



**Evolución del financiamiento de la Salud Mental en Colombia, entre 2016 y 2019: una  
reflexión crítica sobre sus resultados**

**Edwin André Eraso Bucheli**

Código: 22982028351

**Universidad Antonio Nariño**

Maestría en Economía de la Salud

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Bogotá, Colombia

2022

**Evolución del financiamiento de la Salud Mental en Colombia, entre 2016 y 2019: una  
reflexión crítica sobre sus resultados**

**Edwin André Eraso Bucheli**

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magíster en Economía de la Salud**

Director (a):

Prof. Dr. José Reyes Bernal

Profesor Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Codirector (a):

Omar Segura, MD-PhD, FETP

Profesor Maestría en Economía de la Salud Virtual UAN

Línea de Investigación:

Crecimiento y desarrollo económico

Grupo de Investigación:

Grupo de Estudios en Desarrollo Económico y Social (GEDES)

**Universidad Antonio Nariño**

Maestría en Economía de la Salud

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Bogotá, Colombia

2022

## NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado **Evolución del financiamiento de la Salud Mental en Colombia, entre 2016 y 2019: una reflexión crítica sobre sus resultados,**  
Cumple con los requisitos para optar

Al título de Magister en Economía de la Salud

---

Firma del Tutor

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado

Bogotá, 31 de mayo de 2022.

## Contenido

Lista de Tablas .....	5
Lista de Figuras .....	6
Resumen.....	7
Abstract .....	8
Introducción .....	9
1. Planteamiento del Problema .....	11
1.1 Descripción del Problema .....	11
1.2 Formulación del Problema.....	16
1.3 Justificación .....	16
1.4 Marco Teórico y Estado del Arte.....	17
1.4.1 <i>Economía de la Salud y Epidemiología</i> .....	17
1.4.2 <i>Marco Jurídico</i> .....	19
1.4.3 <i>La Problemática de la Salud Mental y su Financiamiento, la Economía de la Salud y la Epidemiología</i> .....	24
1.5 Objetivos .....	30
1.5.1 <i>Objetivo General</i> .....	30
1.5.2 <i>Objetivos Específicos</i> .....	30
1.6 Diseño Metodológico.....	30
1.6.1 <i>Criterios de Inclusión</i> .....	32
1.6.2 <i>Criterios de Exclusión</i> .....	33
1.7 Consideraciones Éticas .....	33
2. Resultados y Análisis .....	34
2.1 Evolución del Financiamiento de la Salud Mental en Colombia, 2016-2019 .....	34
2.2 Resultados en Salud Mental Obtenidos con los Recursos Financieros Ejecutados, Colombia, 2016-2019 .....	40
2.2.1 <i>Resultados sobre Política de Salud Mental</i> .....	40
2.2.2 <i>Resultados sobre Suicidio</i> .....	42
2.2.3 <i>Resultados sobre la Carga de Enfermedad Mental</i> .....	45
2.2.4 <i>Resultados sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas</i> .....	48
Conclusiones.....	50
Recomendaciones .....	54
Referencias Bibliográficas .....	55

### **Lista de Tablas**

Tabla 1 <i>Consolidado investigación documental sobre financiamiento de la salud mental en Colombia y sus resultados, 2016-2019</i>	32
Tabla 2 <i>Recursos asignados y ejecutados para las acciones de la dimensión de salud mental de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva Colombia 2016 a 2019 (valores monetarios nominales)</i>	36
Tabla 3 <i>Recursos asignados y ejecutados para las acciones de la dimensión de salud mental de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva Colombia 2016 a 2019 (valores monetarios reales)</i>	37

## Lista de Figuras

Gráfica 1 <i>Presupuesto y ejecución de recursos para salud mental en Colombia. 2016 – 2019 ..</i>	38
Gráfica 2 <i>Porcentaje de ejecución de recursos para salud mental en Colombia. 2016-2019 .....</i>	39
Gráfica 3 <i>Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) Colombia 2016-2019 .....</i>	45
Gráfica 4 <i>Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento. Colombia 2005-2018</i>	46
Gráfica 5 <i>Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares. Colombia, 2011-2016.....</i>	48

## Resumen

En esta investigación se busca profundizar en los temas relacionados con el financiamiento de la salud mental y con los resultados en salud obtenidos con los recursos financieros utilizados, en términos del avance y cumplimiento de las metas definidas para los componentes de la promoción, prevención y la atención integral a los problemas y trastornos mentales de la población colombiana entre 2016 y 2019. Para ello, se realizó una búsqueda de la literatura científica en diferentes bases como PubMed, Redalyc, Google Scholar, Scielo, entre otras, a partir de lo cual se adelantó la investigación documental, la comparación y clasificación de las referencias bibliográficas, así como también la integración de las fuentes y organización de la evidencia en apartados temáticos que recogieron todo lo relacionado con el problema planteado y finalmente se presentan los resultados cuantitativos con su respectivo análisis y las reflexiones sobre la información de los diferentes apartados. Se concluye que en el período analizado no hubo una ejecución completa ni la más eficiente gestión de los recursos financieros asignados y tampoco se obtuvieron los resultados en salud mental planeados por las autoridades sanitarias para garantizar el goce efectivo de este derecho a la población colombiana, por lo cual se realizan unas recomendaciones para los principales actores involucrados en la problemática tratada.

**Palabras clave:** financiamiento, salud mental, asignación y ejecución de recursos económicos, dimensión de convivencia social y salud mental, promoción de la salud mental, prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales, Colombia.

### **Abstract**

This research seeks to delve into issues related to the financing of mental health and the health results obtained with the financial resources used, in terms of progress and compliance with the goals defined for the components of promotion, prevention and comprehensive care for the mental problems and disorders of the Colombian population between 2016 and 2019. To do this, a search of the scientific literature was carried out in different databases such as PubMed, Redalyc, Google Scholar, Scielo, among others, from which advanced documentary research, comparison and classification of bibliographic references, as well as the integration of sources and organization of evidence in thematic sections that collected everything related to the proposed topic and finally the quantitative results were presented with their respective analysis and reflections on the information in the thematic sections. It is concluded that in the analyzed period there was not a complete execution or the most efficient management of the allocated financial resources and neither were the results in mental health planned by the health authorities to guarantee the effective enjoyment of this right to the Colombian population, for which some recommendations are made for the main actors involved in the problem treated.

**Keywords:** financing, mental health, allocation and execution of economic resources, dimension of social coexistence and mental health, promotion of mental health, prevention and comprehensive care for mental problems and disorders, Colombia.



## Introducción

La problemática de la salud mental tiene un alcance universal. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004b), la salud mental es “*un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*” (p.14). Entonces, es claro que la salud mental es una de las prioridades de las personas, de las comunidades y de las sociedades en todo el mundo.

Colombia es un país con recursos financieros limitados, en el cual casi un 20% de la carga de enfermedad se atribuye a los trastornos mentales, que a su vez producen considerables repercusiones económicas y sociales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018; Torres de Galvis, 2018).

En esta investigación se busca dar respuesta a la pregunta ¿Cuál ha sido la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019?

De tal manera que se plantea como objetivo general: describir la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia, entre 2016 y 2019 y como objetivos específicos: identificar el valor de los recursos financieros asignados y ejecutados para la atención integral de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019 así como también estudiar los resultados obtenidos con las estrategias de intervención financiadas con los recursos destinados para la atención integral de la salud mental en Colombia durante el mismo período.

Para ello, se realizó una búsqueda de la literatura científica en diferentes bases como PubMed, Redalyc, Google Scholar, Scielo, entre otras, a partir de lo cual se adelantó la investigación documental, comparación y clasificación de las referencias bibliográficas, así como también la integración de las fuentes y organización de la evidencia en apartados temáticos que

recogieron todo lo relacionado con el problema planteado y finalmente se presentan los resultados cuantitativos con su respectivo análisis y las reflexiones sobre la información de los diferentes apartados.

Se concluye que en el período analizado no hubo una ejecución completa ni la más eficiente gestión de los recursos financieros asignados y tampoco se obtuvieron los resultados en salud mental planeados por las autoridades sanitarias para garantizar el goce efectivo de este derecho a la población colombiana, por lo cual se realizan unas recomendaciones para los principales actores involucrados en la problemática abordada.

El presente documento consta de dos capítulos, el capítulo 1, se denomina Planteamiento del Problema, el cual a su vez contiene: la descripción del problema, formulación del problema, justificación, marco teórico y estado del arte, objetivo general, objetivos específicos, diseño metodológico y consideraciones éticas.

El capítulo 2 se denomina Resultados y Análisis, que a su vez contiene: la evolución del financiamiento de la salud mental en Colombia, 2016-2019 y los resultados en salud mental obtenidos con los recursos financieros ejecutados, en Colombia, 2016-2019, en ésta última sección se detallan los resultados sobre política de salud mental, sobre suicidio, sobre la carga de enfermedad mental y sobre el consumo de sustancias psicoactivas.

En la parte final del documento se encuentran registradas las conclusiones, las recomendaciones y las referencias bibliográficas de la investigación.

## 1. Planteamiento del Problema

### 1.1 Descripción del Problema

La problemática de la salud mental tiene un alcance universal, razón por la cual se abordará desde un contexto mundial, regional y local. En primer lugar, la salud según la OMS (2020) se define como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (p.1).

En este sentido, el bienestar mental es indispensable para gozar de buena salud, tal como lo contempla la OMS (2004b) que considera que la salud mental es *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (p.14). Entonces, es claro que la salud mental es una de las prioridades de las personas, de las comunidades y de las sociedades en todo el mundo.

Con respecto a la epidemiología, la OPS (2018) documentó que en el año 2015 a nivel mundial los trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio representaron el 12% de la carga de enfermedad, en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), en cambio en la región de las Américas representaron el 19% de la carga de enfermedad y específicamente en Colombia el 18%.

Esto indica que en Colombia casi la quinta parte de la carga de enfermedad se debe a trastornos mentales, hecho que debe generar preocupación e interrogantes en términos de la eficiencia y la eficacia de las intervenciones realizadas en el campo de la salud mental.

La relevancia de la patología mental se evidencia en la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 que *“es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a los años 1993, 1997 y 2003. Enmarcada en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud*

de Colombia” (Gómez-Restrepo et al., 2016, p.3) y muestra los siguientes resultados citados por Rojas-Bernal et al. (2018) : “reporta que 10 de cada 100 adultos de 18 a 44 años y 12 de cada 100 adolescentes tiene algún problema que sugiere la presencia de una enfermedad mental” (p.131).

De igual manera, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 destaca lo siguiente:

En los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, lo cual se evidencia en el incremento de problemas (síntomas o conductas que producen malestar emocional) y trastornos mentales (alteraciones significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental).

Los problemas y trastornos mentales pueden ocasionar, entre otros, deserción educativa, baja productividad laboral, bajo rendimiento escolar, aumento del consumo de sustancias psicoactivas, aumento en la probabilidad de relación con el delito y desarrollo de enfermedades crónicas que aumentan los efectos nocivos de los problemas de salud mental entre la población (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2020, p. 9).

Por lo anterior, el abordaje de la problemática de salud mental debe ser integral e intersectorial puesto que la salud mental está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, laborales, entre otros.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015), después del análisis y discusión de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en 2015 concluyó que:

Se pone de nuevo de presente la necesidad de la construcción real y operativamente viable de una ruta integral de atención en salud mental en todo el país que permita un tránsito eficiente para las personas del país que involucre todos los espectros de la salud mental-problema y trastornos así como los diferentes actores involucrados.(p.320)

Lo mencionado previamente ha sido una deuda histórica con la salud mental de la población colombiana, por razones como son la falta de voluntad política, los recursos insuficientes para su atención integral, el estigma de la salud mental, el subdiagnóstico, la falta de acceso a los servicios y medicamentos, los determinantes sociales, la inequidad, la violencia, entre otras.

En cuanto a las respuestas y soluciones que se han planteado sobre la problemática de la salud mental, la OMS (2004a) resaltó que:

Los cambios en la legislación, la formulación de políticas y la asignación de recursos pueden proporcionar a los países y regiones mejoras significativas en la salud mental de la población. Además de disminuir el riesgo de los trastornos mentales y mejorar la salud mental, dichos cambios legislativos también han demostrado tener un impacto positivo en la salud y el desarrollo social y económico de las sociedades. (p.25)

Esto indica que cada Estado tiene una gran responsabilidad en cuanto a la formulación y operacionalización de las políticas públicas en consonancia con un financiamiento eficiente de la salud mental para lograr un impacto positivo en la calidad de vida de la población.

En relación a los esfuerzos hechos para la formulación e implementación de políticas públicas relativas a la salud mental, en 2013 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco de dicho plan, los Estados miembros de la OMS se comprometieron a adoptar medidas acordes a las circunstancias de cada uno, para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos a nivel mundial (OMS, 2013).

En Colombia, Rojas Bernal et al. (2018) en su artículo de salud mental describieron la influencia de normas tales como “*la ley 1122 de 2007* que incluyó la intervención de la población

vulnerable desde el punto de vista psicosocial” (p.131). “*El decreto 3039 de 2007* que adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declara la salud mental como prioridad” (p.131). “*La ley 1616 de 2013*, ley de salud mental, cuyo objetivo es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana” (p.132). “*El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* que incluye la dimensión de convivencia social y salud mental como prioridades” (p.132).

En línea con lo anterior, sobre el tema de la legislación, normatividad y política pública de la salud mental y según lo consignado en el documento *CONPES 3992 de 2020 – Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia* se evidenció lo siguiente:

Si bien el país logró avances significativos en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental, aún existen rezagos en términos de implementación de los lineamientos establecidos en la política de salud mental.

En particular existen problemas de articulación intersectorial en la implementación a nivel nacional y territorial de una estrategia que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio. (DNP, 2020, p.10)

Esto indica que en nuestro país existen claras deficiencias a la hora de poner en práctica las políticas públicas y las normas, como en este caso ocurrió con la problemática de la salud mental.

Ahora bien, con respecto al tema relacionado con la atención y el financiamiento de la salud mental Layard (2006, como se citó en Torres de Galvis, 2018), afirma lo siguiente:

Las enfermedades mentales no son solo un problema creciente de salud pública, sino también un problema social y económico que afecta a individuos y familias en todo el mundo. La prevalencia de trastornos mentales, la magnitud de la discapacidad causada por

estos trastornos y la utilización de los servicios de estos pacientes han sido bien estudiados en países desarrollados y actualmente comienza a ser una prioridad en los países en desarrollo. (p. 182)

Es decir, que no solamente se debe tener en cuenta la asignación y ejecución de los recursos financieros destinados a la salud mental sino también las repercusiones económicas y sociales que los trastornos mentales producen en la sociedad.

En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud en su documento *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas 2018*, registra los siguientes datos sobre el gasto en salud mental:

La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8% del gasto total destinado a la salud, a pesar de que los trastornos mentales representan 12% del total de AVAD. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, y los países de ingresos altos, 5,1%. Existe una significativa correlación lineal directa entre los ingresos nacionales y el gasto público destinado a la salud mental como proporción del presupuesto total destinado a la salud. (OPS, 2018, p.28)

En esa medida, Colombia estaría en la categoría de los países que gastan un porcentaje reducido de su presupuesto de salud en servicios de salud mental.

Es importante anotar en cuanto a los lineamientos que deben guiar el financiamiento de la salud: “*La OMS recomienda que la asignación del gasto de salud esté en proporción a la carga de enfermedad, y que haya paridad entre los aspectos físicos y mentales de la atención de salud*” (OPS, 2018, p.28).

Sin embargo, en la Región de las Américas, a la que pertenece Colombia, lo anterior no se

cumpliría puesto que *“la proporción de carga atribuible a trastornos mentales es 6 veces mayor que la proporción de fondos de salud asignados a la salud mental”* (OPS, 2018, p.29). En este sentido, no basta con que se asignen recursos sino que se haga de manera suficiente y eficiente.

## **1.2 Formulación del Problema**

¿Cuál ha sido la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019?

## **1.3 Justificación**

Se puede aseverar que Colombia es un país con recursos financieros limitados, en el cual casi un 20% de la carga de enfermedad se atribuye a los trastornos mentales, que a su vez producen considerables repercusiones económicas y sociales (OPS,2018;Torres de Galvis, 2018), razón por la cual en la presente investigación se busca profundizar en los temas relacionados con el financiamiento de la salud mental y con los resultados en salud obtenidos con las estrategias de intervención desarrolladas con los recursos financieros asignados, en términos del avance y cumplimiento de las metas definidas por el gobierno para los componentes de la promoción, la prevención y la atención integral a los problemas y trastornos mentales, con el fin de aportar alternativas de solución que mejoren el bienestar y la calidad de vida de la población colombiana.

Más aún, si tenemos en cuenta que la Organización Panamericana de la Salud sostiene que: A pesar de las limitaciones obvias de los presupuestos de salud y de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, hay un margen importante para hacer mejoras significativas. De hecho, el uso eficaz y costoeficaz de los recursos tiene suma importancia precisamente a causa de estas limitaciones. (OPS, 2018, p.34)

Situación que aplicaría para Colombia, puesto que es uno de los países de ingresos medianos de la Región de las Américas.



Adicionalmente, esta investigación es novedosa por cuanto no existen otras que de manera específica se hayan realizado sobre la pregunta planteada y para profundizar en el conocimiento sobre la dinámica y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia, a partir de lo cual se planteen posibles interrogantes y campos de investigación que orienten la implementación de estrategias y planes de acción tendientes a generar mejoras en la asignación y uso de los recursos financieros, que permita brindar a los colombianos una atención de la salud mental que sea integral y de calidad.

#### **1.4 Marco Teórico y Estado del Arte**

En este apartado se revisan los conceptos y antecedentes relacionados con la economía de la salud, la epidemiología y su convergencia para explicar la problemática de la salud mental y su financiamiento en Colombia.

##### ***1.4.1 Economía de la Salud y Epidemiología***

Inicialmente se plantean los elementos fundamentales de análisis en economía:

La economía se define como el estudio de la forma en la que tanto las familias, las empresas como el Estado toman sus decisiones en un entorno donde los recursos disponibles son escasos. Las familias deciden quién consume y qué, cuánto, y cómo consumir; las empresas, a su vez, determinan quién produce y qué, cuánto, y cómo producir. Estas decisiones mediatizadas por la actuación del Estado determinan la organización de la economía como un sistema de planificación central o de libre mercado, o como un sistema mixto entre ambos extremos. (Martínez Giralt, 2010, p.7)

Por otra parte según Gimeno Ullastres (2006), “la sanidad presenta todos los rasgos de cualquier servicio económico, con producción a partir de recursos escasos, con un mercado de oferentes y demandantes... que lo hacen atractivo para el análisis económico” (p.2).

Los anteriores conceptos son la base de la economía de la salud que en palabras de Mushkin (1999):

Es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización. (p. 102)

Al respecto, López Casanovas (2009), Catedrático de Hacienda Pública del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, en su artículo sobre la evolución de la Economía de la Salud como disciplina académica, en cuanto a los ingredientes para una agenda de investigación de esta disciplina, refiere que :

Se juntan aquí en distintas dosis lo prospectivo (bueno para la eficiencia) y lo retrospectivo (sin incentivos a la selección de riesgos inequitativa); lo organizativo y lo financiero (del *managed care* al *pay for performance*), la financiación de resultados y la regulación (el reaseguramiento óptimo), la libertad clínica y la concienciación de costos. (pp. 105-106)

En virtud de lo descrito, la Economía de la Salud para su quehacer se apoya en la Epidemiología, ciencia que se define como:

La rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural.

Actualmente, se acepta que para cumplir con su cometido la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas, así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas. (López Moreno et al., 2000, p. 133)

De acuerdo con Kleinbaum (1982, como se citó en López Moreno et al., 2000), la nueva epidemiología tiene como propósitos:

a) La *descripción* de las condiciones de salud de la población (mediante la caracterización de la ocurrencia de enfermedades, de las frecuencias relativas al interior de sus subgrupos y de sus tendencias generales); b) la *explicación* de las causas de enfermedad poblacional (determinando los factores que la provocan o influyen en su desarrollo); c) la *predicción* del volumen de enfermedades que ocurrirá, así como su distribución al interior de los subgrupos de la población, y d) la prolongación de la vida sana mediante el *control* de las enfermedades en la población afectada y la *prevención* de nuevos casos entre la que está en riesgo. (p. 142)

Con este escenario, resulta claro comprender que la economía de la salud permite estudiar el uso de los recursos financieros para dar respuesta a las necesidades de atención integral en salud mental, mediante la comprensión de la frecuencia, distribución y de los determinantes de las condiciones de los problemas y trastornos mentales en la población de Colombia, de 2016 a 2019.

#### **1.4.2 Marco Jurídico**

La legislación más relevante relacionada con la salud mental en Colombia se describe a continuación en orden cronológico:

**Ley 100 de 1993.** “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Esta ley en su artículo 4º especifica que “La Seguridad Social es un servicio público obligatorio”. “Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41148). Teniendo en cuenta que la salud mental forma parte de la salud en general, en teoría su derecho

estaba amparado con la promulgación de esta ley.

**Sentencia No. T-013 de Enero 17 de 1995.** Esta sentencia fue expedida por la Corte Constitucional de Colombia en 1995 e invoca “El derecho a la salud, por estar en inmediata conexión con el derecho a la vida, del que es un derivado necesario, es, esencialmente, un derecho fundamental” (Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995).

La anterior sentencia fue citada por Rojas Bernal et al. (2018) para explicar lo siguiente:

Las deficiencias en la atención en salud mental obligaron en la década del 90 a que numerosas personas recurrieran a las tutelas para procurar una atención integral. Se destaca la Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera “...el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales” y desde entonces han sido numerosas las tutelas sancionadas por la Corte Constitucional. (p. 131)

Hoy en día en Colombia en la práctica muchos de los pacientes incluyendo los que padecen trastornos mentales deben seguir recurriendo a la tutela para que se les garantice el goce de su derecho a la salud.

**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”, su artículo 1º reza como sigue:

Artículo 1º. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y

funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (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. 9 de enero de 2007. Diario Oficial No. 46506)

Es decir que se pretendía con esta ley consolidar el sistema de salud en Colombia priorizando la salud pública, sin embargo las fallas estructurales del sistema no se lograron corregir.

Específicamente, la ley 1122 de 2007 “incluyó el análisis de la salud mental, con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio, en el perfil epidemiológico, como insumo para la elaboración de los planes nacionales de Salud Pública” (DNP, 2020, p.13).

**Decreto 3039 de 2007.** “Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.” El Plan Nacional de Salud Pública incluye: “Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores” (Decreto 3039 de 2007 [Presidencia de la República]. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. 10 de agosto de 2007).

Se resalta de esta norma que incluyó a la salud mental como una prioridad nacional de salud a partir de lo cual se tendría más en cuenta en las estrategias diseñadas para la atención integral.

**Ley 1438 de 2011.** "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Se resalta lo descrito en su artículo 6°:

Artículo 6°. *Plan Decenal para la Salud Pública.* El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual 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. (Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011. Diario Oficial No.47957)

**Resolución 1841 de 2013.** “Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021”. Mediante esta resolución el Ministerio de Salud y Protección Social dio cumplimiento a lo ordenado por la ley 1438 de 2011 en cuanto a la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública en Colombia. (Resolución 1841 de 2013 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. 28 de mayo de 2013).

**Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.** Según Gómez y Caicedo (2014), “Es un pacto social y mandato ciudadano con objetivos de mediano plazo, construido con la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011, articulado con el Plan Nacional de Desarrollo”(p.64).

Los tres objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 son: “1. Garantizar el goce efectivo del derecho la salud, 2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la salud, y 3.Cero tolerancia frente a la mortalidad, morbilidad y discapacidad evitables” (Gómez y Caicedo, 2014, p.64).

En este sentido, es muy relevante que la salud mental quedó definida como prioridad en la dimensión de Convivencia social y salud mental de dicho plan decenal.

**Ley 1616 de 2013.** “Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones”. Esta ley describe su objeto en el artículo 1º, así:

Artículo 1º. *Objeto.* El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho

a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. (Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. Diario Oficial No. 48680)

Es importante anotar que a pesar de la promulgación de la ley de salud mental en 2013, en Colombia no se ha logrado su implementación efectiva, esto según Hernández y Sanmartín (2018) porque:

El sistema de salud mental en Colombia funciona de manera contradictoria, en una tensión permanente entre los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma, los cuales se expresan en falencias de tipo estructural, conceptual y sociocultural.(p.9)

**Resolución 4886 de 2018.** “Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”

Esta política “busca posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país, tal como lo promulga la Ley 1616 de 2013” (Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 7 de noviembre de 2018).

El conocimiento del anterior marco jurídico sobre la salud mental en Colombia permite un mejor abordaje y análisis de la problemática de la salud mental y de las respuestas que los gobiernos, la sociedad y los demás actores involucrados han generado para atenderla.

### ***1.4.3 La Problemática de la Salud Mental y su Financiamiento, la Economía de la Salud y la Epidemiología***

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(OMS, 2004b, p.14).

En este sentido la salud mental se incluye como un aspecto imprescindible para lograr el bienestar y el desarrollo de las personas. La relevancia que se le ha atribuido no solamente se relaciona con la presencia de los trastornos mentales y los costos de su tratamiento, sino también con su impacto a nivel individual, familiar, comunitario y social.

Asimismo, desde el punto de vista epidemiológico Cuellar Rivas (2018) indica que:

Dentro de los determinantes de la salud mental además de las características individuales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones e interacciones con los demás, están los factores: sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales en las cuales se incluyen el contexto político como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales y las redes de apoyo comunitarias. (p.5)

En un contexto general según la OPS (2018) “*las enfermedades mentales se consideran cada vez más una prioridad mundial en materia de salud; dada su carga económica, también se las está empezando a considerar una prioridad de desarrollo mundial*” (p.1).

En esa misma línea, según Torres de Galvis et al. (2014) es importante anotar que:

La alta comorbilidad de los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y los problemas sociales respaldan la necesidad de crear políticas de salud pública integradas y dirigidas a conjuntos de problemas relacionados, que comparten



determinantes comunes y presentan etapas tempranas en sus trayectorias, afectando poblaciones con diferente nivel de riesgo. (p. 52)

En Colombia, a manera de ilustración sobre la problemática de salud mental, desde la expedición de la primera Política Nacional de Salud Mental en 1998, “la información epidemiológica disponible revelaba una alta prevalencia de alteraciones de la salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos” (Resolución 2358 de 1998 [Ministerio de Salud]. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 18 de junio de 1998).

Por otra parte, en el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en 2003, se encontró que:

Alrededor de ocho de cada 20 personas, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19,3 % alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15,0 %) y los de uso de sustancias psicoactivas (10,6 %). (Ministerio de la Protección Social, 2005, p. 9)

Más recientemente, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 reveló lo siguiente sobre la evolución de la patología mental en Colombia:

En los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, lo cual se evidencia en el incremento de problemas (síntomas o conductas que producen malestar emocional) y trastornos mentales (alteraciones significativas de tipo emocional, cognitivo o comportamental). (DNP, 2020, p.9)

Con ese panorama nacional con una tendencia creciente de la carga de la enfermedad

mental es necesario que se tenga en cuenta la influencia que tiene en los costos directos e indirectos, específicamente en los costos directos se pueden mencionar por ejemplo los implicados en la hospitalización de pacientes mentales con descompensación aguda, que son tratamientos cuyos costos son realmente altos y denotan la falta de intervenciones en promoción y prevención. Los costos indirectos se relacionan con los recursos que se dejan de generar por la disminución de la capacidad productiva de los pacientes, lo que minimiza la economía familiar y por ende los recursos a nivel general.

Continuando con el tema del financiamiento de la salud mental, Torres de Galvis et al. (2014) resalta que:

Por razones éticas y con el fin de lograr el uso óptimo de los recursos limitados para la prevención, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda asignar prioridad a los programas y políticas preventivas que demuestren la evidencia científica de su efectividad, que debe ser culturalmente sensitivos y que, de ser posible, partan del conocimiento de la propia realidad como evidencia disponible (p. 52).

En esa medida, las estrategias de promoción y prevención deben incluir intervenciones específicas sobre los factores de riesgo que sean sostenibles en el tiempo, efectivas y que permitan disminuir la carga de la enfermedad mental.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta que cualquier intervención preventiva debe partir del derecho a la salud y garantizar la calidad en la atención y el acceso sin discriminación, ni estigmatización, reduciendo cada vez más la brecha entre las necesidades de la salud mental y la respuesta de atención con el uso óptimo de los recursos disponibles.

La correlación entre economía de la salud, epidemiología y salud mental, se logra evidenciar en un estudio reciente que toma como ejemplo la depresión, donde se están evaluando

los costos y los resultados en salud en 36 países de ingresos bajos, medios y altos en 15 años que van de 2016 a 2030, en el cual se encontró que:

Los costos estimados de la ampliación del tratamiento, principalmente el asesoramiento psicosocial y los medicamentos antidepresivos, se elevan a US\$147 000 millones. Sin embargo, los beneficios superan ampliamente los costos, se calcula que la mejoría de la participación y la productividad laboral en un 5 % supone un beneficio de US\$399 000 millones y la mejoría de la salud otros US\$310 000 millones. (OMS, 2016, párr. 5)

Por otra parte, en un intento de cuantificar la carga de cada una de las principales enfermedades para la salud pública y la sociedad, durante los años noventa la Organización Mundial de la Salud lanzó el estudio sobre la Carga de Enfermedad, en el cual se muestra lo siguiente:

Este estudio, que utiliza los "años de vida ajustados por discapacidad" para considerar la duración, así como la gravedad de la discapacidad, identificó al grupo de las enfermedades mentales como la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad entre todas las enfermedades médicas. (Whiteford et al., 2013, como se citó en Irrázaval et al, 2016, p.39)

A diferencia de otras causas importantes de morbilidad y mortalidad, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes cerebrovasculares, las enfermedades mentales son crónicas y comienzan a temprana edad. Un 70% de las enfermedades mentales comienzan antes de los 18 años de edad y suelen mantenerse por décadas. (Kessler et al., 2005; Harding et al., 1987, como se citó en Irrázaval et al., 2016, p.39).

Es evidente que, ante los datos registrados anteriormente, el quehacer de la salud pública

cobra relevancia en cuanto a la existencia de intervenciones que promueven la salud mental y otras que contribuyen a la prevención de los trastornos mentales.

La evidencia específica del impacto de tales esfuerzos en promoción y prevención no es fácil de determinar, sin embargo, estudios experimentales relevantes han mostrado la efectividad de la prevención en la enfermedad mental. Solo considerando ejemplos en depresión y ansiedad, encontramos que:

En Chile un programa de ejercicio físico basado en la escuela redujo los síntomas de ansiedad. (Bonhauser et al., 2005, como se citó en Irrázaval et al., 2016, p.43).

En China, un programa de prevención de la depresión que tuvo como objetivo educar a escolares para el desarrollo de pensamientos positivos, resolución de conflictos y habilidades en la toma de decisiones, mostró eficacia en la reducción de los síntomas depresivos. (Yu y Seligman, 2002, como se citó en Irrázaval et al., 2016, p.43)

Asimismo, es importante poner de presente que “existe evidencia contundente acerca de la relación entre factores de riesgo y de protección y el desarrollo de las enfermedades mentales” (Coie et al., 1993, como se citó en Irrázaval et al., 2016, p.43).

Dicha afirmación, es explicada por Irrázaval et al. (2016) de la siguiente manera:

Tanto los factores de riesgo como los protectores pueden influir individual, familiar y socialmente, y también en un nivel macro, mediante factores económicos y culturales. Generalmente, la enfermedad mental se produce por el efecto acumulativo de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores protectores y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una de mayor vulnerabilidad, luego a un problema mental y finalmente a una enfermedad mental con todas sus características. (p.43)

Así por ejemplo, en Colombia una proporción considerable de la población que está sometida a condiciones de pobreza, violencia, falta de oportunidades laborales, entre otras, tiene mayor riesgo de padecer problemas y trastornos mentales que a su vez afecten el desempeño e interacción social, de tal manera que para abordar esta problemática se requieren intervenciones efectivas que promuevan factores protectores y contribuyan a la prevención de la aparición de la patología mental, sin embargo el manejo de los recursos ha sido una limitante en dicho objetivo.

En línea con lo anterior y *“reconociendo el imperativo de prestar servicios a las personas con trastornos Mentales Neurológicos y por Consumo de Sustancias y sus cuidadores, y de reducir la brecha entre los recursos disponibles y la gran necesidad de esos servicios”* (OPS, 2016, p.3), la OMS puso en marcha en el año 2008 el Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), cuyos objetivos principales son:

Fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos Mentales Neurológicos y por Consumo de Sustancias y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en el nivel de atención de salud no especializado, en los países de ingresos medianos y bajos. (OPS, 2016, p.3), entre los cuales se encuentra Colombia.

De manera correspondiente, Fonseca y Valenzuela (2016), sobre el manejo de los recursos de la salud opinan lo que se describe a continuación:

Otras barreras que impiden una mayor participación de la economía de la salud para lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos, son que los presupuestos dirigidos a la atención primaria son muy generales y los programas sanitarios no tienen definidos el presupuesto que les corresponde, lo cual imposibilita la evaluación real de su eficiencia.

Situación similar existe en la asistencia secundaria, donde no siempre se realiza una desagregación objetiva del presupuesto por área de responsabilidad y ello dificulta definir con fiabilidad los gastos dedicados a cada proceso morboso dentro de un mismo servicio. En esencia, como los recursos rinden mayores resultados cuando se dedican a la prevención, su distribución debe ser más efectiva en los diferentes niveles de atención. (p. 2180)

Situación de la que Colombia no está exenta, en cuanto a las limitaciones en la atención primaria en salud y aún más específicamente en el componente mental, así como también falta de eficiencia en el manejo de los recursos financieros.

## **1.5 Objetivos**

### ***1.5.1 Objetivo General***

Describir la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia, entre 2016 y 2019.

### ***1.5.2 Objetivos Específicos***

1. Identificar el valor de los recursos financieros asignados y ejecutados para la atención integral de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019.
2. Estudiar los resultados obtenidos con las estrategias de intervención financiadas con los recursos destinados para la atención integral de la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019.

## **1.6 Diseño Metodológico**

El enfoque de la investigación es mixta y el tipo de estudio es descriptivo y longitudinal. En la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica integradora, que permitió la inclusión de investigaciones cuantitativas y cualitativas, con el fin de establecer la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia, entre el año 2016 y 2019.

Además, esta investigación es de tipo documental porque analiza el escrito dentro de un área específica, con la finalidad de revisar de manera detallada y cuidadosa los documentos que se refieran al tema.

Para ello, se realizó la búsqueda en las bases de datos: PubMed, Redalyc, Google Scholar, Scielo y diferentes bibliotecas digitales de universidades u otros organismos que son de acceso gratuito, permitiendo tener una visión general de cómo es la evolución y los resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia. Las palabras claves que se utilizaron para la revisión fueron tanto en inglés como en español: financiamiento, salud mental, asignación y ejecución de recursos económicos, dimensión de convivencia social y salud mental, promoción de la salud mental, prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales, Colombia.

Se tomaron los artículos de disponibilidad gratuita, de texto completo, idioma español e inglés, en el período comprendido entre el 2016 al 2021 y también de períodos anteriores al 2016 que tuvieran alcance y relevancia con el tema en estudio. Los artículos revisados tuvieron relación directa con la investigación.

La técnica de recolección fue la revisión documental, para ello se diseñó un instrumento en el cual se registraron los nombres de autores, año, revista, objetivos, metodología, resultados, conclusiones, entre otros, de cada una de las referencias identificadas con el fin de clasificarlas y compararlas.

El consolidado de la investigación documental realizada en esta tesis se presenta en seguida en la tabla 1:

**Tabla 1**

*Consolidado investigación documental sobre financiamiento de la salud mental en Colombia y sus resultados, 2016-2019*

<b>Base de datos</b>	<b>N° Artículos u otras referencias consultadas</b>	<b>N° Artículos u otras referencias seleccionadas</b>
PubMed	13	3
Redalyc	5	1
Google Scholar	5	1
Scielo	12	9
Otras (OMS, OPS, MinSalud, etc.)	45	36
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>50</b>

Una vez integradas las fuentes se organizó la evidencia en apartados temáticos que recogieron todo lo relacionado con el problema planteado. El plan de análisis consistió en realizar las lecturas de la información contenida en las fuentes bibliográficas, basándose en los objetivos establecidos, pretendiendo con ello tener claridad de la información del tema investigado.

Seguidamente se exponen los resultados cuantitativos con su respectivo análisis y las reflexiones sobre la información de los diferentes apartados y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

### ***1.6.1 Criterios de Inclusión***

En la actual investigación documental se incluyeron aquellos estudios de investigación preferiblemente artículos científicos de revistas indexadas, aquellas relacionadas al tema, desde el año 2016 hasta el año 2021 y también de períodos anteriores al 2016 que tuvieran alcance y relevancia con el tema en estudio e informes estadísticos de la OMS, OPS, Ministerio de Salud y Protección Social, entre otros organismos.



### ***1.6.2 Criterios de Exclusión***

Se descartan aquellos documentos que no tienen relación con la problemática de salud mental, el financiamiento y resultados en salud mental o cuya información se repite en otra fuente, así como también los de dudosa procedencia.

### **1.7 Consideraciones Éticas**

Cabe destacar que, la presente investigación no representa ningún riesgo por ser una investigación documental, según lo establecido por el Ministerio de Salud en materia de investigaciones (Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993).

## 2. Resultados y Análisis

### 2.1 Evolución del Financiamiento de la Salud Mental en Colombia, 2016-2019

Hablar sobre la problemática de la salud mental es hablar de uno de los mayores retos para los sistemas de salud en el mundo, tal como quedo planteado por la OMS (2013) en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* que cita:

La visión del plan de acción es un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, se prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas por ellos puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos y acceder de forma oportuna a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, con el fin de lograr el mayor nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.(p.10)

En este sentido es importante que cada país se adapte de acuerdo a su propia realidad y prioridades para poder cumplir con los objetivos del plan de acción que están enfocados en dar una respuesta integral a su problemática de salud mental.

En materia del financiamiento de la salud mental la OMS (2013):

Aporta datos que demuestran la escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental y señalan la distribución inequitativa y el uso ineficiente de esos recursos. Por ejemplo, el gasto mundial anual en salud mental es inferior a US\$ 2 por persona, e inferior a US\$ 0,25 por persona en los países de ingresos bajos; el 67% de esos recursos económicos se asigna a hospitales exclusivamente psiquiátricos, pese a que se asocian a malos resultados sanitarios y violaciones de los derechos humanos.

La reorientación de esta financiación hacia servicios de base comunitaria, con integración de la salud mental en la atención sanitaria general y en los programas de salud

materna, sexual, reproductiva e infantil, de VIH/SIDA y de enfermedades no transmisibles crónicas, permitiría que muchas más personas accedieran a intervenciones mejores y más costo efectivas. (pp. 8-9)

Esto indica, que aún se deben realizar grandes esfuerzos coordinados a nivel mundial y regional para superar las brechas en términos de recursos para la salud mental en los presupuestos públicos.

Sobre lo anterior, Torres de Galvis (2018), afirma que “enfrentar los trastornos mentales requerirá nuevas fuentes de financiación para cerrar las brechas de recursos actuales” (p.185).

También anota que “esta financiación proporcionará un fuerte retorno de la inversión, con escalado que conduce a buenos rendimientos en la productividad restaurada, así como una salud mejorada” (p.185).

En lo que respecta a Colombia, Torres de Galvis (2018), señala lo siguiente:

Colombia debe acoger la recomendación de la OMS a fin de reducir el aumento creciente de la carga de los trastornos mentales y evitar los años de vida con discapacidad o muerte prematura, debe darse prioridad a la prevención y promoción en salud mental, con intervenciones actualizadas e integrales. (p.186)

Sin embargo, en Colombia aún no se ha logrado reducir la carga de enfermedad mental ni optimizar el uso de los recursos financieros para su atención, según se evidencia en el reporte de indicadores que se describirán en los siguientes párrafos.

El Ministerio de Salud y Protección Social en virtud de lo definido en el decreto 4107 del 2011 (Decreto 4107 de 2011 [Presidencia de la República]. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. 2 de noviembre de 2011), consolidó y reportó la información que

se muestra en la tabla 2 en la cual se relacionan los recursos asignados y ejecutados para las acciones de salud mental en Colombia (2016-2019), donde a partir del 2016 de acuerdo a la adopción del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, se realizó la homologación de prioridades a dimensiones en salud pública, en donde la prioridad de salud mental y lesiones violentas evitables pasó a Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental. (MSPS, 2021, pp.1-2)

## **Tabla 2**

*Recursos asignados y ejecutados para las acciones de la dimensión de salud mental de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva Colombia 2016 a 2019 (valores monetarios nominales)*

<b>Años</b>	<b>Presupuesto</b>	<b>Ejecución</b>
2016	\$ 82.785.957.000	\$ 49.370.462.000
2017	\$ 49.691.768.927	\$ 28.594.700.342
2018	\$ 47.623.947.254	\$ 30.799.184.297
2019	\$ 131.003.955.895	\$ 107.451.691.824
<b>Total</b>	<b>\$ 311.105.629.076</b>	<b>\$ 216.216.038.463</b>

*Nota:* La tabla 2 muestra los montos de los recursos asignados y ejecutados tanto en el componente de promoción de la salud mental y la convivencia como también en el componente de prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia en Colombia, durante el periodo 2016-2019. Adaptada de “Tabla 2. Recursos asignados y ejecutados “pagos realizados” para las acciones de la dimensión salud mental de 2013 a 2016 de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva. Fuente: FUT (Formulario Único Territorial), Sistema Chip.gov – Dirección de Promoción y Prevención” (MSPS, 2021). Los valores monetarios registrados en la tabla 2 son valores nominales no deflactados.

El análisis adecuado de los datos contenidos en la tabla 2, implica que se tengan en cuenta algunos conceptos de economía. Según Juez (2010):

Para poder comparar el valor de cualquier magnitud económica que esté medida en unidades monetarias se emplea la *deflactación*. Se denomina *deflactación* a la operación que permite comparar las magnitudes que están en unidades monetarias correspondientes a distintos períodos. A las variables que surgen como resultado de la deflactación se las denomina variables reales. Al deflactar, las magnitudes se transforman a unidades monetarias constantes del período base del índice de precios. (pp. 469-470)

Para deflactar se utilizó la siguiente fórmula:

$$\mathbf{M.R. = Variable / I.P. \times 100}$$

Donde, **M.R.** = Magnitud real

**Variable** = Es la magnitud que se pretende transformar a valor monetario real

**I.P.** = Índice de precios empleado, que para este caso es el índice deflactor.

Los resultados obtenidos al realizar la deflactación de los valores monetarios registrados en la tabla 2, se muestran a continuación en la tabla 3:

**Tabla 3**

*Recursos asignados y ejecutados para las acciones de la dimensión de salud mental de la Subcuenta de Salud Pública Colectiva Colombia 2016 a 2019 (valores monetarios reales)*

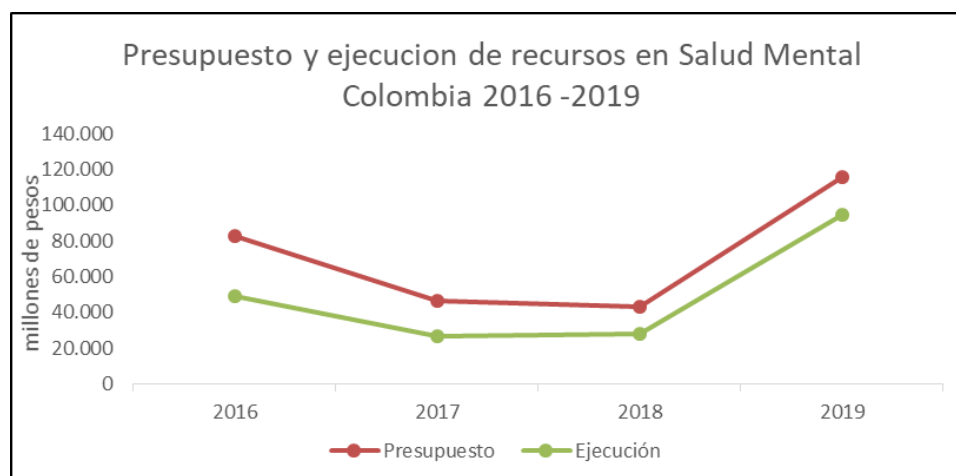
<b>Años</b>	<b>Variación IPC Salud (%)</b>	<b>Índice deflactor</b>	<b>Presupuesto real</b>	<b>Ejecución real</b>
2016	8,14	100,00	\$ 82.785.957.000	\$ 49.370.462.000
2017	6,34	106,34	\$ 46.729.141.364	\$ 26.889.881.834
2018	4,33	110,67	\$ 43.032.391.121	\$ 27.829.749.975
2019	2,82	113,49	\$ 115.432.157.807	\$ 94.679.435.919
<b>Total</b>			<b>\$ 287.979.647.293</b>	<b>\$ 198.769.529.727</b>

*Nota:* En la tabla 3 se tomaron los datos de la variación anual del IPC - Salud (Índice de Precios al Consumidor - Salud) del año 2016 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2017, p.2), año 2017 (DANE, 2018, p.3), año 2018 (DANE, 2019, p.3) y año 2019 (DANE, 2020, p.2). El índice deflactor fue calculado según las variaciones anuales del IPC Salud tomando como año base el 2016. Los valores monetarios de la columna Presupuesto real son el resultado del cociente entre los valores de la columna Presupuesto de la tabla 2 (que son valores nominales) y el índice deflactor correspondiente a cada año X 100. Los valores monetarios de la columna Ejecución real son el resultado del cociente entre los valores de la columna Ejecución de la tabla 2 (que son valores nominales) y el índice deflactor correspondiente a cada año X 100.

Ahora bien, al realizar el análisis de los datos reales, es decir ya deflactados, registrados en la tabla 3 se puede evidenciar que tanto el monto de los recursos financieros asignados como el de los ejecutados para la atención integral de la salud mental en Colombia durante el periodo de 2016 a 2019 tuvieron una tendencia decreciente en 2017 y 2018 con respecto al año 2016, en cambio la tendencia fue creciente en el 2019, como se evidencia en la gráfica 1.

### Gráfica 1

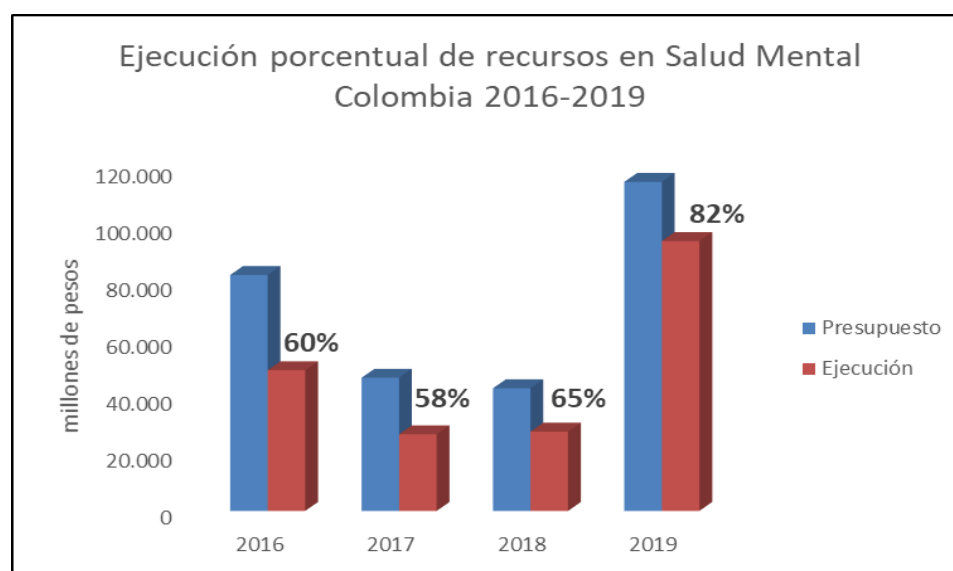
*Presupuesto y ejecución de recursos para salud mental en Colombia. 2016 – 2019*



Con respecto a la ejecución como se aprecia en la gráfica 2 en ninguno de los años del período analizado 2016-2019 la ejecución de los recursos financieros asignados para la atención de la salud mental en Colombia fue del 100%, se encontró que para los años 2016, 2017 y 2018 los porcentajes de ejecución fueron 60%, 58% y 65% respectivamente. En cambio en el año 2019 el porcentaje de ejecución fue del 82%, siendo éste último el más alto en los años revisados.

## Gráfica 2

*Porcentaje de ejecución de recursos para salud mental en Colombia. 2016-2019*



En términos generales, la ejecución de los recursos financieros para la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019 no fue la más óptima, tanto por el comportamiento observado en cada año como también porque del total de recursos económicos asignados en los 4 años por valor de \$ 287.979.647.293 se ejecutaron \$ 198.769.529.727, cifra que sólo corresponde al 69%, lo que sugiere debilidades en los procesos de gestión, asignación y ejecución de los recursos, más aún si esta información se correlaciona con los deficientes resultados en salud mental que se obtuvieron entre 2016 y 2019, los cuales serán descritos en el siguiente apartado.

## **2.2 Resultados en Salud Mental Obtenidos con los Recursos Financieros Ejecutados, Colombia, 2016-2019**

Para el análisis de los resultados en salud de la presente investigación, es necesario que se tenga en cuenta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 formulado por el Ministerio de Salud y Protección Social como “*la hoja de ruta del sector salud en la cual se definen las metas y estrategias para avanzar hacia el logro de la equidad en salud y al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población*” (MSPS, 2020, p.9).

Este plan contempla 8 dimensiones, entre las cuales se encuentra *la dimensión de convivencia social y salud mental*, que a su vez incluye 2 componentes: “*a. Promoción de la salud mental y la convivencia. b. Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia*” (MSPS, 2013, p.195).

De tal manera que en materia de salud mental tanto la asignación como la ejecución de los recursos financieros se debió enfocar en las estrategias de intervención que permitieran cumplir con las metas de la dimensión de convivencia social y salud mental del plan decenal.

En línea con lo anterior, en la presente investigación las metas e indicadores que se tuvieron en cuenta para evaluar los resultados en salud mental producto de la gestión de los recursos financieros durante el período comprendido entre el año 2016 y 2019 en Colombia, se describen a continuación:

### **2.2.1 Resultados sobre Política de Salud Mental**

En cuanto a la política de salud mental en Colombia según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se estableció *la meta 6* que especifica que: “*A 2021 el 100% de municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social*” (MSPS, 2013,



p.514). Para su medición de desempeño se definió *el indicador de gestión 6: “Porcentaje de municipios y departamentos que adoptan y adaptan la Política Pública de Salud Mental”* (MSPS, 2013, p.514).

Teniendo en cuenta que en Colombia se adoptó la última política nacional de salud mental en el año 2018 mediante la resolución 4886 de 2018 expedida por el MSPS, los resultados del indicador de cumplimiento de su implementación, aunque en términos generales no existe suficiente documentación, se pueden evaluar en el estudio realizado por Sánchez et al. (2021), en el cual “se realizó una búsqueda de información por cada uno de los 32 departamentos y los distritos especiales del país” (p.9).

En el estudio de Sánchez et al. (2021) se encontró lo siguiente:

De los 32 departamentos, 16 (50%) de estos enuncian en sus planes de desarrollo, planes territoriales de salud y planes integrales de drogas, 7 (21,8%) de los departamentos referidos en esta investigación cuentan actualmente con políticas de Salud Mental, Caldas, Nariño, Santander, Tolima y la capital del país Bogotá describen la política en el marco de la Ley 1616 de 2013, mientras que Boyacá, Cundinamarca y Norte de Santander cuenta la misma actualizada a la Resolución 4886 de 2018. (p.9)

Con esta información disponible con corte a 2020 sobre el indicador de la implementación de la política de salud mental en 23 de los 32 departamentos de Colombia, se puede deducir que la meta definida por el MSPS consistente en que en el 2021 el 100% de los municipios y departamentos del país adoptan y adaptan la política de salud mental, no se cumplió.

La anterior conclusión también se corrobora con lo descrito por Sánchez et al. (2021) sobre la implementación de la política de salud mental en los 9 restantes de los 32 departamentos:

Los departamentos de Cauca y Córdoba cuentan con Comités o Consejos Departamentales

en Salud Mental, que trabajan con el objetivo de implementar y/o actualizar su política en Salud Mental. Los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Choco, Quindío, Valle del Cauca y Vaupés, si bien mencionan la importancia de la Salud Mental en sus territorios y reconocen el alto impacto de la misma en la morbilidad en sus informes de análisis de situación en salud anuales, no disponen de información suficiente para consulta y que haga referencia a la política. (p.9)

En este sentido, no basta con la formulación y expedición de normas como la política de salud mental, sino que se requiere por parte de los entes gubernamentales fortalecer y garantizar los procesos de divulgación, acompañamiento, asesoría, seguimiento a la implementación de la política y priorización del uso de los recursos financieros en dichos procesos, con una participación activa de todos los actores involucrados en el abordaje y la respuesta efectiva a la problemática de salud mental en Colombia y más aún si se tiene en cuenta que para el año 2019 que fue el año siguiente a la adopción de la política nacional de salud mental en 2018, el presupuesto asignado para salud mental fue el más alto en los 4 años analizados, puesto que ascendió a la suma de 115.432 millones de pesos, de los cuales sólo se ejecutaron el 82%.

### **2.2.2 Resultados sobre Suicidio**

El suicidio es un problema de salud pública que se define como “una conducta o acto autodestructivo, que tiene como meta alcanzar la muerte, con un elevado deseo de morir y con el conocimiento, esperanza y creencia, de que con el método elegido es posible alcanzar dicha meta” (Baader et al., 2011, p.304).

Por su parte, Lobo y Morales (2016) en su estudio sobre el suicidio en adolescentes refieren que:

El suicidio es el último eslabón en la secuencia que se configura en el comportamiento

suicida, el cual se dimensiona desde la ideación, las amenazas, el intento y el suicidio propiamente dicho. Los factores que predisponen al suicidio consumado son muchos, e incluyen trastornos psiquiátricos preexistentes y factores facilitadores biológicos y psicosociales.

Se puede afirmar entonces, que antes de la ocurrencia del suicidio aparece la ideación suicida, por lo tanto allí se deben enfocar esfuerzos de búsqueda de individuos en riesgo con el fin de brindar la atención temprana que permita evitar la aparición del acto final. (pp. 95-96)

Lo anterior indica que el abordaje para la prevención del suicidio debe estar enfocado a la intervención de aquellos factores de riesgo biopsicosociales del individuo así como también al fomento de factores protectores, que permitan de forma temprana evitar la ideación suicida, de tal manera que en ese mismo sentido se debe orientar la asignación y ejecución de los recursos financieros con estrategias que sean efectivas en reducir la incidencia del suicidio.

En cuanto a la prevención del suicidio en Colombia según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se estableció *la meta 8* que especifica que: “A 2021, disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes” (MSPS, 2013, p.514).

Para su medición de desempeño se definió *el indicador de resultado 1*: “Tasa de mortalidad por lesiones auto-inflingidas intencionalmente” (MSPS, 2013, p.514).

Los resultados del anterior indicador se encuentran documentados en el *Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Informe Técnico Periodo 2012-2019*, el cual reporta:

Este indicador presenta una tendencia al aumento desde el 2015, lo cual permite concluir que no se ha cumplido la meta. No obstante, es posible que, entre las causas de este

incremento, se encuentre la mayor visualización de la problemática y por ende, es mayor el registro y notificación de los casos, teniendo en consideración que la primera versión del Protocolo de Vigilancia en Salud Pública para Intento de Suicidio se dio en 2014. (MSPS, 2020, pp. 91-92)

Entre las causas del incumplimiento de la meta propuesta sobre el suicidio, el mismo informe de avance de metas del plan decenal de salud pública 2012-2021, argumenta que:

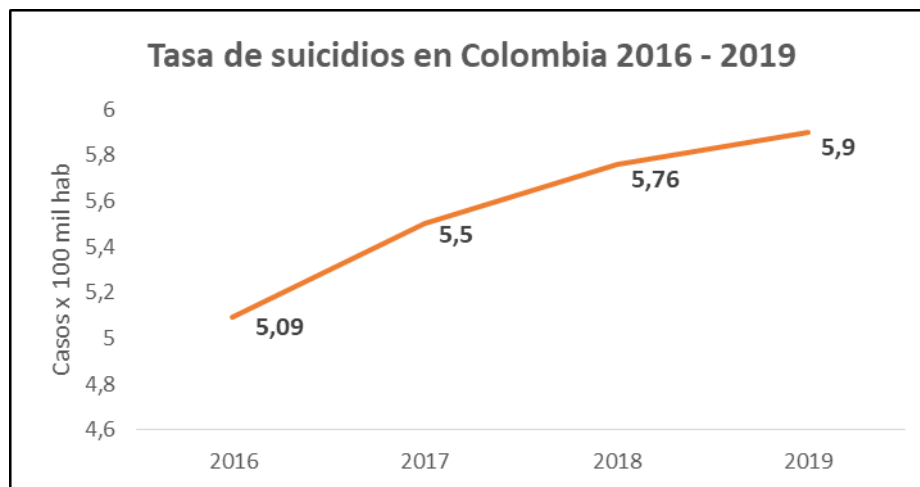
Otros factores que pueden estar relacionados son las diferentes crisis por las que han pasado los colombianos en los últimos años, las cuales hacen referencia a la insatisfacción de necesidades humanas y los determinantes sociales. Además, del incremento de otros fenómenos asociados a la conducta suicida, como es el caso de las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas. (MSPS, 2020, p.92)

Esto muestra que existen falencias en la articulación intersectorial que es necesaria para abordar la problemática del suicidio la cual es multifactorial, junto con una priorización y optimización del uso de recursos financieros para aquellas estrategias que permitan hacer frente de manera eficaz a los altos índices de suicidio en el país.

La tendencia creciente de la tasa de suicidios en el país en el período comprendido entre 2016 y 2019 se exhibe en la gráfica 3:

### Gráfica 3

*Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) Colombia 2016-2019*



*Nota:* Adaptada de “Gráfica 36. Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (Suicidios). Colombia, 2005-2018. Fuente: Estadísticas Vitales EEVV, Consultado en la bodega de datos del SISPRO, abril de 2020” (MSPS, 2020, p.92). Tasa de suicidio del año 2019 (DANE, 2021, p.112)

#### 2.2.3 Resultados sobre la Carga de Enfermedad Mental

En Colombia, “en el análisis por grandes grupos de carga de enfermedad, el 76% de la morbilidad es ocasionada por las enfermedades crónicas no transmisibles, porcentaje similar al de los países desarrollados” (MSPS, 2013, p.136).

Sobre lo cual el MSPS (2013), reporta que:

Las primeras veinte causas en todas las edades y ambos sexos, ocasionan 280 AVISAS totales (Años de vida saludable perdidos por enfermedad prematura y discapacidad) por cada mil personas. Encabezan esta lista los problemas neuropsiquiátricos depresión mayor unipolar, trastornos bipolares, esquizofrenia y epilepsia (21% de AVISAS totales). (p.136)

Lo cual indica que los trastornos mentales y del comportamiento ocasionan la quinta parte de la carga de enfermedad crónica no transmisible a lo que le corresponde un alto impacto y costo social y económico para la población en Colombia.

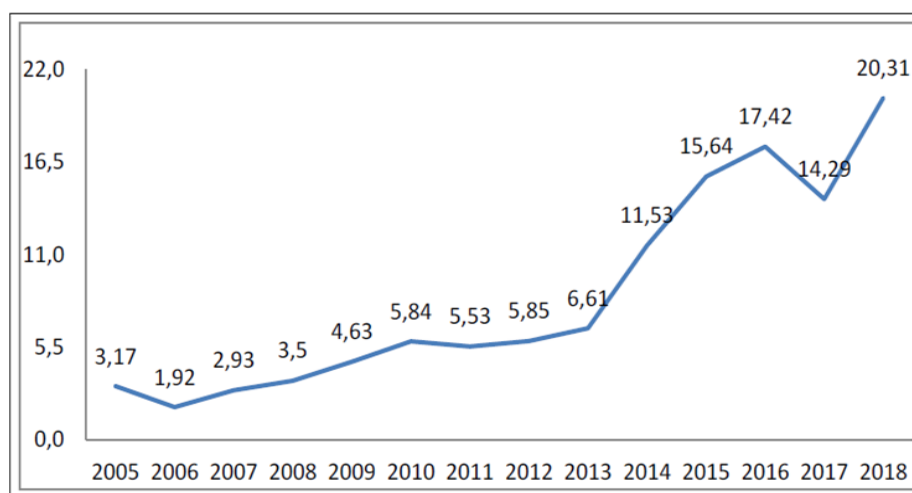
En cuanto a la carga de enfermedad mental en Colombia según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se estableció *la meta 9* que especifica que: “A 2021, reducir a 55 por 1.000 personas los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento en población general de 15 a 65 años” (MSPS, 2013, p.515).

Para su medición de desempeño se definió *el indicador de resultado 2*: “Mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento” (MSPS, 2013, p.515).

El indicador de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento mencionado anteriormente, específicamente es la tasa de AVPP (Años de vidas potencialmente perdidos) por trastornos mentales y del comportamiento, cuyo resultado desde el año 2005 y hasta el año 2018 se revela en la gráfica 4:

#### Gráfica 4

*Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento. Colombia 2005-2018*



*Nota:* Tomada de “Gráfica 37. Tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento.

*Colombia 2005 - 2018*. Fuente: Estadísticas Vitales-DANE, consultado en la bodega de datos del SISPRO 3 de junio 2020” (MSPS, 2020, p.93).

Según la gráfica 4, el comportamiento del indicador, “*permite evidenciar un aumento sostenido a partir del 2010, con un aumento en promedio por año de 1,4 puntos porcentuales por año*” (MSPS, 2020, p.93).

Este panorama no tan favorable sobre la tendencia creciente de la carga de la enfermedad mental en Colombia, tiene repercusiones tal como lo refiere Yolanda Torres de Galvis de la Universidad CES, Colombia, en su estudio sobre costos asociados con la salud mental:

Las afecciones mentales con frecuencia llevan a los individuos y a las familias a la pobreza y obstaculizan el desarrollo a nivel nacional. En un reciente análisis se estimaba que el impacto mundial acumulado de los trastornos mentales, por lo que respecta a las pérdidas económicas, ascenderá a US\$16 billones en los próximos veinte años. (Torres de Galvis, 2018, p.184)

A partir de lo cual se concluye que la enfermedad mental afecta el desarrollo económico del país tanto por la disminución de la capacidad productiva y de los ingresos como también por la carga de recursos que se deben destinar a la atención de la patología mental.

El Ministerio de Salud y Protección Social en su *Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.Informe Técnico Periodo 2012 – 2019*, concluye que para mejorar el indicador de carga de enfermedad mental en Colombia lo que se requiere es:

Fortalecer las acciones intersectoriales que permitan mayores acciones de promoción en salud mental, así como la identificación temprana de problemas y trastornos mentales, así mismo el desarrollo acciones sectoriales para el fortalecimiento de la atención desde el sistema de salud. (MSPS, 2020, p.94)

En este sentido, es claro que para lograr lo anterior se requiere garantizar la ejecución eficiente de los recursos financieros para la promoción, prevención y atención integral de la enfermedad mental, teniendo en cuenta que cuando se revisó en esta investigación la evolución del financiamiento en el periodo 2016-2019, se evidenció que no hubo una ejecución del total de los recursos asignados para la salud mental en el país.

#### **2.2.4 Resultados sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas**

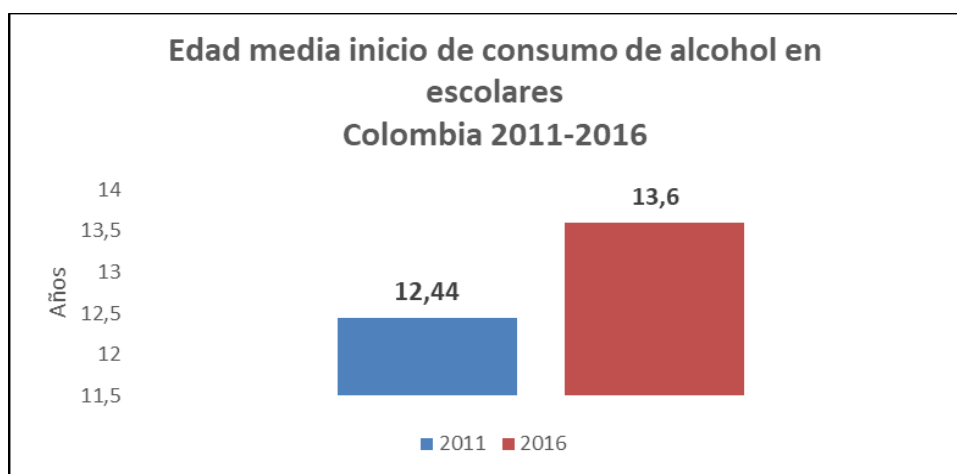
En cuanto al consumo de drogas ilícitas en Colombia según el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se estableció *la meta 12* que especifica : “A 2021 aumentar la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas a 15,5 años” (MSPS, 2013, p.515).

Para su medición de desempeño se definió *el indicador de resultado 5*: “Prevalencia de consumo de drogas ilícitas en edad escolar” (MSPS, 2013, p.515).

El indicador utilizado es la edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares en Colombia, cuyos resultados se enseñan en la gráfica 5

#### **Gráfica 5**

*Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares. Colombia, 2011-2016*



*Nota:* Tomada de “Gráfica 18. Edad media de inicio de consumo de alcohol en escolares. Colombia, 2011 – 2016. Fuente: Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en



escolares 2011” (MSPS, 2020, p.62).

En la gráfica 5 se evidencia que la variación entre 2011 y 2016 fue un incremento en 1,16 años de la edad de inicio de consumo de alcohol en escolares, lo cual indicaba una tendencia no muy favorable en la ruta para alcanzar la meta definida por el MSPS de aumentar dicha edad a 15,5 años para el año 2021.

Al respecto, sobre el consumo de drogas ilícitas, el estudio realizado por Aguirre et al. (2017) sobre los factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia, pone de manifiesto lo siguiente:

Las sustancias psicoactivas más consumidas por los estudiantes son el alcohol, cigarrillos, marihuana, estimulantes, pastillas o bebidas energizantes, tranquilizantes y otros. La lista de sustancias legales la encabeza el alcohol, seguida del cigarrillo, mientras que la sustancia ilegal más consumida es la marihuana. La edad de inicio oscila entre los 8 y los 13 años, con la mayor prevalencia entre los 15 y los 17 años. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres. La casa propia, la de los amigos, el colegio y sus alrededores son los ambientes que se identifican como aquellos donde se ofrecen el mayor número de SPA. (p.3)

Lo que permite concluir que los recursos financieros asignados a la salud mental en Colombia para el tema puntual del abordaje de la problemática del consumo de sustancias psicoactivas deben invertirse de manera más efectiva en las estrategias de intervención dirigidas a la prevención del consumo en los ambientes priorizados como son la familia, las instituciones educativas y los diferentes entornos sociales.

## Conclusiones

En las últimas décadas se ha ido acentuando en el mundo el reconocimiento de la importancia que tienen los trastornos mentales para los pacientes, las familias y para la población en general, tanto por su elevada frecuencia como también por la carga social y económica que representan (Collins et al., 2011; Wittchen y Jacobi, 2005).

Con respecto al financiamiento de la salud mental en América Latina se destaca que:

A pesar de las limitaciones obvias de los presupuestos de salud y de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, hay un margen importante para hacer mejoras significativas. De hecho, el uso eficaz y costoeficaz de los recursos tiene suma importancia precisamente a causa de estas limitaciones. (OPS, 2018, p.34)

Este panorama le aplica a Colombia, puesto que es uno de los países de ingresos medianos de la Región de las Américas.

La presente investigación sobre *la evolución y resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia durante el período 2016 a 2019* muestra que tanto el monto de los recursos financieros asignados como el de los recursos ejecutados tuvieron una tendencia decreciente en 2017 y 2018 con respecto al año 2016, en cambio en el 2019 la tendencia fue creciente.

Por otra parte, en ninguno de los años del período analizado la ejecución de los recursos asignados fue del 100%, encontrando que para los años 2016, 2017 y 2018 el promedio de ejecución fue del 61% y para el año 2019 la ejecución alcanzó el 82%.

En términos generales, la ejecución de los recursos financieros para la salud mental en Colombia entre 2016 y 2019 no fue la más óptima, tanto por el comportamiento observado en cada año como también porque del total de recursos económicos asignados en los 4 años por valor de \$ 287.979.647.293 se ejecutaron \$ 198.769.529.727, cifra que sólo corresponde al 69%, lo que

sugiere debilidades en los procesos de gestión, asignación y ejecución de los recursos, más aún si esta información se correlaciona con los deficientes resultados en salud mental que se obtuvieron entre 2016 y 2019.

Al respecto, la investigación muestra los siguientes *resultados en salud mental obtenidos con los recursos financieros ejecutados en el período 2016 a 2019 en Colombia*:

Se evidencia un incumplimiento en la meta definida por el MSPS en cuanto a la implementación de *la política nacional de salud mental*, lo cual indica que no basta con la formulación y expedición de normas, sino que se requiere por parte de los entes gubernamentales fortalecer y garantizar los procesos de divulgación, acompañamiento, asesoría, seguimiento a la implementación de la política y priorización del uso de los recursos financieros en dichos procesos, con una participación activa de todos los actores involucrados en el abordaje y la respuesta efectiva a la problemática de salud mental en Colombia.

Más aún, si se tiene en cuenta que para el año 2019 que fue el año siguiente a la adopción de la política nacional de salud mental en 2018, el presupuesto asignado para salud mental fue el más alto en el período analizado, puesto que ascendió a la suma de 115.432 millones de pesos, de los cuales sólo se ejecutaron el 82%.

En materia de *prevención del suicidio*, contrario a lo esperado, la tasa de este evento creció durante el período estudiado, de tal manera que el abordaje de esta problemática debe estar enfocado a la intervención de aquellos factores de riesgo biopsicosociales del individuo así como también al fomento de factores protectores, que permitan de forma temprana evitar la ideación suicida y en ese mismo sentido se debe orientar la asignación y ejecución de los recursos financieros con estrategias que incluyan la articulación intersectorial y que sean efectivas para reducir la incidencia del suicidio en el país.

Esta investigación, en lo relacionado con *la carga de enfermedad mental en Colombia*, mostró como resultados una tendencia hacia el aumento entre 2016 y 2019, lo que trajo como consecuencia que los trastornos mentales y del comportamiento sean responsables de la quinta parte de la carga de enfermedad crónica no transmisible, con un alto impacto, costo social y económico para la población del país.

En este sentido, se concluye que la enfermedad mental ha afectado el desarrollo económico del país tanto por la disminución de la capacidad productiva de la población, como también por el alto costo médico que representa su atención.

Finalmente, en relación al *consumo de sustancias psicoactivas en Colombia* cuyo inicio se está presentando a edades cada vez más tempranas en los adolescentes según lo observado en esta investigación, es imprescindible que para el abordaje de esta problemática, los recursos financieros se inviertan de manera más eficiente en estrategias de intervención para la prevención del consumo de dichas sustancias en los ambientes priorizados como son la familia, las instituciones educativas y los diferentes entornos sociales.

En síntesis, en esta investigación se concluye con relación a la evolución del financiamiento de la salud mental en Colombia durante el periodo 2016-2019 que no hubo una ejecución completa ni la más eficiente gestión de los recursos financieros asignados y tampoco se obtuvieron los resultados en salud mental planeados por las autoridades sanitarias para garantizar el goce efectivo de este derecho a la población colombiana.

Sin embargo, el análisis de los problemas en la gestión de los recursos económicos y de los deficientes resultados obtenidos en materia de salud mental en el país, entre 2016 y 2019, debe ser visto y profundizado con un enfoque multicausal, pues en Colombia “el sistema de salud mental funciona de manera contradictoria, en una tensión permanente entre los derechos humanos, la

rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma, los cuales se expresan en falencias de tipo estructural, conceptual y sociocultural” (Hernández y Sanmartín, 2018,p.9).

De tal manera que el reto para el gobierno y todos los actores involucrados en la problemática de salud mental en Colombia será el de generar los escenarios requeridos para el análisis propuesto, que permita como fin último garantizar una gestión competente de los recursos y unas estrategias de intervención intersectoriales que sean efectivas y que estén enfocadas tanto en la promoción y prevención como en la atención integral de la enfermedad mental, el consumo de sustancias psicoactivas y las diferentes formas de violencia.

## **Recomendaciones**

Partiendo del hecho de que la literatura encontrada en relación con la evolución y resultados del financiamiento de la salud mental en Colombia fue limitada, si tenemos en cuenta que la problemática de la salud mental es multicausal y que su análisis requiere diferentes enfoques, lo reflexionado en la presente investigación puede servir de referencia para que a nivel de la Academia se continúe profundizando en dicha temática, así como también para que se planteen nuevos interrogantes que orienten investigaciones futuras que a su vez soporten la implementación de estrategias y planes de acción para generar mejoras en la asignación y ejecución de los recursos financieros que se reflejen en una atención integral y de calidad de la salud mental en toda la población del país.

Para el Estado y los entes gubernamentales, se sugiere enfocarse en consolidar la implementación efectiva de la política pública nacional de salud mental y de los lineamientos de la ley de salud mental (Ley 1616 de 2013), priorizando la gestión eficiente de los recursos financieros y las estrategias de intervención integradas al sistema de salud necesarias para que cada habitante en el país pueda hacer efectivo su derecho a la salud mental.

La recomendación para las EPS como las entidades responsables del aseguramiento en salud es que den prelación al componente de salud mental y sus determinantes en los análisis de caracterización de la población afiliada, con el fin de que se asignen los recursos necesarios para garantizar la promoción, prevención y la atención integral de la enfermedad mental. Para lo cual las IPS de todos los niveles de atención deberán trabajar de manera coordinada con las EPS.

Finalmente, la participación activa de los pacientes mentales y sus familias en todos los ámbitos y sectores relacionados con la salud mental es imprescindible en la lucha contra el estigma y la discriminación, así como también para exigir el goce pleno de sus derechos.

### Referencias Bibliográficas

- Baader, M. T., Urra, P. E., Millán, A. R., y Yáñez, M. L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica las Condes*, 22(3), 303-309. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70430-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70430-8)
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S. E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., ... Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475(7354), 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Corte Constitucional. Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional. Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995
- Cuellar Rivas, L.X. (2018). La salud mental, un verdadero problema de salud pública. *Revista Colombiana Salud Libre*, 13(1), 5-8. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2018v13n1.4985>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Boletín Técnico. Índice de Precios al Consumidor. Diciembre de 2016*. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol\\_ipc\\_dic16.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol_ipc_dic16.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). *Boletín Técnico. Índice de Precios al Consumidor. Diciembre de 2017*. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol\\_ipc\\_dic17.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol_ipc_dic17.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2019). *Boletín Técnico. Índice de Precios al Consumidor. Diciembre de 2018*. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol\\_ipc\\_dic18.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol_ipc_dic18.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Boletín Técnico. Índice de Precios al Consumidor. Diciembre de 2019.*

[https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol\\_ipc\\_dic19.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/bol_ipc_dic19.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Anuario Nacional de Estadísticas Vitales Colombia 2019.*

<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/anuario-EEVV-2019/anuario-nacional-de-estadisticas-vitales-colombia-2019.pdf>

Decreto 3039 de 2007 [Presidencia de la República]. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. 10 de agosto de 2007. Diario Oficial No.46716

Decreto 4107 de 2011 [Presidencia de la República]. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. 2 de noviembre de 2011. Diario Oficial No. 48241

Departamento Nacional de Planeación. (2020). *Documento CONPES 3992. Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.*

<https://www.dnp.gov.co/DNPN/Paginas/Buscador.aspx?q=CONPES%203992>

Fonseca Rodríguez, G., y Valenzuela Rodríguez, C. (2016). Función de la economía de la salud en el proceso de actualización del modelo económico cubano. *Medisan*, 20(9), 2175-2181. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192016000900018&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000900018&lng=es&tlng=es)

Gimeno Ullastres, J. A. (2006). El sector de la sanidad y la economía. En J. A. Gimeno, S. Rubio y P. Tamayo (Eds.), *Economía de La Salud: Fundamentos. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica* (pp 1-45). Editorial Díaz de Santos.



<https://farmacomedia.files.wordpress.com/2010/04/manuales-de-direccion-medica-y-gestion-clinica-tamayo-rubio-y-gimeno.pdf>

Gómez Restrepo, C., de Santacruz, C., Rodríguez, M. N., Rodríguez, V., Tamayo Martínez, N., Matallana, D. y González, L. M. (2016). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (Supl. 1), 2-8. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502016000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502016000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

Gómez Rivadeneira, A. y Caicedo Montaña, C. (2014). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Resumen ejecutivo. *Monitor estratégico*, 6, 64-74. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/13.Plan-Decenal-de-Salud-Publica-2012-2021-Resumen-ejecutivo.pdf>

Guiza, N. C., Aldana Pinzón, O. B., y Bonilla Ibáñez, C. patricia. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 3-9. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.41785>

Hernández Holguín, D. M. y 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), 1-31. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc>

Irrázaval, M., Prieto, F., y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>

Juez, P. (2010). Diseño muestral y análisis estadístico en economía de la salud. En M. Antelo,

- J.M. Fraga y J.C. Reboredo (Eds.), *Fundamentos de economía y gestión de la salud* (pp.425-498). Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. [https://www.academia.edu/41660532/Fundamentos\\_de\\_Econom%C3%ADa\\_y\\_Gesti%C3%B3n\\_de\\_la\\_Salud](https://www.academia.edu/41660532/Fundamentos_de_Econom%C3%ADa_y_Gesti%C3%B3n_de_la_Salud)
- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 23 de diciembre de 1993. Diario Oficial No. 41148
- 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. 9 de enero de 2007. Diario Oficial No. 46506
- Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011. Diario Oficial No.47957
- Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. 21 de enero de 2013. Diario Oficial No. 48680
- Lobo, N. J., y Morales, D. F. (2016). Perfil de orientación al suicidio en adolescentes escolarizados, Villahermosa-Tolima, 2013. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 94-103. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a12>
- López Casanovas, G. (2009). Treinta años de evolución de la economía de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 83(1), 99-107. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000100008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000100008&lng=es&tlng=es)
- López Moreno, S., Garrido Latorre, F., y Hernández Ávila, M. (2000). Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud pública de México*, 42,

133-143. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342000000200009>

Martínez Giralt, X. (2010). Introducción a la economía de la salud. En M. Antelo, J.M. Fraga y J.C. Reboredo (Eds.), *Fundamentos de economía y gestión de la salud* (pp.5-164). Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico. [https://www.academia.edu/41660532/Fundamentos\\_de\\_Econom%C3%ADa\\_y\\_Gesti%C3%B3n\\_de\\_la\\_Salud](https://www.academia.edu/41660532/Fundamentos_de_Econom%C3%ADa_y_Gesti%C3%B3n_de_la_Salud)

Ministerio de la Protección Social (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informe%20final%20ENSM%202003.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Universidad Javeriana. [https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field\\_document\\_file/saludmental\\_final\\_tomoi\\_color.pdf](https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2020). *Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. Informe Técnico Periodo 2012 – 2019*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-avance-metas-pdsp-2012-2021-periodo2012-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). Respuesta radicación Número 202142301847412. 15 de diciembre de 2021. <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/validarcorreo.php?img=MTIwMjE0MjMwMTg0NzQxMI8wMDAwNC5wZGY=&num=MjAyMTQyMzAxODQ3NDEy>

Mushkin, S. J. (1999). Hacia una definición de la Economía de la Salud. *Lecturas de Economía*,

51, 89-109. <https://doi.org/10.17533/udea.la.n51a4870>

Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Prevención de los trastornos mentales.*

*Intervenciones efectivas y opciones de políticas.*

<https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>

Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos.*

*Evidencia emergente.Práctica.*<https://www.alansaludmental.com/promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/documentos-oms-sobre-promoci%C3%B3n-y-prevenci%C3%B3n-en-sm/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020.*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%.* [Comunicado de prensa, 13 de abril de 2016]

<https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Documentos básicos.* (49.<sup>a</sup> ed.).

<https://apps.who.int/gb/bd/s/index.html>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de intervención mhGAP para los*

*trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), versión 2.0.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la*

*Región de las Américas, 2018.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>

Resolución 2358 de 1998 [Ministerio de Salud]. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 18 de junio de 1998. Diario Oficial No. 43338

Resolución 1841 de 2013 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. 28 de mayo de 2013. Diario Oficial No. 48811

Resolución 4886 de 2018 [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. 7 de noviembre de 2018. Diario Oficial No. 50770

Rojas Bernal, L. Á., Castaño Pérez, G. A. y Restrepo Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Revista CES Medicina*, 32(2), 129-140.

<https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>

Sánchez Correa, M.A., Cabra Ángel, Z. L., Silva Asesor, J.B. (2021). *Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la política pública nacional de salud mental 2018*. <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/5192>

Torres de Galvis, Y. (2018). Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(2), 182-187.

<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6761>

Torres de Galvis, Y., Agudelo Martínez, M. A., Sierra Hincapié, G., & Salas Zapata, C. (2014). Prevalencia de trastornos mentales en población general del Municipio de Itagüí (Colombia), 2012. *CES Medicina*, 28(1), 49–60.

<https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/2669>

Wittchen, H. U., y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376.  
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>