



**Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental por medio del Sistema de Salud colombiano: experiencias de adultos jóvenes en la subregión del Valle de Aburrá, Antioquia**

Daniela Calderón Vélez

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicóloga

Asesora

Diana Cristina Buitrago Duque, Magíster (MSc) en Salud Mental

Universidad de Antioquia  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Psicología  
Medellín, Antioquia, Colombia  
2023

---

Cita

(Calderón Vélez, 2023)

---

**Referencia**

**Estilo APA 7 (2020)**

Calderón Vélez, D. (2023). *Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental por medio del Sistema de Salud Colombiano: experiencias de adultos jóvenes en la Subregión del Valle de Aburrá, Antioquia*. [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

---



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decana:** Alba Nelly Gómez García.

**Jefe de departamento:** Alberto Ferrer Botero.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## Tabla de contenido

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción .....	9
1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Problema de Investigación .....	14
2 Justificación.....	18
3 Objetivos .....	18
3.1 Objetivo General.....	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4 Marco de Referentes .....	21
4.1 Antecedentes de Investigación .....	21
4.1.1 Acceso a Servicios de Salud.....	21
4.1.2 Acceso a Servicios de Salud Mental.....	25
4.2 Marco teórico-conceptual.....	29
4.2.1 Psicología y Salud Pública .....	30
4.2.2 Salud - Salud Mental.....	32
4.2.3 Atención en Salud Mental.....	34
4.3 Marco Normativo-Legal.....	37
4.3.1 Marco Normativo Nacional.....	37
4.3.1.1 Sistema de Salud. ....	39
4.3.2 Marco Normativo Regional.....	41
4.3.3 Marco Normativo Local.....	41
5 Metodología .....	42
5.1 Tipo de Estudio.....	42

5.2 Método .....	42
5.3 Población / Participantes .....	43
5.4 Categorías.....	44
5.5 Estrategias de Recolección y Registro de la Información.....	46
5.6 Plan de Análisis de la Información .....	46
5.7 Consideraciones Éticas .....	47
6 Resultados .....	48
6.1 Proceso de Necesitar y Buscar Atención en Salud Mental .....	49
6.2 Conocimiento del Usuario Sobre Rutas de Atención y Derechos en Salud.....	50
6.3 Barreras de Acceso a Servicios de Salud Mental .....	51
6.4 Satisfacción con la Atención Recibida.....	53
7 Discusión.....	56
8 Conclusiones .....	62
9 Recomendaciones .....	64
Referencias.....	65
Anexos .....	74

## Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Matriz categorial .....	45
---	----

## **Siglas, acrónimos y abreviaturas**

<b>MINSALUD</b>	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>Párr.</b>	Párrafo
<b>SISPRO</b>	Sistema Integrado de Información para la Protección Social
<b>UdeA</b>	Universidad de Antioquia
<b>UNAL</b>	Universidad Nacional de Colombia
<b>WFMH</b>	Federación Mundial de la Salud Mental (siglas en ingles)

## Resumen

La creciente demanda de servicios de salud mental ha dejado evidenciar la necesidad de contar con una respuesta oportuna por parte de las entidades encargadas, para abordar las problemáticas de este orden y satisfacer así dicha necesidad en salud; es por ello que el propósito de este ejercicio investigativo giró en torno a conocer la experiencia individual de un grupo de jóvenes-adultos, residentes en municipios del Valle de Aburrá, al momento de recibir atención por alguna situación de salud mental, por medio del sistema público de salud en Colombia. Para cumplir dicho objetivo se realizó un estudio de casos múltiple bajo un enfoque cualitativo, por lo que se empleó la entrevista semiestructurada para conocer a profundidad aquellos relatos de cada participante, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso. A partir de ello emergieron cuatro categorías de análisis que favorecieron una amplia comprensión del fenómeno estudiado, tales como: *Necesitar y buscar atención en salud mental, Conocimientos sobre rutas y derechos en salud mental, Barreras de acceso a los servicios, y satisfacción con la atención recibida*. Es así como la información obtenida de estos relatos lleva a concluir que existen falencias en la atención que se brinda desde el sistema de salud público, que se muestran a modo de barreras o limitantes en el acceso potencial y real, sentidas por las/los participantes de este estudio; dando cuenta esto de la dificultad desde la institucionalidad para brindar una atención oportuna, integral y de calidad a la que tienen derecho los colombianos.

*Palabras clave:* Salud mental, Sistema de Salud, barreras de acceso, servicios de salud mental.

### **Abstract**

The raising demand for healthcare services has made evident the necessity of proper response from the entities in charge, thus addressing these problems and satisfying said necessity. For this reason, the purpose of this research exercise revolved around learning about the individual experience of a young-adults group who reside in the towns that make part of “El Valle de Aburrá” at the time of being assisted for mental health issues provided by the public health system in Colombia. To this end, a qualitative multiple-case study research was carried out by using semi-structured interviews to deeply understand each participant’s narrative while considering each of their particularities. From there, four categories for analysis have emerged, allowing in-depth comprehension of the studied phenomena. These are “Needing and searching for health care services”, “Knowledge about action routes and rights in mental health”, Barriers to access to the service”, and “Satisfaction with the offered service”. The obtained information from the abovementioned narratives allows concluding that there are some flaws in the provided service by the public health system. They are shown as barriers or limitations to the real and potential access to the services as felt by the participants of this research; hence, explaining the difficulty on the part of the institutions to provide opportune, integral, and good-quality attention that the Colombians have the right to have.

*Keywords:* Mental health, health system, barriers of access, mental health services.

## Introducción

La idea de realizar este ejercicio investigativo surge del interés por conocer como ha sido esa experiencia que han vivido los colombianos que han hecho uso de los servicios de salud mental (psicología y psiquiatría) que se ofrecen desde el sistema público de salud. Lo anterior es debido a que actualmente ha incrementado la importancia de este tema en el ámbito de la salud humana en general y cada vez existen menos tabúes acerca de los problemas de salud mental, lo cual ha ocasionado un incremento de la demanda en este aspecto, que en muchas ocasiones ha desbordado la capacidad de las instituciones (tanto públicas como privadas) para atender la creciente necesidad de atención.

En consecuencia, desde la normatividad se han generado propuestas e iniciativas, tanto a nivel nacional como internacional, convertidas en leyes, resoluciones y decretos que buscan suplir dicha necesidad; a pesar de ello, no se evidencia una real implementación y eficacia a la hora de llevar lo escrito en el papel a la práctica. Lo anterior se ha constatado a partir de múltiples estudios que se han encargado de identificar las falencias que se presentan a la hora de acceder a servicios de salud y de salud mental mediante la oferta del Sistema de Salud Nacional, convirtiéndose en una odisea el conseguir una atención oportuna, integral y de calidad.

Es por ello que con el presente trabajo se pretendía realizar una aproximación detallada y significativa al fenómeno de la atención en salud mental que están recibiendo los colombianos, específicamente jóvenes (18 a 30 años), del Valle de Aburrá, Antioquia, por lo cual surge la pregunta por cómo ha sido la experiencia de atención en salud mental que han tenido las/los participantes como usuarios del sistema de salud colombiano, el cual se encuentra desbocado a las dinámicas del mercado y centrado en el rendimiento económico más que en satisfacer las necesidades de salud de la población y garantizar el cumplimiento de los derechos descritos en la constitución política.

Dicho propósito se realiza con el fin de contribuir con información relevante respecto a un fenómeno que presuntamente afecta el bienestar integral de la población colombiana y que permitirá visibilizar las falencias u obstáculos específicos que se presentan en la prestación de servicios de salud mental, siendo de utilidad esta información para la toma de decisiones en el campo.

Ahora bien, el presente texto corresponde al informe de investigación, producto de: 1) la inicial propuesta de investigación, donde se identificó el problema de investigación, se plantearon las preguntas y a su vez los objetivos, general y específicos, así como también se realizó la justificación y se definió la metodología. 2) La descripción de los resultados, la discusión y conclusiones obtenidas a partir de la información recolectada en el trabajo de campo y posteriormente codificada y sometida a análisis. A continuación, se procede a presentar el desarrollo de este trabajo de investigación.

## 1 Planteamiento del Problema

En la actualidad, las enfermedades y los problemas de salud mental constituyen una epidemia silenciosa que afecta ampliamente a la población. Esta situación de salud mental es preocupante a nivel global, pues datos y cifras como las ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud dan cuenta de lo grave que es el problema actualmente: se considera que aproximadamente 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con algún trastorno mental; también el 10% de la carga de morbilidad en el mundo está representada por trastornos mentales, neurológicos y el consumo de sustancias; del mismo modo señalan que aproximadamente cada 40 segundos se suicida alguien en el mundo. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020)

En esta misma línea, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2019 el suicidio se posiciona como la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años y se estima que cada año se suicidan cerca de 700.000 personas en el mundo; además, por cada suicidio consumado existen muchos más intentos de suicidio no consumados, cifra que se convierte en el más alto riesgo a nivel individual, convirtiéndose así en un grave problema de salud pública. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021)

En el caso de Colombia, la prevalencia de desórdenes mentales ha aumentado de 11,61% en 2015 a 12,36% en 2019 de acuerdo con datos reportados por el Sistema Integrado de Información para la Protección Social ([SISPRO], 2022). A su vez, a partir de los datos obtenidos con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social [MINSALUD] se estima que 1 de cada 11 personas ha padecido algún tipo de trastorno del estado del ánimo o trastorno de ansiedad, encontrando que, para el grupo etario de 18 a 44 años, la prevalencia de este tipo de trastornos es del 10,1% en contraste con una prevalencia de 7,7% en personas de 45 años o más (Gómez Restrepo et al., 2016).

Resulta evidente el nivel de afectación que presenta la población joven del país en relación con los problemas y trastornos mentales. Al respecto, Posada (2013) afirma que entre los 9 y los 23 años de edad se puede presentar el inicio de algún trastorno o problema de salud mental y además presenta datos y cifras que demuestran la vulnerabilidad que presentan niños, niñas, adolescentes y jóvenes con respecto a este tema:

La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años.

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años.

La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a 10 años. (Párr. 5)

En esta misma línea, referente a la situación de salud mental en el país, se le suman los eventos de suicidio, que de acuerdo con el Boletín Epidemiológico nacional - semana 35, para septiembre de 2021 se reportaron 16,446 casos de intentos de suicidio, de los cuales una tercera parte ocurre en menores de edad (5 a 17 años). De acuerdo con este mismo informe el 63,5% de los casos corresponde al género femenino y el 82,5% de los casos proceden de la cabecera municipal (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Por su parte, en el Boletín de Salud Mental No 5 (marzo de 2018), se menciona que 4 de cada 100 personas que consulta a servicios de salud, fueron atendidas por trastornos mentales y del comportamiento, proporción que viene en aumento cada año. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Es así como la situación en salud mental y más ahora luego de la pandemia por Covid-19, cobra gran relevancia en el mundo entero y se plantean y desarrollan nuevas propuestas que le apuestan al bienestar individual y colectivo de las naciones y del mundo. Al respecto, en la Asamblea Mundial de Salud realizada en 2013, se aprueba el plan de acción integral sobre la salud mental 2013-2020, a partir del cual se buscaba que todos los países miembros de la OMS (incluido Colombia) se comprometieran a adoptar medidas específicas en pro de la salud mental y del logro de los objetivos mundiales. El principal objetivo de este plan era: “promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales.” (OMS, 2018).

Si bien la OMS considera que la satisfacción de las necesidades de las personas con trastornos mentales cobra la misma importancia que la protección y promoción del bienestar

mental, esta misma organización reconoce que el plan de acción sobre salud mental, mencionado con anterioridad, ha llegado a su término y deja a su paso resultados decepcionantes en materia de prestación de servicios de salud mental, catalogado como “un fracaso mundial”. Al respecto, el director general de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, realizó una invitación a atender dicho llamado de atención y propender por un aumento de la inversión en salud mental, abogando que “no hay salud sin salud mental” (OMS, 2021).

En este sentido, de acuerdo con la OPS (2021), la inversión que se hace para la salud mental es del 0.5% del presupuesto total destinado para la salud en países de bajos ingresos, a diferencia de países de ingresos altos donde esta cifra asciende a 5.1%. La deficiente inversión en el tema, se traduce en deficiencias en el sistema a la hora de prestar el servicio, en términos de calidad, y cobertura principalmente.

Lo anterior señala intrínsecamente la responsabilidad que recae sobre el Estado de garantizar que se cumplan dichos objetivos, planteados para el bienestar individual y colectivo, además de reducir las brechas de inequidad en temas de salud mental. En Colombia, este es un tema que ha tomado gran relevancia en los últimos años, tanto para la población en general como para el Estado; los esfuerzos realizados por este último para incluir en la agenda pública lo concerniente a salud mental, se ven reflejados en diferentes decretos, resoluciones, leyes e incluso una nueva política pública, que buscan, por un lado, mejorar las capacidades de las instituciones y del Estado para atender las problemáticas psicosociales de la población y por otro lado, garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, establecido en la Constitución Política colombiana como un derecho fundamental.

No obstante, muchos de estos decretos, leyes y resoluciones se quedan cortos a la hora de poner en práctica los mandatos legislativos; en términos generales, los ideales que se buscan en pro del bienestar de la sociedad colombiana, en realidad se quedan sólo en eso, ideas plasmadas en un papel que no se ejecutan de manera efectiva, lo cual responde a múltiples factores políticos, sociales, económicos y culturales, que a su vez son transversales a la implementación de un sistema de salud mediado por las dinámicas del mercado y comercio. Rojas et al. (2018) concuerdan con lo anterior, afirmando que:

La falta de coherencia entre la norma y la realidad, ratifican el pensamiento general de que en Colombia se escriben muy bien las leyes en el papel, pero no tienen la fuerza para transformar un sistema de salud fragmentado y en crisis (p. 132).

Además, estos mismos autores consideran que el impacto que tienen estas leyes y políticas es escaso o nulo, debido a que los lineamientos de estas tienden a ser muy generales, poco conocidos por la población, además de que no se evidencia mucha congruencia con las necesidades territoriales y no existe una real articulación entre los diferentes niveles del gobierno.

De igual forma, la calidad del servicio de salud es una queja constante por parte de los usuarios del sistema de salud colombiano; en este sentido, Mendieta González y Jaramillo (2019) mencionan que de las 583.000 tutelas que se presentaron en Colombia para el año 2018, 197.055 fueron contra el sector salud, lo cual demuestra una deficiencia del sistema de salud para garantizar la prestación de un servicio de calidad y asequible para todos, al cual se tiene derecho.

A pesar de que con la reforma al sistema de salud (mediante la Ley 100 de 1993), se perseguían como principios la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social, son muchos los retos que aún hoy en día continúa presentando este sistema en términos de dichos principios. Particularmente, aún existen dificultades para la consecución de principios como la universalidad y la eficiencia, además de los estancamientos en algunos indicadores de salud, relacionados principalmente con temas de prevención, así como también persisten quejas y fallas en la prestación del servicio (Guerrero et al., 2011). Respecto a esto último, las barreras en el acceso a los servicios de salud, hoy en día representan una gran limitante para el goce pleno del derecho a la salud, ya que la afiliación al sistema de salud como indicador de cobertura -en el 2021, 50.745.782 colombianos se encuentran afiliados al sistema de salud según cifras del SISPRO- no garantiza necesariamente el acceso real a dichos servicios (Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2014).

## **1.2 Problema de Investigación**

Existen múltiples factores que impiden el acceso real a los servicios de salud. De acuerdo con Piedrahita et al. (2020), estas barreras pueden ser de tipo administrativas, geográficas, económicas e incluso culturales, las cuales impactan de manera negativa mayormente a poblaciones vulnerables (niños, niñas, adolescentes, desempleados o empleados informales); y entre las dificultades que pueden presentar para acceder a los servicios, según estos autores, se encuentra la falta de información sobre las rutas de acceso, la necesidad de interponer acciones de tutela para acceder a beneficios y servicios a los que se tiene derecho, la inequidad que se evidencia

en la población rural en contraste con la urbana, entre otros.

Del mismo modo, se considera que existen barreras para acceder a los servicios de salud mental, tal como lo mencionó la psiquiatra Sandra Piñeros en el programa *Diagnóstico*, de UN Radio (98.5 FM) cuando se refería a que aproximadamente entre un 80% al 90% de las personas que se suicidan tenían antecedentes psiquiátricos, pero no necesariamente consultaron ni recibieron tratamiento por ello, debido a las dificultades en el acceso a servicios de salud especializados en el tema (Periódico UNAL, 2020).

La problemática del acceso a servicios de salud y las barreras con las que se enfrentan los colombianos, es un tema que se ha estudiado ampliamente en cuanto a la salud en general y el acceso a servicios específicos o en poblaciones específicas. En su mayoría, los autores consultados en la revisión de antecedentes concuerdan que, a pesar de contar con una legislación que salvaguarda los derechos de los ciudadanos en materia de salud, igual existen barreras para acceder a los servicios de salud (y de salud mental) que se relacionan en gran medida con dificultades en la prestación del servicio y la poca capacidad que tiene el actual sistema para garantizar el acceso efectivo y real a estos.

Al respecto, Holguín y Rueda (2018) concluyen que el problema gira en torno a la implementación de un sistema de salud que propende por el rendimiento económico y descuida por ende la calidad en la prestación de los servicios de salud. Lo anterior cobra importancia cuando las necesidades de la población van en contravía con los objetivos de este modelo de sistema actual, tal como lo mencionan Cano et al. (2016) quienes encontraron que, para las personas que participaron de su estudio, un servicio de calidad es aquel en el que se presta el servicio a tiempo, se trata dignamente a las personas y se les da solución a los problemas. Hay quienes consideran que este nuevo modelo de aseguramiento trajo mayores beneficios para toda la población colombiana -sobre todo para aquella que no cuenta con muchos recursos- sin importar su condición laboral, garantizando el derecho a la salud (por el incremento en la cobertura), no obstante, como se ha mencionado con anterioridad, el hecho de estar asegurado no garantiza el acceso real a los servicios, pues aún hay muchos que hablan de una falta de accesibilidad real y poca eficiencia en la prestación de los servicios de salud (Vargas & Molina, 2009).

Si hablamos de salud mental, se evidencian las mismas dificultades, existiendo diferentes tipos de barreras percibidas, lo cual representa un problema en términos de salud pública, puesto que no recibir una atención oportuna y de calidad frente a situaciones que afectan emocional y

psicológicamente a las personas, consecuentemente desencadena en un deterioro del estado de salud, generando a su vez un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo (Rojas et al., 2018). Ejemplo de ello, mencionado con anterioridad, es el incremento en las tasas de mortalidad por suicidio, a causa muchas veces de condiciones crónicas como la depresión, para lo cual no se recibe el tratamiento adecuado.

No obstante, en el estudio de las barreras para el acceso y la atención en salud mental, se encuentran pocas y recientes investigaciones que utilizan metodología de tipo cualitativa (se encuentra únicamente la de Henao et al., 2009), que buscan aproximarse al fenómeno de una manera más amplia y detallada, a partir de la percepción de los usuarios, que en últimas son quienes se ven beneficiados o perjudicados por el manejo institucional y estatal que se le da a la salud como derecho. Por el contrario, algunos de los estudios que se han llevado a cabo para entender esta problemática se centran más en evaluar las brechas entre la prevalencia de trastornos mentales y la cifra de personas que consultan o son atendidas por problemas de salud mental (se encuentran varios estudios como los de: Zamora-Rondón et al., 2020; Sotelo, 2014; Villa, 2006).

Teniendo en cuenta tal descripción de una problemática tan vigente, se vuelve relevante conocer la percepción de la población, que potencialmente puede verse afectada en su vida por problemas y enfermedades que inciden en su salud mental, esto con el fin de promover la prestación de servicios de calidad, con condiciones de accesibilidad al servicio de la población, que no respondan únicamente a intereses económicos. Por ende, lo que se pretendió con la presente investigación fue conocer de primera mano la percepción que tienen algunos colombianos sobre la atención y prestación de los servicios de salud mental; y teniendo en cuenta el alto nivel de afectación que se presenta en la población joven del país en términos de salud mental, el enfoque en este grupo etario fue fundamental para identificar posibles barreras a las que se enfrentan y/o enfrentaron estos usuarios en el intento de recibir una atención oportuna, integral y de calidad dentro del actual sistema de salud.

En consecuencia, la pregunta bajo la cual se orientó este trabajo investigativo fue: ¿cómo ha sido la experiencia de atención en salud mental que han tenido jóvenes-adultos (18 a 30 años) del Valle de Aburrá como usuarios del sistema de salud colombiano? a partir de la cual se desprendieron preguntas específicas sobre la experiencia de estos jóvenes, como:

- ¿Cómo fue el proceso de necesitar y buscar atención en salud mental por medio del sistema de salud?

- ¿Qué conocimiento tienen acerca de las rutas para buscar atención en salud mental y sobre sus derechos en salud?

- ¿Qué limitaciones y facilitadores de acceso a los servicios de salud mental identifican y perciben del sistema de salud?

- ¿Qué percepción tienen sobre la calidad en los servicios de salud mental que se ofrecen por medio del sistema de salud?

## 2 Justificación

La importancia de esta investigación radica en la contribución de información relevante respecto a un tema de actual interés como lo es la salud mental, con la cual se espera realizar una aproximación detallada y significativa al fenómeno de la atención en salud mental que están recibiendo los colombianos, específicamente jóvenes del Valle de Aburrá, producto de un sistema de salud desbocado a las dinámicas del mercado y al rendimiento económico. Académicamente, este es un tema de gran interés para el campo de la psicología, tanto aplicada (desde un punto de vista más asistencial) como investigativa (para suplir vacíos en el conocimiento), lo cual supone un aporte en términos de la valoración de un fenómeno que presuntamente afecta el bienestar integral de la población colombiana, representando una necesidad en salud, que a su vez desencadena en problemas de salud pública (como por ejemplo el suicidio), para la cual son necesarias las acciones que buscan intervenir el problema. En consecuencia, esta investigación aporta entonces a las comprensiones de dicho fenómeno, que a su vez permitirá visibilizar las falencias u obstáculos que se presentan en la prestación de los servicios de salud y así mismo será de utilidad para la toma de decisiones en el campo.

Metodológicamente hablando, este es un fenómeno que poco se ha abordado desde un enfoque cualitativo, dejando de lado las interpretaciones que cada individuo le da a las experiencias vividas. Lo anterior es evidenciado por Tovar Cuevas y Arrivillaga Quintero (2014), quienes realizaron un estado del arte sobre la forma en que se ha investigado el fenómeno del acceso a los servicios de salud en Colombia, encontrando que: “En términos metodológicos, predominaron los estudios cuantitativos” y, por ende: “hacen falta estudios que aborden de manera integral todos los eslabones que involucran el acceso a los servicios de salud.” (p. 24)

Es por ello que este enfoque cualitativo permite ir más allá de una comprensión numérica o cuantitativa de la problemática a evaluar, aportando un análisis más contextualizado dentro del escenario investigativo, destacando elementos como las prácticas de los sujetos, la manera en que se dan los procesos y sus significados; abordando un escenario en particular que es objeto de interés para este estudio, como lo es las experiencias de los usuarios en la atención en salud (Denzin & Lincoln, 2012).

Desde una perspectiva socioeconómica de la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012), se espera que cada individuo tenga las posibilidades de elegir modos de vida que determinarán su

estado de salud, contando con opciones saludables en todas las esferas de la vida (viviendas saludables, escuelas saludables, hospitales saludables, etc.); para lo cual es indispensable un desarrollo económico y social, que en gran medida es responsabilidad del Estado, con el fin de lograr niveles óptimos de salud y bienestar para toda la población. Es por ello que con el presente trabajo se busca contribuir a la identificación de aquellos aspectos (según la experiencia de los jóvenes participantes) en los que aún se está fallando a nivel institucional, que impiden ese nivel de desarrollo óptimo y le arrebatan la posibilidad a cada individuo de elegir opciones de vida saludables. Cobra entonces relevancia a nivel social, el hecho de conocer esas barreras para la atención en salud mental y a partir de la exploración de esas verdades, exigir un cambio real y efectivo.

De igual forma, la presente investigación parte de un interés por realizar un aporte social significativo en vías de promover el bienestar no solo individual sino también colectivo, desde una perspectiva de salud pública, de salud para todos, donde prime el bien común sobre los intereses ambiciosos individuales. Es de resaltar que este ejercicio de investigación no solo busca contribuir en un ámbito académico o social, sino también en un ámbito personal, como aporte tanto a la formación científica, como a la autorrealización.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo General**

Indagar por las experiencias de jóvenes adultos residentes en los municipios del Valle de Aburrá, acerca de la atención recibida en salud mental por medio del Sistema de Salud colombiano.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Conocer la forma en que se dio el proceso de necesitar y buscar atención en salud mental por medio del sistema de salud.
- Establecer el nivel de conocimiento que tienen las/los participantes sobre las rutas para acceder a la atención en salud mental y los derechos que como usuarios tienen para recibir una atención integral.
- Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud mental (de oferta y de demanda) que perciben las/los participantes.
- Evaluar la satisfacción de las/los participantes en relación a la atención que recibieron en términos de salud mental.

## **4 Marco de Referentes**

El principal propósito de la presente investigación es identificar las falencias que aún hoy en día impiden el goce pleno del derecho a la salud por parte de la población colombiana, conociendo de primera mano la experiencia del usuario que hace uso de los servicios enfocados en atender las necesidades en salud mental. En este sentido, es indispensable establecer esos referentes teóricos, investigativos y normativos que sustentan la necesidad de realizar este tipo de estudios, para ello se realiza este apartado correspondiente al marco de referentes, donde se presenta primero la forma en que se ha hecho investigación en el tema, seguido de una breve definición y descripción de aquellos conceptos centrales empleados en este estudio, y por último, una síntesis del recorrido histórico-normativo de las leyes y políticas promulgadas en materia de salud y salud mental.

### **4.1 Antecedentes de Investigación**

Para efectos del presente trabajo, se desarrollaron dos categorías en la revisión de antecedentes investigativos, en función del fenómeno de la accesibilidad en salud: 1) acceso a servicios de salud en general y 2) acceso a servicios de salud mental; puesto que se encontraron un poco más investigaciones sobre el acceso a servicios de salud en general, que aquellas referidas al acceso a servicios de salud mental específicamente, lo cual demuestra un vacío de conocimiento en esta última área.

#### ***4.1.1 Acceso a Servicios de Salud***

En el estudio sobre el acceso a los servicios de salud, varios autores se han centrado en indagar explícitamente por aquellas barreras que se presentan en dicho proceso desde la percepción de todo tipo de actores dentro del sistema; por ejemplo, Piedrahita et al. (2020), exploraron la percepción que tienen los usuarios del régimen subsidiado en un municipio en Antioquia, acerca de las barreras que se les presentan para acceder a los servicios de salud, encontrando que la capacidad financiera (barreras económicas) y los procesos dispendiosos para acceder a estos servicios (barreras administrativas), resultaron ser las principales limitaciones que percibieron los

participantes. Por su parte, Restrepo et al. (2014) llevaron a cabo un estudio en el que pretendían identificar barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud, a través de la percepción de los actores claves del sistema: usuarios, personal de las instituciones prestadoras de salud y líderes comunitarios; luego del análisis, los resultados apuntaron a que las barreras de acceso, tales como trabas administrativas, la falta de infraestructura, la falta de recursos profesionales y la demora en las autorizaciones, fueron más significativas que las barreras de acceso potencial, y además, el conocimiento que tienen los usuarios sobre el sistema actúa como facilitador del acceso.

En otro estudio, realizado por Vargas y Molina (2009) se abordó el tema del aseguramiento y la relación con el acceso a los servicios de salud, con el fin de identificar limitaciones, consecuencias y acciones para superar las barreras; para ello se realizó un estudio de caso en el que participaron profesionales médicos, enfermeras y administradores vinculados a instituciones prestadoras de servicios de salud, entes territoriales, entidades administradoras de planes de beneficios, así como a usuarios individuales, en seis ciudades del país. Fundamentalmente, los hallazgos los llevan a afirmar que: “el aseguramiento no garantiza el acceso a los servicios” (p. 124) y concluyen también que el modelo actual de aseguramiento presenta falencias a la hora de garantizar una accesibilidad real, oportuna y eficaz a los servicios de salud.

En este mismo orden de ideas, otro estudio llevado a cabo en la ciudad de Medellín (Echeverry, 2011), contó con la participación tanto de usuarios afiliados al sistema de salud (de ambos regímenes), como de no afiliados, con el propósito de comprender el proceso de acceso a los servicios de salud por parte de esta población, encontrando que existen barreras relacionadas tanto con la oferta como con la demanda, y que además, estas afectan en mayor proporción a las personas pobres en general (ya sean no afiliados o pertenecientes al régimen subsidiado). Por su parte, Beltrán (2021) llevó a cabo una investigación para la cual se realizaron entrevistas a pacientes, profesionales y administrativos de salud en el departamento de Caquetá; a partir de lo cual se concluyó que el tiempo de viaje, la distancia recorrida hasta un hospital de alta complejidad, la disponibilidad de recurso humano y los itinerarios burocráticos, se constituyen como barreras geográficas y de talento humano para lograr el acceso real de los usuarios a los servicios de salud, en dicho departamento.

Si bien los estudios que se centran en la percepción de todo tipo de actores son importantes para reconocer esas necesidades sentidas desde diferentes perspectivas, también cobra importancia en este campo de estudio aquellas investigaciones que se dedican a identificar, analizar y

sistematizar la información disponible sobre el tema, ya sea a partir de encuestas previamente realizadas o de revisiones bibliográficas. En esta línea se encuentra el estado del arte realizado por Tovar Cuevas y Arrivillaga Quintero (2014) por medio del cual se realiza una caracterización de aquellas investigaciones dirigidas a evaluar el fenómeno del acceso a los servicios de salud en Colombia, llevadas a cabo en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2013; trabajo de suma importancia para el presente proyecto, ya que en él se mencionan los vacíos que existen en este campo de conocimiento y las deficiencias que han tenido los estudios realizados en este periodo, todo esto con el fin de brindar un insumo que sirva para investigaciones futuras; al respecto, estos autores mencionan que para comprender mejor los efectos de la reforma al sistema de salud sobre el acceso a los servicios de salud es necesario que los nuevos estudios: “incorporen la perspectiva de los actores y variables de contexto como las políticas y las características de los proveedores y las aseguradoras” (p. 20).

En este mismo sentido, Ayala (2014) se propuso indagar y evaluar los determinantes del acceso a los servicios de salud, a partir de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, utilizando, para la identificación de dichos factores o determinantes, un *modelo probit* con variables dicotómicas; se realizaron importantes hallazgos, entre los que destaca el hecho de que usuarios del régimen contributivo y del régimen especial tengan más probabilidades de acceso que los del régimen subsidiado, y que además, variables relacionadas con la demanda (condiciones personales y conocimiento del sistema) condicionan la probabilidad de acceso a los servicios (acceso potencial) más que las variables relacionadas con la oferta.

Del mismo modo, Mejía et al. (2007) llevaron a cabo un estudio que tenía como propósito estudiar la equidad en el acceso a los servicios de salud y sus determinantes en el departamento de Antioquia, a partir del análisis de los datos proporcionados por la Encuesta de Calidad de Vida (2003), por medio de la construcción de tablas de contingencia para el análisis de las variables que intervienen en el acceso y de un *modelo logit* para la estimación de los determinantes de acceso. Respecto a los resultados de este estudio, se encontró que, las barreras financieras constituyen una limitación para usuarios del régimen subsidiado y personas no afiliadas a la hora de asistir a las instituciones, a su vez, usuarios del régimen contributivo presentan mayor facilidad para continuar con la atención y/o tratamiento requerido, representando lo anterior, entre otros aspectos, grandes y graves inequidades en salud.

También se encontró una investigación más reciente (Acosta, 2010), por medio de la cual los autores pretendían establecer los determinantes en el acceso a los servicios de salud para población Colombiana afiliada al sistema de seguridad social; para ello emplearon la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2008 (realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE), realizando una tabulación de la base de datos que proporciona la encuesta para analizar aquellos determinantes socioeconómicos que inciden en el acceso y la utilización de los servicios de salud, clasificando las barreras de acceso a partir de los marcos teóricos propuestos por Aday y Andersen (1974) y la metodología empleada por Restrepo et al. (2006). A partir de los resultados, los autores destacan 3 aspectos importantes que afectan el acceso a los servicios de salud: 1) la baja cobertura de los servicios; 2) el costo de los servicios y las barreras económicas; 3) las inequidades en el acceso.

En esta revisión de antecedentes, también se encontraron investigaciones que focalizaron su interés en el tema de la calidad en la atención y en los servicios de salud; por ejemplo, Cano et al. (2016) buscaban comprender las experiencias y los significados sobre la calidad en la atención de este tipo de servicios, que tuvieron un grupo de personas pertenecientes al régimen subsidiado, habitantes de una comuna de Medellín; los autores encontraron que, para los participantes de esta investigación, dicha calidad en la atención se evidencia a partir de un trato humanizado y de la resolución a tiempo y efectiva de las necesidades. Por su parte, Chacón et al. (2020) se enfocaron en este tema de la calidad en la atención percibida por los usuarios de una IPS en un municipio de Caquetá, quienes determinaron como aspectos importantes que inciden en la satisfacción de la atención los siguientes: una infraestructura cómoda y limpia, la comodidad en la sala de espera, la capacidad resolutoria a sus problemas y la amabilidad en el trato por parte del personal de la IPS. Por último, Pabón y Palacio (2020) examinaron la percepción de los usuarios acerca de la calidad en la atención en un hospital de un municipio de Magdalena, encontrando que en términos generales los usuarios se encuentran satisfechos con la atención brindada.

Ahora bien, los estudios sobre acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de grupos poblacionales específico -en algunos casos minoritarios y vulnerables- resultó ser un tema frecuente en los hallazgos de antecedentes investigativos, encontrando estudios como el realizado por Hernández y Mejía (2010) quienes se enfocaron en la accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población reclusa en centros penitenciarios de Colombia; también se encuentra el caso de la investigación llevada a cabo por Valenzuela y Mejía (2021) quienes se interesaron por

describir la problemática del acceso a los servicios de la población en situación de discapacidad. Del mismo modo, Salazar et al. (2016) desarrollaron un estudio acerca de los limitantes del acceso al derecho de la salud por parte de la población adulta mayor en Colombia y por su parte, Mogollón Pérez y Vásquez (2008) se dieron a la tarea de analizar los factores que inciden en el acceso de la población desplazada a los servicios de salud. Por otra parte, se encontró una investigación orientada a identificar las inequidades de género que se presentan en el acceso a los servicios de salud mental, desarrollada por Guarnizo Herreño y Agudelo (2008); en este mismo sentido, aparecen también otras dos investigaciones que centran su interés en poblaciones trans, una de ellas, realizada por Caravaca et al. (2017) quienes pretendían examinar la experiencia en el acceso a los servicios de salud y las barreras percibidas por personas identificadas como trans; mientras que la otra, llevada a cabo por Domínguez et al. (2018), se interesa más que todo por analizar el acceso a dichos servicios por parte de mujeres trans, en la ciudad de Cali. Por último, los autores Bedoya et al. (2016) realizaron un estudio con el propósito de describir las barreras en términos de diagnóstico y tratamiento a las que se enfrentaban los pacientes oncológicos en Colombia.

En cuanto a la metodología empleada, algunos autores han realizado investigaciones cualitativas con diferentes enfoques como: etnografías (Cano et al., 2016), enfoque histórico-hermenéutico (Piedrahita et al., 2020), estudio de casos (Vargas & Molina 2009), Analítico-explicativo (Restrepo et al., 2014), fenomenología (Mogollón Pérez & Vásquez, 2008). Por otro lado, también se han llevado a cabo revisiones sistemáticas o documentales para profundizar en el tema (Hernández & Mejía, 2010; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2014; Salazar et al., 2016; Bedoya et al., 2016). También se encontró en la revisión de la bibliografía dos estudios mixtos (Caravaca et al., 2017; Beltrán, 2021). Por último, se resaltan algunas investigaciones cuantitativas, en su mayoría de tipo descriptivo (Chacón et al., 2020; Pabón & Palacio 2020; Mejía et al., 2007; Valenzuela & Mejía, 2021; Domínguez et al., 2018).

#### ***4.1.2 Acceso a Servicios de Salud Mental***

En la revisión de la bibliografía disponible, se encuentra poca información y limitadas investigaciones sobre el tema del acceso a los servicios de salud mental y las posibles barreras a las que se enfrentan los colombianos para acceder a estos. Aun así, la forma en que se estudia este tema es bastante variada, algunos autores se enfocan en la percepción de los diferentes actores del

sistema de salud, acerca del proceso de acceso, mientras que otros se centran en el estudio de la prevalencia de trastornos mentales y el uso de los servicios de salud mental por parte de la población potencialmente afectada.

Ejemplo de aquellos autores que centraron su interés en estudiar el tema desde la percepción que tienen los actores del sistema, se encuentra la investigación realizada por Henao et al. (2009) quienes buscaban conocer la percepción tanto de usuarios como de familiares, prestadores de servicios de salud y funcionarios del sistema, acerca de los servicios de salud mental y la posibilidad de acceso a estos en tres municipios de Antioquia, encontrando que, la afiliación al sistema de salud, los recursos económicos y el escaso personal calificado, son algunas de las dificultades de acceso percibidas. Del mismo modo, Hernández Holguín y Sanmartín Rueda (2018), se interesaron por explorar desde la experiencia y la perspectiva de profesionales del campo de la salud mental (bajo la modalidad de entrevista a expertos), la forma en que funciona el sistema de salud mental en Colombia, incluyendo el acceso a este. Respecto a los resultados obtenidos a partir de las entrevistas, se concluyó que el actual sistema de salud colombiano es incoherente con las necesidades de atención en salud mental, existiendo falencias en la prestación de servicios tanto en un primer nivel de atención como en la rehabilitación, debido a que explícitamente, este es un sistema centrado en la rentabilidad de los servicios privados por encima de los servicios públicos, dificultando la mejora en términos de salud mental.

También se encontró que Gómez et al. (2021) realizaron un estudio mediante el cual pretendían explorar las causas de las dificultades que se presentan para acceder al sistema de salud y recibir atención en temas específicos como la depresión y el consumo riesgoso de alcohol, a partir de la percepción de diversos actores que intervienen en el proceso de atención. En dicho sentido, los autores identificaron que, la alfabetización en salud mental, el estigma, la cultura y la capacitación de profesionales en salud mental, son factores que inciden en la atención que reciben las personas con condiciones de salud mental.

Por otro lado, investigaciones como la de Zamora Rondón et al. (2020) se enfocaron más en indagar acerca del uso de los servicios de salud mental y analizar la relación existente entre dicho uso y la necesidad de atención por parte de las personas con problemas de salud mental; para ello compararon la prevalencia de trastornos mentales (con datos de la ENSM-2015, recogidos en el año 2013) y el número de pacientes atendidos con algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento (información obtenida mediante datos del SISPRO, 2013), encontrando que

un gran número de personas que presentan algún problema de salud mental, no hacen uso de los servicios de atención para este aspecto. También se encontró que la investigación realizada por Sotelo (2014), empleó una metodología similar, sirviéndose de la base de datos del SISPRO para estimar la prevalencia de eventos en salud mental en los colombianos.

Del mismo modo, Villa (2006) llevó a cabo un estudio similar, mediante el cual buscaba exponer cómo las necesidades sentidas por la población, en términos de los problemas que consideran más estresantes, no van en concordancia con un sistema de salud que ofrece únicamente servicios de salud mental enfocados a tratar diagnósticos psiquiátricos; dicho análisis de la situación se realizó a partir de los resultados que se obtuvieron del Estudio Nacional de Salud Mental (2003), encontrándose que: “Sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención. Sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención” (p. 32). En Perú, también se realizó un estudio para evaluar la relación entre la prevalencia de trastornos mentales y el uso de servicios especializados en este tema, empleando como fuentes de información el Estudio Mundial de Salud Mental llevado a cabo en Perú entre los años 2004 y 2005, a partir del estudio transversal -iniciativa de la OMS- conocido como la Encuesta Mundial de Salud Mental.

Por su parte, González et al. (2016) emplearon la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) para realizar una investigación con la cual pretendían analizar las variables o los factores que determinan el acceso a los servicios de salud mental en población adulta colombiana, diferenciando entre barreras de acceso por oferta y por demanda, concluyendo que, existen múltiples factores que inciden el acceso efectivo a los servicios de salud mental, como por ejemplo las rutas de atención poco claras y desarticuladas con la atención primaria, o también la distancia geográfica de los servicios en zonas rurales, entre otros. Para autores como Rojas et al. (2018) el interés estuvo dirigido a realizar un análisis más general y crítico respecto a las limitaciones que presenta el actual sistema de salud en materia de salud mental y la deficiente implementación de las políticas públicas en este ámbito.

Al igual que en la categoría anterior, varios autores han estudiado el tema a partir de la investigación con ciertos grupos poblacionales, que en algunos casos son poblaciones minoritarias o vulnerables. Este es el caso de la investigación realizada por Coral (2021), mediante la cual la autora pretendía explorar y dar a conocer las posibilidades o las dificultades que presentan las personas con discapacidad auditiva para acceder a los servicios de salud mental, a partir de la

revisión de la bibliografía disponible acerca del tema. Por otra parte, se encontraron dos revisiones sistemáticas, una de tipo documental (Monroy, 2020) y otra de tipo narrativa (Campo & Herazo, 2014), de las cuales, la primera de estas tuvo como objetivo identificar las posibilidades de acceso a los servicios de salud mental por parte de población víctima del conflicto armado en Colombia; en cambio, la segunda revisión describe la relación entre el estigma y la discriminación hacia este tipo de personas y cómo todo esto afecta su salud mental y la posibilidad de recibir ayuda desde este ámbito de la salud. En este mismo sentido, Campo Arias et al. (2014) sostienen y desarrollan la hipótesis central de que el estigma percibido por las personas que padecen algún trastorno mental, actúa como una barrera de tipo sociocultural para acceder a los servicios de salud mental.

Otros autores han estudiado el tema de la salud mental, desde la perspectiva de la normatividad colombiana y su repercusión en la atención dirigida a los problemas de salud mental. Centeno y Novella (2012) realizan una investigación de este tipo, identificando la evolución de las políticas y la legislación en salud mental, en el periodo comprendido entre 1960 y 2012; para ello tuvieron en cuenta todas aquellas normas que fueron promulgadas en ese periodo y además analizan la aplicación y efectividad de dichas normas como un indicador de logros obtenidos. Así mismo, se encontraron dos investigaciones que tratan el tema de la normatividad en salud mental desde el punto de vista de la implementación de un mecanismo de protección constitucional como lo es la acción de tutela.

En este sentido, Avendaño y Herazo (2021) llevan a cabo una investigación que tiene por objetivo analizar la eficacia de la acción de tutela para garantizar el derecho a la salud mental, para lo cual emprenden una revisión sistemática de la jurisprudencia colombiana correspondiente al periodo 2000-2019, mediante el análisis de al menos 85 sentencias de tutela revisadas y falladas en segunda instancia por la Corte Constitucional colombiana. Este mecanismo, se convierte entonces, según los autores, en un indicador de la eficacia y la eficiencia del servicio, siendo el motivo de tutela de más reiteración en la jurisprudencia: el acceso a los servicios no ofrecidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Del mismo modo, Rodríguez et al. (2020) llevaron a cabo una investigación similar, mediante la cual pretendían analizar la implementación de este mecanismo de protección del derecho fundamental a la salud mental, específicamente en época de la pandemia por Covid-19, teniendo en cuenta la posibilidad de recaídas en problemas de salud mental durante esa época, en parte debido al carente acceso a los servicios de salud mental, encontrando que: “este estudio deja

ver la inseguridad jurídica del Estado y el desconocimiento en la aplicación de la función jurídica digital de cara a la salvaguarda de este de derecho fundamental” (p. 372).

A pesar de la escasa información que se tiene sobre el acceso a los servicios de salud mental por parte de la población y todas las dificultades que este proceso conlleva, se encontró un estudio muy completo sobre la utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en la región de América Latina y el Caribe, mediante el cual es posible conocer la situación en salud mental de los países pertenecientes a esta región y encontrar fallas y limitaciones en los sistemas de salud, incluido el de Colombia, pero también se puede evidenciar las estrategias y propuestas que se llevan a cabo en estos países para lograr superar las inequidades en salud y apostarle al desarrollo humano integral; al respecto del uso y acceso a los servicios de salud mental, los autores de esta investigación (Kohn & Levav, 2009) mencionan que: “solo una pequeña proporción de las personas que requieren tratamiento acuden a los servicios de atención de salud mental especializados o a los servicios de atención de salud general para abordar el problema satisfactoriamente” (p. 300).

En cuanto a la metodología empleada para investigar el acceso a los servicios de salud mental, a diferencia de la anterior categoría, los estudios de tipo cualitativo fueron más escasos y emplearon los siguientes enfoques: etnografía (Henaó et al., 2009), histórico-hermenéutico (Holguín y Rueda, 2018) y en otros estudios mencionaban la elección de un diseño cualitativo sin especificar el enfoque (Rodríguez et al., 2020; Gómez et al., 2021). Por su parte, las revisiones sistemáticas o documentales son predominantes en el estudio de este tema (Coral, 2021; Rojas et al., 2018; Centeno & Novella, 2012; Monroy, 2020; Campo & Herazo, 2014; Avendaño & Herazo, 2021). También se encontraron investigaciones de tipo cuantitativas, una de ellas descriptiva de corte transversal (Zamora et al., 2020), y otro estudio epidemiológico de corte transversal (Sotelo, 2014). No se encontraron estudios de tipo mixtos y otros no eran claros acerca del tipo de investigación que emplearon (González et al., 2016; Piazza & Fiestas, 2014; Villa, 2006).

## **4.2 Marco Teórico-Conceptual**

Para el desarrollo de esta investigación serán importantes las comprensiones que surgen desde el campo de la salud pública en relación a la situación de salud mental en el país, pues las dificultades y limitaciones que se evidencian respecto a la atención sanitaria que reciben los

colombianos para los problemas de índole psicosocial, se convierte en una problemática que afecta la salud de los individuos particularmente, pero a la larga resulta ser un malestar colectivo que trae consecuencias negativas para el desarrollo social del país (aumento en la prevalencia de situaciones críticas de salud mental y el escaso o nulo interés por acceder a los servicios de salud mental). Así mismo, desde el campo de la psicología de la salud se tiene el interés por el bienestar tanto de los individuos como del colectivo, por lo cual también serán importantes, para el presente trabajo, las comprensiones que desde allí surgen para entender la situación de la atención en salud mental; buscando la convergencia entre ambas disciplinas sociales (salud pública y psicología de la salud).

#### ***4.2.1 Psicología y Salud Pública***

Es necesario establecer el desarrollo conceptual, teórico y epistemológico sobre el que se sustenta la definición de la Psicología como una disciplina aplicada y científica, para así dar paso a establecer su relación con otros campos del saber, como la salud pública; sin embargo, esta no resulta ser una tarea sencilla, debido a que puede concebirse la psicología, en palabras de Arrivillaga Quintero (2009), como “una disciplina de múltiples objetos” dada la diversidad de epistemologías que la componen y la riqueza conceptual y metodológica a partir de la cual se construye el objeto de estudio a lo largo de la historia.

Con el fin de establecer una sucinta conceptualización sobre la psicología y su accionar, se pone de manifiesto su marcada inclinación hacia el conocimiento de lo individual y en ese mismo sentido, a brindarle una mayor relevancia al trabajo clínico y a la psicoterapia en particular (Arrivillaga Quintero, 2009). No obstante, la psicología también se ha encargado de asuntos concernientes al trabajo y la intervención de comunidades y grupos desde la psicología social; y, aun así, esto sigue siendo un nivel micro en el proceso de análisis e intervención poblacional, representando una dificultad en análisis más amplios y estructurales de las dinámicas sociales.

La psicología de la salud, por su parte, es la rama que se ocupa de relacionar los diferentes conocimientos psicológicos con los procesos de salud-enfermedad. En otras palabras, esta pone en diálogo teorías de la psicología social, el conductismo, el cognitvismo y la psicología del desarrollo, con las diferentes situaciones concernientes a la salud. De acuerdo con Morrison et al. (2008) los objetivos que se tienen desde este campo de la psicología se relacionan con: “la promoción y el mantenimiento de la salud; la mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la

política sanitaria; la prevención y el tratamiento de las enfermedades; las causas de las enfermedades, por ejemplo, factores de riesgo/vulnerabilidad” (p. 30).

Uno de los principales desafíos que tiene la psicología de la salud, según Arrivillaga Quintero (2009), en cuanto campo de saber, es tener un carácter más crítico frente a las problemáticas que se presentan a nivel de sociedad y en este mismo sentido ser más “sensible a los contextos latinoamericanos”. Así mismo, se presenta como un gran desafío aun para la psicología todo lo que tiene que ver con la formación de profesionales en este campo de la salud, la cual todavía necesita fortalecer y fomentar una educación más abierta a las posibilidades y a la interdisciplinariedad (Arrivillaga Quintero, 2009).

Por otro lado, la salud pública se define como un campo interdisciplinario que se interesa por generar conocimientos y prácticas en relación a la salud de las poblaciones; esto con el propósito de: “construir herramientas y procedimientos adecuados para combatir los problemas sanitarios que aquejan a las poblaciones” (Arrivillaga Quintero, 2009, p.139). A su vez, esta disciplina responde al mismo tiempo a un quehacer, a un saber y a una profesión, en relación con la gestión de servicios médicos estatales, de políticas públicas, a partir de una respuesta social organizada. Todo esto a razón de que es un concepto que se expresa de múltiples maneras y que no solo tiene implicaciones académicas sino también implicaciones éticas y políticas con respecto a la sociedad. (Gómez, 2002).

Sin embargo, autores como Herazo (2014), señalan que la salud pública se encuentra bajo influencia de las dinámicas políticas y económicas de cada país y sobre todo en Colombia, donde los esfuerzos y propuestas en este campo responden a intereses particulares, con fines de adquisición y mantenimiento del poder, sobreponiéndose a la necesidad de solución de los problemas mediante una participación real de las comunidades. En consecuencia, este mismo autor señala que: “Prevalece la atención a la enfermedad, con un enfoque individual, bajo la influencia de la “financiarización” y la omnipresencia de grandes grupos económicos, con asignación a los ciudadanos de responsabilidades, matizadas con denominaciones como ‘autocuidado’ y ‘corresponsabilidad’” (P.23). Lo cual conlleva graves repercusiones en el ideal de salud colectiva - salud para todos, centrada tanto en el individuo como en las comunidades.

Cabe aclarar que, tanto la psicología (social de la salud) como la salud pública (desde una noción individualista de lo social) han logrado converger en ciertos aspectos y de esta forma analizar problemáticas y desarrollar planes de intervención en conjunto (ya sea de promoción de

la salud o prevención de la enfermedad) encaminados a satisfacer las necesidades en salud de la población (Arrivillaga Quintero, 2009).

#### ***4.2.2 Salud - Salud Mental***

El concepto de salud ha sido un tema ampliamente abordado y ha pasado por numerosas transformaciones, que estuvieron sujetas al contexto y al momento histórico en que se ubica. En la actualidad, la definición más usada para explicar este concepto, es la que ofrece la OMS, constatada en el Preámbulo de su Constitución, adoptando el concepto de salud en 1946 luego de la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, entendiendo esta como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

No obstante, esta noción de salud propuesta por la OMS también ha sido fuertemente criticada por todo tipo de detractores, alegando que este concepto, bajo la idea de “completo bienestar”, introduce la noción de normalidad en la salud, es decir, una connotación estadística y estática, cuando la realidad del ser humano es cambiante. Lo normal sería el promedio o estándar de una situación determinada, teniendo una connotación estadística. (Alcántara, 2008)

Sin duda la salud puede ser entendida desde diversas posturas o marcos explicativos, creando así diferentes modelos de salud que ofrecen una gran riqueza conceptual y teórica: modelo salutogénico, modelo de salud positiva, modelo holista de salud, modelo de elección personal, modelo de salud como bienestar, modelo de salud como madurez, modelo de salud como inteligencia emocional, entre otros. Esta visión de múltiples modelos no interfiere con la intervención en salud, puesto que es responsabilidad de cada profesional delimitar su accionar dependiendo del concepto que más se le ajuste. (Juárez, 2011)

Por su parte, el concepto de salud mental es definido como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Definición de la OMS, citado por Herazo, 2014, P.24). Esta definición supera esa concepción biomédica de la salud mental, que la consideraba como ausencia de enfermedad mental, desconociendo su carácter contextual y social. Es por ello que desde el campo de la salud

pública se consideran tres enfoques que corresponden a momentos históricos determinados y pluralizan el concepto de salud mental. (Restrepo & Jaramillo, 2012)

El primero de estos enfoques es el ya mencionado enfoque biomédico, a partir del cual se considera lo mental como el resultado de procesos biológicos y la intervención se centra por ende en el tratamiento de las enfermedades mentales fruto de los desajustes físicos/biológicos, por lo cual, las acciones en salud pública desde este enfoque se centran en ajustar los servicios de salud mental que tratan las enfermedades o trastornos. Por otro lado, existe un enfoque comportamental, a partir del cual se relaciona la salud mental con hábitos de vida saludable y la capacidad de adaptación del sujeto al contexto social, familiar, etc; por ende, las acciones en salud pública, bajo esta perspectiva, se encaminan a la educación y la formación del individuo en habilidades conductuales, que a su vez trae como consecuencia la hiper-responsabilización del individuo. Por último, desde un enfoque socioeconómico, se considera que el desarrollo económico y social constituyen factores fundamentales para lograr un estado máximo de salud, destacando la responsabilidad del Estado de garantizar la salud de los pueblos mediante medidas sociales y sanitarias (Restrepo & Jaramillo, 2012). Las consideraciones de este último enfoque, es uno de los puntos fundamentales que se resaltan en la Declaración de Alma Ata, la cual surge como producto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, organizada por la OMS/OPS y realizada en Kazajistán en el año 1978.

Como enfoque alternativo a los anteriores, aparece la perspectiva de la medicina social/salud colectiva latinoamericana, la cual le apuesta a una visión más integradora de la salud, trascendiendo las barreras que dividen mente y cuerpo como dos entidades separadas. Stolkiner y Ardila (2012), representantes de esta corriente de medicina social, consideran necesaria la desaparición del concepto de salud mental, para lograr una real incorporación de este al concepto de salud, de modo que se perciba al sujeto como un individuo integral, atravesado por las dinámicas que confluyen en todas las esferas de la vida.

En este mismo orden de ideas, Lopera (2014) realizó una investigación con la que pretendía exponer el origen y la historia que dio paso al concepto de salud mental y cómo esta ha sido incluida en los instrumentos de políticas públicas de la OMS, encontrando que en estos últimos no se ha empleado una definición explícita de dicho concepto, dificultando de esta manera el desarrollo de acciones y estrategias para fomentar la salud mental que estén dirigidas más allá del simple tratamiento de trastornos o enfermedades, así quieran expresar lo contrario en el papel:

Las formulaciones, recomendaciones y políticas de la OMS en el campo de la salud mental están centradas en los determinantes sociales en salud y en el enfoque de derechos humanos. La gran mayoría de los documentos analizados, incluyendo las conferencias de promoción de la salud, toman la salud como ausencia de enfermedad, así expresen lo contrario. (P. 17)

Es por ello que se considera importante una visión más amplia de la salud mental que abarque no solo los procesos de enfermedad sino también el componente saludable, como por ejemplo emplear indicadores de salud más que indicadores de prevalencia o incidencia de enfermedades. Asimismo, será necesario implementar estrategias centradas en la participación activa de la comunidad en sus propios procesos de salud, pues en la actualidad: “No se da debida importancia a los procesos discursivos y dialógicos con la comunidad, la relevancia de escuchar y analizar las alternativas con las personas directamente afectadas o interesadas”. (Lopera, 2014, p. 18).

Ahora bien, es necesario establecer una distinción entre lo que se entiende por enfermedades o trastornos mentales y la diferencia con lo que se entiende por problemas que afectan la salud mental de las personas. En la vida cotidiana cualquier persona puede experimentar síntomas que generan malestar, como insomnio, sentimientos de tristeza, estrés, entre otros, llegando a afectar su salud mental y emocional, convirtiéndose así en un problema de salud mental. No obstante, esto no suele prolongarse en el tiempo ni tampoco genera un deterioro significativo en las diferentes áreas de funcionamiento de la persona. En contraposición a lo anterior, se habla entonces de trastorno o enfermedad mental, haciendo referencia a aquellas formas particulares de comportarse, de pensar y de sentir, agrupados en una serie de signos y síntomas que pueden resultar problemáticos, teniendo como requisito para el diagnóstico que estas tengan un tiempo prolongado de duración, altos niveles de intensidad y una grave afectación en la funcionalidad de la persona que lo presenta. (Minsalud, 2014).

#### ***4.2.3 Atención en Salud Mental***

Desde la Conferencia de Alma Ata (1978), mencionada anteriormente, se resaltaba la necesidad de alcanzar niveles óptimos de salud en las poblaciones del mundo, de modo que esto permitiera el desarrollo económico y social de los países y se adjudicaba la obligación de cumplir

con estos objetivos sociales a los gobiernos del mundo; para ello se consideraba que la apuesta por la implementación de un modelo de atención primaria en salud era el camino para lograr dichos objetivos de desarrollo, puesto que apuntaba a un ideal de justicia social. (PAHO, 2012)

Adicionalmente, en dicha declaración se afirma también que la atención primaria en salud se debe concebir como el núcleo central del sistema de salud de un país, siendo este el primer contacto que tienen los individuos y las comunidades con dicho sistema, de forma que este pueda llegar a sus lugares de residencia o de trabajo, prestando servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para la resolución de los problemas en salud. (WFMH, 2009)

En este mismo orden de ideas, las consideraciones acerca de la promoción de la salud se encuentran en la Carta de Ottawa, emitida en el año de 1986 como producto de la primera Conferencia Internacional Sobre la Promoción de la Salud, que tuvo lugar en la ciudad de Ottawa, Canadá; en dicha carta se señala que promover la salud consiste en proporcionar a los individuos los medios necesarios para actuar en pro de su salud y tener un control sobre sus propios problemas. (OMS, 1986)

Si tenemos en cuenta que la salud mental es un “componente integral y esencial de la salud”, es posible atribuir, hablando en términos prácticos, las consideraciones sobre la salud de la Declaración de Alma Ata y de la Carta de Ottawa a este campo de lo “mental” o “psicológico”. En este mismo orden de ideas, desde la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH) se lanza la campaña de concientización del Día Mundial de la Salud Mental del año 2009 que tiene como lema el mejoramiento de los tratamientos y la promoción de la salud en este ámbito, desde un modelo de atención primaria; lo cual influye positivamente en términos de mejoras en el acceso a los servicios de salud mental, promoviendo el respeto de los derechos humanos, además de ser asequible y eficaz en función de los costos, y por último, genera buenos resultados sanitarios.

De acuerdo con Tobón (2005) la atención en salud mental es un proceso que requiere de la acción intersectorial, para el abordaje integral de los problemas psicosociales que se le presentan a un individuo durante el transcurso de su vida. Esta misma autora menciona que los tipos de servicios que se ofrecen para la atención de los problemas psicosociales en Colombia, parecieran estar más enfocados a brindar tratamientos farmacológicos para tratar dichos problemas, ignorando de esta manera “la multicausalidad de la alteración mental” (P. 2).

En este punto es pertinente destacar el concepto de “*Atención Integral de Salud*”, el cual fue empleado por un grupo de profesionales y académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, para la puesta en marcha de un modelo de enseñanza de atención en salud focalizada en la familia, durante los años 50 (Riveros, 2007). Dicha doctrina fue adoptada posteriormente a mediados de los años 90 por el Ministerio de Salud chileno, incorporándose como principios que orientan el Modelo de Atención deseado para Chile, a partir del cual se definió la Atención Integral en Salud como:

la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (Riveros, 2007, p.8).

El énfasis en la idea “integridad física y mental” da cuenta de un intento de integración del concepto de salud mental a las concepciones y significados que se tienen al definir la salud en general, abarcando el fenómeno de la atención en salud mental dentro de la atención en salud en general.

Siguiendo la idea anterior, también aparece el concepto de *calidad* como un componente esencial de la atención en salud, entendido como: “La provisión de Servicios Accesibles y Equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario.” (Gnecco, 2006; citado en Riveros, 2007), concepto que, según este mismo autor, se relaciona directamente con el concepto de atención integral, puesto que no es posible concebir uno sin el otro:

Si se cuentan con los recursos humanos, tecnológicos, de insumos, de planta física y por sobre todo de organización y de gestión de los servicios de salud a prestar, es posible otorgar una Atención Integral que sea capaz de mejorar el estado de salud y satisfacer las expectativas de las poblaciones beneficiarias respectivas. (p. 10)

En esta relación de conceptos se concibe el modelo ideal de atención en salud que deben adoptar los sistemas de salud de los países que aún evidencian atrasos en el tema, como lo es el caso de Colombia.

En este mismo orden de ideas, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, referenciado en Bedoya et al., 2020), se considera que la atención en salud mental será idónea siempre y cuando se cumpla con elementos de ***disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y***

**calidad.** Esta organización considera que estos 4 elementos son fundamentales para garantizar el derecho a la salud por medio de una política pública integral que responda a la demanda de las necesidades sanitarias de la población; para ello define *disponibilidad* como cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; *accesibilidad* como las condiciones necesarias para que todas las personas puedan acceder realmente a dichos establecimientos, bienes y servicios públicos, logrando una atención efectiva en salud; *aceptabilidad* como la condición de respeto a la ética médica en dichos establecimientos, bienes y servicios públicos, así como la cualidad de que estos sean culturalmente apropiados; y por último, define *calidad* como la prestación de una atención apropiada y adecuada a las necesidades de la población, que se mide a través de la satisfacción de los usuarios (Sánchez-Torres, 2017).

Por último, el Dr. José Fernández, médico de la Universidad de Santiago de Chile, concibe que la atención en salud será óptima siempre y cuando sea oportuna, es decir, que las personas puedan acceder a ella efectivamente, sin la aparición de barreras administrativas y con la garantía de un espacio físico y humano que permita proveer calidad y calidez en el trato. (Riveros, 2007).

### **4.3 Marco Normativo-Legal**

#### **4.3.1 Marco Normativo Nacional**

En el marco político normativo nacional, desde la reforma al sistema de salud colombiano con la aparición de la Ley 100 de 1993, se dan grandes cambios en la legislación sanitaria, lo cual conlleva a la constante ejecución de reformas y a la inversión en ajustes y adecuaciones normativas, que en lo referente a la salud mental se vivencia como algo crítico, debido principalmente a la limitación de recursos invertidos en los planes de beneficios e instituciones, que no lograron responder a las exigencias económicas de este nuevo sistema (Centeno & Novella, 2012). Lo anterior, también es expresado en un artículo de reflexión elaborado por Rojas et al. (2018), quienes mencionan que, en cuanto a la normatividad colombiana: “La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país” (P. 131), puesto que, en un principio, esta ley fue excluyente en cuanto a los servicios de psicoterapia y a la hospitalización prolongada. Posteriormente se formula la resolución 2358 en 1998, por medio de la cual se crea la *Política Nacional de Salud Mental*, la cual tuvo limitaciones para su ejecución y en términos de cobertura,

debido a las falencias que presentaba el plan obligatorio de salud. (Rojas et al., 2018).

Desde aquella época de los años 90s hasta la fecha, se han formulado diversas leyes para fortalecer la prestación de servicios de salud a la población colombiana; ejemplo de ello está la Ley 1122 de 2007: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. De igual importancia, aparece la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual: “se busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental para toda la población colombiana”. En este mismo periodo se han realizado diversos estudios nacionales de salud mental, siendo el más reciente la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015); así como también se adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 mediante el decreto 3039 (el cual declara la salud mental como una prioridad) y posteriormente, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se decreta la creación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una de las disposiciones de la Ley 1438 de 2011; en dicho plan se menciona que: “deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.” (el subrayado es mío)

Adicionalmente, con la aparición de la Resolución 429 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social adopta la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con la cual se busca mejorar y garantizar la atención en salud a nivel individual, familiar y colectivo para toda la población colombiana, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad e integralidad.

En un inicio, se implementó un Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), como componente estratégico-operativo de la mencionada política, con el cual se establecieron las bases para la articulación entre cuestiones como el aseguramiento, la prestación de los servicios y la puesta en marcha de programas y políticas de salud pública, que buscaba en últimas mejorar las acciones en este campo. No obstante, con la resolución 2626 de 2019, se adopta el nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que reemplaza el MIAS y modifica la Política de Atención Integral en Salud. Con este modelo vigente se pretende fortalecer la coordinación entre los agentes del sistema de salud, los agentes de otros sistemas y la comunidad, a través de líneas de acción enfocadas a la mejora de la salud familiar, comunitaria, territorial, poblacional y diferencial. Las acciones de implementación y el seguimiento de este modelo estarán a cargo tanto de las entidades

territoriales como de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Por último, como componente esencial de la Política de Atención Integral en Salud, se encuentran las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS).

A pesar de que en la normatividad colombiana la concepción de salud mental tiene un enfoque más positivista y se apunta a superar el enfoque de gestión del riesgo (que pone el foco en las enfermedades mentales y su tratamiento), en la realidad aún continúa siendo un reto materializar la aplicación de este enfoque (Guerrero Zuluaga, 2020). Al respecto, Henao et al. (2016, citado por Guerrero Zuluaga, 2020) afirman que: “si bien la noción de salud mental que subyace a cada Política Nacional se enfoca en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, desde una concepción positiva; los recursos, estrategias, acciones y metas siguen orientados sobre la base de un modelo biomédico.” (P. 163). Lo anterior, como se mencionó previamente, deja en evidencia la dificultad para aterrizar las leyes escritas en el papel a la realidad que exige el contexto colombiano.

**4.3.1.1 Sistema de Salud.** El sistema de salud colombiano, hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado a partir de la Ley 100, por medio del cual se busca garantizar el derecho a la atención en salud que tienen todos los colombianos como un servicio público; prestación que debe ser dirigida, controlada y coordinada por el Estado (por medio del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la Superintendencia de Salud y las entidades territoriales-departamentos y municipios) contando también con la participación de agentes tanto públicos como privados. (Guerrero et al., 2011).

Este sistema de salud, funciona como un sistema de aseguramiento, donde la afiliación es obligatoria y se realiza por medio de las aseguradoras, reconocidas como Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), que incluye las Empresas Promotoras de Salud (EPS) tanto públicas como privadas; estas a su vez son las encargadas de la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS), el cual hace referencia a aquellos servicios y tecnologías a los que tienen derecho todos los afiliados al sistema de seguridad social y que se financian con la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Adicionalmente, se cuenta con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que son todas aquellas instituciones, bien sean públicas, privadas o mixtas, que están autorizadas para la prestación de los servicios y tecnologías incluidos en el PBS.

La afiliación obligatoria al sistema de seguridad social se realiza bajo dos modalidades

conocidas como regímenes de aseguramiento, que se denominan como: Régimen Contributivo (RC)-para los asalariados, pensionados y trabajadores independientes que cuentan con ingresos superiores a un salario mínimo; y Régimen Subsidiado (RS)-para las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. (Guerrero et al., 2011).

De acuerdo con la resolución 2292 de 2021, el PBS contempla, en cuanto a la salud mental (capítulo 6), los siguientes servicios con cargo a la UPC: atención de urgencias en salud mental (Art 58.), psicoterapia ambulatoria para la población en general (Art 59.), psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia - cuando sea pertinente a criterio del personal tratante (Art 60.), atención con internación en salud mental (Art 61.), atención con internación en salud mental para mujeres víctimas de violencia (Art 62.). Dicha internación en ambos casos se realizará preferentemente en hospitalización parcial y en servicios habilitados para tal fin. En esta resolución no se especifican tiempos, ni cantidades ni duración de tratamientos; por el contrario, en el Boletín de Salud Mental (No 6, julio de 2018), expedido por el MINSALUD, se menciona que en la resolución 05269 de 2017 sí se hace referencia a los servicios de salud mental incluidos en el PBS, especificando tiempos de duración y cantidades de la siguiente manera:

***Psicoterapia ambulatoria para la población general, individual, grupal, familiar y de pareja:*** 1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario. 2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario.

***Atención con internación en salud mental para la población general*** - la atención mediante internación total o parcial comprende además de los servicios básicos, la psicoterapia y atención médica especializada, así como las demás terapias y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC: En la fase aguda, la financiación con recursos de la UPC para la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario. En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la financiación con recursos de la UPC para la internación será durante el período que considere necesario el o los profesionales tratantes. (pp. 4-5).

Entre otras consideraciones que se pueden consultar en dicho boletín.

### ***4.3.2 Marco Normativo Regional***

El Plan de Desarrollo Departamental de Antioquia (2020-2023): Unidos por la vida, le apuesta en este cuatrienio a la construcción de un “territorio saludable, seguro, en paz, con equidad y prosperidad, que nos ofrezca oportunidades para acordar una agenda colectiva, aprovechar así nuestras riquezas y forjar progreso con desarrollo humano sostenible.” (p. 2). En cuanto a la salud mental, este tema aparece contemplado en el programa: Salud para el alma, salud mental y convivencia; perteneciente al componente de Bienestar activo y saludable para Antioquia de la línea 4: Nuestra vida. De acuerdo con lo descrito en este plan de desarrollo:

Este programa estará orientado a proteger, promover y mejorar la salud mental de la población antioqueña, será el soporte para el diseño y ejecución de planes y programas relacionados con la salud mental, con los cuales se posibilitará enfrentar de manera pertinente y coherente las problemáticas en este campo, incluidas las relacionadas con la atención psicosocial de las víctimas del conflicto armado. (p. 437)

Del mismo modo, en este plan de desarrollo se propone la acción estratégica: Antioquia saludable, mediante la cual se pretende mejorar las acciones en salud pública que respondan oportunamente a las necesidades de la población, influyendo directamente sobre tres entornos prioritarios entre los que se encuentra: b) Salud Mental: “Entorno en el cual se busca fortalecer el bienestar mental y social, y no garantizar exclusivamente la ausencia de afecciones o enfermedades físicas. Esto a través de la promoción de la convivencia y la salud mental.” (P. 110)

### ***4.3.3 Marco Normativo Local***

Desde la Alcaldía de Medellín, se adopta e institucionaliza la Política Pública de Salud Mental y Adicciones del Municipio de Medellín, mediante la radicación del Proyecto de Acuerdo 008 de 2020.

Por su parte, otros municipios del Valle de Aburrá han adoptado políticas públicas en salud mental, tal como lo es el caso del municipio de Itagüí (Acuerdo 001 de 2019), Sabaneta (Acuerdo 026 de 2017), Caldas (Acuerdo 013 de 2017), Barbosa (Acuerdo 010 de 2019), Envigado (Acuerdo 023 de 2020) y La Estrella (Acuerdo 017 de 2021). Por su parte, otros municipios del Valle de Aburrá, como Copacabana, Bello y Girardota, no cuentan con ninguna política en salud mental.

## 5 Metodología

### 5.1 Tipo de Estudio

Para el presente trabajo se empleó un diseño cualitativo, el cual se entiende, de acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2010), como un modelo de investigación científica que se ocupa de la comprensión y profundización de fenómenos, a partir de la exploración de las vivencias y experiencias típicamente humanas, que se dan en contextos naturales, es decir, que no son artificiosos ni controlados.

Este mismo autor menciona que, la elección de este enfoque de investigación se realiza cuando el interés está en comprender un fenómeno desde la perspectiva de los participantes, que por lo general son individuos o grupos pequeños. Es por ello que se justifica la elección de este modelo para el diseño del presente estudio, puesto que el propósito central fue conocer de primera mano las experiencias de un pequeño grupo de participantes que han vivenciado un fenómeno en particular como lo es la atención en salud mental por medio del Sistema de Salud colombiano. Además, es un tema, que como se mencionó en apartados anteriores, ha sido poco explorado bajo esta metodología de investigación, por lo cual se tiene consonancia con lo expuesto por Sampieri, al mencionar que este tipo de estudios son recomendables cuando no se ha hecho mucha investigación acerca del fenómeno.

### 5.2 Método

Ahora bien, la interpretación de dicho fenómeno se realiza bajo la perspectiva del estudio de caso en investigación cualitativa, que por su parte se presenta como una estrategia de investigación de acuerdo con Escudero (2008, referenciado en Durán, 2012) por medio de la cual se estudia un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto real. Del mismo modo, Durán (2012) define el estudio de caso como: “un proceso de indagación focalizado en la descripción y examen detallado, comprensivo, sistemático, en profundidad de un caso definido, sea un hecho, fenómeno, acontecimiento o situación particular.” (P. 128); el cual incorpora también un análisis del contexto económico, político, legal y temporeo espacial, que permite una mayor comprensión del fenómeno en su totalidad.

### 5.3 Población / Participantes

Como se mencionó en apartados anteriores, el grupo etario más afectado por los problemas o trastornos mentales corresponde a la población joven del país (adolescentes y jóvenes adultos). No obstante, en el desarrollo de la presente investigación sólo se trabaja con personas mayores de edad, por motivo de las posibilidades de acceso (dificultad en el acceso a poblaciones menores de edad). Es así como surge entonces la elección de la población y muestra correspondientes.

**Población:** adultos jóvenes (18-30 años) usuarios del sistema de salud que hayan asistido a servicios de salud mental (psicología o psiquiatría) y que residan en algún municipio del Valle de Aburrá.

Los criterios de inclusión seleccionados para la población con la cual se realizó esta investigación son:

- Adultos entre 18 y 30 años de edad.
- Residentes en algún municipio del Valle de Aburrá.
- Usuarios activos del Sistema de Seguridad Social y de Salud.
- Personas que hayan asistido previamente a servicios de salud mental, específicamente psicología o psiquiatría, ofrecidos en el PBS, a través de sus respectivas EPS.
- Personas que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Teniendo en cuenta lo anterior, los criterios de exclusión son:

- Personas menores de edad o mayores de 30 años.
- Personas que hayan asistido a psicología o psiquiatría únicamente de manera particular.
- Personas que no residan en ningún municipio del Valle de Aburrá.

**Muestra:** el tamaño de la muestra seleccionada respondió a los siguientes criterios necesarios para determinar el número de casos: 1) el número de casos que se pudo manejar de manera realista y acorde con el presupuesto; 2) el número de casos que permitieron responder las preguntas de investigación (saturación de categorías) y 3) aquellos casos que fueron accesibles y en los cuales se invirtió un tiempo prudente y necesario (Hernández Sampieri et al., 2010).

La muestra fue seleccionada de forma no probabilística, pues de esta forma: “se selecciona participantes por uno o varios propósitos y no pretende que los casos sean representativos de la población” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 171). Para ello se empleó la muestra de

participantes voluntarios (autoseleccionada) y también la muestra en cadena o por redes (bola de nieve). En total se contó con la participación de 6 jóvenes - adultos que cumplieran con todos los criterios de inclusión.

#### **5.4 Categorías**

A partir de lo relacionado en el planteamiento del problema, en el marco teórico y teniendo en cuenta las preguntas y los objetivos específicos de investigación, resulta la siguiente matriz categorial, en la que se agrupan todos los aspectos considerados fundamentales para entender a profundidad la experiencia de atención que relatan las/los participantes de la investigación.

**Tabla 1.**  
*Matriz categorial*

Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías
Conocer la forma en que se dio el proceso de necesitar y buscar atención en salud mental por medio del sistema de salud	Proceso de necesitar y buscar atención en salud mental	-Necesidad de atención - Expectativa frente a la atención. - Buscar atención
Establecer el nivel de conocimiento que tienen los usuarios del sistema de salud, sobre las rutas para acceder a la atención en salud mental y los derechos que como usuarios tienen para recibir una atención integral.	Conocimiento del usuario sobre rutas de atención y derechos en salud	-Conocimiento de las rutas de acceso de atención en salud mental. -Conocimiento de los derechos en salud
Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud mental (de oferta y de demanda) que perciben los usuarios del sistema de salud.	Barreras de acceso a servicios de salud mental.	-Barreras por demanda (Utilización) -Barreras por oferta (Disponibilidad)
Evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud, acerca de la atención que recibieron en relación a su salud mental	Satisfacción con la atención recibida	-Satisfacción con el trato recibido -Satisfacción con el personal capacitado -Satisfacción con el tiempo de duración - Resolución de la necesidad -Percepción general de la atención en salud mental

## 5.5 Estrategias de Recolección y Registro de la Información

Para el desarrollo de la presente propuesta de investigación, se empleó la entrevista semiestructurada como herramienta de recolección de información; para ello se elaboraron preguntas orientadoras con las cuales se pretendía abordar el tema desde las diferentes categorías y subcategorías y que fueron de utilidad para guiar la conversación con las/los participantes. Por su parte, para documentar y registrar la información, se realizaron grabaciones de voz durante cada una de las entrevistas, contando con el consentimiento previo por parte de las/los participantes, esto con el fin de realizar posteriormente la transcripción de los diálogos y la información suministrada, para mayor facilidad en la codificación y el análisis de esta. En el proceso de recolección y registro de la información emergieron nuevos códigos, lo cual respondió principalmente a las necesidades evidenciadas en función de los objetivos de investigación. Se adjunta guía de entrevista que contiene las preguntas que orientaron dichas entrevistas.

Adicionalmente, se empleó un cuestionario previo para conocer las condiciones sociodemográficas de los entrevistados; este se encuentra adjunto en el mismo archivo de la guía de entrevista. (Ver anexo 1, guía de entrevista + cuestionario previo)

*Nota:* Para efectos del presente trabajo, se hará referencia a servicios de salud mental únicamente como la atención psicológica y la atención psiquiátrica.

## 5.6 Plan de Análisis de la Información

Para la sistematización y el análisis de la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas se realizó un proceso de categorización y codificación de forma artesanal, que corresponde a lo que se conoce como análisis categorial en investigación cualitativa. Para este proceso se hizo uso de la transcripción de las 6 entrevistas resultantes, las cuales fueron codificadas en función de las categorías previamente determinadas; posteriormente los códigos resultantes fueron relacionados en un archivo matriz que incluyó: personas entrevistadas, números de línea, citas textuales, categorías y subcategorías. Es así como a partir de la codificación y sistematización de la información, se obtiene la descripción de los principales hallazgos por cada categoría, que conducen finalmente a la construcción del apartado de resultados y discusión.

## 5.7 Consideraciones Éticas

Partiendo de la Ley 1090 de 2006, capítulo VII. De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones, es necesario tener en cuenta para el desarrollo de esta propuesta de investigación, los siguientes artículos de dicha ley: Artículo 50: El psicólogo al planear y llevar a cabo investigación científica con participantes humanos o no humanos debe basarse en los principios éticos de respeto y dignidad, y resguardar el bienestar y los derechos de los participantes; Artículo 51: Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta.

Por otro lado, haciendo uso del código ético del psicólogo, en el capítulo 16: Investigación científica, se consideran los siguientes artículos: Artículo 16.3: Es preciso ser honestos, esto incluye describir los hallazgos científicos tal como se encontraron, evitar el fraude, la descripción sesgada de los hallazgos y ocultar información científica que contradiga los resultados. Artículo 16.6: Al trabajar con participantes humanos, es necesario que ellos estén informados del propósito de la investigación; se debe respetar su privacidad, además de que los participantes tienen derecho a ser protegidos de daño físico y psicológico y a ser tratados con respeto y dignidad. Artículo 16.7: El participante humano puede elegir si participa o no en la investigación o si se retira en cualquier momento, sin recibir ninguna consecuencia negativa por negarse a participar o por retirarse de la investigación. Artículo 16.8: El participante humano tiene derecho al anonimato cuando se reporten los resultados y a que se protejan los registros obtenidos. Artículo 16.9: El consentimiento informado lo deben firmar todos los participantes en la investigación; adicionalmente es obligación informar en qué consiste la investigación, por qué se les seleccionó para participar en ella, y cuánto tiempo y esfuerzo requerirá su participación; se les especificará claramente que su participación es completamente voluntaria, que pueden negarse a participar o retirarse de la investigación en cualquier momento sin recibir castigo alguno. Además, se les debe comunicar si su participación será grabada. (Ver anexo 2, consentimiento informado).

## 6 Resultados

En este apartado se presentan los principales hallazgos que resultaron del análisis categorial, que fue empleado para codificar, sistematizar y organizar la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas realizadas con las/los participantes de la muestra seleccionada.

En este ejercicio investigativo se contó con la participación de seis adultos jóvenes, residentes en diferentes municipios del Valle de Aburrá: Medellín (4), Envigado (1) y Copacabana (1), con estratos socioeconómicos variados (2, 3 y 5). Son personas con estudios universitarios (que están en proceso o han culminado o han desertado), quienes oscilan entre los 20 y 29 años de edad. Todos ellos lograron acceder efectivamente a servicios de salud mental (psicología y/o psiquiatría) por medio del Sistema de Salud y al momento de recibir esa atención todos se encontraban afiliados al sistema de seguridad por el régimen contributivo, ya sea en calidad de cotizantes (2) o de beneficiarios (4). No se contó con participación de personas que hubieran accedido a los servicios como afiliados al régimen subsidiado. Algunos de ellos habían tenido experiencias previas de atención en salud mental de forma particular antes de asistir por medio del sistema y para otros era la primera vez buscando este tipo de atención.

A partir de la codificación de las entrevistas, resultaron 12 códigos correspondientes a las subcategorías, para un total de 265 citas textuales codificadas, relacionadas en las 4 categorías preestablecidas. La categoría de la cual surgieron la mayoría de códigos fue la de *Satisfacción con la atención recibida* (121), seguida de *Barreras de acceso a los servicios de salud mental* (64), luego le siguió la categoría de *Proceso de necesitar y buscar atención en salud mental* (55) y, por último, la categoría que menos códigos arrojó fue la de *Conocimiento del usuario sobre rutas de atención y derechos en salud* (25).

Adicionalmente, es pertinente mencionar que a lo largo de este apartado el lector encontrará citas textuales de las entrevistas transcritas, las cuales serán referenciadas como comunicaciones personales, cambiando los nombres y apellidos de los comunicadores, con el fin de mantener la confidencialidad de las/los participantes. A continuación, se expone de manera detallada la descripción de los principales hallazgos obtenidos en cada categoría.

## 6.1 Proceso de Necesitar y Buscar Atención en Salud Mental

El objetivo al que hace referencia esta categoría fue: “Conocer la forma en que se dio el proceso de necesitar y buscar atención en salud mental por medio del sistema de salud” y en relación a este se encontró que, todas las/los participantes presentaron necesidades de atención en salud mental por diversos motivos que obedecen al orden de los problemas psicológicos o psicosociales e incluso psiquiátricos, que requerían dicho tratamiento enfocado a la salud mental. Dos de ellos percibían directamente dicha necesidad de recibir atención u orientación por parte de servicios especializados en salud mental y por ello emprenden el proceso de búsqueda de dicha atención, logrando acceder de manera efectiva. No obstante, los cuatro restantes, no reconocían inicialmente la necesidad de recibir dicha atención, pues algunos consideraban que su situación problemática correspondía al orden de la salud física o minimizan sus problemas como algo que no ameritaba la búsqueda de ayuda, tal como lo manifiesta una de las participantes: “yo tenía algo de miedo pues como al psicólogo, porque yo sentía en el fondo que era una excusa muy infantil, pues hay gente con problemas más grandes” (S, Ortiz, comunicación personal, 14 de mayo de 2022); por este motivo es que el proceso de buscar y recibir atención en salud mental por parte de sus respectivas EPS no se da por intención propia, sino por dirección de terceros (sus padres, amigos o los médicos de atención general que realizan la derivación).

La decisión de buscar atención en salud mental por parte del sistema de salud, responde en la mayoría de los casos a cuestiones económicas, siendo la única posibilidad de acceder a esta, pues de manera particular no tendrían cómo sostenerlo. En este sentido, las expectativas que tenían los participantes frente a la atención que esperaban o pensaban recibir son muy variadas, aunque en su mayoría coinciden en el deseo de recibir orientación y claridad sobre lo que les estaba sucediendo y recibir el tratamiento adecuado y pertinente. Aparecen también temores frente a aspectos como la eficacia y la calidad de la atención en dichos servicios o frente al estigma que se tiene de pensar que los servicios de salud mental están destinados a atender personas que están muy graves o que están “locas”, tal como lo manifiesta una de las participantes: “al principio, yo era muy terca ante los consejos pues como que él me daba, porque era como: ‘yo no estoy loca’ o ‘yo no necesito eso’” (L. Arbeláez, comunicación personal, 28 de julio de 2022). No obstante, para ninguno de ellos eso representó un limitante para acceder a los servicios en ese entonces, pero si

actúa en algunos casos como una barrera para acceder hoy en día, a pesar de percibir la necesidad de atención.

El cumplimiento de este objetivo se evidencia en la identificación de las necesidades de atención en salud mental que presentaron los participantes y cómo ello los conduce a buscar la atención por medio del sistema, además de conocer bajo qué condiciones se da ese proceso y las implicaciones que para cada quien tuvo en términos de los posibles factores limitantes o facilitadores del acceso (como indicador de acceso real), que en última instancia cobra importancia a la hora de evaluar otros factores como la satisfacción con el servicio y la resolución de dichas necesidades (como indicador de efectividad y calidad).

## **6.2 Conocimiento del Usuario Sobre Rutas de Atención y Derechos en Salud**

El objetivo al que hace referencia esta categoría fue: “Establecer el nivel de conocimiento que tienen los usuarios del sistema de salud, sobre las rutas para acceder a la atención en salud mental y los derechos que como usuarios tienen para recibir una atención integral”. En relación a lo anterior se encontró que, antes de acceder a los servicios de salud mental por parte del sistema de salud, la mayoría de los entrevistados desconocía la ruta de atención existente, no obstante, ello no representó una barrera para el acceso, pues lograron obtener la atención por guía u orientación de terceros (amigos, familiares o médicos que prestaron atención primaria). Debido a la experiencia de haber buscado y accedido a servicios de salud mental, cuatro de las/los participantes conocen actualmente cual es la ruta para obtener atención por parte del sistema, no obstante, resulta relevante lo mencionado por un participante: “si yo no hubiera tenido la necesidad de hacerlo en el momento, al día de hoy yo no sabría cómo solicitar una cita de salud psicológica en la EPS” (A. Osorio, comunicación personal, 29 de julio de 2022). Por otro lado, dos de las/los entrevistados mencionan no tener mucha claridad aún hoy en día de cómo acceder a los servicios de salud mental, lo cual posiblemente responde a la forma en que estas dos personas obtuvieron la atención cuando hicieron uso de dichos servicios, ya sea porque fueron derivadas por un tercero o alguien más les ayudo a buscar la atención, sin intervención de ellas mismas; una de ellas incluso menciona que: “ya por mi cuenta yo iría a la EPS y le preguntaría al portero dónde pido una cita para psicología” (S. Ortiz, comunicación personal, 14 de mayo de 2022).

En cuanto al conocimiento de sus derechos en términos de salud, las/los participantes en su mayoría reconocen de manera general el derecho que tienen a recibir atención a las necesidades que presentan tanto físicas como del orden de lo "mental", y que esta sea oportuna y de calidad. Ninguno menciona haber tenido que recurrir a procesos judiciales por motivo de vulneración de sus derechos, sin embargo, cuatro de ellos consideran que ese derecho a recibir atención en salud mental se ha visto transgredido, al respecto una de las participantes considera que se le ha vulnerado ese derecho puesto que: "no me siento bien atendida" y cuestiona el nivel profesional de las personas que la han brindado la atención; otro participante percibe dicha vulneración al ver impedida la posibilidad de acceso a los servicios de salud por el hecho de no estar afiliado al sistema; así mismo, otros dos participantes conciben esa vulneración a su derecho de atención en salud al momento de encontrarse con gran cantidad de trámites y trabas burocráticas, que se traduce largos tiempos de espera para obtener la atención y por ende para acceder de manera real y efectiva a los servicios. Por su parte, el resto de los entrevistados, no consideran que se les haya vulnerado ningún derecho en términos de la atención que recibieron.

De acuerdo con lo anterior, es posible entrever que existe un nivel medio de conocimiento sobre derechos en salud (y en salud mental), pues si bien casi todos las/los participantes reconocen la atención a sus necesidades físicas y mentales como un servicio al que tienen derecho, no existe un nivel de profundidad en el conocimiento frente a la forma en que se debe garantizar ese derecho y las características específicas de esa atención (oportuna e integral), lo cual impide la percepción de vulneración de sus derechos y la inacción frente a esos casos (en materia jurídica), que en última instancia perjudica únicamente a los usuarios que no logran recibir la atención que merecen y a la que tienen derecho.

El cumplimiento de este objetivo se evidencia tanto en la determinación del bajo nivel de conocimiento que tienen o tuvieron las/los participantes respecto a las rutas de atención para acceder a los servicios de salud mental, así como también en la identificación de un nivel medio o aceptable del conocimiento de sus derechos en salud como usuarios del sistema público, que podría ser mejor si se le apostará realmente desde la institucionalidad a ser garantes de los derechos constitucionales y de la justicia social (propender por ser realmente un Estado Social de Derecho).

### **6.3 Barreras de Acceso a Servicios de Salud Mental**

El objetivo al que hace referencia esta categoría fue: “Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud mental (de oferta y de demanda) que perciben los usuarios del sistema de salud” y en relación a ello se encontró que, en términos de barreras por demanda (utilización del servicio por parte del usuario), las/los participantes identifican diferentes factores que impiden o limitan el acceso potencial a los servicios de salud mental por motivos que corresponden a situaciones particulares o generales de los usuarios del sistema.

Dicha percepción surge a partir de la experiencia de cada participante y de los supuestos o ideas que tienen acerca del funcionamiento del sistema. Los factores más mencionados fueron: no obtener la atención deseada en el momento esperado, la desmotivación frente a la gran cantidad de trámites burocráticos que implica en muchas ocasiones acceder al servicio y el desconocimiento de las rutas de atención o de los trámites que implica acceder al servicio.

Adicionalmente, aparecen otros variados y particulares factores limitantes identificados por los entrevistados, como lo son:

- Desconfianza generada por el personal capacitado.
- Desconfianza en los alcances de la intervención.
- Experiencias previas negativas tanto con servicios de salud general como de atención psicológica particular.
- El estigma frente a los servicios de salud mental: "es para personas que están locas".
- La percepción de una atención poco personalizada.
- La minimización de sus problemas como "poco graves o poco importantes".
- La resistencia a afiliarse al sistema por parte del régimen subsidiado.
- La "mala fama" que tienen los servicios de salud en general.
- La rotación del personal que atiende un mismo caso.

En lo que concierne a las barreras por oferta (disponibilidad de los servicios por parte de los prestadores de salud), los entrevistados señalan falencias en el funcionamiento y la prestación de servicios de salud mental por parte del sistema de salud, que impiden o limitan el acceso real a estos. Resulta relevante que cinco de los seis entrevistados identifican la poca disponibilidad o la falta de personal capacitado para cubrir o responder a la alta demanda de salud mental actualmente, como uno de los principales factores que impiden el acceso a dichos servicios, pues ello desencadena otro tipo de factores que limitan el acceso real y oportuno. Dichos factores son:

- Demoras en el tiempo de asignación de citas.

- Poca disponibilidad de agenda.
- Atención masiva que impide tener el tiempo suficiente para brindar una atención de calidad.
- Trabas burocráticas para obtener la atención deseada.

No obstante, aparecen otras falencias por parte del sistema que impiden el acceso a dichos servicios, entre los cuales resalta la poca visualización o socialización por parte de las entidades prestadoras de salud acerca de los servicios que se ofrecen y las rutas que hay para el acceso en materia de servicios de salud mental (barrera identificada por tres de los seis entrevistados). Adicional a ello, se mencionaron:

- Los largos trámites para afiliarse al sistema de salud (sobre todo al régimen subsidiado) luego de haber perdido la afiliación.
- Los intermediarios para acceder al servicio de salud mental (atención inicial con médico general)

En contraste a lo previamente descrito, cabe destacar que para todas las/los participantes el bajo costo económico de los servicios de salud mental ofertados por medio del sistema de salud, actúa como un factor facilitador a la hora de buscar y hacer uso de estos.

A partir de lo referenciado en este apartado, se hace evidente el cumplimiento de este objetivo, pues se logran identificar no solo factores que limitan el acceso a los servicios de salud mental, sino también algunos aspectos facilitadores (mencionados también por autores consultados en el marco de antecedentes). Además, la anterior descripción de hallazgos corresponde al relato de una completa experiencia expresada por cada uno de los individuos que participaron del presente estudio de caso.

#### **6.4 Satisfacción con la Atención Recibida**

El objetivo al que hace referencia esta categoría fue: “Evaluar la satisfacción de los usuarios del sistema de salud, acerca de la atención que recibieron en relación a su salud mental”. En relación a lo anterior se encontró que, en términos generales, el principal motivo de insatisfacción expresado por la mayoría de los entrevistados (cinco de ellos) hace referencia a los tiempos de asignación de citas, pues estos suelen ser extensos e implican una gran cantidad de trámites o trabas burocráticas, que a la final desmotivan a los usuarios de continuar con los

procesos. Solo una de las participantes no manifestó descontento respecto a este tema, pues al momento de buscar la atención ella tenía una póliza, lo cual hizo que la priorizaran para la asignación, tal como ella misma lo reconoce. Seguido de ello, aparecen las quejas por el tiempo de duración de las citas, pues cinco de los seis consultantes afirman que este tiempo es corto y no permite profundizar o ahondar en aspectos que pueden ser relevantes para el caso y que limita la posibilidad de generar confianza con el profesional y de un diálogo fluido; las consultas de todos ellos oscilaron entre los 20 y 30 minutos aproximadamente, únicamente una de las entrevistadas recibió una atención de hora y quince minutos y no refiere inconformidad al respecto.

En cuanto al trato recibido, las opiniones resultan variadas, pues dos de las/los participantes manifiestan su insatisfacción al respecto y la principal queja gira en torno a no haberse sentido escuchadas, ni validadas por quien les brindó la atención. Otro participante expresa su agrado con el trato "profesional" que recibió durante su proceso, logrando generar confianza y empatía; no obstante, tres de ellos no mencionan nada al respecto. Ahora bien, en cuanto a la satisfacción con el personal capacitado, la mitad de los entrevistados expresan su inconformidad con el profesional que les atendió, ya sea por desconfianza en las capacidades de esa persona, por la percepción de un mal proceder o por la falta de interés percibida frente al caso, tal como lo menciona uno de los participantes: "solo cumplen con los deberes que les imponen" (L. Arbeláez, comunicación personal, 28 de julio de 2022). Por su parte, la otra mitad de las/los participantes expresan su satisfacción con el personal que brinda la atención, ya sea por motivo de las herramientas que promueven o como orientan el caso, o simplemente no presentan quejas de los profesionales que se encargan de brindar dichas orientaciones.

En cuanto al cumplimiento de las expectativas y la resolución de las necesidades, sólo dos de los seis participantes refieren haber sentido mejoras o cambios respecto al motivo inicial de consulta y se lo atribuyen a la atención recibida por parte del sistema. Sin embargo, el resto de los entrevistados no consideran que su necesidad se haya visto cubierta o solventada de alguna manera a raíz de la atención recibida en salud mental, pues en algunos casos las expectativas de recibir orientación y claridad frente a lo que les estaba sucediendo fue algo que nunca se dio o esa resolución se dio por otros medios (trabajo propio o por terceros), o como en el caso de una de las participantes, la situación problemática se resolvió antes de lograr conseguir la atención que necesitaba.

La percepción de manera general que tienen las/los participantes sobre la atención que recibieron en salud mental, responde por completo a la experiencia de atención que tuvo cada uno, por lo cual se encuentran opiniones variadas al respecto. Los adjetivos, más que todo negativos, con los que cada uno calificó la atención se resumen así: mediocre - genérica - apresurada - poco satisfactoria - lenta - mala - no tan buena - generalizada - poco personalizada - con falencias - terrible - inoportuna y generalista. No obstante, algunos de las/los participantes calificaron la atención como: útil - eficiente - satisfactoria - oportuna y buena.

Para cumplir con este objetivo, se realizó la evaluación de la percepción de calidad de la atención, por parte de las/los participantes, a partir de 5 factores que dieron cuenta de la poca satisfacción en términos generales que reportan los entrevistados y que da como resultado final una calificación (cualitativa) negativa del servicio. Estos factores fueron: Satisfacción con el trato recibido, Satisfacción con el personal capacitado, Satisfacción con el tiempo de duración, Resolución de la necesidad, Percepción general de la atención en salud mental.

## 7 Discusión

Luego de conocer la experiencia que tuvieron las/los participantes en términos de la atención en salud mental que recibieron, es posible inferir que, tal como se mencionó en el planteamiento del problema, existen factores que limitan o impiden el acceso real a estos servicios especializados. Se habla de acceso real, siguiendo a Echeverry (2011), cuando las instituciones que ofrecen y prestan el servicio demuestran la capacidad para responder efectiva y eficazmente ante las necesidades reales de la población (capacidad resolutive de la oferta), y al mismo tiempo, este se da cuando existe, por parte de los usuarios, la percepción de satisfacción con la atención recibida y sensación de resolución de la necesidad que impulsó la búsqueda de dicha atención (percepción positiva por parte de la demanda).

Es así como en los principales hallazgos de esta investigación se evidencian diferentes tipos de barreras de acceso, experimentadas por las/los participantes, que impiden o impidieron la consecución de una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental, ofrecida por medio del Sistema de Salud. Algunas de estas han sido reconocidas en diversos estudios como los mencionados en la revisión de antecedentes del presente estudio; no obstante, aparecen situaciones, propias de la experiencia de cada sujeto entrevistado que no se encuentran en la literatura, ni en los antecedentes, lo cual da pie para realizar inferencias que corresponden al amplio fenómeno de la atención en salud mental por medio del sistema público de salud. A continuación, se procede con la discusión en torno a la problemática vigente asociada a este fenómeno que consiste en la existencia de factores limitantes para lograr un acceso real al sistema desde la perspectiva del usuario.

En este sentido, en lo que respecta al proceso de necesitar y buscar atención en salud mental, se evidencia que el reconocimiento de la propia necesidad en salud actúa como un facilitador para la búsqueda de los servicios, tal y como reconocen Restrepo et al. (2014), en las conclusiones del estudio que llevaron a cabo. No obstante, el hecho de no reconocer dicha necesidad, tampoco representó una barrera significativa para el acceso de muchos de las/los participantes, pues este se dio gracias a personas externas que evidenciaron e incitaron la búsqueda de la atención.

En este punto resulta evidente la poca visualización que tienen los servicios de salud mental y por ende el desconocimiento de los usuarios frente a las rutas de acceso e incluso sobre los

derechos en términos de salud (y de salud mental), lo cual puede actuar como una barrera en el acceso para muchas personas, tal y como lo mencionan González et al. (2016) en los hallazgos de su investigación, reportando que este es uno de los múltiples factores que inciden en el acceso efectivo a los servicios de salud mental. Lo anterior puede ser incluso más crítico para aquellas personas que por condiciones sociodemográficas no cuentan de por sí con acceso a servicios de información claros y oportunos (como en el entorno rural o con condiciones sociales desfavorables o marginadas); de forma similar, Piedrahita et al., (2020), dan cuenta de las diferencias existentes entre las posibilidades con las que cuentan las personas de entornos urbanos, en contraste con las personas de entornos rurales.

No obstante, en el actual estudio, dicha barrera referente a la información obtenida no se hace evidente debido a diferentes cuestiones. En primer lugar, se debe a la población escogida para hacer parte de la investigación, pues uno de los criterios de inclusión era haber recibido efectivamente la atención en salud mental, pero también responde a esas condiciones sociodemográficas de la muestra seleccionada (la mayoría habitantes en cascos urbanos), quienes probablemente tienen mayor acceso a información disponible; a pesar de ello, se evidencia un nivel de desconocimiento para acceder a los servicios en esta población. Para mayor profundidad en el estudio de este factor como barrera de acceso, será necesario llevar a cabo investigaciones que se enfoquen únicamente en evidenciar este fenómeno con las poblaciones que se pueden ver potencialmente más afectadas por ello, como las mencionadas en el párrafo anterior.

Aun así, resulta relevante los motivos por los cuales se desconocen las necesidades de atención en salud mental, siendo el estigma frente a este tema uno de las principales limitantes a la hora de percibir que algunos de los problemas cotidianos corresponden al orden de los problemas psicológicos y que en muchos casos van a requerir de cierta orientación o acompañamiento profesional. Esto último coincide con lo planteado por Campo Arias et al. (2014), quienes encontraron que:

El estigma en salud mental, percibido y perpetrado, se configura de varias maneras como barrera de acceso a la salud integral e integrada. Por un lado, las personas que reúnen trastornos mentales interiorizan la culpa y la vergüenza por los síntomas y, por el otro, carecen de poder político y, en consecuencia, no abogan por sí. (p.165)

Por su parte, el hecho de buscar atención por medio del sistema como la única opción para la mayoría de los usuarios (facilitador del acceso), cobra relevancia cuando se analiza el contexto

socioeconómico del país, a razón de que gran parte de la población colombiana no cuenta con los recursos necesarios para acceder a servicios privados en materia de salud mental y ante la escasez de ofertas con tarifa diferencial, los usuarios se ven sometidos a un sistema hostil con múltiples falencias en términos de respuesta efectiva y oportuna ante la creciente demanda de necesidades en salud mental.

Ahora bien, el deseo que presentan la mayoría de los usuarios de recibir orientación o claridad sobre su situación problemática, es válido y lógico debido a que precisamente de eso se trata el recibir atención en cualquier ámbito de la salud, no obstante, dicha expectativa resulta tener matices de subjetividad que corresponden a la experiencia de cada sujeto y la percepción individual que cada quien tiene sobre conceptos como la salud mental, los problemas o trastornos psicológicos y la atención profesional que se brinda para ello. Por ejemplo, una de las participantes considera que la atención que va a recibir debe implicar un diagnóstico clínico: “yo esperaba a que me diagnosticarían algo como de depresión, de ansiedad, como que encasillarán de pronto eh ese sentir que yo estaba teniendo en ese momento en algo ya conocido” (M. Torres, comunicación personal, 29 de julio de 2022) y otra participante percibe que la atención debe ir más allá de solo enfocarse en la afección patológica:

entendía que estaban los medicamentos de por medio sí, pero, como que no solamente todo se enfocara pues como en que tómesese las pastillas, y en que, cómo le va con las pastillas, y ya, sino también como un tipo de psicoterapia, pues como poder hablar por qué pasan las cosas, porque es que hay veces uno ni siquiera sabe (L. Arbeláez, comunicación personal, 28 de julio de 2022).

Esto último permite entrever lo que Tobón (2005) ya percibía, al afirmar que la atención en salud mental es un proceso que requiere de la acción intersectorial y no solo un abordaje farmacológico que ignora la “multicausalidad de la alteración mental”.

Cabe aclarar que dicha subjetividad frente a las expectativas de atención, determinará en mayor o menor medida la sensación o percepción de resolución de la necesidad, dependiendo de cada caso. Dicha situación cobra relevancia al momento de evaluar la efectividad de los servicios en términos de la ayuda que puede brindar cada profesional del área de la salud mental, lo cual puede resultar en opiniones variadas y poco objetivas, pues el método y la estrategia de evaluación e intervención es igual de variable que la misma definición de psicología (en el ámbito de la psiquiatría dicha subjetividad es más reducible y menos problemática).

Por ende, el cumplimiento o no de dichas expectativas (tan subjetivas) puede determinar en gran medida el deseo de volver a buscar atención por este medio o, por el contrario, la intención de desistir o no buscar la atención a pesar de percibir la necesidad. Esto último puede resultar contraproducente, por motivo del aumento en la prevalencia de problemas y desórdenes mentales que no reciben tratamiento oportuno y pueden desencadenar en problemas mayores tanto individualmente como en materia de salud pública, tal como planteaba Rojas et al. (2018); ejemplo de ello sería el incremento de los eventos de suicidio, como se mencionó en el planteamiento del problema.

Por otro lado, luego de determinar las barreras de acceso a los servicios de salud mental que perciben los entrevistados, se logra evidenciar que hay factores que actúan como barreras por demanda y por oferta al mismo tiempo, pues responden a cuestiones que tienen que ver tanto con la disponibilidad de los servicios, es decir las pocas facilidades que ofrecen las entidades e instituciones prestadoras de salud para acceder a ellos (oferta); así como también con la poca disposición o el bajo deseo que encuentran los usuarios para hacer uso de dichos servicios (demanda).

Ejemplo de lo anterior se encuentra los largos y dispendiosos trámites para obtener citas o remisiones, al igual que la cantidad de trabas burocráticas que se presentan en el proceso de buscar y recibir atención en salud mental (y en salud en general); esto se configura como lo que Piedrahita et al. (2020) entienden por barreras de tipo administrativas, concordando en que estas resultan ser una de las principales limitaciones para el acceso, lo cual es identificado de esta manera tanto por los participantes del estudio realizado por ellos, al igual que por los entrevistados de la presente investigación. Este tipo de barreras se presenta como una falencia que se tiene desde las instituciones en relación a la incapacidad para prestar servicios de manera oportuna, que a su vez incide en la motivación y disposición del usuario para hacer uso de dichos servicios luego de haber vivido experiencias desfavorables en este ámbito.

Por su parte, la no afiliación al sistema de salud es otro de esos factores que resulta ser un limitante para el acceso tanto por oferta como por demanda. Este se puede dar por diversos motivos, como el hecho de quedar desempleado y por ende no tener la posibilidad de continuar cotizando, obligando así a afiliarse por el régimen subsidiado, lo cual puede resultar en un trámite igualmente largo y molesto, debido a las demoras administrativas que suelen presentarse, tal y como lo relata uno de los entrevistados:

fue un procedimiento super tedioso que tomó dos semanas en la cuales madrugaba todos los días a SURA a hacer filas larguísimas, me hicieron hacer un montón de papeleo, fue una odisea horrible, al final pude lograrlo, pero digamos que todo ese trámite, toda esa burocracia es lo que en este momento me impide intentar volver a realizar de nuevo el procedimiento (A. Osorio, comunicación personal, 29 de julio de 2022).

Todo ese largo proceso sigue dando cuenta de las falencias a nivel de prestación del servicio (ya sea por falta de recursos, de personal o de disposición), convirtiéndose así en una barrera en términos de oferta para el acceso a la atención en salud en general (y en salud mental), que a su vez se convierte en un factor desmotivante para el usuario, lo cual conlleva a la no utilización del servicio y por ende la no atención a las necesidades en salud mental que puedan presentarse (barrera por demanda).

Lo anterior coincide con los hallazgos de la investigación realizada por Echeverry (2011), puesto que las barreras de acceso al sistema en general, ya sean por oferta o por demanda, afectan en mayor medida a los no afiliados o a los pertenecientes al régimen subsidiado, esto debido a que al no estar afiliado no es posible recibir ningún tipo de atención en salud, y menos en salud mental, por parte del sistema.

Ahora bien, algunos hallazgos específicos descritos en el apartado de barreras de acceso a los servicios de salud mental, coinciden con los resultados y conclusiones obtenidas por Henao et al. (2009) quienes también encontraron que la afiliación al sistema de salud, los recursos económicos y el escaso personal calificado, son algunas de las dificultades de acceso percibidas por los participantes de su investigación. Del mismo modo, Restrepo et al. (2014) también concuerdan en que las trabas administrativas, la demora en las autorizaciones y la falta de recursos profesionales se configuran como barreras para el acceso real a los servicios de salud mental. Otros factores identificados en el presente estudio, como los intermediarios para acceder a servicios de salud mental, la rotación constante del personal que atiende y las percepciones más particulares de cada sujeto frente a la atención (ver apartado de resultados), son barreras para el acceso que no se mencionan en los hallazgos o las conclusiones de ninguno de los antecedentes de investigación revisados.

Por último, en términos de la calidad del servicio ofrecido por medio del sistema, es de resaltar el principal factor, identificado en este estudio, que incide en la satisfacción de los usuarios

con la atención recibida, el cual tiene que ver con los tiempos de asignación de citas, pues a mayor demora mayor será la insatisfacción por parte del usuario, lo cual es mencionado de manera similar por Cano et al. (2016) al evidenciar que para los participantes de su investigación es de gran importancia un servicio que se presta a tiempo para considerarlo de calidad. Ahora bien, la incidencia que tiene en la satisfacción del usuario, una cuestión tan fundamental como lo es el buen trato por parte del personal que atiende, que autores como Chacón et al. (2020) y Cano et al. (2016) también encontraron en sus respectivos estudios, en la presente investigación de igual forma se hace evidente, pero no se constituye como un factor muy determinante a la hora de determinar la satisfacción de los usuarios que participaron de las entrevistas.

En contraste con lo anterior, estos mismos autores también señalan que la percepción de resolución de la necesidad o de los problemas por los que inicialmente buscaron atención, es otro de los principales factores que inciden en la satisfacción de los usuarios y por ende de la valoración de calidad en el servicio, lo cual sí se puso de manifiesto en los hallazgos del presente estudio, pues varios de los entrevistados llegaron a la conclusión de no haber recibido la atención que esperaban, ni la resolución de los motivos de consulta inicial y por ende la insatisfacción en general que ello les generó, puesto que muchos de ellos, a raíz de esa insatisfacción, han optado por abandonar los procesos o desistir de la búsqueda en otros momentos.

Por su parte, otros factores identificados en este estudio, que inciden en la percepción de calidad por parte de los usuarios, tales como la insatisfacción con el personal capacitado y el descontento con los cortos tiempos de duración de las consultas, se ven reflejados en las barreras de acceso que identifican las/los participantes de esta investigación, más no se tiene referencia de estos aspectos en los antecedentes de investigación revisados. Únicamente, Gómez et al. (2021), resaltaron la capacitación del profesional en salud mental como factor que incide en la atención que reciben las personas con condiciones de salud mental. Puesto que en varios estudios se hace referencia a la falta de personal que atienda y no tanto a cuestionar la formación que estos han recibido, como variable que también puede interferir en la valoración por parte del usuario.

## 8 Conclusiones

Los hallazgos obtenidos a partir de este ejercicio investigativo resultaron ser relevantes, pertinentes y suficientes para dar cuenta del fenómeno de la atención en salud mental por parte del Sistema de Salud a través de la percepción de algunos usuarios que hacen uso de los servicios que se ofrecen. Así mismo, estos resultados concuerdan con los hallazgos de otras investigaciones que han abordado el tema de diversas maneras, lo cual permite la extracción de conclusiones en común, aunque también aparecen aspectos nuevos y diferentes respecto a los antecedentes de investigación que se tuvieron en cuenta.

La experiencia de cada participante permitió evidenciar la subjetividad implícita al momento de valorar o calificar la atención que recibieron, puesto que particularidades como las expectativas frente a la atención y el cumplimiento o no de estas (satisfacción) dependen en gran medida de la percepción, las representaciones o los significados que cada individuo le otorga a este proceso. Sin embargo, dicha subjetividad, propia de la experiencia (privada), no niega el hecho de que existen falencias en la atención que se brinda desde el sistema de salud público, que se expresan a modo de barreras o limitantes en el acceso potencial y real -rectificadas en este estudio- lo cual tiene un impacto tanto en el proceso de búsqueda de los servicios, como en el inicio y mantenimiento de la atención, así como también en la resolución de las necesidades en salud mental.

Como bien se mencionó con anterioridad, la dinámica bajo la cual se rige el actual sistema de salud, en función del rendimiento económico más que en la satisfacción de las necesidades en salud, conduce finalmente a la implementación mediocre o nula de los lineamientos normativos y legislativos, que en esencia están diseñados para la protección de los derechos humanos consagrados en la constitución nacional vigente. Dicha situación resulta ser una problemática actual y preocupante, en primer lugar, porque se vuelve evidente la vulneración a ese derecho de obtener una atención integral, oportuna y de calidad que tienen todos los colombianos; y en segundo lugar, debido al incremento en los índices de prevalencia e incidencia de los trastornos y problemas mentales o de situaciones derivadas de ello, que conllevan finalmente a la aparición de problemas de salud pública.

Resulta entonces pertinente llevar estas reflexiones a espacios de discusión y toma de decisiones, que tienen como finalidad la promoción de estados óptimos de salud en toda la

población (deber del Estado como garante de los derechos), con el fin de lograr verdaderamente la prestación de servicios y de atención de forma integral, oportuna y de calidad en materia de salud mental específicamente, pues las experiencias narradas desde la perspectiva de quienes se benefician de estos dan cuenta de lo mucho que falta para obtener dicha atención por medio del actual Sistema de Salud.

## **9 Recomendaciones**

Se considera necesario y pertinente realizar este tipo de estudios que valoran la experiencia de atención en salud mental, desde una mirada que involucre diferentes tipos de poblaciones, sobre todo aquellas que históricamente han sido vulneradas o marginadas (personas de la comunidad LGBTI, desplazados, inmigrantes, reinsertados, entre otros), así como también resulta imperante la necesidad de conocer a mayor profundidad cómo la desigualdad y la inequidad vigente en nuestro contexto incide en la satisfacción de las necesidades en salud mental de las comunidades y los individuos (diferencias entre poblaciones rurales y urbanas o por diferencias socioeconómicas).

## Referencias

- Acosta, S. R. (2010). *Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia*. [Trabajo de investigación en maestría, Universidad autónoma de Barcelona]. ResearchGate.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Arrivillaga-Quintero, M. (2009). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8(1), 137-148. <http://bit.ly/3lSF29Z>
- Avendaño, J. G., & Herazo, E. (2021). Recurso de la acción de tutela por derecho a la salud mental en la jurisprudencia colombiana, 2000-2019. *Revista Tempo e Argumento*, 13(33). <https://doi.org/jw3k>
- Ayala-García, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana*, 204. <https://doi.org/10.32468/dtseru.204>
- Bedoya Murillo, C. D., García Restrepo, D. M., & Pérez Collante, Y. J. (2016). *Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: Revisión sistemática de la literatura*. [Monografía para optar el título de especialista en gerencia de IPS, Universidad CES]. Repositorio Institucional CES. <http://bit.ly/3YLIe5T>
- Bedoya, D., Buitrago, D., Restrepo, V., & Vanegas, A. (2020). Salud mental: de un ejercicio conceptual a un modelo de formación. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios [UNIMINUTO]. <https://hdl.handle.net/10656/9877>
- Beltrán Cleves, M. V. (2021). *Talento humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud en el departamento del Caquetá, Colombia* [Disertación doctoral, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional de la Universidad del Rosario – EdocUR. <https://doi.org/jw72>

- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(4), 212-217. <https://doi.org/f2vxt8>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167. <https://doi.org/f2tf2t>
- Cano, S. M., Giraldo, A., & Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención. Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 48-53. <http://bit.ly/3Ixno4l>
- Centeno, N. A., & Novella, A. C. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23).
- Chacón Paja, J., Noguera Velasco, L. F., & Bedoya Flórez, C. X. (2020). *Percepción de la calidad de la atención en salud, en usuarios del servicio de consulta externa, de la IPS Horisoes del municipio de Florencia-Caquetá en el último trimestre de 2018*. [Trabajo de grado de especialización, Universidad EAN]. Biblioteca Digital Minerva – Universidad EAN.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín de salud mental: Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Boletín de salud mental Oferta y Acceso a Servicios en Salud Mental en Colombia*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Boletín epidemiológico semana 35*. Instituto Nacional de Salud.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 429 de 2016 (febrero 17): por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud*. Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 2292 de 2021 (diciembre 23): por la cual se actualizan y establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. Diario Oficial No. 51.897.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 2626 de 2019 (septiembre*

- 27): *por la cual se Modifica la Política de Atención Integral en Salud - País y adopta el Modelo de acción Integral Territorial – Maite*. Diario Oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993 (diciembre 23): por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148.
- Colombia. Congreso de la República. (2006). *Ley 1090 DE 2006 (septiembre 06): por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial No. 46.383.
- Colombia. Congreso de la República. (2007). *Ley 1122 de 2007 (enero 09): por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 46.506.
- Colombia. Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 de 2011 (enero 19): por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 47.957.
- Colombia. Congreso de la República. (2013). *Ley 1616 de 2013 (enero 21): por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.680.
- Colombia. Gobernación de Antioquia. (2020). *Ordenanza 06 de 2020 (mayo 30): por medio de la cual se adopta el Plan de Desarrollo Departamental Unidos por la Vida, 2020-2023*. [bit.ly/3k6RZwq](https://bit.ly/3k6RZwq)
- Coral Linares, L. D. (2021). *Accesibilidad de las personas sordas a servicios de salud mental*. [Trabajo de grado, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio Institucional – UNICATOLICA.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *El campo de la investigación cualitativa: Manual de investigación cualitativa*, Volumen I (1). Editorial Gedisa.

- Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga-Quintero, M. (2017). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-309. <https://doi.org/jw7x>
- Durán, M. M. (2012). El estudio de caso en la investigación cualitativa. *Revista nacional de administración*, 3(1), 121-134. <https://doi.org/g7z4>
- Echeverry-López, M. E. (2011). Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 97-109. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp10-20.rsrt>
- Gómez, R. D. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1). <https://bit.ly/3IuHLiF>
- Gómez-Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Martínez, N. T., Matallana, D., & González, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 2-8.
- Gómez-Restrepo, C., Cárdenas, P., Marroquín-Rivera, A., Cepeda, M., Suárez-Obando, F., Uribe-Restrepo, J. M., ... & Marsch, L. A. (2021). Barreras de acceso, autorreconocimiento y reconocimiento en depresión y trastornos del consumo del alcohol: un estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 55-66. <https://doi.org/jw3q>
- González, L. M., Peñaloza, R. E., Matallana, M. A., Gil, F., Gómez-Restrepo, C., & Landaeta, A. P. V. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 89-95. <https://doi.org/jvvk>
- Guarnizo-Herreño, C. C., & Agudelo, C. (2008). Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Revista de salud pública*, 10, 44-57. <https://doi.org/cgm2>
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud pública de México*, 53, 144-155.

- Guerrero Zuluaga, B. A. (2020). *Atención integral e integrada en salud mental, un acercamiento a su proceso de implementación desde las voces de actores estratégicos en el departamento de Antioquia*. [Tesis de maestría, Universidad CES]. Repositorio Institucional CES. <http://bit.ly/3Ejkeyz>
- Henao, S., Restrepo, V., Alzate, A. F., & González, C. M. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 271-281. <https://bit.ly/3xtmD6e>
- Herazo, E. (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, 21-27. <https://bit.ly/3S5TCXL>
- Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://doi.org/jw3r>
- Hernández, J., & Mejía, L. M. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 132-140. <https://bit.ly/3XH3Z5B>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). Mc Graw–Hill Interamericana Editores, SA DF–México.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1),70-79. <https://doi.org/gf5k9s>
- Kohn, R., & Levav, I. (2009). La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 300–315). OPS.

- Lopera, J. D. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32, 11-20. <http://bit.ly/3XEDVYG>
- Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A. F., & Tamayo-Ramírez, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Revista de salud pública*, 9(1), 26-38. <https://doi.org/cgm2>
- Mendieta-González, D., & Jaramillo, C. E. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista latinoamericana de derecho social*, (29), 201-218. <https://doi.org/jw7c>
- Mogollón-Pérez, A. S., & Vázquez, M. L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 745-754. <https://doi.org/bhnrqz>
- Monroy-Sánchez, D. C. (2020). Naturaleza del acceso a los servicios de salud mental de la población adulta víctima del conflicto armado en Colombia. *Revista Salud Bosque*, 10(1). <https://doi.org/jw3w>
- Morrison, V., Bennett, P., Parga, M. X. F., Franco, V. R., Elvira, A. C., & Fidalgo, M. M. (2008). *Psicología de la salud* (p. 728). Pearson.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <http://bit.ly/3IRR6Z9>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental. Comunicado de prensa*. <http://bit.ly/3KsHIWd>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicidio*. <http://bit.ly/3EjCTdK>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Nota descriptiva*. <https://www.who.int/es>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. <https://bit.ly/3IfT2II>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución*. <http://bit.ly/3YX3vcu>

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). “*No hay salud sin salud mental*”. <http://bit.ly/3XKmyWf>
- Pabón Córdoba, M. L., & Palacio Díaz, K. I. (2020). *Percepción de la calidad de los servicios de salud desde la satisfacción de los usuarios en el Hospital Local de Sitionuevo Magdalena, periodo 2017-2019* [Trabajo de grado de pregrado, Universidad de la Costa]. Repositorio Universidad de la Costa.
- Pan American Health Organization-PAHO. (2012). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. <https://bit.ly/3xDhyIz>
- para la Salud Mental, F. M. (2009). *Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. EEUU: WFMH*. <https://bit.ly/3kkNRZA>
- Periódico UNAL. (2020). “En Colombia hay muchas barreras para acceder al servicio de salud mental”. En *Periódico UNAL*. [bit.ly/4107V47](http://bit.ly/4107V47)
- Piedrahita, L. B., Arias, A. V., Moya, L. P., Molina, S. G., Correa, Y. A., & Arciniegas, C. A. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. <https://doi.org/grp78p>
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498. <https://doi.org/10.7705/biomedica.2214>
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <https://bit.ly/3IvuPJK>
- Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <https://doi.org/grp78j>
- Riveros, M. I. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuadernos médico sociales*, 47(1). [bit.ly/3IbkNf7](http://bit.ly/3IbkNf7)

- Rodríguez, F. L., Muñoz, C. F. M., & Martínez, E. G. (2020). La tutela del derecho a la salud mental en época de pandemia. *Opinión Jurídica*, 19(40), 369-392. <https://doi.org/jw69>
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/c654>
- Salazar, G. J. Á., Gallego, M. G., & Usme, M. L. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores (Health Crisis in Colombia: limiting access to the fundamental right to health of older adults). *Revista CES Derecho*, 7(2), 106-125. <https://doi.org/jw7k>
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. [bit.ly/3I7GzR6](http://bit.ly/3I7GzR6)
- Sotelo, Ó. D. D. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74. [bit.ly/3kaer7R](http://bit.ly/3kaer7R)
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67. [bit.ly/3EgzuMF](http://bit.ly/3EgzuMF)
- Tobón, F. Á. (2005). La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1). [bit.ly/3KiOy0e](http://bit.ly/3KiOy0e)
- Tovar-Cuevas, L. M., & Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 12-26. <https://doi.org/jw6k>
- Valenzuela-Fuenagan, P. A., & Mejía-Ortega, L. M. (2021). Acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad: el caso de una Fundación en Nariño (Colombia), 2017. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(1). [bit.ly/3Z1suev](http://bit.ly/3Z1suev)

- Vargas, J., & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), 121-130. [bit.ly/3YGth4P](https://doi.org/10.15446/rfns.1111)
- Villa, J. P. (2006). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 5(1), 21-33. [https://doi.org/jw6f](https://doi.org/10.15446/rcre.1111)
- Zamora-Rondón, D. C., Suárez-Acevedo, D., & Bernal-Acevedo, O. (2020). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 21, 175-180. [https://doi.org/jw7j](https://doi.org/10.15446/rsp.1111)

## Anexos

### Anexo 1. Guía de entrevista + cuestionario previo

#### *Guía de entrevista*

Las siguientes preguntas se realizan con el fin de conocer su experiencia respecto a la atención en salud mental que ha recibido cuando ha sentido la necesidad de buscar ayuda. El acceso a los servicios de salud mental (psicología, psiquiatría, programas de promoción y prevención de la salud mental), se limita únicamente a aquellos que se ofrecen desde el sistema de salud, es decir, los que se ofrecen en el Plan de Beneficios en Salud (antes POS, ahora PBS) por medio de su EPS.

Es importante que responda con sinceridad. Comprenda que no será evaluado (a) o juzgado (a) por sus respuestas, únicamente se busca profundizar en el relato de una experiencia y su perspectiva frente a la situación de atención en salud mental que reciben los colombianos por medio del sistema.

#### *Preguntas orientadoras*

1. ¿Cuál ha sido el motivo por el que ha asistido a servicios de salud mental por medio de su EPS?
2. ¿Cómo espera que sea la atención en salud mental que se le brinda por medio de la EPS?
3. ¿Recibió la atención que usted esperaba al acudir al servicio de salud mental?
4. ¿Cómo se sintió después de recibir la atención en salud mental?
5. ¿Cómo describiría usted la atención en salud mental que recibió por parte de su eps?
6. ¿Qué opinión tiene usted sobre él o la profesional en salud mental que lo atendió?
7. ¿Qué considera sobre el tiempo de duración que tuvo la consulta de salud mental?
8. ¿Qué opina sobre el tiempo de espera para la asignación de citas para la atención en salud mental?
9. ¿Qué dificultades ha experimentado cuando ha buscado acceder a servicios de salud mental por parte de su eps?
10. ¿Alguna vez ha desistido de buscar atención en salud mental por algún motivo? ¿Cuál o cuáles?
11. ¿Cuáles han sido las principales limitaciones que considera usted tiene el sistema para ofrecer servicios de salud mental eficientes y deseados?
12. ¿Considera que existen aspectos que podrían facilitar el acceso a los servicios de salud mental?
13. ¿Cómo cree que se accede a los servicios de salud mental?
14. ¿De qué manera ha logrado usted acceder a los servicios de salud mental?
15. ¿Qué derechos considera que tiene usted como usuario del sistema de salud colombiano?
16. ¿Alguna vez ha sentido que se le vulnera algún derecho en términos de la atención en salud mental? ¿Cuál o cuáles?

17. ¿Alguna vez ha tenido que recurrir a procesos judiciales relacionados con la atención en salud mental?

***Cuestionario previo***

Nombre y apellidos	
Edad	
Género	
Municipio de residencia	
Tipo de residencia (rural o urbana)	
EPS	
Tipo de afiliación	
Nivel de escolaridad	
Ocupación	
Estrato socioeconómico	

¿Tiene alguna discapacidad?: Si \_\_ No\_\_ ¿Cuál?

¿Alguna vez ha buscado atención en salud mental (psicología - psiquiatría) por medio de su EPS?

¿Alguna vez ha accedido a servicios de salud mental y recibido efectivamente la atención por medio de la EPS?

¿A qué servicios de salud mental ha accedido usted?

¿Le interesa participar en la investigación titulada: ***“Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental en el sistema de seguridad social y de salud colombiano”*** únicamente con fines académicos y sin ánimo de lucro?

## Anexo 2. Consentimiento informado

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### “Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental en el sistema de seguridad social y de salud colombiano”

##### Investigador(a)

Calderón Vélez, Daniela - Estudiante de psicología, Universidad de Antioquia

##### Título del proyecto

Hacia una atención oportuna, integral y de calidad en salud mental en el sistema de seguridad social y de salud colombiano

##### Introducción

A usted (nombre) \_\_\_\_\_ se le está invitando a participar de la investigación “Atención oportuna e integral en salud mental en el sistema de seguridad social y de salud colombiano”

Es importante que conozca que:

- La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.
- Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.
- Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.

##### Información sobre el estudio de investigación

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y, de ser necesario, preguntar, averiguar y discutir aspectos de este estudio, con el investigador o con cualquier persona que usted considere necesaria.

##### Objetivo

Indagar por las experiencias de personas adultas residentes en el municipio de Sabaneta, usuarios del Sistema de Salud colombiano, acerca de la atención recibida en salud mental, en el contexto de la pandemia (2020-2022).

##### Procedimiento

Para el desarrollo de esta investigación se llevarán a cabo entrevistas semi-estructuradas con el fin de conocer su percepción acerca de la atención en salud mental que se ofrece por medio del sistema de salud sanitario y estatal, para así identificar dificultades o falencias que se puedan presentar durante el proceso de buscar y recibir atención en salud mental. Posteriormente se realizará el análisis de la información obtenida en las entrevistas, mediante la implementación de procesos de codificación y categorización. Por último, se darán a conocer los resultados de la investigación, a partir de la socialización de estos con el grupo de personas que participaron en el estudio.

**Beneficios**

Los beneficios de participar en esta investigación responden más bien al aporte que se puede generar a partir del relato de experiencias reales que tienen las personas respecto a la atención que reciben en salud mental, lo cual es considerado como un derecho que se debe garantizar para todos y todas las colombianas, sin discriminación o limitación alguna. Los resultados de esta investigación permitirán visibilizar una problemática actual, abordada desde el punto de vista de las necesidades de la población específicamente, lo cual posibilita una mayor comprensión de dicho fenómeno, de forma que sea de utilidad para la posterior toma de decisiones en el campo y la implementación de mejoras en la atención que se brinda.

**Inconvenientes****y****riesgos**

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre del Ministerio de salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral. Si usted considera que se pone en riesgo su integridad, podrá expresarlo a los investigadores o quien crea necesario.

Usted podrá ausentarse si por cualquier razón no puede participar de las sesiones de entrevista o demás actividades de la investigación. Le solicitamos que se comunique a tiempo con los investigadores para programar un nuevo encuentro.

**Reserva****de****la****información****y****secreto**

Los encuentros serán grabados y transcritos, y únicamente los investigadores tendrán acceso a su información personal.

La información será transcrita y analizada con el uso de códigos que permitan mantener la confidencialidad y el anonimato.

Los resultados de la investigación serán utilizados en el Proyecto de Grado del pregrado de Psicología de la Universidad de Antioquia; se conservará el anonimato de todos los participantes. Nunca se publicarán ni se divulgarán a través de ningún medio los datos personales de quienes participen en esta investigación.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Después de leer y comprender la información suministrada en relación con la investigación *Atención oportuna e integral en salud mental en el sistema de seguridad social y de salud colombiano* y luego de recibir por parte del investigador (Nombre) \_\_\_\_\_, explicaciones verbales sobre la misma y respuestas satisfactorias a mis inquietudes, y de haber reflexionado sobre las implicaciones, beneficios y posibles inconvenientes de mi decisión libre, consciente y voluntaria, manifiesto que yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_, he decidido aceptar mi participación en este estudio. Autorizo al investigador a utilizar la información aportada sobre la temática en futuras investigaciones y la utilización de los resultados en la publicación de informes y artículos científicos.

En constancia, firmo este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO en presencia del investigador \_\_\_\_\_, y de un testigo que da fe de mi libre decisión de participar de esta investigación.

Es de mi conocimiento que estoy en libertad de abandonar el estudio cuando así lo considere adecuado. Que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en mi relación profesional con los investigadores responsables; que estoy en libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de mi participación en este estudio.

**Firma del participante:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

**Firma del Testigo:**

Firmo como testigo, afirmando que no pertenezco al grupo de investigadores y que no tengo intereses de ningún tipo en la ejecución o en los resultados de esta investigación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

**Firma del investigador:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de: \_\_\_\_\_

Firmado en el Municipio de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.