

## Política pública de salud mental para la población adulta mayor en Colombia

Molina-Bulla Carlos Iván

*FCSH, Universidad Externado de Colombia*

 carlos.molina@uexternado.edu.co

ORCID ID: 0000-0002-4381-953X

Documento recibido: 10 enero 2020

Aprobado para publicación: 27 enero 2020

---

### Resumen

Este artículo desarrolla un análisis de la Política nacional de Envejecimiento humano y vejez en Colombia 2015-2024 y de Política Nacional de Salud mental de 2018, con énfasis en la salud mental de la población adulta mayor, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en el contexto internacional desde 2002 en esta área. Metodología: Se realiza un análisis de cada política pública y un abordaje comparativo. Resultados: Se evidencia en el análisis de cada política y su comparación, los avances en los enfoques de derechos humanos, curso de vida y participación social ciudadana. Sin embargo, carecen cada una de ellas de elementos comprensivos y de aproximación específica de la salud mental en la población adulta mayor. Así también, se ven limitadas al abordar la salud mental en términos positivos. Esto subestima la alta carga acumulada de esta población y sus familias, así como comprender la salud mental como una construcción social.

### Palabras clave

Salud mental, envejecimiento, curso de vida, inequidad

## Resumo

Este artigo desenvolve uma análise da Política Nacional de Envelhecimento Humano e Velhice na Colômbia 2015-2024 e da Política Nacional de Saúde Mental de 2018, com ênfase na saúde mental da população idosa, de acordo com as recomendações estabelecidas no contexto internacional desde 2002 nessa área. Metodologia: É realizada uma análise de cada política pública e uma abordagem comparativa. Resultados: É evidente na análise de cada política e sua comparação, os avanços nas abordagens de direitos humanos, curso de vida e participação social do cidadão. No entanto, cada um deles carece de elementos abrangentes e de uma abordagem específica à saúde mental na população idosa. Além disso, eles são limitados na abordagem da saúde mental em termos positivos. Isso subestima a alta carga acumulada dessa população e de suas famílias, além de entender a saúde mental como uma construção social.

## Palavras chave

Saúde mental, envelhecimento, curso de vida, desigualdade

## Abstract

This article develops an analysis of the National Policy of Human Aging and Old Age in Colombia 2015-2024 and of the National Mental Health Policy of 2018, with emphasis on the mental health of the elderly population, in accordance with the recommendations established in the international context, since 2002 in this area. Methodology: An analysis of each public policy and a comparative approach is carried out. Results: It is evident in the analysis of each policy and its comparison, the advances in the approaches of human rights, life course and citizen social participation. However, each of them lacks comprehensive elements and a specific approach to mental health in the elderly population. In addition, they are limited in addressing mental health in positive terms. This underestimates the high-accumulated burden of this population and their families, as well as understanding mental health as a social construction.

## Keywords

Mental health, aging, life course, inequity.

---

## Introducción

El proceso de envejecimiento en Colombia ha sido un proceso acelerado y constante, lo que ha implicado la toma de decisiones de carácter poblacional acordes con este fenómeno. De acuerdo con la Política de envejecimiento humano de 2015, "hacia 1950 la población colombiana menor de 5 años representaba un 18%, en tanto que la de 60 años llegaba a un 5%. En el año 2000, estos dos subgrupos representan un 11 y un 7% respectivamente". En 2015, Colombia registraba un total de 48.203.405 habitantes, de los cuales el 11.0% son mayores de 60 años. "El índice de envejecimiento en Colombia, esto es, la relación entre la población de 60

años o más y la población menor de 15 años, ha pasado del 16.6% en 1985 al 41.4% en 2015” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Adicionalmente, como se plantea en dicha Política “los Municipios, Distritos y Departamentos se presentan procesos de envejecimiento diversos, que responden a las diferentes dinámicas económicas, sociales, políticas y culturales, propias de las distintas regiones de la Nación”. Sin embargo, otros determinantes complejos han tenido peso en la perspectiva estatal cambiante sobre la forma de abordar el envejecimiento humano y la vejez.

En primera instancia, una constitución política de 1991 que ha tenido un proceso de apropiación gradual e irregular, nacional y en los territorios; en segunda instancia, el peso que ha tomado la política pública como aproximación estatal a los problemas socialmente relevantes; y la consideración de nuevas perspectivas de derechos, de curso de vida y de salud acorde con los nuevos desarrollos conceptuales. Así mismo, han tenido peso las vicisitudes del contexto político existente y los intereses de algunos actores e instituciones, dispuestos a trabajar de manera particular sobre los desarrollos planteados o algunos opuestos al cambio.

Este tipo de determinantes y determinaciones construyen campos de interacción y acción social que resultan identificables y en los que las políticas públicas han tomado un rol específico, propositivo, pero así mismo, objeto de análisis y de crítica, primordialmente en su capacidad de implementación y de acción social real.

En este sentido, el desarrollo de la política pública en salud mental también ha avanzado gradualmente y determinada por elementos de carácter similar, aunque con un proceso de desarrollo más tortuoso y ligado con elementos adicionales de determinación social que han limitado su construcción como son la fuerte tradición médica en sus discursos y prácticas, la patologización de la salud mental, el estigma asociado con el tema, y un interés económico menor en su desarrollo.

En relación con todo lo anterior, en 2015 el Ministerio de Salud y protección de Colombia promulga la Política colombiana de envejecimiento humano 2015-2024 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) y en 2018 la nueva Política nacional de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En este artículo se plantea un análisis de la política nacional de salud mental, de cara a la población adulta mayor y en relación con la política de envejecimiento humano existente. En tal sentido, se establecen los énfasis que relacionan dichas políticas y las necesidades relacionadas con su implementación. Con ello se espera responder a un segmento de la inquietud existente sobre el necesario desarrollo sanitario para esta población, así como la indispensable comunicación entre políticas públicas existentes. La pregunta que orienta esta investigación es ¿Cuál es el desarrollo de la política nacional de salud mental para la población adulta mayor en articulación con la política de envejecimiento humano?

## Marco teórico

Este artículo se acoge a una mirada ampliada del concepto de salud mental. Históricamente, este concepto reemplaza a nivel mundial y en Colombia al concepto de higiene mental en la segunda mitad del siglo XX, aunque conserva elementos de la tradición higienistas del siglo XIX e inicios del siglo XX (De Santacruz & Molina, 2011). En un análisis contextual del desarrollo de los elementos determinantes del Campo de la salud mental ha sido del caso comprender los diferentes ejes que han constituido su estructuración como espacio de acción social. En particular elementos determinantes como el contexto sociopolítico, los agentes y actores

sociales, las instituciones involucradas, los elementos socio-normativos participantes, los elementos territoriales y por último, las teorías y prácticas que se establecen en dicho campo pero que nos son suficientes para comprenderlo de manera aislada.

En tal sentido, se pueden establecer que los elementos que han construido la idea de salud mental en los últimos 50 años también matizan la interpretación y manejo del concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea en octubre de 2019 que “La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

En tal sentido, el concepto de salud mental no se restringe, como antaño, a los trastornos mentales y a las políticas públicas para su atención. Se ha asumido el desarrollo de propuestas de política - como la Política Nacional del Campo de la salud mental- contemplando el análisis de la salud mental, los problemas de salud mental y los trastornos mentales como elementos objeto de aproximación, como parte de un espectro social más amplio y el abordaje de la salud mental como bien individual y colectivo de las y los colombianos. Adicionalmente, la salud mental y los problemas relacionados están ligados con los derechos humanos y el capital global (entendido como la suma de capitales económico, cultural, simbólico y social) (Ministerio de Protección Social, 2007).

Un concepto más amplio de la salud mental se desarrolla entonces, en el espacio normativo gracias a la Corte Constitucional en sus sentencias en torno al tema y muy especialmente con la Ley de salud mental de 2013, que contempla la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Adicionalmente, gracias a la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 desarrollada en Colombia, se evaluó la salud mental, los problemas de salud mental y los trastornos mentales, encontrándose relacionados con elementos contextuales más amplios que tan solo características individuales. Por tanto, a partir de estos hallazgos, la salud mental y estos problemas requieren de una intervención intersectorial y de políticas más amplias que las del sector salud, dada la representación que tienen en las afectaciones, como también en los factores protectores de la salud mental y del bienestar (MINSALUD; COLCIENCIAS; Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

Aunque la encuesta de 2015 no logra discriminar los problemas asociados en este campo, en lo que se refiere la adultez mayor, el 41,0% reportó síntomas depresivos. La prevalencia disminuyó con la edad y fue mayor en estratos socioeconómicos altos, así también, el 17,5% reportó Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL). Es una cifra de consideración en tanto las mayores prevalencias de problemas en salud mental se reportaron en torno a los trastornos depresivos y las demencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Aunque estos hallazgos sean relevantes, no implican la necesaria dependencia del adulto mayor, ni tampoco un incremento desmedido del gasto en salud, como se pensaba en el pasado y en cambio, conlleva compren-

der dicho gasto como una inversión en una población prioritaria y no una carga (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Ahora bien, a la hora de abordar los elementos afectivos y emocionales de la población adulta mayor en términos positivos, la Encuesta SABE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015) destaca en sus resultados que, “sin desconocer la presencia de tensiones y desgaste afectivo, la vida familiar se constituye en un soporte fundamental para la calidad de vida y se nutre de rutinas y rituales que sostienen la unidad familiar. La convivencia familiar se nutre de los procesos de comunicación y las expresiones afectivas” destacando además la interacción a través de nuevas herramientas que ha brindado la tecnología.

De acuerdo con lo anterior toma importancia lo planteado por la Organización Mundial de la Salud al priorizar el envejecimiento saludable, adaptando los sistemas de salud a las poblaciones de edad que atienden actualmente, creando sistemas de atención a largo plazo, creando entornos adaptados a las personas mayores, y mejorando la medición, el monitoreo y la comprensión de dicho envejecimiento saludable (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Por último, es del caso comprender la relación compleja de la salud mental con el proceso de envejecimiento humano y el entorno próximo. Un ejemplo de ello se plantea en la relación entre el deterioro de la salud mental con la carga del cuidado, pero al mismo tiempo el efecto protector que conlleva el vínculo relacionado con el cuidado y la familia, como plantea la Misión Colombia Envejece (Fedesarrollo, 2015).

El espacio comprensivo enunciado y manejo de la salud mental en el adulto mayor debería ser apropiado en la construcción normativa.

## Metodología

La aproximación que se realiza corresponde a un análisis de la política de envejecimiento humano y vejez 2015-2014, y la Política de salud mental de 2018, y un análisis comparado que pretende comprender sus énfasis, las similitudes, diferencias y posibles desarrollos comunes en lo que a la salud mental de las personas adultas mayores se refiere. Este tipo de enfoque espera ejercitar el análisis de estas políticas y los procesos de gestión que plantean incorporando además como elementos contextuales, los determinantes y argumentos identificables que han intervenido en su desarrollo, para comprender además su evolución y considerar posibles desarrollos futuros en este campo de la salud.

Las unidades de análisis son la política de salud mental de 2018 y la política de envejecimiento humano y vejez de 2015-2014 para Colombia.

## Resultados

### La salud mental en la política actual de envejecimiento humano y vejez 2015-2024

Como marco inicial de análisis en relación con un desarrollo temporal es del caso abordar cómo la política actual de envejecimiento humano y vejez reemplazó a la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, formulada a finales del año 2007 en cumplimiento de la Ley 1151 del mismo año.

Dentro de los argumentos para su nueva formulación se encontraban “las rápidas transformaciones de los colectivos humanos, los cambios del contexto político y administrativo, los avances en el estado del conocimiento, la clarificación de relaciones formulación-implementación, la optimización de alcances temporales de metas de la Política y la definición de un catálogo de indicadores para el monitoreo y evaluación” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Esta política es desarrollada con un particular énfasis en el envejecimiento saludable como se plantea desde la OMS y recalca los avances logrados en diferentes áreas de intervención para abordar el envejecimiento en años anteriores.

Dentro de sus líneas estratégicas encontramos la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores, la protección social integral; el envejecimiento activo, satisfactorio y saludable; y la formación de talento humano e investigación. Plantea que en su construcción tuvo lugar un amplio proceso de participación en cinco regiones del país con “representantes de las organizaciones de y para personas adultas mayores, entidades públicas de los niveles territoriales departamental, distrital y municipal, organizaciones académicas, organizaciones no gubernamentales y organizaciones privadas y mixtas. En total participaron 406 personas de 217 organizaciones”. Sin embargo, en este punto no se aclara la metodología establecida en estos procesos participativos y en la definición de sus contenidos, salvo la divulgación de un documento para comentarios en abril de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Por otro lado, la política resalta la atención básica en salud como elemento fundamental de la protección social considerando la transición epidemiológica y la transición de la atención sanitaria. Así también, “la creciente probabilidad de desarrollar dependencia funcional y discapacidad y saturar los sistemas de salud, por lo que emerge una nueva exigencia a los Estados, la de preservar la calidad de vida y la funcionalidad a las Personas Adultas Mayores con base en la promoción de la independencia funcional, la participación social y la eliminación de desigualdades en la vejez” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Sin embargo, no es claro en la política, la manera como se articularán estos conceptos de cara a abordar los problemas de salud asociados con el envejecimiento y en particular frente al sistema de salud colombiano que ha presentado considerables limitantes en la atención en general y en salud mental en particular.

### **En relación con la salud y la salud mental**

La Política basa en la interrelación de seis núcleos conceptuales: “el envejecimiento de la sociedad, los derechos humanos, el envejecimiento activo, la longevidad, la protección social integral y la organización del cuidado”.

Contemplar un énfasis en el envejecimiento de la sociedad articulando este con el concepto de curso de vida, resulta consistente con una perspectiva más contextualizada de aproximación, es además una mirada recogida por múltiples políticas en salud y coincide en ello con la Política de salud mental de 2018. Así también el concepto de envejecimiento activo que se puede articular con el de promoción de salud mental en espacios como los centros día, promovidos por la política de envejecimiento.

Es de resaltar dos valores de la política de envejecimiento que no se han articulado de manera suficiente en diferentes propuestas de política de salud mental como son los de autonomía y dignidad. En particular, considerar y rescatar la autonomía en personas afectadas por problemas y trastornos mentales ha sido un proceso paulatino y difícil en el contexto colombiano, lo cual se ve reflejado en la discusión sobre la capacidad jurídica, inclusive de personas adultas mayores que eran declarados interdictos en el pasado y que, a partir de la Ley

1996 de 2019, ya no es posible dentro del sistema legal colombiano (Congreso de la República de Colombia, 2019).

Por otro lado, la política de 2015 establece las desigualdades acumuladas como una de las grandes dificultades relacionadas con el envejecimiento desde un enfoque de curso de vida, aunque no da cuenta de sus efectos en salud y en particular en salud mental. Esto es, establecer las descapitalizaciones asociadas con las afectaciones en salud mental, que se han hecho evidentes en otros estudios y en las evaluaciones secundarias de la Encuesta nacional de salud mental de 2015 (MINSALUD; COLCIENCIAS; Pontificia Universidad Javeriana, 2015).

En torno a la salud, la Política de 2015 rescata en particular la atención primaria como estrategia sectorial prevalente, así como los avances en la atención ampliada en términos de cobertura a la población objeto en años anteriores. En términos del campo de la salud mental hace énfasis particular en la atención a las demencias (trastornos neurocognitivos mayores) y a la depresión como eventos prevalentes. De allí también las Guías de Práctica Clínica y Guías para pacientes / cuidadores / familiares, que aportan a la prevención y control de las principales causas de morbilidad y mortalidad, prevalentes en las personas adultas mayores: Guía de Hipertensión Arterial Primaria, Guía de Cáncer de Próstata y, por último, la de mayor interés en el Campo de este análisis, la Guía de Depresión en Adultos (IETS, 2013).

Aunque en la Política de 2015 se contempla la necesidad del envejecimiento activo, dicho énfasis no se relaciona como la necesidad explícita de avances en el ámbito de la promoción de la salud mental, la atención primaria en salud y su componente de salud mental. Es de resaltar que a la hora de preguntar a los adultos mayores sobre sus limitaciones se reconoce la hipertensión, la artritis o la artrosis, la diabetes como sus principales afectaciones, pero no es evidente la identificación de dificultades en torno a la salud mental. Esto muy probablemente está relacionado con la idea persistente del trastorno mental como sinónimo de salud mental.

Por último, se reconoce en la política de 2015 los posibles efectos de los síndromes geriátricos y sus consecuencias, pero se desestima ahondar en los efectos asociados en salud mental de las demencias y los trastornos depresivos, lo cual requiere de una aproximación oportuna y comprensión más profunda para el abordaje psicosocial de la población adulta mayor.

## **La Política Nacional de Salud Mental de 2018**

La política nacional de salud mental ha tenido un desarrollo gradual desde una primera versión en 1998, múltiples propuestas que no vieron la luz en el curso de 20 años y, finalmente un documento de política de 2018 que retomó parte de las argumentaciones de las propuestas intermedias y que se hace realidad a través de la resolución 4886 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Dentro del abordaje de esta política se encuentran la salud mental y su promoción, así como las principales afectaciones (los problemas y trastornos mentales); la conducta suicida; el consumo de sustancias psicoactivas, las violencias y convivencia social y la epilepsia. Lo anterior, se basa en el desarrollo de la propuesta de política de 2007 del campo de la salud mental (Ministerio de Protección Social, 2007) y la exigencia de una nueva política de salud mental en la Ley de salud mental de 2013 (Congreso de la República de Colombia, 2013). Esta última establecía la necesidad de un ajuste de la política ante los cambios en este campo, los pobres avances en salud mental desde la implementación del Sistema de seguridad social en salud (Congreso de la República, 1993) y la exigibilidad de derechos en salud para la población colombiana en general y en parti-

cular para aquella con afectaciones en salud mental. Lo anterior viene a ser sustentado también en los hallazgos de la Encuesta nacional de Salud Mental que dio cuenta de la salud mental del país, de los problemas de salud mental y de trastornos mentales de importancia (MINSALUD; COLCIENCIAS; Pontificia Universidad Javeriana, 2015) y con la Ley Estatutaria de la salud, que establece la salud como derecho fundamental en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Aunque la epilepsia no es un problema o trastorno mental, se priorizó en este documento para que fuera cubierta por una política estatal.

Ahora bien, a pesar de tener un enfoque poblacional territorial, la política de salud mental de 2018 no establece con claridad cuáles son las afectaciones en estas áreas para el adulto mayor, salvo los datos de 2017 sobre violencia intrafamiliar dentro de los cuales se plantea que existieron 1.944 casos (7,06% del total) contra el adulto mayor. No se refiere la política a los casos crecientes de suicidios consumados y en general presenta un vacío a la hora de establecer una diferenciación de la población adulta mayor como población vulnerable y vulnerada en su salud mental.

A pesar de esto, la política de salud mental contempla como enfoques primordiales, el enfoque de desarrollo basado en derechos, el poblacional territorial -ya mencionado-, el enfoque psicosocial, el de curso de vida, el enfoque de género (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). En ello encontramos una de las principales ventajas de la política de salud mental en relación con la política de envejecimiento humano y vejez y es apropiar de manera más explícita los enfoques de género y psicosocial a la hora del abordaje de los problemas de salud mental.

Este tipo de dificultades se acumulan en el curso de vida de manera diferencial y con una mayor carga, para poblaciones en desventaja económica, para la mujer y para las comunidades étnicas. Dicha vulneración y vulnerabilidad pueden ser abordadas desde una perspectiva psicosocial, como lo plantea la política de salud mental, y como lo ha demostrado la aproximación a la población víctima del conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Por otro lado, ambas políticas tienen en común el enfoque de derechos -o de desarrollo basado en derechos- y de curso de vida, aunque resulta más explícito, en el caso de la política de envejecimiento humano de 2015, la conceptualización del ámbito de los derechos humanos, su relación con la construcción social del envejecimiento y la apropiación del concepto de curso de vida dentro de este proceso de construcción social.

Adicionalmente, la política de salud mental de 2018 dentro de sus principios considera la salud mental como "parte integral del derecho a la salud, el abordaje intercultural de la salud, la participación social una política pública basada en la evidencia científica" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

En lo anterior encontramos un elemento fundamental de la política de salud mental para un país pluriétnico y multicultural como Colombia a la hora de abordar la salud mental y el envejecimiento humano. En ello avienta a la política de envejecimiento de 2015. En tanto existen en el país 102 pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes, raizales y rom, entre otras. Cada una de estas comunidades construye nociones propias de la salud mental, así como del envejecimiento, siendo varias de ellas mucho más favorables en sus prácticas culturalmente hacia el adulto mayor, en el respeto hacia lo ancestral, la relación con la naturaleza y a partir de las cual se han dado procesos de aprendizaje en donde la vejez y la experiencia de los adultos mayores tienen un rol primordial.

El objetivo de la política de salud mental es por tanto “promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Sin embargo, un elemento que no es explícito en el abordaje de este objetivo es la aproximación en torno a curso de vida y en particular a las personas adultas mayores como población prioritaria. El enfoque poblacional hace mayor énfasis en la salud mental de la población más joven, menor de 18 años y adulta, lo cual guarda relación con énfasis en la carga de enfermedad, en la gestión del riesgo, pero es limitado a la hora de ver la situación a futuro de esa población y la situación actual de los adultos mayores y su rol en la salud mental. Esto compromete la posibilidad de abordaje más comprensivo a la hora de considerar problemas específicos en la vejez como es el fenómeno de suicidio en adultos mayores como se mencionaba antes o la carga asociada con las afectaciones relacionadas con la violencia hacia esta población.

Lo anterior también se hace evidente, en los ejes estratégicos de la política de salud mental, en los que se establece la promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, lo que además se podría articular con la aproximación a los entornos saludables de la política de envejecimiento de 2015. En este punto se rescata de la política de salud mental nuevamente el abordaje multicultural y un intento de aproximación en la promoción de la salud mental, con aquellos elementos culturalmente construidos que promueven y rescatan la salud mental, y cuya memoria preservan los adultos mayores.

Así también, se logra establecer que, en torno al eje de prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, de los trastornos mentales y epilepsia, se deberían articular ambas políticas, en el marco además de la atención primaria como estrategia sectorial. Sin embargo, para el año 2020 están pendientes aún las rutas integrales de atención de salud mental – para toda la población- que permitan dicha identificación de los problemas en salud mental, más allá de un plan de intervenciones colectivas.

Lo anterior impacta el desarrollo efectivo del eje estratégico de atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral), planteado por la política de 2018, ya que no es clara la ruta y menos las responsabilidades dentro del Sistema de seguridad social en salud para su atención en poblaciones vulneradas y específicamente la población adulta mayor.

Para el eje de rehabilitación integral e inclusión social ocurre lo mismo, quedando más claro en la política de envejecimiento humano de 2015 la propuesta de fortalecer los espacios socio-sanitarios para el adulto mayor con una alta frecuencia de problemas y trastornos mentales asociados, como lo son la depresión y los trastornos neuro-cognitivos, como ya se había mencionado.

A pesar de la limitación en los ejes anteriores, se rescata de la política de salud mental el eje estratégico número cinco, de la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Este eje y su desarrollo territorial y poblacional debería permitir la articulación con la política de envejecimiento humano y vejez de 2015 y en el proceso de implementación de ambas propuestas, aunque no resulto evidente en la guía de implementación ministerial de la política de salud mental de 2018.

Es claro entonces que el abordaje y las estrategias de la salud mental de la política de 2018, para la población adulta mayor, quedan subordinados a un mayor énfasis en las poblaciones más jóvenes, como se planteaba antes. Esto no tiene en consideración los enfoques, poblacional y de curso de vida enunciados que reconocen

cómo, la población adulta mayor sufre de manera prevalente la acumulación de afectaciones relacionadas con género, violencia intrafamiliar y violencia sociopolítica, así como las limitaciones en el acceso a al sistema de salud a pesar de la clara transición epidemiológica y la transición de la atención en salud que viven los países en Iberoamérica y en el mundo y que inciden primordialmente en las personas adultas mayores.

En tal sentido la Política de salud mental no es claramente prospectiva, lo cual se asocia con la limitación en la comprensión que tiene de la salud/salud mental, del envejecimiento humano y de la vejez como construcciones sociales. A pesar de reconocer un modelo de determinantes sociales en salud, su comprensión sigue siendo de carácter lineal, cercana a la concepción de factores de riesgo y factores protectores de la salud individual y no como una construcción compleja de sujetos individuales y colectivos. En ello la política de envejecimiento lleva una ventaja a la hora de comprender el curso de vida de dichos sujetos como una construcción contextualizada.

Por último, las limitaciones en la apropiación o comprensión de estos conceptos básicos también se ven reflejada en la restricción de la política de salud mental y sus estrategias de atención en diferentes ámbitos. Un ejemplo de ello es el desconocimiento de espacios de atención para el adulto mayor y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad como son los centros de protección y los espacios socio-sanitarios en los que son prevalentes las afectaciones en salud mental de esta población.

Es de esperar que parte de estos elementos se vean abordados en el proceso de implementación territorial que debe adelantar el Ministerio de salud en los próximos dos años.

## Hallazgos y reflexiones

En este análisis se puede rescatar que existen avances y vacíos, en las políticas analizadas, en lo que se refiere a la salud mental de las personas adultas mayores. En tal sentido:

- Ambas políticas establecen, como enfoques los derechos humanos y la participación social o ciudadana, lo cual representa un avance en las últimas décadas en el campo de las políticas públicas y que resulta consistente con el bloque de constitucionalidad (compromisos internacionales) y la Constitución Política de Colombia de 1991.
- La política de envejecimiento y vejez de 2015 reconoce que Colombia se enfrenta a un proceso de envejecimiento, cuya velocidad, entendida como el tiempo transcurrido en el conjunto de una sociedad para que el grupo de las personas de 65 años o más pasen de una proporción del 7% al 15%, será de 20 años, se inició en 2017 y finalizará en 2037, "momento en el que la sociedad colombiana se considerará formalmente envejecida" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).
- Además, la política de 2015 reconoce el envejecimiento humano como una construcción social, más que un proceso lineal o estático, pero no está claro que ninguna de las dos políticas asuma la salud mental como una construcción similar, lo cual corresponde a un vacío en la concepción de esta y una limitación para su aproximación más amplia en ambas políticas.
- Es de rescatar la asociación que se puede establecer entre el envejecimiento activo y la promoción de la salud mental, como un propósito asociado con la población que envejece. Pero, además, si en los colectivos humanos los roles son definidos de manera más relacional y no sólo en términos demográficos o individuales, existe un espacio de oportunidad para la articulación de ambas políticas y "realizar su poten-

cial de bienestar físico, social y mental". Adicionalmente, este aspecto continuo del desarrollo humano fue ya planteado desde la perspectiva psicosocial de Eric Ericsson al contemplar el concepto de ciclo vital en el siglo pasado.

- Guarda consistencia con lo anterior la relación existente entre las dos políticas sobre la promoción de entornos saludables que a la postre conlleven al bienestar de la población adulta mayor y a la salud mental. Este planteamiento podría ser articulado, aun antes de llegar a la vejez, abordar la inequidades y vulneraciones estructurales, previniendo parte de las afectaciones en salud mental.
- Aunque la política de envejecimiento humano de 2015 reconoce los eventos primordiales en el campo de la salud mental que aquejan a la población adulta mayor, se limita en este campo a reconocer los trastornos prevalentes como las demencias y la depresión. No considera en este campo los efectos de las violencias –salvo como una mención- y no relaciona el envejecimiento saludable con la promoción de la salud mental en las personas adultas mayores.
- Así mismo, la política de envejecimiento humano y vejez 2015-2024 no establece la carga en salud mental y otras áreas de la salud, asociada a las inequidades acumuladas y asociadas con envejecer en nuestra sociedad, en un país de marcadas inequidades como Colombia. El marco de la estrategia de atención primaria en salud es rescatado por la política, de manera favorable, plateándola como “una estrategia pertinente, altamente eficiente y eficaz, para garantizar condiciones de disponibilidad, acceso, oportunidad, calidad y continuidad en la prestación de servicios de salud” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Sin embargo, el componente de salud mental en dicha estrategia es nuevamente desconocido y no resulta suficiente entenderla como la garantía de acceso a la atención en salud.
- Adicionalmente, ambas políticas se ven limitadas en el seguimiento a la *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento de 2002* (ratificada por la Declaración de Brasilia en 2007 y la Carta de san José en 2013) que resaltaba en la “Cuestión 5”, “las necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad” dentro de las cuales se recomienda prestar particular atención en esta área en tanto
- En el caso colombiano, a diferencia de otros países, la situación en esta área es limitada en el cumplimiento del objetivo planteado y pendiente en salud mental de 2002; esto es el “desarrollo de servicios amplios de atención de la salud mental que comprendan desde la prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de las personas de edad (ONU, 2002). La declaración de Madrid resaltaba:

*“En todo el mundo, los problemas de la salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de la vida. Es evidente que los problemas de salud mental no son un resultado inevitable del envejecimiento, pero el envejecimiento de la población hace prever un aumento importante del número de personas de edad que padecen enfermedades mentales” (ONU, 2002).*

Lo anterior implica la promoción de la salud mental, la prevención de problemas y trastornos, la detección e intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento rehabilitación, así como la gestión de los problemas de salud mental de las personas de edad.

- La política de 2015 carece de un enfoque explícito, de género y de una mirada intercultural clara, salvo en el enunciado de derechos humanos. En ello existe además un vacío a la hora de reconocer los efectos de la violencia estructural relacionada con raza y género, y sus efectos en el envejecimiento y la salud mental de las poblaciones excluidas. No basta con su mención.
- La situación anterior se ve reflejada en el reconocimiento limitado de los problemas de salud mental en la población, que identifica en mayor medida, problemas de tipo físico y no de tipo psicológico y/o mental. Lo anterior puede estar relacionado con el estigma existente y persistente en esta área, también identificado en la Encuesta nacional de salud mental. Este fenómeno se encuentra asociado al auto-estigma y discriminación de la población con problemas de salud mental que limita acudir a los servicios (MINSALUD; COLCIENCIAS; Pontificia Universidad Javeriana, 2015). Dicho contexto contribuye también a la descapitalización simbólica de la comunidad adulta mayor que pueda estar afectada en su salud mental y de la comunidad que envejece en general, también discriminada en nuestra sociedad.
- Así mismo, al hablar de la salud, prevalece una mirada sectorial, desde la perspectiva de la atención en salud y no, la salud y la salud mental como un asunto intersectorial más amplio. Se plantea como meta establecer “rutas para la identificación de poblaciones vulnerables o en riesgo social que requieren programas de asistencia social y cuidados en salud (personas adultas mayores en situación de enfermedad mental, abandono, con discapacidad, en situación de calle o dependencia), al año 2019” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). La atención psicosocial es considerada una intervención de manera tangencial y no se considera la alta carga que genera para las personas adultas mayores y sus familias por este tipo de problemáticas.
- Es del caso evaluar las limitaciones que puede generar el proceso participativo a la hora de identificar los problemas asociados con la salud mental y su abordaje. Se comprende entonces el intento de algunos colectivos en los dos últimos años para la modificación de la Ley de salud mental de 2013 (Congreso de la República de Colombia, 2013), dado que no se priorizó a la población adulta mayor en dicha ley. Siendo esta Ley la que precipitó el ajuste de la política pública, de sus lineamientos y exigió la nueva Política de salud mental de 2018, se puede explicar parcialmente dicho vacío en el documento.
- Dado que “La responsabilidad por la articulación y coordinación de los actores sociales para la formulación, gestión, monitoreo y evaluación de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez es del Ministerio de Salud y Protección Social” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015), es de esperar un mayor énfasis en lo que a salud mental se refiere.
- Así mismo, ya que el Consejo Nacional de Salud mental tiene como responsabilidad hacer seguimiento a la política nacional de salud mental (Congreso de la República de Colombia, 2013), es del caso establecer su responsabilidad en dar cuenta de su implementación para la población adulta mayor como población priorizada por el orden constitucional. Esto requerirá de una modificación de la Ley de salud mental de 2013, de manera que sea contemplada de manera explícita para un futuro próximo.
- También está pendiente la aprobación de un proyecto de ley que acoja la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, actualmente en curso, como elemento fundamental para el avance normativo en pro de esta comunidad de todos los colombianos y colombianas. 🗣️

## Referencias

- Congreso de la República de Colombia, 2013. Ley 1616 del 21 de enero 2013. [En línea] Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Congreso de la República de Colombia, 2015. Ley estatutaria de la salud 1751. [En línea] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- Congreso de la República de Colombia, 2019. Ley 1996 de 2019 Régimen para el ejercicio de la capacidad legal de las personas con discapacidad mayores de edad. [En línea] Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1996\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1996_2019.html) [Último acceso: 8 Enero 2019].
- Congreso de la República, 1993. Ley 100 de 1993. [En línea] Disponible en: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)
- De Santacruz, C. & Molina, C. I., 2011. Línea de tiempo de la APS en Colombia. Cali, s.n.
- Fedesarrollo, 2015. Misión Colombia Envejece. [En línea] Disponible en: <https://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2724> [Último acceso: 31 Diciembre 2019].
- IETS, 2013. Guía de Práctica Clínica Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS> [Último acceso: Enero 2020].
- Ministerio de Protección Social, 2007. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. [En línea] Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2015. Encuesta SABE Colombia 2015. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/GCFI/Resumen-Ejecutivo-Encuesta-SABE> [Último acceso: 4 Enero 2020].
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2015. Política colombiana de envejecimiento humano y vejez 2015-2024. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-de-envejecimiento-humano-y-vejez-2015-2024.pdf> [Último acceso: 4 Enero 2020].
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2017. Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2018. Política Nacional de Salud Mental. [En línea] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
- MINSALUD; COLCIENCIAS; Pontificia Universidad Javeriana, 2015. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Javegraf.

ONU, 2002. Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. [En línea] Disponible en: <https://social.un.org › ageing-working-group › documents › mipaa-sp> [Último acceso: 8 Enero 2020].

Organización Mundial de la Salud, 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [En línea] Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/> [Último acceso: 24 Diciembre 2019].

Organización Mundial de la Salud, 2019. Organización Mundial de la Salud. [En línea] Disponible en: [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/) [Último acceso: 4 Enero 2020].

## Sobre el autor/ About the author

Carlos Iván Molina-Bulla es Médico Psiquiatra Epidemiólogo. Docente investigador en la Universidad Externado de Colombia. Doctorante en Sociología Jurídica e Instituciones Políticas. Docente Universidad del Rosario y Fundación Universitaria Sanitas. Coordinador del Subcomité de Salud Mental Pública y Social de la Asociación Colombiana de Psiquiatría

## URL estable documento/stable URL

<http://www.gigapp.org>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

### Información de Contacto

Asociación GIGAPP.  
[ewp@gigapp.org](mailto:ewp@gigapp.org)