinámica de la psiquiatría (6).

En 1961 se constituyo la Sociedad Colombiana del Psicoanálisis, en 1962 se fundó la Asociación Psicoanalista de Colombia y El 9 de julio de 1948 se funda en la Universidad Nacional el Instituto de Psicología Aplicada bajo la dirección de la psicóloga Mercedes Rodrigo; En el país la Psiquiatría, el psicoanálisis y la psicología han sido el marco conceptual teórico y práctico desde donde se han desarrollado las estructuras de la atención en Salud Mental en Colombia, tanto a nivel de intervención como en el desarrollo de la legislación (los lineamientos, artículos, acuerdos, circulares) y en la implementación de acciones (planes y programas)para favorecer la salud de la población.

De 1970 hasta 1989 se implemento el Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de “subsidios a la oferta”, en el cual los recursos del estado eran transferidos a la red de hospitales públicos, la atención de los trastornos mentales estaba direccionada al tratamiento farmacológico, y a algunas la víctimas de los desastres naturales (Armero) y de la violencia. Este sistema fue insuficiente para atender a la gran cantidad de población de escasos recursos. Para mejorar la atención en salud se crea la ley 10 de 1990 donde se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se establece que todo ciudadano tiene derecho a la salud, al bienestar, a un ambiente saludable y a la seguridad social (7). En este sistema la atención de los trastornos mentales quedo a cargo de instituciones particulares y de beneficencia que atendían de forma precaria debido a los escasos recursos asignados.

Luego se dio un cambio en el abordaje de la prestación de servicios de Salud Mental con la ley 100 de 1993 bajo los principios de la Constitución Política del 1991 y bajo el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya que los servicios adquirieron independencia del estado y quedaron sometidos a una lógica de mercado, en la que deben garantizar su viabilidad financiera y su auto-sostenibilidad.(8) las escasas acciones en salud mental quedaron reducidas a la intervención de pacientes en crisis y a pobres actividades de prevención, limitando el acceso y la cobertura. Para mejorar los programas implementados en la ley 100, el gobierno nacional expide la Circular 018 de 2004, donde se plantea lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del Plan de Atención Básica (PAB) en el cual se incluía el servicio de salud mental,

En 2005 el Ministerio de la Protección Social, formulo unos lineamientos para la construcción de una política nacional en salud mental, basados en el estudio nacional de salud mental del año 2003. Otra reforma en salud fue La Ley 1122 de 2007, en la que propone avances en este aspecto y en el artículo 33 menciona que el Plan Nacional de Salud Pública debe incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental; la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio, y el tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia (9), de acuerdo a esta ley se trabajaron aspectos de prevención a través el programa Atención Primaria en Salud y se continuo atendiendo los trastornos mentales crónicos. Y la última reforma en salud que está en reglamentación es ley 1438 del 2011, que tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio público en salud enfocado a la Atención Primaria en Salud, en esta ley se dispone en el artículo 6° la inclusión de la Salud Mental en el Plan Decenal para la Salud Pública y la Atención Integral en Salud Mental en el artículo 65°.(10).

En Colombia la legislación en salud se ha implementado a través de Sistemas desarrollados en dos etapas; En el antiguo Sistema Nacional de Salud, la administración de los servicios en salud mental estaban organizados en tres subsistemas; Sistema de Salud Pública (SSP), Sistema de Seguros Sociales (SSS) Sistema Privado de Servicios (SPS) quien atendían a la población de acuerdo a su nivel económico. Los pacientes que padecían una patología crónica y que eran de bajos recursos económicos pertenecían al subsistema (SSP) se atendían en instituciones psiquiátricas públicas de orden nacional y departamental que para entonces se limitaban a instituciones de beneficencia. Estas instituciones se financiaban con subsidios a la oferta (Aportes fijos destinados a las instituciones independientemente de su productividad); (11). La atención ofrecida era de baja calidad, los enfermos recluidos permanecían en condiciones de precariedad y encerrados pues se les consideraban locos, endemoniados y seres castigados por Dios debido a sus acciones; las personas que padecían trastornos mentales en fases iniciales no recibían atención debido al alto costo que implicaba para las entidades que administraban los recursos.

Las personas que contaban con una afiliación al sistema contributivo, seguro social o cajas de previsión pertenecían al subsistema (SSS) (11) eran atendidos en hospitales del seguro social o clínicas contratadas por las cajas de previsión, los pacientes recibían una atención más digna. Para las personas que contaban con un nivel económico alto, el subsistema que los acobijaba era el (SSP) cuyos recursos provenían de los mismo usuarios por lo cual su atención era de buena calidad y su administración no estaba inspeccionada por los entes de control público.

La organización del sistema de salud en tres subsistemas no fue positiva puesto que no cumplía con los principios de universalidad, solidaria, equidad, eficiencia y calidad, además por el poco impacto de sus acciones sobre el estado de salud de la población; ya que esta división no sólo se evidenciaba en su organización, sino en su concepción respecto a la prestación de servicios de salud, que se limitaban a las acciones asistenciales y de rehabilitación, dejando a un lado, el campo de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud promovida por la OMS. (11)

Con la Constitución Política de 1991 se reforma el sistema de salud en Colombia puesto que los principios que los rigen se convierten en derechos fundamentales para toda la sociedad. El objeto de la reforma del Sistema de salud esta encaminado a mejorar las condiciones de salud en la población en términos de cobertura, calidad y equidad en la prestación de los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y así contribuir al desarrollo social y económico del país.

El sistema de seguridad vigente esta compuesto por tres subsistemas los cuales permiten atender las contingencias económicas derivadas de los riesgos de salud de la población: subsistema de modulación y regulación, Subsistemas de financiamiento y aseguramiento, subsistema de entrega de servicios. Todos ellos encaminados a mejorar la calidad del servicio y a ofrecer la mayor atención posible a la población que presenta trastornos mentales. La organización y el funcionamiento del SGSSS está supervisado y controlado por el Estado, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud, estos servicios se financian por medio de un sistema de aseguramiento que permite atenuar los riesgos de salud especificadas en plan obligatorio de salud (POS).(11)

El aseguramiento es administrado por las entidades prestadoras de salud publicas y privadas, con recursos de naturaleza pública a través del fondo de solidaridad y garantía: los recursos son girados de acuerdo a la unidad de pago por capitación establecida por el gobierno nacional y al régimen al que se este afiliado (subsidiado, contributivo y los vinculados o transitorios).(11)

Desde el surgimiento del nuevo sistema general de seguridad social en salud, el esquema de la atención en servicios de salud mental ha tenido modificaciones a través de acuerdos, artículos, circulares, y la ley 1122 del 2007. Parte de la gestión realizada a nivel de salud

mental en Colombia es el resultado de acuerdos, planes y programas establecidos por la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Una de sus estrategias fue acabar con la hegemonía del hospital psiquiátrico y crear unidades de salud mental en hospitales generales, promover la reforma de las políticas en salud mental en los países en vía de desarrollo, involucrar a las comunidades en programas de salud mental y fortalecer el sistema primario en la atención de la salud mental.

En Colombia se han realizado cuatro estudios de salud mental sugeridos por la OMS y la OPS a partir de los cuales se han construido las reformas legislativas en lo concerniente a salud mental; Macrodiagnostico de salud mental (1974), Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (1993), Estudio Nacional de Salud Mental (1997) y Estudio Nacional de salud Mental (2003). En el primer estudio que fue un Macrodiagnostico, se realizo un análisis de disponibilidad y tendencias de las instituciones de salud mental, una estadística de patologías, una caracterización de la formación del personal y un diagnostico de la situación en salud mental. El Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en 1993, estuvo sustentado bajo un enfoque epidemiológico sobre factores de riesgo y factores protectores, se trabajo sobre la perspectiva conceptual de la salud mental como ausencia de enfermedad, en este proceso se realizaron pruebas de tamizaje con instrumentos de Zung de ansiedad y depresión, la prueba de CAGE para el abuso del alcohol, entre otros. En este estudio se valoro la morbilidad sentida, afectación en grupos poblacionales y valoración de riesgos para la salud mental infantil (12).

El tercer estudio de Salud Mental realizado en 1997, se baso en la socialización del anterior estudio orientado al diagnostico de enfermedades mentales de acuerdo al Manual de diagnostico de trastornos mentales (DSM-IV). En el año 2003 el estudio epidemiológico estuvo encaminado a investigar las prevalencias poblacionales, discapacidades generadas por enfermedades mentales e historia natural de las enfermedades diagnosticadas; el instrumento utilizado fue el CIDI- CAPI empleando criterios desde el DSM-IV. Este estudio hace parte de una encuesta realizada a nivel mundial sobre salud mental, liderada por la OMS y aplicada en Colombia por el Ministerio de la Protección Social. Este estudio arrojó como resultado que un alto porcentaje de colombianos han presentado al menos una vez en su vida trastornos mentales, los trastornos más frecuentes fueron la ansiedad, trastornos del estado de ánimo y uso de sustancias psicoactivas; la mayor prevalencia de estas enfermedades se presentó en Bogotá recibiendo atención psiquiátrica uno de cada diez personas que la padecía (12).

En el 2008 se realizo la encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia que permitió conocer la dimensión del fenómeno a través de las prevalencias halladas. (13), a partir del 2009 se constituyo el observatorio de salud mental de Colombia para integrar información sobre el tema y realizar seguimiento. Por ultimo en el 2011 se realizo el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar que permitió estimar la prevalencia del consumo y otras características.(14)

Discusión

A lo largo de la historia la Administración de los Servicios de Salud Mental en Colombia ha estado a cargo del gobierno nacional a través del Sistema Nacional de Salud quien ha implementado pobres estrategias en el abordaje de los trastornos mentales que ha padecido la población. Las gestiones y acciones concernientes a la atención en salud mental han sido deficientes pues no han cumplido con las necesidades de las personas que la padecen, inicialmente no se reconocían los trastornos mentales como una enfermedad que afectara al individuo, cuando fue reconocida no se presto mayor atención puesto que no comprometían la vida de la persona, mas adelante se ve la enfermedad como un determinante que afecta a colectividades, disminuye el crecimiento y bienestar de una población lo que lleva a crear legislaciones que obligan a las entidades públicas a brindar atención a las personas afectadas, sin embargo debido a los escasos recursos, económicos, humanos y físicos ha sido imposible atender la demanda que se presenta en las diferentes comunidades.

Las principales barreras en los servicios de salud mental ha sido la negligencia por parte del gobierno, las estructuras actuales del SGSSS, el escaso recurso asignado, las formas de administrar la atención y el escaso conocimiento de los trastornos psiquiátricos; como se menciono anteriormente las acciones realizadas en salud mental han sido propuestas por la OMS y la OPS, estas organizaciones sugieren desde 1973 con el estudio macrodiagnostico, gestiones en prevención primaria, definición de una política en salud mental, precisar diagnostico de la situación en salud mental, crear estructuras físicas y humanas para atender las patología, promover alternativas asistenciales y ambulatorias con las comunidades. (11)

Desde entonces han transcurrido 39 años sin atender estas recomendaciones, en la actualidad no contamos un diagnóstico situacional pues el último estudio en salud mental fue realizado en el 2003, aunque se elaboro unos lineamientos para la construcción de la política en salud mental, se depende de unos artículos para abordar la atención de los trastornos, en cuanto a estructura física se ha limitado a unidades de atención en salud mental arcaicas en precarias condiciones y con acceso restringido, sin contar que son en su mayoría de la red pública, a nivel de recurso humano no se han realizado mayores inversiones en capacitación y entrenamiento de acuerdo a patologías tratadas.

La fragmentación del SGSSS restringe la atención en salud mental, debido a la relación prestador – pagador y sus responsabilidades, el alto costo que representa la enfermedad y la escasa infraestructura existente para la atención y rehabilitación de los pacientes, esta situación se refleja claramente en la actualización del POS, con el acuerdo 029 de 2011 que expido la Comisión de Regulación en Salud(15) donde coarta la atención en salud mental y reduce la enfermedad a eventos, condicionando la atención en días, edades, medicamentos

y pagadores entre otros; generando así la deshumanización, falencias en calidad, oportunidad y acceso en la prestación del servicio.

Otras limitaciones actuales que tiene el país en la atención de los trastornos mentales es la falta de conocimiento acerca de la enfermedad, falta de estadísticas reales y actuales de las personas que la padecen, escasa continuidad y acceso en planes, programas para la promoción, prevención y rehabilitación; y pertinencia del enfoque en que esta direccionado los servicios de salud mental (curativo mas que preventivo), lo que genera cronicidad de las patologías y altos costos en los tratamientos, acciones de bajo impacto.

Analizados los antecedentes en el ámbito legislativo, administrativo del SGSSS y en los servicios de atención de los trastornos mentales, se puede afirmar que el eje central la salud mental en Colombia es la intervención de las patologías; los aspectos mentales se atienden desde el fenómeno de la enfermedad, los pacientes que presentan desequilibrio crónico en esta esfera son atendidos a través de tratamiento farmacológico y en ocasiones con atención psicosocial esporádica, lo cual genera en estos pacientes un tratamiento inconcluso y poco efectivo.

Las acciones relevantes implementadas con las ultimas legislaciones son los programas del Plan Nacional de Intervenciones Colectivas-PIC, la UELL, APS, el Proyecto de Desarrollo de la Autonomía- PDA en salud mental, encaminadas a la prevención de trastornos y al fortalecimiento familiar y de valores. Estas acciones se ven afectadas por las barreras de acceso que dispone el sistema de salud EPS y EPS-S en recursos económicos, físicos, y de atención. Es decir no hay una red integrada que beneficie los factores protectores de la salud mental, por el contrario la dispersión de los diferentes sistemas termina afectando negativamente la salud de la población reflejada en su desarrollo de vida.

Este recorrido en el abordaje de la salud mental permitió identificar que la legislación existente es insuficiente, para cobijar los diferentes las necesidades de la población, puesto que la salud mental es un proceso complejo mediado por fenómenos sociales en donde confluyen estructuras biológicas, culturales, ambientales, económicas y políticas, las cuales modelan estilos de vida, formas de pensar y actuar; que permiten al individuo lograr un equilibrio emocional y físico con su entorno y desarrollar habilidades y competencias para enfrentar las diversas situaciones de la vida diaria y realizar aportes al bien común. De ahí que las políticas que se formulen deben abordar la problemática de forma holística, teniendo en cuenta los diferentes determinantes del fenómeno salud-enfermedad.

Es trascendental para el bienestar de la población que el gobierno nacional dedique esfuerzos en el estudio, construcción e implementación de políticas de Salud Mental, que permitan metodologías de promoción, prevención e intervención de la enfermedad, diagnósticos tempranos, procesos de atención adecuados, oportunos y evaluables; igualmente tener en cuenta presupuestos que asignen los recursos suficientes para abordar esta problemática creciente.

Otro aspecto que se debe revisar desde la escala constitucional es el esquema del SGSSS y la prestación de servicios de atención de salud mental desde las entidades del sector público y privado, tomando como base las familias, factores protectores que permiten evitar la enfermedad, naturaleza de las enfermedades, la atención de los trastornos según ciclo de vida, gravedad, tiempo de aparición e impactó en la vida del individuo y en la sociedad.

Bibliografía

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1.946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1.948 [accesado 23 Mar 2012]. Disponible en:
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>
2. Organización Mundial de la salud. Salud mental: un estado de bienestar editor Datos y cifras, c Octubre de 2011[accesado 23 Mar 2012]. Disponible en:
<http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
3. Organización Mundial de la salud. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental -mhGAP pag, 3 Editores: OMS. Número de páginas: 48, Fecha de publicación: 2008, ISBN: 9789241596206 [accesado 16 Abr 2012]. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/index.html
4. Perfil Colombia 2007 -Salud en las América, pg,230 [accesado 21 May 2012]. Disponible en:
<http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>
5. Colombia. Ministerio de protección Social. Lineamientos de Política de Salud mental para Colombia.Editado por Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social / 2005, Impreso por Graficas Ltda., Cali, diciembre de 2005[accesado 23 Mar 2012]. Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/91054667/Lineamientos-Politica-Salud-Mental>
6. Velosa Forero, Jaime. Apuntes y Consideraciones Históricas de la Salud Mental en Colombia1. [accesado 23 Mar 2012].Disponible
<http://www.aedificare.org/images/APUNTES%20Y%20LA%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>
7. José A. Posada Villa. La Salud Mental en Colombia y la ley 100 de 1993: Oportunidades y Amenazas-Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXII, 2003-pg 12. [accesado 23 Mar 2012].Disponible
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/806/80609602.pdf>
8. Betancourt Palacio D, Rodríguez Restrepo CJ, Palacio Chaverra A, Cajigas Acosta B, Laborde Calderón R, Álvarez Uribe G. Salud Mental: Fuerza Impulsora del Desarrollo del País y de la Garantía de Derechos, Bogotá, D. C., Noviembre 2007 [accesado 16 Abr 2012].Disponible

<http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/>

9. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1122 del 09 de enero de 2007, Nivel Nacional, modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. publicación diario oficial 46506 de enero 09 de 2007 [accesado 23 Mar 2012].Disponible
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>
10. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 14 38 de 19-Enero -2011, Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Publicado Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero 2011, [accesado 16 de junio 2012].Disponible <http://www.actualicese.com/normatividad/2011/01/19/ley-1438-de-19-01-2011/>
11. Rodríguez M. Ooportunidades para la Salud Mental dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud rev.colomb.psiquiatr. vol.32 suppl.1 Bogotá Dec. 2003 [accesado 26 Mayo 2012].Disponible
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502003000500003&script=sci_arttext
12. Urrego Mendoza, Zulma. 2007. Reflexiones en Torno al Análisis de la Situación de Salud Mental en Colombia 1974-2004. Revista Colombiana de psiquiatría, año/vol. XXXVI, NUMERO 002 [accesado 23 Mar 2012].Disponible
Asociación Colombiana de Psiquiatría, Bogotá Colombia pg. 312
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/806/80636210/80636210.html>
13. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – g2008[accesado 24 May 2012].Disponible
<http://www.onsm.gov.co/uploads/files/1214949estudionacionaldeconsumodedrogas.pdf>
Revista N-1
14. Colombia. Observatorio de mental de salud. [accesado 24 Mayo 2012].Disponible
<http://www.onsm.gov.co/>
15. Colombia. Comisión de Regulación en Salud Acuerdo 028 del 28 de diciembre de 2011. [accesado 01 Junio 2012].Disponible
<http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>