

Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana



Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013

María Camila Rendón Zapata
Laura Ruiz Gómez
Asesora: Gloria Lucía Arango Pajón
Septiembre
2021

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana

Agradecimientos

Agradezco enormemente a mis padres y a mi hermana por su motivación y apoyo durante toda mi carrera; a mis amigos y a mi pareja por siempre creer en mí, incluso cuando ni yo misma lo hacía. Agradezco a mi compañera, Laura, por estos cinco años de experiencias inolvidables; a la facultad de derecho de la universidad Autónoma Latinoamericana y a la docente, Gloria Pajón, por impulsar siempre nuestro proceso académico.

La carrera la hice yo sola, pero sin ustedes no hubiera sido posible, gracias.

María Camila Rendón Zapata

Gracias primero a Dios, por este camino tan bonito que llega a su fin y por las personas tan maravillosas que me puso en él, gracias a cada uno por su granito de arena y por la fe que siempre han puesto en mí. Gracias a la vida y a todo lo que inspiró el estudio y desarrollo de esta monografía, que me llevo en mi corazón y que cierra con broche de oro este viaje de aprendizajes que voy a recordar con amor por siempre.

Laura Ruiz Gómez

RESUMEN

La siguiente investigación en la modalidad de monografía investigativa, trata el tema del derecho a la salud mental, se aborda a partir de una perspectiva internacional. Articulada a la perspectiva Nacional , dada su relevancia en el orden global , lo que deriva en una perspectiva de actualidad, al tomar dentro del desarrollo temático, datos de personas con alguna afectación relacionada con el tema: se prosigue con un análisis normativo a la luz de la ley 1616 de 2013, centrándose las autoras en un **enfoque teórico metodológico socio jurídico y de derecho comparado** que les permite en las mismas , tomar postura crítica frente a las actuales demandas de la población afectada por circunstancias que han perturbado su bienestar integral, al ver menguada su salud mental.

Palabras clave: salud mental, OMS, OPS, entidad prestadora de servicios de salud EPS, trastorno mental.

ABSTRACT

The following investigation, in the modality of investigative monography, it's approached from an international perspective, articulated to a national perspective, by taking data from people with any affectation related. It continues with a normative analysis of the law 1616/2013, from a socio- legal theoretical methodological approach and comparative law. Taking a critical posture about the actual needs of the society affected by circumstances that had perturbed its integral wellbeing.

Keywords: mental health, WHO, PAHO, entity supplying health services EPS, mental disorder.

PREFACIO.

La motivación principal para dar vida a este proyecto ha sido la experiencia personal. Tenemos experiencias demasiado cercanas a nuestro entorno, que nos han permitido vivir esta situación en carne propia y conocer, de primera mano, cómo es el panorama real.

Es claro que este país tiene un vacío enorme, y no es solo legislativo, respecto al tema, puesto que la costumbre de la sociedad es ignorar y señalar de locas a las personas que requieren este tipo de atención. Es evidente que, en medio de la cantidad de precariedades que se viven en el país, no es posible pedirle a una familia que pasa hambre y necesidad que piense en su salud mental, cuando no están en capacidad de suplir sus necesidades básicas. Es por esto por lo que estudiar la salud mental como un tema absoluto e independiente en los colombianos, es imposible. Es necesario mirar sus estratos económicos, sus culturas, sus edades y otras cuantas características que nos inquietan, para saber cómo afectan el desarrollo de la personalidad de los ciudadanos y su estabilidad mental y emocional.

Ahora bien, entendiendo que esta es la parte social que nos mueve y nos llama a buscar respuestas, el otro lado de la historia es entender cómo el Estado se ha desentendido del tema a través de los años, y no ha hecho un estricto seguimiento a las pocas políticas públicas existentes en la materia.

Sin embargo, comprendemos que realizar una monografía de grado no va a cambiar la situación de desconocimiento de este derecho en Colombia, pero llevarla a efecto significa para nosotras aportar un grano de arena al cambio.

Así que, como se plasma en los objetivos del informe, creemos que quienes tengan acceso a lo que será la entrega final de nuestro trabajo, ya sea por investigación o por coincidencia, tendrán una ventana a la realidad jurídica y social de la salud mental en Colombia, permitiéndoles hacer comparaciones internacionales y sacar conclusiones propias del vacío existente sobre este tema al conocerlo.

Lo que principalmente movió a este ejercicio investigativo fue el corazón, la necesidad de entender la costumbre arraigada en el mundo, y específicamente en nuestro país, de no cuidar la salud mental y emocional; de tener una creencia errónea sobre la psicología y, lo más importante, de privatizar este derecho. Un derecho que en ocasiones la misma Corte Constitucional ha equiparado y articulado con el derecho a la salud, que creemos significa únicamente salud física, cuando realmente este comprende un conjunto de situaciones que garantizan la salud y vida digna para las personas en el territorio. Quisiéramos poder entender, a través de comparaciones en las distintas condiciones socio culturales de la población, su nivel de conocimiento o ignorancia del tema y cómo esto repercute en sus vidas diarias y en la proyección de sus futuros.

Esperamos que este proyecto se pueda llevar a cabo con una influencia de la situación actual que vive el país, situación que, aunque es cambiante, no deja de ser una crisis de salud pública y es imposible negar cómo ha traído consecuencias en cuanto a la estabilidad mental y emocional de la población.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO 1	5
LEGISLACIÓN INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.	5
CAPÍTULO 2	13
LINEA DE TIEMPO; DE CÓMO HA EVOLUCIONADO EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA.	13
CAPÍTULO 3	27
SOBRE UN DERECHO LEGISLADO VS. LA REALIDAD. ANÁLISIS SOCIO JURÍDICO DE LA LEY 1616 DE 2013 Y SU RESPECTIVO DECRETO REGLAMENTARIO.....	27
CAPÍTULO 4	38
CUOTA DE ACTUALIDAD: SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA.	38
CONCLUSIONES.	42
ANEXOS.	44
Consentimientos informados	44
REFERENCIAS.	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Análisis normativo sobre salud mental	26
Figura 2. Porcentajes de grupos por edades	32
Figura 3. Porcentaje de situación laboral de los entrevistados/as	32
Figura 4. Porcentaje de horas laboradas de los entrevistados/as	32
Figura 5. Escala de niveles de estrés de los entrevistados/as en su lugar de trabajo	33
Figura 6. Porcentajes de conocimiento de los entrevistados/as con relación estrategias de promoción, prevención o mejoramiento de salud mental en su lugar de trabajo	33
Figura 7. Número de personas atendidas en servicios de salud mental en contraste al número de atenciones registradas	40

INTRODUCCIÓN.

Cada persona es un mundo completamente diferente, dentro de cada mente humana se generan procesos, conexiones, ideas, pensamientos y un sinnúmero de estructuras mentales incalculables. En la tierra habitamos 7.8 billones de personas a la fecha (2022), lo que quiere decir que hay 7.8 billones de mentes tan infinitas como el universo mismo.

La mente puede ser vista simplemente como una de las dimensiones que componen al ser humano, sin embargo, en esta reposa el génesis de cada acción, decisión, movimiento... por esto es indispensable tener una mente saludable, capaz de guiar al cuerpo en la dirección correcta de acuerdo a cada propósito individual y colectivo. De ahí que sea una necesidad para todos los seres humanos recibir el cuidado y la atención pertinente para cada caso específico, lo que implícitamente significa que es indispensable, para cultivar una psiquis sana, que cada persona tenga la oportunidad de acceder a un servicio profesional en salud mental cuando así lo requiera.

La salud mental es un tema que durante muchos años ha sido tratado como un tabú, pues se tenía la creencia de que los psicólogos o psiquiatras eran para “los locos”. Se puede evidenciar incluso en nuestra legislación cuando se usaba la expresión “dementes” para referirse a las personas que padecen algún trastorno mental.

En los últimos años, el mundo ha comenzado a tener una aceptación frente al tema, se ha empezado a normalizar hablar de las emociones, del trauma y cómo gestionarlo. Se han dado pasos para erradicar el trato discriminatorio hacia las personas con algún padecimiento mental y se ha abierto una pequeña puerta a la prevención de los mismos.

La pandemia y el aislamiento por el Covid-19 y sus múltiples variaciones ha sido el detonante de muchos trastornos mentales, han aumentado exponencialmente los diagnósticos de personas con ansiedad y depresión. Por esto, el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un gran reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad, bien sea psicológico o psiquiátrico.

El presente proyecto de investigación se realizó entre los años 2021- 2022, se trató de un análisis socio jurídico en el cual se contrastó el desarrollo normativo de la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 de 2013 (normas que regulan el derecho a la salud mental en Colombia) con ciertos aspectos propios de esta sociedad y su efectiva aplicación real.

Se trata de una investigación formativa, en la modalidad de monografía investigativa, en la cual las investigadoras se comprometen con investigar sobre un tema y en este caso es el derecho a la salud mental. Por tanto, no se arrojarán resultados propios de una investigación de corte científico profundo.

Los objetivos de este trabajo de investigación fueron tres, uno general y dos específicos. El objetivo general de este proyecto es: realizar un análisis socio jurídico sobre el derecho a la salud mental en Colombia desde la ley 1616 y el decreto 658 de 2013.

Lo anterior sirvió para orientar el trabajo en la dirección correcta para obtener los resultados que se buscaban, en ese entendido, se utilizaron los siguientes objetivos específicos que tienen por fin ser pasos que pretenden alcanzar el objetivo general:

1. Revisar la legislación internacional en materia del derecho a la salud mental. (OMS y OPS)
2. Identificar el proceso histórico de la legislación sobre salud mental en Colombia.
3. Explorar la situación de salud mental en tiempos de pandemia en Medellín.

El enfoque teórico metodológico socio jurídico y de derecho comparado, les permite en las mismas, tomar postura crítica frente a las actuales demandas de la población afectada por circunstancias que han perturbado su bienestar integral, al ver menguada su salud mental. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información.

El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando la información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema.

El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible, tanto a conocedores del tema, como a personas de a pie. El trabajo de investigación a continuación se compone de un primer capítulo introductorio (el cual usted acaba de leer), un primer capítulo titulado “Legislación internacional del derecho a la salud mental desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud”, en el cual se da una breve noción de cómo se encuentra establecido o cómo se considera internacionalmente este derecho a la salud mental, cabe aclarar que se desarrolló con la intención de ser simplemente una pequeña orientación al trabajo, pero no se toca el tema a profundidad, pues el objeto concreto de este es la legislación colombiana. Así que el segundo capítulo de este escrito se titula: “Recuento histórico de la legislación sobre salud mental en Colombia” donde se evalúa cronológicamente cómo ha sido entendido el derecho a la salud mental en nuestro país a través de la historia, se trató de hacer más comprensible este tema con una gráfica de una línea de tiempo que pretende ilustrarlo suficientemente.

Procediendo al capítulo tres, el lector encontrará la parte problematizadora de este escrito, donde se evalúa propiamente la ley y su aplicación; donde se enuncia fuertemente el problema que se plantea y se dan argumentos sólidos que respaldan los planteamientos realizados.

Por último, quien lea el texto encontrará en el capítulo cuatro la cuota de actualidad de este proyecto de investigación, pues se habla sobre la pandemia por el Covid-19 y cómo esta ha tenido influencia en la salud mental de las personas y, sobre todo, cómo ha cambiado las dinámicas en la atención médica por consulta psicológica o psiquiátrica.

Este informe está escrito en un lenguaje sencillo y comprensible a la mayoría de las personas, sin embargo, no está de más tener en cuenta los siguientes conceptos para un mejor entendimiento:

Organización Mundial de la Salud (OMS): es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (Sundholm, 2103).

Otra organización a nivel internacional es la:

Organización Panamericana de la Salud¹ (OPS): es la organización internacional especializada en salud pública de las Américas. Trabaja cada día con los países de la región para mejorar y proteger la salud de su población. Brinda cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres.

En cuanto a nivel nacional:

Entidad promotora de servicios de salud (EPS): son responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) y hacer los giros respectivos al Fondo de Solidaridad y Garantía, que es donde se administran los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Así, todas las personas se afilian a estas y quedan amparados en su intermediación para acceder a los servicios médicos².

Por otra parte, la Real academia española (RAE) define *Ley* como “regla fija a la que está sometida un fenómeno de la naturaleza” y también “Precepto dictado por la autoridad competente, en que se manda o prohíbe algo en consonancia con la justicia y para el bien de los gobernados.”³.

¹ Notas. Tomado de: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

² Tomado de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/cual-es-la-diferencia-entre-una-ips-y-una-eps>

³ Tomado de: <https://dle.rae.es/ley>

Trastorno psicológico: conjunto de síntomas distintivos que provocan un malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativos para la salud de una persona.

Sin más preámbulos, esperamos que disfrute esta lectura tanto como se disfrutó la elaboración de este texto.

CAPÍTULO 1

LEGISLACIÓN INTERNACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD MENTAL DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.

El objeto de estudio de la presente investigación va dirigido de manera directa a la legislación colombiana (que es lo que aquí compete), es decir, se trata de manera específica sobre la *Ley 1616 de 2013* y su Decreto reglamentario. Sin embargo, resulta imposible e irresponsable profundizar en el estudio de estas normas sin antes detenerse para tener una perspectiva histórica internacional del derecho a la salud mental y las instituciones que a nivel mundial son responsables de la salud pública. Es por eso por lo que luego de tener claro lo que aquí concierne estudiar y las pretensiones con el trabajo, es preciso traer a colación los conceptos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) a través de la historia, pues son estos los que van a permitir marcar el camino hacia la legislación sobre salud mental es nuestro país.

Tenemos entonces que existen dos organizaciones internacionales que han sido creadas con la única finalidad de mejorar y mantener la salud a nivel mundial y a nivel panamericano. En el caso de la OMS, se conoce que tiene como función liderar “los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales” (Sundholm, 2013). Por su parte, la OPS trabaja con los países de la región de América latina con el propósito de mejorar y proteger la salud de la población. Brindando “cooperación técnica en salud a sus países miembros, combate las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, fortalece los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres”⁴.

En ese entendido, la OMS es la encargada de establecer las directrices y lineamientos que van a regir en todos los países pertenecientes a la Convención de Naciones Unidas (ONU) en temas de salud. Entendemos aquí a la salud como un estado de bienestar completo, que reúne aspectos físicos, mentales y sociales, de ahí que sea tarea de esta organización emitir planes y estrategias de tratamiento y prevención de los diferentes trastornos mentales, tema que nos convoca.

En el 2013 se emitió el último *Plan de acción sobre salud mental*, que está diseñado para aplicarse desde el año 2013 hasta el 2020, en él, la OMS alerta a la comunidad internacional sobre la gran incidencia que tienen las afectaciones mentales en diferentes aspectos de la vida de las personas y cómo esto repercute en la sociedad en general, por ejemplo menciona que “con frecuencia los trastornos mentales hunden a las familias en la pobreza” y continúa diciendo que “los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida” (OMS, 2013, pp.4-7). Lo que de una manera u otra pone de manifiesto el contexto

⁴ Notas: véase la nota 1.

local que influye en los riesgos que pueden correr algunas personas ante los problemas de salud mental.

En este plan de acción, la OMS problematiza el limitado alcance de los servicios de salud, pues considera que no responde de una forma adecuada a las diferentes necesidades de la población que padece algún tipo de trastorno mental. Menciona además una estadística alarmante, refiriendo que: “(...) en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento y en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%” (OMS, 2013, p.8). Adicionalmente señala que el presupuesto asignado de cada país para tratamiento y prevención de salud mental es mínimo y generalmente invertido únicamente en hospitales psiquiátricos y si esto fuera poco, que no hay suficientes profesionales especializados que se ocupen de salud mental para los países medios y bajos (OMS, 2013). Según esta entidad “Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que, por término medio, hay un psiquiatra para atender a 200 000 o más personas” (OMS, 2013, p.9), y como cereza del pastel, no todas las personas pueden acceder a los medicamentos básicos para tratar los diferentes trastornos mentales, porque no hay sujetos cualificados para prescribirlos.

En cumplimiento de su función, la OMS construye este plan con la finalidad de fomentar y proteger la salud mental de las personas, y así mismo, que quienes padezcan algún tipo de trastorno mental puedan acceder sin complicaciones o trabas al sistema de salud para recibir un adecuado tratamiento según sea el caso.

A lo largo de este formato, la OMS establece acciones precisas que deben cumplir los estados para lograr el objetivo internacional, concretamente estas son:

1. Legislar y crear políticas públicas para la protección del derecho a la salud mental y las rutas de acceso a la atención en salud por trastornos mentales.
2. Distribuir los recursos de una forma organizada y en proporción con las necesidades reales del respectivo territorio.
3. Motivar a los diferentes sectores interesados, a las personas con trastornos mentales, su familia y sus cuidadores a hacer parte de la formación de leyes y políticas públicas sobre las que se refiere el numeral 1.
4. Fomentar la rehabilitación de las personas que padecen trastornos mentales, garantizando su inclusión en la sociedad y desarrollo sin ninguna distinción (OMS, 2013)

Estas directrices propuestas están dirigidas a la organización estatal en todos sus niveles. En el caso de Colombia, es tarea tanto del Gobierno Nacional como de los gobiernos departamentales y municipales velar por su cumplimiento.

Sin embargo, estas no son las únicas herramientas que plantea. Se menciona además una reorganización de los sistemas de salud, donde la atención a salud mental no sea únicamente en centros psiquiátricos, sino que se pueda practicar otro tipo de tratamientos de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, entender la prevención, la promoción y el tratamiento como un conjunto de acciones necesarias para garantizar el derecho a la salud mental. Donde igualmente tengan cabida el fomento de estrategias para prevenir el suicidio, promover y financiar la investigación científica en materia de salud mental, ampliar la

información respecto de los trastornos mentales y ponerla al alcance de todos los ciudadanos. Entre otras tantas estrategias establecidas con la misma finalidad: que se garantice el derecho a la salud mental (OMS, 2013).

Como es de esperarse, el plan incluye además sus propios estándares de calificación. Es decir, una forma de medir el progreso para cumplir las metas que se plantean. Para los años posteriores al 2020, se hicieron algunas actualizaciones en los apéndices 1 y 2 del documento, extendiendo la validez del *Plan de acción sobre salud mental* hasta el año 2030. Sin embargo, la OMS está constantemente emitiendo comunicados y replicando información nueva en temas de salud mental. El 10 de junio de 2021, de cara incluso al fenómeno de la pandemia, publicó un comunicado de prensa con el siguiente título: *La OMS ha publicado nuevas orientaciones destinadas a acabar con la violación de los derechos humanos en los servicios de atención a la salud mental*⁵, y allí refiere las mismas problemáticas que hemos venido estudiando y la necesidad de entender la salud mental como un derecho humano, que no estigmatice a los pacientes y que el único tratamiento que reciba no sea el de la medicina psiquiátrica.

Ahora bien, haciendo este análisis, se evidencia que históricamente, tanto en Colombia como a nivel mundial, ha existido un descuido en lo concerniente a la salud mental ya sea por razones culturales, por motivos políticos o cualquier razón en la cual no se hará énfasis ahora. Lo que no resta, en efecto, el propósito suscitado en la investigación de dejar muy claro el vacío procedimental y legislativo del que partimos a la hora de estudiar este tema.

Ante tal panorama, para el año 1990 existía una preocupación a nivel internacional y también regional por la forma errónea en la que se planteaban los tratamientos de Salud Mental. Es decir, la atención psiquiátrica convencional en ese entonces no estaba alcanzando los objetivos que se habían planteado, ya no estaba siendo eficaz y por el contrario estaba obstaculizando los tratamientos y rehabilitaciones de todo tipo de pacientes con problemas mentales; la forma en la que se traía hasta este momento planteada y legislada la salud mental era más contraproducente que realmente beneficiosa para los pacientes y su entorno, imposibilitando así una certera recuperación. En ese entonces en ningún país se había empezado a tratar de legislar de manera distinta sobre este tema, por lo que no se buscaba con ningún tipo de política pública mejorar la atención psiquiátrica en ninguna nación de América, lo que acarreó consigo tristes consecuencias a la sociedad del momento.

En ese mismo año, la OPS y la OMS en conjunto y apoyadas por múltiples asociaciones y centros de psiquiatría o de estudios dedicados a la salud mental de países como España, Italia y Suecia, llevan a cabo la conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud. Con la que se aprobó la Declaración de Caracas de 1990, dando pie al inicio del cambio estructural en la atención

⁵ Notas. Tomado de: <https://www.who.int/es/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care>

psiquiátrica, en esa reunión participaron representantes de las entidades patrocinantes entre los que está Colombia.

Esta declaración reflejó una preocupación por un escenario de descuido y un deterioro en cuanto al que venía siendo el sistema de salud que proveía atención psiquiátrica en América Latina. En la declaración se señalaron las inconsistencias y fue evidente la necesidad de una reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria de salud, en los marcos de los sistemas locales de salud que permitiera la promoción de modelos alternativos. Podría incluso considerarse dicha declaración como una luz que empezó a menguar la oscura gestión legislativa y pública en torno a la atención psiquiátrica en esta latitud del mundo. Algunos de los aspectos más rescatables de esta en tanto al tratamiento y cuidados de la salud mental que figuran en el numeral 4 se encuentran:

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:

- a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales,
- b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento (OPS, 1990, p.3-4).

De aquí en adelante se parte hacia una legislación en América Latina sobre salud mental, donde se precisa una gestión legislativa en pro de este aspecto de interés público, donde igualmente se aboga o se empieza a interpelar por unas políticas públicas, o incluso las leyes que los países empezarían a promover, respetando los derechos humanos y los civiles de los enfermos mentales, situación que había sido muy vulnerada y sobre la que tristemente se tardó años en tomar conciencia al respecto.

Ya para el año 1997, nuevamente la OMS en conjunto con la OPS, emiten la resolución CD40/15 de 1997, con la que se expone un nuevo programa de intervención y donde se postula la reestructuración de la atención psiquiátrica, la promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial en la niñez. Este programa tiene como propósito u objetivo general colaborar con los países que pertenecen a la región, en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en todos los niveles (OMS y OPS, 1997, pp.3-8). Indiscutiblemente esto representa, a pesar de su diacrónica fijación como documento, que subyace una luz para Colombia y todos los demás países latinoamericanos o los pertenecientes a la región en cuanto al avance de estudios y progresos hacia lo que hoy compete en cuanto a lo que son las legislaciones en torno al tema. Estas entidades son encargadas de dar el empujón inicial, pero ya cada país o región tiene la responsabilidad, a partir de estas resoluciones, de adquirir sus propios compromisos, como se precisa a continuación en la resolución en referencia:

De esas resoluciones emergen nuevos desafíos para los programas de salud mental de la Región, en cuanto a la promoción de políticas sociales que buscan mejorar la calidad de la vida de los individuos, la familia y la sociedad en general, y a reforzar la interacción entre la salud y el desarrollo humano que lo engloba (OMS y OPS, 1997, pp.8-9).

Ya desde aquí el tratamiento respectivo a la salud mental adquiere un lenguaje, si así puede nombrarse, más considerado. Los primeros vestigios sobre una reestructuración de la

salud mental aparecen como promesas de un verdadero cambio en el tejido social y más todavía, en los pacientes que son objetivo de este enfoque.

Otro punto supremamente relevante que se abarca desde una perspectiva internacional, pero nos toca directamente como país latinoamericano, es el tema de los costos. Y no se trata únicamente del costo que significa o representa como tal el acceso al tratamiento o la atención médica misma, sino que los enfermos, su entorno y su familia experimentan una reducción en lo productivos que pueden ser, ya sea desde su propio hogar o incluso en su lugar de trabajo; situación que se produce, claro, a raíz de todo lo que conlleva tener un enfermo mental en casa o bajo su cuidado. Esto de una u otra manera entra a generar un problema que se vuelve social, ya que incrementa la pobreza, más en países en desarrollo, como los latinoamericanos y como evidentemente lo era y lo es Colombia, un país (que debería estar situado en los países desarrollados que estiman que por lo menos el 50% de las personas que sufren de enfermedades como depresión reciben un tratamiento), que con 20 años de irregularidades es aún un país en desarrollo y la carga que refleja de tratamiento para personas con estas enfermedades puede llegar a ser tan baja como del 5% (OMS, 2002, p.1-5)

Estos son entonces los puntos más relevantes del informe A55/18, el cual se rindió con fecha de 11 de abril del 2002 y que trató muchos otros temas de alta importancia, como, por ejemplo, la discriminación que sufren los enfermos mentales (OMS, 2002), y otros temas que son claramente referentes al sistema de salud y sus cambios. Pero en consecuencia con lo mencionado anteriormente, el informe dibuja el escenario en el que va transcurriendo la implementación de la nueva atención psiquiátrica y cómo los países se fueron adaptando a legislar al respecto, a implementar y exigir nuevas políticas que cumplieran con lo que llevaba ya más de 10 años en vigencia.

Para el año 2005, la Organización Mundial y la Panamericana, convocaron a personal gubernamental para la conferencia regional, con el fin de llevar a cabo la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas, la cual se llevó a cabo en el mes de noviembre y su propósito fue con base a los informes secretariales que se vinieron presentando periódicamente por cada región; pretendió hacer un análisis y evaluar la efectividad de los desarrollos producidos durante esos años que llevaba en vigencia la declaración.

De esta conferencia regional se destacan los *Principios de Brasilia* (2005):

Que los Estados miembros de la OPS adoptaron en septiembre del 2005 la Declaración de Montevideo, la cual contiene nuevas orientaciones sobre la atención primaria de Salud, tales como la creación de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención” pero también: Que la OMS ha formulado principios rectores que orientan la reforma de la atención de la salud mental a nivel global, los cuales fueron incluidos en el Informe Mundial de Salud Mental del 2001 y en otros programas e iniciativas (p.1).

Lo que a fin de cuentas resume la evolución internacional de principios y condiciones para el desarrollo de la salud mental en los países de la región, entre los que está el nuestro que, claro, hace parte de la OPS.

Adicionalmente, en esa conferencia se precisó sobre experiencias que han sido valiosas, efectivas y que, además, han traído éxito a algunos países y que, para la situación en progreso de ese año, podrían servirnos de referencia; ya que estos habían logrado avanzar bastante desde que se empezó a ejecutar el plan de acción en 1990, predispuesto antes en otros documentos. Al respecto, Brasil se llevó el liderazgo en esta zona del mundo en cuanto a la reducción significativa en camas psiquiátricas; tampoco se quedaron atrás Chile y Cuba con la integración de salud mental en la atención primaria de salud. Y destacaron también las políticas y programas propios de México, El Salvador y Guatemala. (Rodríguez, 2007, pp.25-35)

Finalmente, la conferencia concluye con el propósito de hacer una reunión con todos los ministros de salud de la región, en la que se pueda formular un plan de acción regional, que tenga metas claras y específicas y que quizás empiece a promover en los países que aún para ese entonces no empezaban gestiones de mejora en la atención psiquiátrica. Por eso también se propone continuar con la sensibilización a las autoridades nacionales sobre la necesidad de aumentar la inversión en el presupuesto en Salud Mental.

Para octubre de 2010 se realizó nuevamente la conferencia regional de salud mental, llamada *Consenso de Panamá*. Es importante mencionar que para el año 2008 la OMS lanza el *Programa de Acción Para Superar Problemas de Salud Mental*, en el desarrollo del programa de *Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales y neurológicos por abuso de sustancias*. Con esta panorámica hasta ahora tratada, se llega al análisis cinco años después de la última conferencia y veinte años en vigencia de la declaración de Caracas. Para empezar, se observa de una manera particularmente preocupante en esta conferencia que, aunque los países han obtenido logros en el transcurso de ese año como los mencionamos anteriormente, contando con que son pocos, si existen, aún habita una constante que es un vacío en cuanto a la implementación de políticas y planes nacionales de salud mental y también en cuanto a la legislación que se debía desarrollar en concordancia con instrumentos internacionales, con tratados internacionales y que fueran conscientes de los derechos humanos en pro del respeto de los mismos. Con esa vista, la conferencia también hace un llamado particular dirigido nuevamente a las autoridades nacionales, hacia los ministros de salud, para implementar planes de acción, crear políticas públicas y para legislar con conciencia.

Los llamados de atención en sí de esta conferencia y las sentencias son claras: “consideren el fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud mental como un componente clave del mejoramiento de los planes y servicios, mediante la formulación y la ejecución de programas sistemáticos de capacitación” (OPS y OMS, 2010, p.2), como si se tratase entonces de un dejavú que en el pasado se había manifestado con la declaración de Caracas y los principios de Brasilia, pero esta vez haciendo énfasis en que se:

Incluyan a la salud mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, mediante la ejecución de planes de salud mental que estén acordes con las diversas problemáticas y prioridades de los países, a fin de mantener los logros alcanzados y avanzar hacia nuevas metas, en especial en lo relacionado con la reducción de las brechas de tratamiento existente (OPS y OMS, 2010, pp.1-2).

En octubre de 2013, nuevamente se reúne la conferencia regional de la salud mental, denominada *Consenso de Brasilia* (OPS y OMS, 2013), donde se concreta un punto en común en las últimas conferencias y reuniones de la OMS. Este consintió que entre sus propósitos siempre se ubicara la elaboración de leyes y políticas públicas para el desarrollo del plan de acción, ya sea enfocado en áreas financieras, en la sostenibilidad de asociaciones o en la garantía de derechos. Pero hicieron un énfasis particular sobre lo necesario que es legislar con la intención de hacer un cambio y en los países en que ni siquiera se ha logrado un mínimo de conciencia sobre la problemática. Así fue como se delegó la responsabilidad a las autoridades de cada país para que, legislando en materia de salud mental, se gestionara un espacio para el cambio.

La década finaliza con el *Plan de acción sobre salud mental*, que se plantea de 2013 a 2020 por la OMS, el cual parte de la premisa de que no hay salud sin salud mental y nos ubica en cuanto a cómo estaba la situación actual al momento de plantear e integrar el nuevo plan de acción. El siguiente párrafo deja clara una situación que se vivía entre el 2013 y el 2014 a nivel general en la región, hablando específicamente de cómo los países participantes han avanzado o no en cuanto a la legislación y cómo esto les ha permitido presupuestar la salud mental, que es sobre lo que en cada conferencia regional se hizo un mayor énfasis:

De acuerdo con este estudio, en ALC sólo seis países y territorios no cuentan con políticas y planes de salud mental. Por el contrario, sólo ocho países tienen leyes específicas de salud mental actualizadas. Con respecto a la asignación presupuestaria, 73% de los países destina entre 1 y 5% del presupuesto de salud a la salud mental. Por otro lado, de los veintisiete países con hospitales psiquiátricos, veinte destinan más del 50% del presupuesto de salud mental a dichas instituciones; y catorce de esos veinte destinan más del 80% (OPS y OMS, 2013, pp.3-4).

La idea de este plan de acción es que esté completamente en coherencia y concordancia con el *Plan estratégico de la OPS 2014-2019*. Este plan propone para los siguientes años partir de 4 líneas de estrategia, la primera de estas, como siempre, trata sobre legislar y menciona “Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz” (OMS, 2013, p.6).

Esta sería la primera de cuatro líneas de estrategia o de propósito con las que se va a llevar a cabo el plan de acción; por ser la que más concierne e interesa hasta el día de hoy, es menester resaltar que el desarrollo de la misma parte de precisar la necesidad de un trabajo mancomunado con la sociedad, asunto que ha tenido poca relevancia al momento de considerarse. Allí emerge la necesidad de comprender y entender que los usuarios de servicios de salud mental deben trabajar en conjunto con su entorno completo, ya sea con sus familias o las personas que representen su grupo de apoyo, y justamente este plan de acción propone observar de cerca cómo acontece esa integración de la sociedad, esa participación va a garantizar mayor efectividad en el servicio que se preste al enfermo.

Dentro de este plan de acción de la OMS también se señala, como se ha hecho ya reiteradamente, que el marco jurídico para legislar sobre salud mental en la región, en nuestro país o en cualquiera que pertenezca a la misma, debe partir de los derechos humanos (OMS, 2013). Si bien se pretende ubicar como uno de los propósitos constantes de las organizaciones

internacionales que la legislación sobre salud mental se convierta en una pieza legislativa independiente, no es prudente que se aparte de codificaciones como los Derechos Humanos, los principios que internacionalmente están establecidos, o los valores y los objetivos de las organizaciones internacionales.

Finalmente, hace un llamado especial a prestar atención sobre el tema de la insuficiencia de recursos financieros que se destinan específicamente para servicios de salud mental. Señala lo privatizado que ha sido el acceso a la atención psiquiátrica y evidencian la obligación de aumentar el presupuesto público de tal manera que asegure el acceso para absolutamente todos los ciudadanos (OMS, 2013); situación que la OMS plantea desde una perspectiva internacional pero curiosamente muy acertada para nuestro panorama.

Así es como han transcurrido estos últimos 5 años en los que se ha venido desarrollando ese plan de acción, y sobre el que aún las organizaciones internacionales no han emitido pronunciamientos en donde se evidencie un estudio de los resultados. Sin embargo, para ubicarnos más en nuestra actualidad, el 10 de octubre del 2020, último Día de la Salud Mental que se celebró, la OPS se pronunció haciendo énfasis especial sobre la situación de la pandemia Covid-19, informando que a través de la historia se ha obtenido experiencia post emergencias y se predice, o se prevé, lo mucho que se requerirá un incremento de apoyo psicosocial. A razón de esto, plantean cómo se hace cada año la campaña del Día Mundial de la Salud Mental, que particularmente este año se ha propuesto conseguir el incremento de las inversiones a favor de la salud mental.

En la *Declaración acerca de la séptima reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19)*⁶, se plantean varias recomendaciones hacia los Estados para el manejo de la pandemia, dentro de las cuales se hace un especial énfasis en reforzar los servicios esenciales de salud, con particular cuidado en la atención en servicios de salud mental.

Para concluir este capítulo, podemos decir que, en las diferentes reuniones y asambleas generales, tanto de la OMS como de la OPS, se pone el tema de la salud mental como un aspecto primordial en la construcción de una humanidad sana de manera integral. Muestra de esto es la preocupación reiterada de los organismos internacionales por incitar a los Estados y regiones a legislar sobre salud mental y reestructurar el sistema de atención psiquiátrica de acuerdo a las necesidades que día a día evolucionan. Así como en este momento la humanidad está atravesando una pandemia, los Estados tienen la obligación de adaptar su sistema a la crisis sanitaria y ampliar sus servicios hospitalarios y de atención en salud en general, incluyendo y enfatizando en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación de los diferentes trastornos mentales.

⁶ Notas. Véase: [https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/19-04-2021-statement-on-the-seventh-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

CAPÍTULO 2

LINEA DE TIEMPO; DE CÓMO HA EVOLUCIONADO EL DERECHO A LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA.

Con el análisis hecho hasta el momento, cabría decir que se ciñe el abanico de una perspectiva universal sobre el concepto de salud mental, como se pudo evidenciar en el primer capítulo del texto. Es por eso por lo que ya se tendría cierta claridad sobre el panorama histórico a través de sus propias convergencias a lo largo del tiempo, de cómo y por qué los organismos internacionales más importantes que se ocupan de la salud empezaron poco a poco a incluir la salud mental en un todo integral y, a partir de ahí, a procurar que cada país lo hiciese de la misma forma. Empezaron a reconocer la salud mental y a procurar garantizar y proteger la misma como un derecho, es por eso por lo que puede pasarse la página hasta el enfoque contextual, más precisamente en nuestro país.

Este tránsito desde lo universal a lo propio del contexto permite un acercamiento más fehaciente a la realidad en la que nos despertamos todos los días y nos sirve para entender cómo la legislación colombiana, de igual forma haciendo un análisis a través del tiempo, ha tratado y desarrollado el concepto de salud mental, desde que existe, hasta hoy. Donde figuraría, por ejemplo, la vigente Ley 1616 de 2013, que es la ley de salud mental que rige en nuestro país y es nuestro objeto de estudio, por lo que es claramente muy necesario que entendamos el contexto y los antecedentes en los que se desarrolla la ley, siempre con una visión social de la época.

En pro de continuar con el análisis del concepto de Salud Mental, se realiza a continuación un sondeo sociocultural de cómo se ha apreciado en el propio contexto. Porque estudiar normas como estas, que rigen en salud, y en especial en salud mental, y que están directamente relacionadas con el diario vivir de las personas, nos exige no estar alejadas de la realidad como investigadoras, sería muy irresponsable y no nos permitiría de ninguna manera comprender con claridad el desarrollo del concepto en la sociedad.

Durante la década de los 60s fue la primera vez que, en el mundo, y por consecuencia luego, en Colombia, se empieza a hablar con conciencia sobre salud mental, se legisla al respecto o se empieza, de alguna manera, a tener en cuenta, incluso hay antecedentes que figuran la preocupación por el asunto de la salud mental en el país. Claro está que el estigma sobre la salud mental en las personas siempre fue más evidente que una preocupación de salud pública, pero la evolución progresiva de la ciencia y de la sociedad en temas inclusivos, ha permitido que este estigma se vaya desvaneciendo paulatinamente. Sin embargo, más adelante entendería la sociedad en carne propia, cómo enfermedades “discretas” como la depresión y la ansiedad, son tan comunes en el mundo; que la psicología, en su buen hacer por la razón del hombre, trataría estos padecimientos en sujetos que eran víctimas de una modernidad acelerada.

Nos situamos entonces en la época de los 60s, cuando ni siquiera a nivel mundial la OMS o la OPS habían hecho algún pronunciamiento específico sobre salud mental, no existían derechos humanos que protegieran de una manera especial a las personas con

enfermedades mentales ni tampoco que les garantizaran la atención médica que por su padecimiento requerían; por lo que era común y absolutamente normal que, sin importar el grado de su enfermedad, no fuesen tratados ni medicados, y que en la sociedad vulgarmente se les llamara locos, impedidos, dementes o maníacos.

Para estos tiempos, de hecho, no había posibilidad de que una persona con un síntoma psiquiátrico o psicológico fuera cubierta por un sistema de salud y debidamente atendido en los hospitales, sino que para afrontar estas situaciones existían los sitios que son comúnmente conocidos como manicomios, palabra que, según la RAE, no significa nada más que un hospital para locos⁷. Pero en realidad eran sitios en los que simplemente se internaban más como si representaran un peligro para la sociedad, incluso, como no existía cobertura por parte del sistema de salud, las patologías mentales no tenían tratamiento cubierto por alguna entidad del Estado, únicamente quien tuviera el temple social y el amor a la humanidad atendía este tipo de problemas, quedando solo en un asunto de empatía social o altruismo.

Desde ahí ya se puede plantear la idea de lo difícil que podía ser el acceso siquiera a la calidad del servicio que en ese momento se prestaba. Estudiar este contexto de la historia es un punto primordial, donde incluso se pueden remitir ejemplos de lo que se conoce y se ha podido leer o ver a través del cine, ya sea por motivos de ocio o académicos. Y es que incluso desde la iglesia misma, cuando la ciencia no había estudiado lo suficiente por su parte en ese campo, las personas con padecimientos mentales eran entonces señaladas como pecadores y eran rechazados; porque el imaginario social reposaba en que eran producto de una posesión demoníaca, por ejemplo. Tal creencia de hecho ha logrado que, en el campo de la salud mental específicamente, las personas muchas veces no quieran reconocer su situación y mucho menos buscar ayuda. Claro está, toda esta postura en cuanto a la religión en relación con la ciencia, si bien no concierne a fondo en este momento, definitivamente sí permite relacionar cómo a través de la historia tuvieron que pasar siglos y milenios para solo comenzar a tomar conciencia sobre el tema.

Este panorama permite entender cómo se encontraba el mundo para recibir la salud mental, es como entonces más o menos al final de los años cincuenta y empezando los 60s finalmente, y tras muchos años de estudio, se introducen a la industria los psicofármacos, con su aparición arrojaron un salvavidas para todas las personas que tenían padecimientos mentales y, quienes posteriormente, empezaron a ser recetados con medicinas que, aunque no les prometían una cura, podían controlar sus síntomas y su estado de salud. Este acontecimiento fue el epicentro del comienzo entre la transición de que atender a los enfermos mentales fuera caridad en manicomios, a mucho más adelante ser responsabilidad por completo de un servicio médico. Lo que por fortuna permitió que muchas costumbres crueles como las que recordamos en la historia y hemos venido narrando en las que se discriminaban y aislaban como solución a los enfermos mentales, se fueran quedando en el olvido y se empezaron a respetar los derechos de estas personas.

⁷ Notas. Definición de la RAE: “1. m. Hospital para locos”. Tomado de: RAE, link <https://dle.rae.es/manicomio>

Tristemente, Colombia ha sido un país que ha tenido muy de lado y descuidado el tema de la salud mental, desde cualquier perspectiva que se mire, se ha tardado mucho en legislar al respecto, dado que aún no reconoce la salud mental como parte del derecho fundamental a la salud que está protegido en la Constitución. Esto se manifiesta en que no tiene una política férrea de prevención en tanto a las enfermedades mentales ni garantiza de hecho una efectiva atención cuando se presentan las mismas. Por todo esto es que en realidad, para empezar a entender cómo fue que surgió la necesidad de legislar en Colombia acerca de salud mental, o empezar a proteger este derecho como un derecho en sí mismo, o por lo menos a incluirlo en el derecho fundamental a la salud, no podemos ignorar el análisis que se hizo en el capítulo anterior de las organizaciones internacionales sobre salud mental y lo que lógicamente en su momento estaba pasando en el mundo e implicaba, ya fuera directa o indirectamente, a Colombia.

Con todo esto, para dibujar un poco lo que hemos venido diciendo de cómo se desarrollaba la situación en ese entonces respecto de las personas con padecimientos mentales, en lo que efectivamente nos interesa para este recuento histórico, podemos partir en 1971 con la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*, la cual fue promulgada por la ONU. Antes de analizarla no podemos dejar pasar el detalle del nombre de la misma que nos permite entender bastante como se percibían, incluso desde las organizaciones internacionalmente garantistas de los Derechos Humanos, a las personas con padecimientos mentales, de hecho, por la misma época esta misma organización promulga también la *Declaración de los Derechos de los Impedidos*, ya en 1975, nombre que nos habla de lo mismo.

La *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*, en sus párrafos 5 y 6, considera previamente a declarar los derechos lo siguiente:

Teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal, consciente de que dado su actual nivel de desarrollo algunos países no se hallan en situación dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados (ONU, 1971, pp.1-2).

Lo que nos permite identificar que la ONU reconoce como necesidad empezar a hacer un cambio, y si bien aún no se apunta hacia la legislación y protección de los derechos, parte de la promulgación en un contexto donde un primer gran paso resulta vital; además, reconoce también que por más que pretenda influenciar con este progreso al mundo entero, existen muchos países que no estaban en capacidad de integrar atención a estos asuntos, ya sea por falta de recursos o simplemente carencias en su sistema.

Por otro lado, continuando con el abordaje de esta declaración, el primer derecho que promulga dice así: “El retrasado mental debe gozar hasta el máximo grado de viabilidad de los mismos derechos que los demás seres humanos” (ONU, 1971, p.1). Al respecto hay que decir que, se torna inconcebible que fuera necesario que una organización de magnitud universal tuviera que aclarar, y expedir mediante una declaración mundial, un derecho que especifica que las personas con padecimientos mentales tenían los mismos derechos que el resto, y peor aún, incluso usar el término de seres humanos, como si los ya mencionados no lo fueran. Y aunque este análisis es el que nos permite de manera efectiva ver el panorama y

la evolución del concepto mismo, no deja de ser cruel e insensible esa mirada al pasado de cómo se referían a las personas con padecimientos mentales.

Ahora, ubicándonos en 1975 con la ya mencionada *Declaración de los Derechos de los impedidos*, tras pasar cuatro años de la anterior, la ONU reitera y hace la misma aclaración. Sabemos que es un corto tiempo y debe ser por eso que no podemos evidenciar una evolución del concepto, sin embargo, empiezan a tener más en cuenta el diagnóstico de la persona, anteriormente nunca se había considerado el tipo de padecimiento que pueda padecer la persona e incluso no se había hecho mención acerca de diagnósticos o enfermedades, así que resaltamos este punto ya que se debe partir de entender la enfermedad para buscar garantizar la atención adecuada. Entonces su artículo primero procurando definir quién es un impedido, dice así:

El término "impedido" designa a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales (ONU, 1975, p.1).

De la definición podemos deducir que hablaba de una forma muy genérica y somera de cualquier tipo de padecimiento mental, no parece discriminar ni siquiera con la intención del uso del término "impedido". Con el escenario que ilustran estas declaraciones expedidas por la ONU, cabe la pregunta de qué pasaba en aquel entonces en nuestro país. Y es que obviamente las declaraciones y principios expresados aquí son solo unos discursos que en la época se promulgaron, así como también fluctuaron los movimientos que se empezaron a promover en función de los enfermos mentales, es por eso por lo que todo este progreso inevitablemente tiene un efecto en nuestra nación a modo de vestigio.

En el contexto de Colombia, en el año 1963, con el Decreto 3224, se reorganizó el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud) y se adscriben los negocios de que debe conocer. En el artículo segundo del Decreto se habla acerca de lo que se entiende por servicios de salud pública y se dice que es: "[...] El conjunto de actividades del Estado que actúa sobre el hombre y su medio ambiente para procurar la preservación de la salud el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación de los incapacitados" (Ministerio de Salud, 1963, pp.1-2). Esta definición es primordial ya que, a continuación, en el artículo 29 del mismo Decreto, se percibe la división de la atención médica, la cual estaba conformada por múltiples secciones con diversos enfoques, y se puede ubicar por primera vez una sección para la salud mental (Ministerio de Salud, 1963). Esto significó un hito en la historia de Colombia para aquel tiempo, además en el artículo 33 se determinaron específicamente sus funciones, las cuales eran:

1. Estudiar los factores y mecanismos que inciden en la Salud Mental y determinar sus consecuencias sobre el individuo, la familia y la colectividad.
2. Elaborar las normas y determinar las técnicas que deben aplicarse a nivel regional y local para identificar, prevenir y tratar los problemas de higiene mental y el alcoholismo en sus diferentes aspectos, y velar por el cumplimiento de dichas normas (Ministerio de Salud, 1963).

Esta sección que se creó única y específicamente para la atención a la salud mental dio pie a que la legislación colombiana considerara formalmente la salud mental, donde se empezó, por fin, a tener en cuenta de manera específica e independiente a las personas con padecimientos mentales. De ahí que ese año en particular cerrara la brecha entre un antes y después en nuestra historia. En años posteriores a esta sección, el alcance proliferó en la concreción de programas asistenciales más enfáticos en las tipologías de enfermedades de este corte, sin embargo, con el tiempo, el Ministerio de Salud fue reformando su estructura y esta sección desapareció por completo, por eso en la actualidad no se recuerda y tristemente ya no existe.

Ahora bien, por la misma época se creó el Consejo Nacional de Salud Mental en el año 1965, el cual estuvo conformado por representantes de cada ministerio y que hoy en día es la unidad de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Unidad encargada de gestionar las políticas nacionales de salud mental y quienes a su vez desempeñan un papel fundamental en la creación de programas de prevención de las enfermedades mentales en el país.

Finalizando esta década, para el año 1967 con la resolución 679, se ordenó mediante una política nacional que en los hospitales generales debían tener disponibles camas para la unidad de psiquiatría (Ardón-Centeno y Cubillos-Novella, 2012, p.15), sin embargo, esto nunca fue exitoso, de hecho, hoy en día es casi imposible encontrar disponible una cama destinada a psiquiatría dentro de un hospital general. Tema que es solo un abre bocas a la precaria atención que experimentan los pacientes con padecimientos mentales en unas urgencias de cualquier hospital general del país; desde esa época y hasta entonces, es realmente alarmante, y muy triste, tener que decir que en la actualidad el Ministerio de Salud no cuenta ni siquiera con una división encargada de velar por el derecho a la salud mental. Se encuentran aún lejos de cualquier atisbo de avance, atrapados en un bache que solo genera una atención sufrida para estos pacientes, y donde día a día se privatiza más ese campo de la salud, dejando por fuera un enorme porcentaje de sujetos sin los recursos necesarios, sin medicamentos y, finalmente, sin camas en las cuales ser atendidos.

En este breve transcurso histórico en Colombia puede visualizarse que lo que se legisla sobre salud mental es realmente muy poco, llegando prácticamente a una nada insípida. Es claro que la evolución del concepto de salud mental ha adquirido múltiples vertientes con el paso de los años, otro de los ejemplos, con una proyección de más o menos dos décadas, acontece el 17 de enero de 1989 con la *Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental*, que ha sido adoptada hoy por hoy bajo el nombre de *Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales*. Esta se desarrolló y promulgó durante el evento realizado en los 40 años de la Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM). Característico de todas las declaraciones de derechos, en su preámbulo consideró múltiples situaciones socioculturales y jurídicas que venían antecediendo el evento del momento, del preámbulo de la declaración en referencia se puede destacar lo siguiente: “[...] considerando igualmente que, a pesar de todo aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales” (Federación Mundial de la Salud Mental, 1989, p.1).

Ante esta problemática por la cual se preocuparon en todo el orden mundial, donde el desarrollo integral de la vida social, económica y política se veía afectada para con estas personas bajo este tipo de padecimientos, la FMSM concretó en el artículo 4 algunas aristas sobre la declaración de los derechos humanos que primaban sobre todo señalamiento socio patológico, este sentencia que: “Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos” (FMSM, 1989, p.2). Lo que por fortuna permite ver un avance, por pequeño que sea, en la forma en que se percibe el concepto, la enfermedad y quienes la padecen, ya que es una definición mucho más inclusiva, no aparta a las personas con padecimientos mentales de los demás seres humanos, por el contrario, se esfuerzan en igualarlos, buscando garantizarles el trato especial que requieren para gozar de una vida digna; situación provechosa que hasta esta década no se había considerado así como se evidenció en el previo análisis.

Ahora bien, continuando en la perspectiva universal, ya que es imposible disolverla del contexto particular y propio en cuanto a las futuras tomas de decisiones, continuamos en los 90s trayendo nuevamente a colación la Declaración de Caracas de 1990, que se promulgó por la OMS en conjunto con la OPS.

La Declaración de Caracas surge en 1990 como ya se ha mencionado anteriormente, en razón de la necesidad de proteger y garantizar verdaderamente la atención a la salud mental de la población, con el propósito específico de reestructurar de manera radical la atención psiquiátrica en el mundo y en la región. Lo relevante de este texto radica en las primeras anotaciones que orientan un resumen respecto a lo que ha sido la atención en salud mental en las décadas previas a la declaración. Más precisamente la Declaración sostiene: “Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.” (OMS & OPS, 1990, párr.2). No habría mejor manera de definir la crisis de salud en la que, no solo se encontraba este país, sino también gran parte de Latinoamérica, palabras que prontamente recabarían en las políticas públicas en pro de un cambio sustancial, pero a paso lento.

A partir de esta declaración, en Latinoamérica, y en el resto del mundo, comienza la reestructuración de la atención psiquiátrica y psicológica partiendo de responsabilizar al Estado por la prevención, la atención y rehabilitación de la salud mental en la población. Ordenándose así la expedición de leyes o políticas públicas que respeten los derechos humanos y especifiquen los de las personas con algún padecimiento mental.

Por otro lado, para el año 1991 se expide la nueva Constitución Política en Colombia, la cual fundó el Estado Social de Derecho que actualmente rige los principios nacionales, una constitución mucho más garantista en la historia de esta nación. Esta constitución protege derechos fundamentales como el de la salud, la cuál debería ser entendida como un todo integral, como la define la OMS⁸ y ya se ha mencionado, pero, de hecho, materialmente el

⁸ Notas. Así lo define la OMS en la conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official

derecho protegido en la constitución y con tutela es el derecho a la salud física únicamente. La constitución garantiza derechos como la vida digna y la familia que claro cobijan a todos los colombianos y que hacen parte de los derechos que prometen estabilidad mental y emocional en las personas, por lo que están internamente relacionados con el bienestar general y por supuesto el de las personas con padecimientos mentales también.

Posteriormente en el año 1992, el Ministerio de Salud de Colombia expide la resolución 002417 por la que se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental, los cuales son 8 y consisten de manera somera y general en garantizar la atención, la reserva de los tratamientos y protegérseles de la discriminación y el maltrato por su padecimiento, buscando el deber ser de que, en cuanto sea posible, estas personas puedan desarrollar su libre personalidad, y tener una vida normal hasta donde su padecimiento se los permita sin que la sociedad influya en ello y mucho menos lo obstaculice o imposibilite (Ministerio de Salud, 1992). Afortunadamente esta responsabilidad de garantizar estos derechos queda delegada al Estado, específicamente a las autoridades sanitarias que correspondan según el orden territorial en que se encuentren las diferentes comunidades, y precisa también que es responsabilidad, en cuanto a la atención hospitalaria, que el comité de Ética Hospitalario garantice el acceso a la atención psiquiátrica y psicológica (Ministerio de Salud, 1992). Comité que también problematizó la regulación de lo anterior a través de la resolución 13437 de 1991, ambas resoluciones como se puede evidenciar, posteriores a 1990, lo que dan cuenta es que se estaba trabajando efectivamente en pro del cambio.

Ahora bien, finalmente llega en el año 1993 la Ley 100 a nuestro país, esta ley hace modificaciones extremadamente radicales en la estructura del sistema de salud y así es como se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, que busca garantizar los derechos irrenunciables de las personas, que están protegidas por la constitución recién instaurada en nuestro sistema legal, buscando siempre defender la dignidad humana que es sobre la que se funda el Estado Social de Derecho. No se puede quedar en el tintero esta norma ya que es la que continúa con la concreción de esa dicotomía entre el antes y el después del sistema de salud. Sin embargo, no vamos a profundizar mucho en ella o su efectividad, porque en todo su texto nunca se habla acerca de la atención psiquiátrica o psicológica ni se incluye la salud mental con ningún tipo de avance positivo en cuanto a servicios o atención hospitalaria. Podríamos decir que es entonces hasta la Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 con la que se disponen a reglamentar las actividades, intervenciones y procedimientos que se establecieron en el *Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. En el artículo 37 de dicha resolución se menciona de manera específica lo que comprende la estancia en instituciones psíquicas (Ministerio de Salud, 1994), esta resolución fortaleció la atención hospitalaria para pacientes con padecimientos mentales en Colombia.

En el año 1998, mediante la Resolución 2358 de 1998 se adopta una Política Nacional de salud mental, podríamos señalar que los objetivos principales de los que parte la política nacional, de acuerdo a los lineamientos internacionales que se venían proponiendo, son

Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

promover la salud mental y prevenir la aparición de enfermedades mentales, y de una manera más específica:

[...]se propone reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud mental en el contexto del SGSSS, fomentar procesos de investigación básica y aplicada en salud mental y fortalecer la red de instituciones y la oferta de servicios (Centeno y Novella, 2012, pp.18-19).

Este proyecto de la política nacional es un texto muy esperanzador porque conoce y es consciente del proceso que viene recorriendo el país, identifica que el estado colombiano tiene una forma de evadir las responsabilidades y las problemáticas, lo cual no resulta muy eficaz en términos de mejoras en salud mental. De una manera muy amplia permite percibir un análisis sociocultural de todas las situaciones que influyen la salud mental de los colombianos, dibuja además todo un panorama completo del momento (Ministerio de salud, 1998), el cual no se aleja mucho de todo lo que se ha venido narrando página tras página en este recuento investigativo. Por desgracia, para promulgar esta resolución se parte aún de un concepto muy ligado al manicomio y al retraso mental, pues el proyecto evidencia que no existía participación de la comunidad en absoluto en lo que tuviera que ver con salud mental y como el Estado no había hecho esta relación resultaba en que los tratamientos siempre eran muy desentendidos de la comunidad y la sociedad como tal, asunto que, mejor entendido, debería estar integrado en un todo con el tratamiento para que prometa ser efectivo.

El círculo social y la familia de la persona con padecimientos mentales deben estar tan involucrados como el enfermo mismo, para no hacer el proceso traumático y evitar esa situación en la que se aísla el enfermo y no se le permite tener el desarrollo de su vida en su entorno normal. Ya que lo anterior perjudica y obstaculiza la rehabilitación, esta política se pretende cambiar tal cosmovisión. Por otro lado, con ella se pretendía cumplir la instrucción dada en la *Declaración de Caracas* por la OMS y la OPS de que se incluyeran camas y unidades psiquiátricas en los hospitales de atención general, lo que hubiese sido un progreso enorme para la atención psiquiátrica en el país; esta política es un texto fehaciente con la dignidad humana, un proyecto que desde el papel prometía grandes avances y cambios, en sus palabras contiene esperanza para una nación que por tanta crisis atraviesa, hablando de problemas sociales como el hambre y la desigualdad que nos agobian desde los tiempos más antiguos en la historia. Todo esto se encuentra sucinto en este pequeño párrafo que encabeza la introducción del proyecto y sentencia que:

Quisiera tener un sueño y creer que los esfuerzos de todos con la experiencia y las buenas intenciones que nos motivan darán a los colombianos un espacio para pensar y actuar en pro de la salud mental, para con esto engrandecer así al ser humano que aquí vive, respetando y asumiendo la individualidad y por tanto la pluralidad.

Quisiera tener un sueño y creer que para algunos este texto, muy probablemente, no les aportará nada novedoso ni nuevo, pero que seremos capaces de tornarnos humildes, a fin de poder trabajar en equipo y tal vez nos volvamos sabios al aprender a tratar a los otros con dignidad (Ministerio de Salud, 1998, pp.3-5).

Quizá sea atrevido decir que si en Colombia se experimentara al pie de la letra aquella costumbre leguleya de montar leyes para todo, en la nación que allí se promete y se describe,

con toda seguridad que se habitaría en un lugar mucho más garantista de los derechos humanos, sin embargo eso no pasa, y este proyecto de política pública no tuvo una etapa de ejecución, no se llevó a cabo ni fue efectivo ya que para la implementación del mismo no se desarrolló un Plan Nacional que lo permitiera, por lo que muy bonito el texto y reconfortante por lo menos de leer en medio de tanta desilusión de la que está compuesto este análisis, pero solo palabras lejanas de la verdadera realidad de esos y de estos días, palabras con las que se cierra el transcurso por las décadas de los noventas, ochentas y sus respectivos avances.

Posteriormente, en el año 2004, se expide la Circular externa 008/2004 la cual trata sobre los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB (Plan de Atención Básica) 2004-2007, y da instrucciones prioritarias en cuanto a salud pública en el país, en su numeral primero describe estas y en la viñeta sexta de las prioridades ubicamos el siguiente texto: “Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las Políticas de Salud Mental y de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas⁹”.

En el año 2007 se expide la Ley 1112, con la cual se pretenden hacer múltiples modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud con el objetivo constante de mejorar la atención y el servicio que se presta al usuario en salud pública. Ahora bien, en su artículo 33 habla de que cada cuatro años el Estado tiene la responsabilidad de expedir un Plan Nacional de Salud Pública, el cual deberá abordar detalladamente cada uno de los puntos que allí se describen que contempla la salud pública, lista que en su numeral A contempla de manera general que se debe conocer las prioridades en salud pública de cada uno de los campos entre todos: la salud mental con un énfasis especial hacia la violencia intrafamiliar, la drogadicción y el suicidio. Y este mismo artículo en su numeral K, de una manera más específica, exige incluir la salud mental en el Plan Nacional de Salud Pública así: “El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio” (Congreso de Colombia, 2007).

Efectivamente, después de las exigencias de la Ley 1112 de 2007, se expide el Decreto 3039 del 2007 por el que se adopta el Plan Nacional de Salud Pública de 2007-2010 en cual en su capítulo V define cuales son las prioridades para el país en cuanto a salud pública así:

Los objetivos de las prioridades en salud son respuesta a las necesidades del país en materia de salud, las cuales han sido debatidas y consensuadas con los distintos actores del sector, de otros sectores y representantes de los ciudadanos y usuarios de los servicios de salud, a través de mesas de discusión y aportes individuales y de diferentes colectividades (Ministerio de protección social, 2007).

En el numeral cuarto de las prioridades nacionales se encuentra la salud mental, es por esto por lo que, el objetivo cuarto del Plan es mejorar la salud mental y data de entre varias cosas acerca de: “Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental

⁹ Notas. Tomado de: <https://vlex.com.co/vid/circular-externa-00018-43204363>

y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales” (Ministerio de protección social, 2007). Adicionalmente las estrategias sobre las que se basa para mejorar la salud mental constan de 4 líneas que son las siguientes: Promoción de la salud y la calidad de vida, Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud y Vigilancia en salud y gestión del conocimiento (Ministerios de protección social, 2007).

En este punto es menester destacar que, de una manera positiva en el desarrollo y la integración de estas últimas normas mencionadas, se vislumbra la evidencia de un progreso, en cómo se ha venido transitando en pequeños pasos hacia una atención psiquiátrica integral, si a este punto ubicados ya en el 2010 y los años que siguen, en adelante puede verse cómo el concepto efectivamente avanzó, y se empezó a incluir en la legislación nacional que se expedía sobre salud pública. Y aunque siempre se hace la precisión de que muchos de estos esfuerzos eran en vano porque por en la realidad, a la hora de la atención hospitalaria para los pacientes con padecimientos psiquiátricos o psicológicos se seguía percibiendo una crisis, ya fuera por falta de recursos o de personal en los hospitales del país, lo que no permitía materializar los avances conceptuales de la salud mental.

Sin embargo, es plausible también que con pasos pequeños igualmente la sociedad ha ido aceptando y concientizándose de la integridad que requiere la salud física y mental, la estabilidad emocional y el cuidado del cuerpo. Lo que suscita la reflexión de por qué tristemente el acceso a la ayuda psiquiátrica y psicológica se ha vuelto privado, y es que la pequeña parte de la población que toma conciencia busca ayuda de manera particular ya que en ningún otro sitio la encuentra, relevando así la responsabilidad del Estado y dejando de un lado la culpa que tiene por el descuido del tema a través de los años.

En el año 2011 nuevamente se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la ley 1438, la cual en su artículo sexto modifica el término para expedir el Plan Nacional de Salud Pública, y pasa de ser de cuatro años a proyectarse un Plan Decenal para la Salud Pública en el que especifica se debe incluir la salud mental, es por eso por lo que en su artículo 65 reglamenta la atención integral en salud mental así:

las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental (congreso de Colombia, 2011).

Sin embargo, hoy en día tenemos claro que esta atención integral debe hacerse en conjunto con múltiples disciplinas y con la comunidad. En efecto, en el año 2012 se expidió el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual desarrolla de una manera mucho más amplia la salud mental y nos dibuja las puertas a lo que será el avance más grande del concepto en nuestro país, y finalmente incluye como prioridades la salud mental con la convivencia social (Ministerio de Salud, 2012), componente que los organismos internacionales llevan años reiterando y resaltando su importancia. En el numeral 7.3.3.1.1 del PDSP se define este componente de la siguiente manera:

[...] el componente “Promoción de la salud mental y la convivencia” se define como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitan el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social (Ministerio de Salud, 2012, p.195).

Finalmente, este es el panorama con el que se concluye este capítulo y se entra en el análisis profundo de la Ley 1616 de 2013, para este año asistimos a un país que finalmente se ha tomado conciencia sobre la importancia de la promoción y prevención de la salud mental. Un país donde estudiando la historia se puede percibir un progreso en la concepción del concepto desde la población y desde las figuras de poder, un país que comprende la necesidad de vincular la salud mental a la sociedad, a la convivencia y a su entorno, la necesidad de entender que la eficacia de los tratamientos no depende únicamente de la persona que sufre los padecimientos sino también de su grupo de apoyo y que existen una cantidad de situaciones sociales que influyen en esto. Este camino sufrido, lleno de dolor, lleno de pacientes sin atención que tuvieron que acceder a la justicia por medio de acciones constitucionales para pelear por su derecho de acceso a la salud, pacientes que no corrieron con esa suerte y no fueron atendidos a tiempo por lo que perdieron su pelea, este camino es con el que se acoge la primera Ley de Salud Mental de Colombia y su decreto reglamentario.

Ahora bien, para cerrar este recuento normativo de la legislación en materia de salud mental en Colombia, es necesario complementar la información con la ley estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Como primer aspecto, hay que decir que es una ley estatutaria, por tanto, desarrolla un derecho fundamental, tal como lo es el derecho a la salud. Dentro de esta ley el legislador consagra los diferentes lineamientos que rigen para la prestación y acceso del derecho en cuestión, en nuestro país.

Esto es relevante para el caso en cuestión, pues recuérdese que el derecho a la salud mental es entendido como derecho fundamental pero no de forma independiente, sino dentro del mismo derecho a la salud, para tal efecto, todas las disposiciones normativas de la ley 1751 serán aplicables cuando una persona desee acceder al sistema de salud para recibir atención por afectaciones mentales.

En comparación con la ley 1616 de 2013, aunque la ley 1751 se expide tres años después, es claro como ambas están construidas con la intención de priorizar el acceso, preservación, mejoramiento y promoción de la salud. Ambas recalcan la importancia de las políticas públicas preventivas, que busquen precisamente eliminar o minimizar los factores que puedan desencadenar en la necesidad de atención médica, pero en caso de necesitarse, ambas leyes coinciden también en resaltar los principios de accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, oportunidad, continuidad... entre otros; con el fin de dar a entender que cualquier tipo de atención en salud debe ser tan inmediata como se requiera, de calidad, prestada por profesionales calificados y en casos inminentes, no se requiere autorizaciones de autoridades administrativas, documentos o afiliaciones,.

Es importante recordar también, que al estar en el contexto de un derecho fundamental, en caso de que cualquiera de los derechos contenidos en la ley 1616 de 2013 o en la ley 1751 de 2015, en caso de que exista una vulneración bien sea por acciones u omisiones del Estado como garante de este derecho o de las entidades prestadoras de servicios de salud, el mecanismo para exigir que se haga efectivo el derecho es la acción de tutela, de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política en su artículo 86 y en el decreto 2591 de 1991.

Finalmente, en el contraste de ambas normas se observa la inminente responsabilidad que el legislador le entrega al Estado de garantizar este derecho en todos sus momentos, desde la prestación, atravesando el tratamiento y hasta la respectiva rehabilitación. La administración tiene la tarea de garantizar el derecho a la salud mental no solo porque exista una ley dedicada a ello (1616 de 2013), sino también porque existe una ley estatutaria, que regula un derecho fundamental que es el derecho a la salud, y como se ha dicho anteriormente, la salud comprende tanto el bienestar físico, como el mental, y es necesario que los recursos, los profesionales y la atención estén preparados para brindar ese servicio que la ley les obliga.

ANÁLISIS NORMATIVO SOBRE LA SALUD MENTAL

1962

Se introducen a la industria los psicofarmacos.



1965

Se crea el consejo nacional de salud mental, los ahora encargados de las políticas nacionales en salud mental.



1971

Declaración de los derechos del retraso mental y 1975 Declaración de los derechos del impedido de la ONU. Se declara como una necesidad el derecho a que los enfermos mentales sean tratados como seres humanos y tengan la atención que requieren para llevar una vida normal.



1990

Declaración de Caracas por la OMS y la OPS hito en la historia, inicia la reestructuración a la atención psiquiátrica a nivel mundial y regional con las naciones parte.



Manicomios

Rechazo por parte de la iglesia, solo se les atendía por caridad se internaban porque representaban un peligro.

1963

Decreto 3224
Nace la división en salud pública.



1967

Resolución 679
Ordenó disponibilidad de camas y una unidad de psiquiatría en los hospitales generales.



1989

Declaración de Luxor sobre los Derechos humanos de los enfermos mentales. Busca garantías, promueve la inclusión y el trato especial.



1991

Nueva constitución política de Colombia fundada en la dignidad humana, garantista y protectora de los derechos humanos.



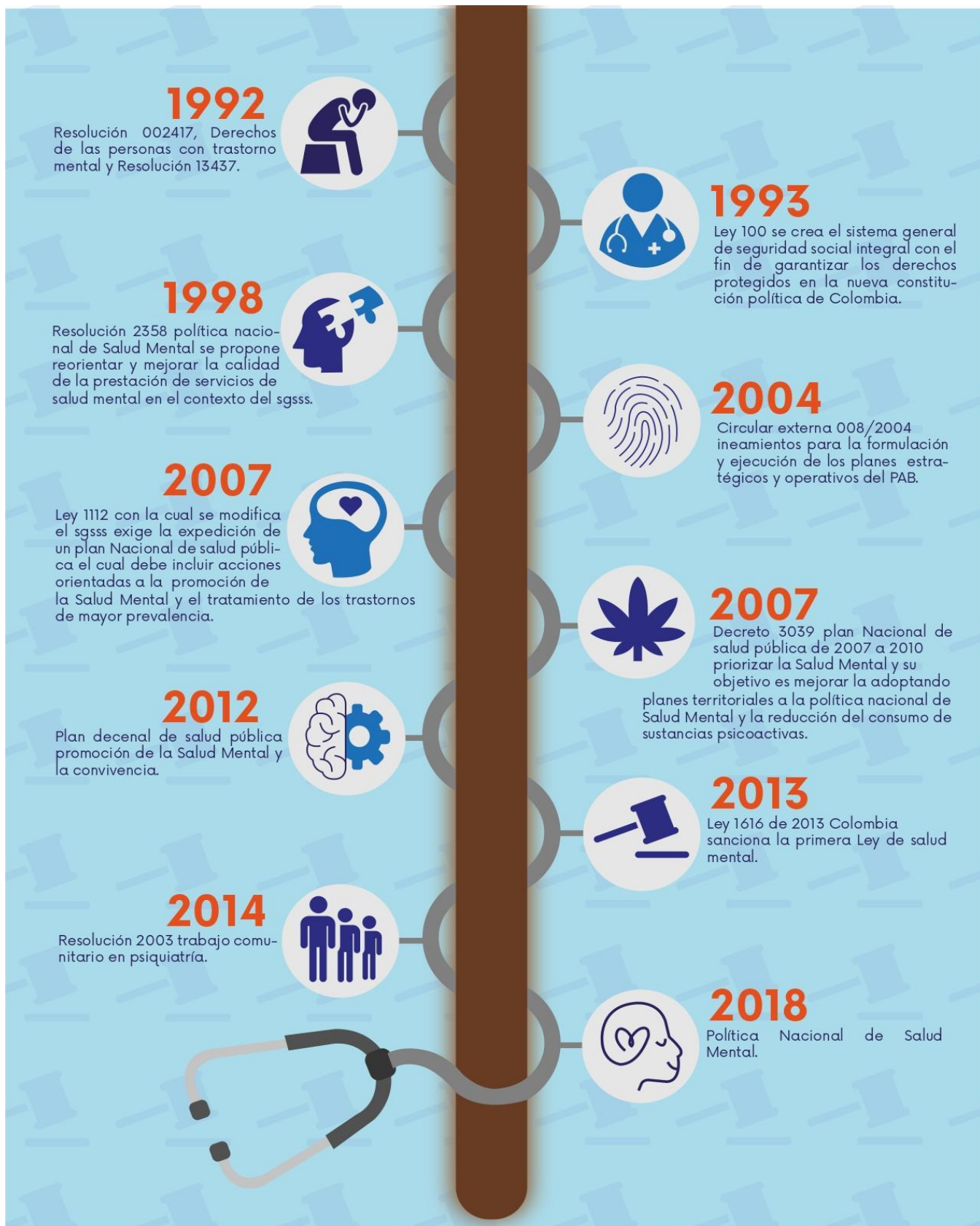


Figura 1. Análisis normativo sobre salud mental. (elaboración propia).

CAPÍTULO 3

**SOBRE UN DERECHO LEGISLADO VS. LA REALIDAD. ANÁLISIS SOCIO
JURÍDICO DE LA LEY 1616 DE 2013 Y SU RESPECTIVO DECRETO
REGLAMENTARIO.**

*La salud es un estado de completa armonía del cuerpo como la mente y el espíritu.
Cuando uno está libre de discapacidades físicas y distracciones mentales las puertas del
alma se abren.*

-B. K. S Iyengar.

Entrando entonces en materia, se procede a evaluar la ley 1616 de 2013 desde una perspectiva social y una perspectiva jurídica. Abordando su forma y contenido artículo por artículo y concluyendo finalmente con un contraste con la realidad.

Es importante aclarar que este capítulo parte de la problematización del ser y el deber ser de esta norma. Es decir, se analizará el texto normativo y se complementará con opinión. Se considera innecesario, y además desgastante, transcribir los artículos. Solo se traerán fragmentos de estos cuando sea estrictamente necesario para dejar clara determinada situación.

Como aspectos generales: la ley 1616 fue expedida el 21 de enero de 2013, consta de 43 artículos, y fue firmada por Roy Leonardo Barreras Montealegre, secretario general del Senado de la República. Gregorio Elajch Pacheco, presidente de la Cámara de Representantes. Augusto Posada Sánchez, secretario general de la Cámara de Representantes, y por Jorge Humberto Mantilla Serrano, secretario general de la Cámara de Representantes.

Comencemos entonces por evaluar el artículo primero. En este se consagra el objeto de estudio de la presente ley, este es entonces: “garantizar el ejercicio del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana” (Congreso de Colombia, 2013). Y se refiere al artículo 49 de la Constitución Política de Colombia. Recordemos que es allí donde se consagra la responsabilidad del Estado en la prestación de los servicios de salud, y en general de la gestión y demás acciones pertinentes que deban desplegarse para el ejercicio del propósito en cuestión. A continuación, otro punto indispensable para evaluar es la definición que nos trae nuestro legislador sobre el concepto de salud mental, el cual no desvaría con la descripción que hemos venido manejando de la OMS. En últimas, en Colombia entendemos 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 Colombia, 2013)

Tomemos entonces un momento para evaluar esta definición. Se puede decir que es un acierto considerar la salud mental como un “estado dinámico” entendiendo precisamente

que así una persona padezca o no algún trastorno, su estado mental y anímico podrá ser siempre variante, sea por factores endógenos o exógenos. Sin embargo, es fundamental considerar que esta definición plantea la salud mental como un factor social, de la relación del individuo con la sociedad y aún más preocupante, del individuo como fuerza de trabajo. ¿Entonces el Estado Colombiano considera relevante la salud mental de las personas en la medida que su conducta afecte a la sociedad y “productividad”? Queda en consideración del lector.

Mucho se habla de prevención y promoción de salud mental, revisemos entonces esos dos conceptos que nos trae la ley. La promoción se refiere a las acciones necesarias para el fomento de la salud mental, considerando obviamente la prevención a escala general y a escala particular. Por otro lado, la prevención de la salud mental se refiere a la aplicación de esas acciones tendientes a mitigar los factores de riesgo relacionados con trastornos mentales. Posterior entonces a la prevención tendríamos la atención en salud mental, que se refiere a la intervención de personas especializadas en el tratamiento y rehabilitación de personas que estén atravesando alguna afectación en su salud psicológica o psiquiátrica (Congreso de Colombia, 2013).

Es obvio pensar que, en ese entendido, el esfuerzo de la organización estatal debería estar enfocado en la promoción y prevención precisamente para evitar la necesidad de la atención (sobre todo de la atención clínica), sin embargo, la historia ha demostrado cómo en Colombia, generalmente, las instituciones prefieren “lidiar” con las consecuencias en lugar de minimizar riesgos para evitar ciertos resultados.

Continúa la ley con una parte fundamental para el desarrollo de este texto, y es reconociendo cuales son los derechos que tienen las personas en materia de salud mental. Se reconoce que los ciudadanos colombianos tienen pleno derecho a recibir atención psiquiátrica y psicológica pronta y oportuna, además que tienen derecho a conocer su estado de salud, comprender su diagnóstico, recibir incapacidades laborales por afectaciones mentales, a no ser discriminado por padecer algún trastorno mental, a pertenecer activamente a la sociedad y a recibir sus medicamentos (Congreso de Colombia, 2013). Este artículo, (título 2, derechos de las personas), es quizá el que más resuena de esta ley, porque ojalá existieran en la realidad de la misma manera que existen en el papel, porque el Estado se dice a sí mismo ser responsable por garantizar todos esos derechos, pero se queda corto a la hora de efectivamente materializarlos.

Siendo entonces este capítulo un análisis socio jurídico, necesariamente debe estar permeado por la realidad. Para comprobar la literatura pesimista y nutrir el componente teórico que se viene desarrollando, se incluyó a esta investigación el relato de cinco personas que se tendrá en cuenta para aumentar el nivel de análisis crítico. Siguiendo los parámetros éticos de la investigación de las ciencias sociales y humanas, se utilizó un consentimiento informado (que reposa en los anexos), que pretende proteger la privacidad de las personas. Para conservar su anonimato se conocerán en este escrito como personas A, B, C, D, E.

Las experiencias a continuación se suscitaron en una conversación desestructurada, donde simplemente se preguntó si la persona alguna vez había accedido a atención médica en salud mental y cómo había sido su experiencia.

La historia contada por la persona A, es muestra de cómo se tiene aún esa creencia de que solo es salud la salud física, esta persona llegó a acudir a 4 hospitales diferentes de la ciudad de Medellín para ser atendido por su EPS, con claros síntomas psicológicos: desasosiego, angustia, insomnio por más de 8 días seguidos y temblores. Se encontró con que, al llegar al centro de salud, solo se le tomaban sus signos vitales y lo enviaran a su casa porque corporalmente no había algo que estuviera mal, y que como él no tenía un diagnóstico, no podían proveerle ningún tipo de fármaco para mejorar su malestar. Finalmente, después de mucho buscar logró obtener un diagnóstico psiquiátrico e inició el tratamiento, este es inicialmente cubierto por la EPS, pero si la persona no mejora en cierto tiempo debe comenzar a pagar sus medicamentos y sus consultas (comunicación personal, 31 de agosto de 2021).

Este es simplemente un ejemplo ilustrativo que nos puede dejar ver el contraste entre lo que “promete” garantizar la ley 1616 y lo que realmente alcanza. En este entendido, no se espera que los lectores estén de acuerdo con esta postura, la única pretensión es problematizar, y que sea precisamente el lector quien llegue a una conclusión por su propia cuenta.

Para este fin, traemos una experiencia más, la persona B lleva aproximadamente 5 años diagnosticada con una enfermedad psiquiátrica. En nuestra conversación relató cómo ha sido su experiencia accediendo a la EPS para recibir atención psiquiátrica por urgencias, y posterior al diagnóstico, cómo ha sido la “pelea” con la EPS para que le reconozcan siquiera su medicación. Recuerda que sus síntomas más fuertes los sintió un fin de semana donde tuvo siete ataques de pánico. Sentía un malestar inmenso y no se podía mantener en pie. Relata que, al llegar a urgencias de su EPS, entre llanto y desesperación le pidió ayuda a su médica tratante a lo que ella le contestó “no tienes nada, en tu cuerpo no hay nada”, le explicó que lo que estaba sintiendo era un ataque de pánico, pero que ellos no podían hacer nada porque no tenían urgencias psiquiátricas y que no podían darle algún medicamento por la misma razón. En vista de que su EPS no le proveía ninguna solución, B decidió costear un tratamiento particular, donde recibió su diagnóstico y viene recibiendo su tratamiento, sin embargo, las medicinas son muy costosas y ha tenido que realizar trámites exagerados para solicitar esta medicina con su POS (comunicación personal, 9 de septiembre de 2021). Es interesante además que esta persona afirma que, de haber recibido su tratamiento hace 5 años que se presentaron los primeros eventos traumáticos, no hubiera desencadenado en la enfermedad que padece hoy en día, pero que gracias al desconocimiento que se tiene socialmente sobre este tema, no fue así.

La persona C trae un panorama interesante a la discusión, pues recuerda que hace aproximadamente 10 años accedió al sistema de salud por estar experimentando lo que en ese entonces llamaba “crisis nerviosas”, acudió a la clínica privada SAMEIN (Salud Mental Integral S.A.S), donde relata haber recibido una excelente atención, incluso habiendo acudido por su EPS, dice haber acudido en varias ocasiones y que cuando era necesario, la internaban por 3 o 4 días y solo debía costear un copago (comunicación personal, 10 de noviembre de 2021). Esta clínica fue fundada en 1996 por psiquiatras y está claramente

especializada y capacitada para brindar cualquier tipo de tratamiento en salud mental¹⁰. Es evidente el contraste entre las dos primeras experiencias, pues a las clínicas que acudieron las personas A y B no contaban con un protocolo de primeros auxilios psicológicos o un mapa de vuelo para remitir a esta persona a un lugar donde pueda recibir una atención cualificada en la materia.

La persona D padece depresión diagnosticada hace 8 años y manifiesta que sus síntomas se han agudizado con la pandemia y la cuarentena, por esta razón tuvo crisis cada vez más fuertes, lo que causó que perdiera su empleo. Actualmente la situación hace que sus síntomas empeoren y necesita un tratamiento urgente (es una persona que ha intentado suicidarse en ocasiones pasadas), pero se ha encontrado que su EPS solo presta servicio de apoyo psicológico en convenio con su caja de compensación, y al estar actualmente desempleado tendría que costear el 100% del tratamiento. Situación que ahora no puede permitirse, pues los pocos ingresos que recibe los utiliza para comer. Por esto, no ha podido recibir ningún tipo de tratamiento y los síntomas día a día empeoran (comunicación personal, 1 de diciembre de 2021). El caso de la persona E es reciente, sus primeros síntomas comenzaron a presentarse como consecuencia del miedo a enfermarse y morir por COVID. Esto cual le causaba fuertes ataques de pánico y crisis de ansiedad, de las cuales se le tuvo que internar en 3 ocasiones, esta persona cuenta con la enorme fortuna de tener salud prepagada, por esto, inmediatamente hizo consciencia de su enfermedad, accedió a su internista, quien lo remitió al psiquiatra. Actualmente se encuentra recibiendo su tratamiento y tomando sus medicinas regularmente, manifiesta que los síntomas se han reducido enormemente y que está satisfecho con el tratamiento recibido (comunicación personal, 7 de agosto 2021).

Los casos de las personas D y E son claramente opuestos, y es el ejemplo perfecto de la brecha tan inmensa que tiene Colombia como sociedad a causa de la desigualdad, y que la forma en que funciona el sistema ha logrado que solo puedan acceder a una buena atención quienes sean adinerados y puedan costearla. Estos relatos son solamente una pequeña muestra del panorama real, que pretende enriquecer el argumento y mostrar, aunque sea un fragmento de la realidad en un acto de compromiso con esta.

Hablemos ahora sobre la realización de esos derechos. Es decir, es apenas obvio afirmar que el legislador al enlistar un derrotero de derechos debe también construir un plan de ejecución (que se ejecute o no es otra cosa). Para el caso de Colombia, la entidad encargada es el Ministerio de Salud y Protección social, básicamente esta organización estatal se encarga de:

El Ministerio de Salud y Protección Social es una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud, mediante la formulación de políticas, planes y programas, la coordinación intersectorial y la articulación de actores de salud con el fin de mejorar la calidad, oportunidad, accesibilidad de los servicios de salud y sostenibilidad del sistema, incrementando los niveles de

¹⁰ Notas: Información tomada de: <https://www.samein.com.co/php/?page=empresa>

satisfacción de los pacientes, familias, comunidades y habitantes del territorio nacional¹¹.

Para enfatizar: el Ministerio de Salud y Protección Social es el responsable de desplegar todas las acciones necesarias para garantizar la accesibilidad a los servicios de salud en general para toda la población colombiana.

Por otro lado, la ley es muy clara cuando se refiere a la priorización de las niñas, niños y adolescentes, resalta en este sentido la importancia de fomentar un ambiente escolar sano (Congreso de Colombia, 2013), pero aun así el 13,2% de los adolescentes entre los 15 y 19 años, y el 4,6% de las adolescentes de la misma edad, mueren por suicidio actualmente en Colombia¹².

En cuanto a lo laboral, el legislador reconoce también la importancia de fomentar un ambiente laboral sano, esto de la mano con el Ministerio del Trabajo, teniendo entonces los empleadores la obligación de establecer dentro de su empresa, diferentes planes para minimizar factores de riesgo, promover, prevenir, mejorar y recuperar la salud mental de sus trabajadores (Congreso de Colombia, 2013).

Ahora bien, para hacer un contraste con la realidad, se procede a analizar el resultado de una encuesta hecha por quienes escriben. Es claro que la metodología de este trabajo es la revisión documental, precisamente por ser un análisis socio-jurídico. Sin embargo, se decidió incluir una breve averiguación, que consta de 6 preguntas, en las cuales indagamos la edad de las personas, si se encuentra laborando, cuántas horas labora al día, cómo considera que es el nivel de estrés en su trabajo y si conoce de planes que realice su empleador para el fomento de la salud mental.

El sondeo fue realizado a través de la plataforma *GOOGLE FORMS*¹³, se realizó de una forma muy somera para evidenciar que:

- El sondeo fue realizado a 40 personas.
- el 62,5 % de ellas entre los 20 y los 24 años, 30% entre los 25 y 30 años y el 7.5% restante entre los 15 y 19 años.
- De esas personas, el 97.5% se encuentra laborando.
- el 80% labora de una a ocho horas diarias.

¹¹ Notas. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/mision-vision-principios.aspx>

¹² Informe de Estadística Sociodemográfica ISSN: 2805-6345. Aplicada del DANE. Tomado de: <file:///C:/Users/57313/Downloads/2021-08-18-Characterizacion-territorial-sociodemografica-homicidios-suicidios-en-Colombia.pdf>

¹³ Enlace del sondeo: <https://forms.gle/im2Zf1n5aVHsDbuB8>

- El 42,5% considera que el nivel de estrés en su lugar de trabajo es alto (un 4 en una escala de 1 a 5) el 35% considera que es medio y el 12,5% considera que es muy alto.

Grupo etario
40 respuestas

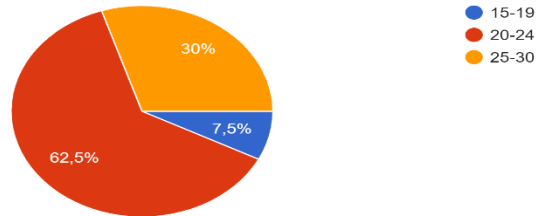


Figura 2. Porcentajes de grupos por edades.

¿Labora actualmente?
40 respuestas

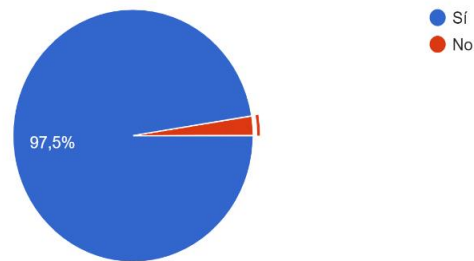


Figura 3. Porcentaje de situación laboral de los entrevistados/as.

¿Cuántas horas labora al día?
40 respuestas

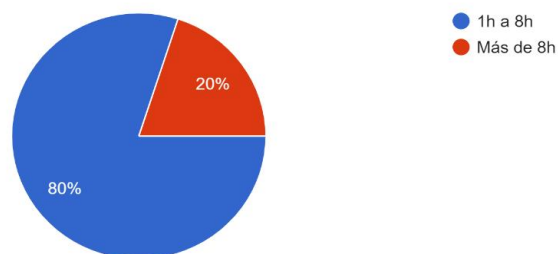


Figura 4. Porcentaje de horas laboradas de los entrevistados/as.

En una escala de 1 a 5 ¿Cómo considera que es el nivel de estrés en su trabajo?
40 respuestas

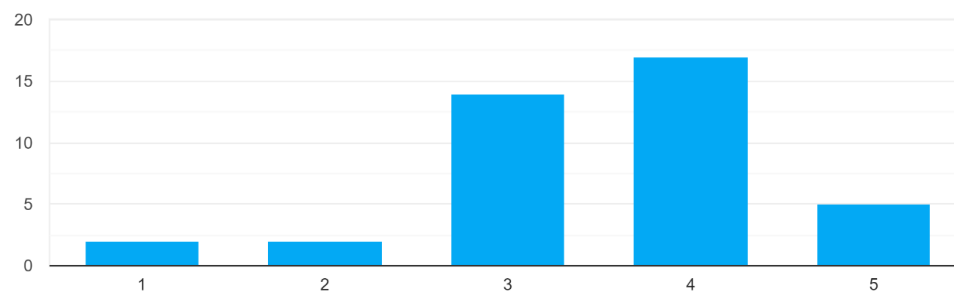


Figura 5. Escala de niveles de estrés de los entrevistados/as en su lugar de trabajo.

¿Conoce usted de estrategias que se desarrollen dentro de su lugar de trabajo para la promoción, prevención, mejoramiento o recuperación de la salud mental de los trabajadores?
36 respuestas

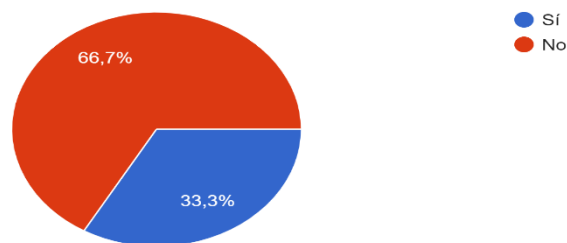


Figura 6. Porcentajes de conocimiento de los entrevistados/as con relación estrategias de promoción, prevención o mejoramiento de salud mental en su lugar de trabajo.

- En esta pregunta respondieron 36 personas y el 66,7 % de ellas, no tienen conocimiento de si en su lugar de trabajo se ejecutan planes de promoción, mejoramiento, prevención y rehabilitación en salud mental.

Las dos últimas preguntas son fundamentales, porque evidencian que la mayoría de las personas encuestadas considera que su trabajo es una fuente de estrés, y más de la mitad de las personas no conoce ninguna estrategia o canal institucional para recibir atención y garantizar su bienestar mental. Los resultados son bastante claros y evidencian por sí solos cuál es el panorama real, es importante recalcar que esto no hace parte de un ejercicio estadístico propiamente, sino que se realiza como un sondeo que acompaña y dota de realidad al argumento. El formulario se respondió de manera anónima de acuerdo a los parámetros éticos de la investigación de las ciencias sociales y humanas, como se mencionó anteriormente.

Los datos anteriores se refieren a “la mayoría” es decir, la mayoría de los empleadores no implementa ningún tipo de plan o estrategia, sin embargo, en algunos casos sí ocurre. La última pregunta de nuestra encuesta indaga a las personas sobre si conocen las estrategias que tiene su empleador para garantizar estos canales de prevención de afectaciones mentales y recuperación de la salud mental de los trabajadores. 12 personas contestaron esta pregunta, y de esas respuestas podemos resaltar que en algunos casos los empleadores proponen actividades que permitan minimizar el estrés en el trabajo, como por ejemplo laborar por fuera de la oficina, realizar pausas activas e integraciones. Otros de ellos manifiestan que se les otorgan bonificaciones por el buen desempeño laboral y que conocen los canales para solicitar acompañamiento de un profesional en salud mental si es necesario.

Si bien son pocas, podemos ver estas respuestas como un panorama alentador, pues al menos en algunos sectores, y en algunas empresas se está trabajando en el bienestar mental de sus trabajadores. La preocupación por el bienestar y salud mental han ido tomando un poco de fuerza en los últimos años. Cada vez son más las personas interesadas en las diferentes terapias y estrategias que existen, pero más importante que esto, cada vez hay mayor información sobre el tema, validando las emociones, normalizando los trastornos mentales y abriendo el dialogo libre y sin prejuicios.

Se espera que quede lo suficientemente claro que no se pretende hacer una investigación cualitativa y referirse a estadísticas y porcentajes (claramente es un tema que desconocen las realizadoras de este informe y no hace parte de su metodología). Aun así, Es pertinente incluir estos breves datos, que están lejos de ser un resultado confiable, pero sirve para ejemplificar la realidad, al menos una parte de ella.

De esta manera, queda más que claro que la ley establece la creación de una red de atención en salud mental, que de hecho se lee como una estrategia maravillosa, que incluye todos los tipos de atención para garantizar una prestación efectiva del servicio. Pero basta con solo hacer una llamada a la línea de asignación de citas de cualquier EPS solicitando una consulta psicológica para que respondan que la debe ordenar el médico general, que cita con el médico general hay para dentro de 15 días y posteriormente la cita con el psicólogo puede estarse tardando de 3 a 4 meses. ¿Cuál sería el resultado si quien esté llamando fuera una persona que está pensando en atentar en contra de su vida?

La ley dedica un acápite especial a la priorización de los niños, niñas y adolescentes en el marco de atención en salud mental, en esta sección se entrega cierto grado de responsabilidad a las instituciones educativas, tanto oficiales como privadas. Se puede decir que es un acierto, que en la niñez y la adolescencia las personas son más receptivas de información y que es más sencillo transmitirles la importancia de cuidar la salud mental tanto como la salud corporal, además de que en estas edades existe una mayor facilidad de abrirse al dialogo, a hablar sobre sus emociones y aprender cómo gestionarlas (Congreso de Colombia, 2013).

Se continua entonces este análisis con la figura del Consejo Nacional de Salud mental, que básicamente es el organismo encargado a nivel nacional de desarrollar las políticas públicas encaminadas a garantizar lo consagrado en la ley (tanto en la ley 1616 de 2013 como en la ley 1566 de 2012, en esta última se dictan disposiciones para asegurar la atención en salud a las personas que consumen sustancias psicoactivas) lo que es fundamental, en tanto

las políticas públicas pueden entenderse como un puente entre la norma y el resultado, es decir, es la manera como se realizan las leyes. La ley 1616 (Congreso de Colombia, 2013) menciona un documento que se considera que es indispensable siquiera revisar para la construcción de este texto y es el *CONPES 3992 Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia*. En él se evidencia la problemática de la creación de políticas públicas, de ahí llaman la atención las siguientes cifras:

En los últimos 20 años la población colombiana ha presentado un deterioro de la salud mental, evidenciado en el aumento de problemas y trastornos mentales. Con respecto a trastornos se encuentra que: (i) 10,25 % de las personas en el 2017 padecía de un trastorno mental, y (ii) los trastornos mentales se posicionan entre las 20 primeras causas de AVAD¹⁴ entre 2008 y 2018 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019, como se citó en CONPES, 2020, p.25).

La norma continua entonces con ciertos aspectos un poco más formales que no se prestan para mayor discusión. Simplemente resaltar que la norma entró en vigencia a partir de su publicación, en el año 2013, y aún se está teniendo este “debate” en el 2021-2022 donde se pregunta si realmente se está cumpliendo su propósito o no.

El decreto 0658 del 2013 es el Cronograma de Reglamentación de la Ley 1616 de 2013. Fue expedido el 5 de abril de 2013. Recordemos en este punto que en el artículo 42 de la ley en mención, se fijó un plazo no mayor a 30 días, contados desde la entrada en vigencia de esta, para establecer la “agenda estratégica para el cumplimiento e implementación de las normas contenidas en aquella” (Congreso de Colombia, 2013, p.15). En cuanto a su forma, el decreto contiene únicamente 2 artículos, el primero es el más extenso y se refiere precisamente a los aspectos de forma. Es decir, le “pone una fecha” a todas las estrategias que se suscitan en la ley que estamos trabajando. Entonces se le establece al ente encargado de desplegar esa actividad, que en la mayoría de ellas es el Ministerio de Salud y Protección Social, un término específico (Ministerio de Salud, 2013).

Muchas de estas actividades se realizan periódicamente, entonces el legislador de esa misma manera lo identifica y señala cuándo se llevará a cabo. En la mayoría de los casos, el término está establecido dentro del mismo 2013, excepcionalmente para el 2014, teniendo en cuenta la complejidad de la actividad. De este modo, es fundamental analizar que llevamos aproximadamente 8 años desde la promulgación y reglamentación de esta ley, en algunos sectores es evidente que se ha cumplido y se han venido materializando los derechos y garantías a los que tanto se ha referido anteriormente. Sin embargo, muchos otros ámbitos fundamentales para el bienestar mental de los colombianos siguen estando en el olvido.

Ese es precisamente el punto más fuerte, que en pleno 2021-2022 y todavía no hay personal capacitado o protocolo establecido en las salas de emergencias del país para atender

¹⁴ Notas: AVAD significa “años de vida potencialmente perdidos por discapacidad” (CONPES, 2020, p.8)

una urgencia psiquiátrica; que todavía las personas tienen que esperar larguísima turnos para recibir atención con un especialista en psicología o psiquiatría; que aún haya que hacer mil trámites y solicitudes para conseguir que se ordene un medicamento; que para muchas personas la salud mental sigue siendo tabú, y existe un trato discriminatorio hacia las personas con algún padecimiento mental y, que en ciertos casos, la entidad prestadora de servicios de salud no cubra todo el tratamiento...

Es fundamental para la comprensión de todo esto considerar a la salud mental como el eje central del desarrollo humano y el desarrollo de la sociedad en general. Recientemente, con la pandemia por el Covid-19, hemos visto como se han hecho evidentes muchos trastornos mentales de los que no se tenía conocimiento, e incluso los que sí se conocían, se han agudizado exponencialmente. Este factor tiene un significado ambivalente, por un lado, es alarmante que cada vez sean más las personas que padecen trastornos mentales, y que cada vez haya más muertes por suicidio. Pero este aumento de casos ha “popularizado” poner el tema de la salud mental como una prioridad en la vida de las personas. Podemos ver en todas las redes sociales *influencers*¹⁵ compartiendo *tips* sobre salud mental y es evidente como este contenido es de gran acogida, sobre todo por la población joven. Cada vez está más normalizado, y no como algo que simplemente se deba dejar pasar, sino que se ha normalizado como cualquier enfermedad física que requiere tratamiento médico.

Es gratificante ver como se han encendido las alarmas, cómo a través de estas plataformas digitales se han creado redes de apoyo para cualquier persona que lo necesite (sea que padezca o no de algún trastorno mental (TM)).

La salud mental y la prevención del suicidio requiere del esfuerzo de todos como sociedad, los colombianos hemos tenido que ser resilientes en todos los aspectos de la vida, hemos tenido que encontrar las soluciones por nuestra propia cuenta a ciertas necesidades básicas que el Estado simplemente no ha querido o podido garantizar. Es indispensable que cada uno de nosotros haga su parte, que aporte su granito de arena en visibilizar los TM, no discriminar a las personas que lo padecen, incluso informar e informarse de fuentes confiables para llegar a un día en el que se considere a la salud mental en el mismo nivel que la física y que el sistema de salud público se capacite y brinde los tratamientos y atenciones con la prontitud que una crisis psicológica o psiquiátrica lo requiere.

El 10 de septiembre es del día mundial de la prevención contra el suicidio, se menciona en este capítulo porque es obvio decir que muchas de las muertes por suicidio se hubiesen podido evitar de haber recibido tratamiento médico oportuno.

Solo queda reafirmar la necesidad de que se refuercen los canales de atención psicológica y psiquiátrica, que es fundamental hacer que la información sobre bienestar

¹⁵ Notas: “La voz *influencers* es un anglicismo usado en referencia a una persona con capacidad para influir sobre otras, principalmente a través de las redes sociales. Como alternativa en español, se recomienda el uso de *influyente*. También serían alternativas válidas *influidor* e *influnciador*” Tomado de: <https://www.rae.es/observatorio-de-palabras/influencer>

mental sea accesible a las personas de todos los estratos socio económicos y que se institucionalice un protocolo de atención a urgencias psiquiátricas. El Estado tiene que poner su atención en este tema que ha venido tomando fuerza, situación que puede jugar completamente en contra y salirse de las manos, o jugar a favor y aprovechar el interés para concientizar e informar de la mejor manera.

CAPÍTULO 4

CUOTA DE ACTUALIDAD: SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA.

El 24 de marzo de 2020, el presidente de la República anuncia el aislamiento preventivo como medida de contingencia a la emergencia sanitaria por Covid-19. En el mundo se encendieron las alarmas tras conocer que, en China, específicamente en la ciudad de Wuhan, se habían registrado múltiples casos de un virus respiratorio, altamente contagioso y aparte letal.

Con el transcurrir de los días, los titulares de noticias se hacían cada vez más escalofriantes, aumentaban en millones los contagiados y las muertes por el virus; el encierro preventivo empezó a causar que muchos establecimientos de comercio cerraran sus puertas de manera definitiva, lo cual conllevó a que muchas personas perdieran sus empleos y poco a poco el país se fuera dirigiendo a una crisis económica. Lo único de lo que se hablaba era sobre el COVID, la tensión aumentaba cada día más, y a esto hay que sumarle la cantidad de noticias falsas que iban desde que China había creado un virus como arma, hasta *influencers* sugiriendo que ingerir cloro combatía esta enfermedad. Todos especulaban, pero ni siquiera la OMS tenía información certera sobre este virus, o cómo proceder en cualquier aspecto ante una pandemia con estas magnitudes. Era esta la información sobre la pandemia que se leía o escuchaba a diario en titulares de noticias, redes sociales, programas de televisión, videos de YouTube y cualquier plataforma de contenido digital a la que se tuviera acceso. Y era mejor estar informado, ya que desde el encierro de la cuarentena solo quedaba tener fe y lidiar con el miedo de que este virus letal pudiera tocar la familia o, sino confiar en que las pandemias del hambre o el desempleo tampoco llegarán a tocar la puerta.

Es importante aclarar que la salud mental y el COVID19 son abordados en este capítulo, ya que esto es una situación sobrevenida, al incluirlo pretende dotar de pertinencia a este informe. No es un estudio a profundidad pues es un tema muy amplio y se sale del objetivo de este escrito, es simplemente una tímida aproximación en atención al compromiso que se tiene con la pertinencia al realizar cualquier tipo de investigación académica.

Toda esta situación generó estrés colectivo, ansiedad de despertar todos los días esperando un titular esperanzador, deseo que la ciencia pudiera desarrollar una cura, pero también pánico a contagiarse, incluso más para quienes debían salir y continuar con sus labores con normalidad; el mundo sencillamente se detuvo y todo lo que se conocía dejó de ser y no se conoció así nunca más. Esta crisis infinita, que todos conocen y vivieron desde su propia perspectiva y que se intenta ilustrar anteriormente, conllevó poco a poco a desencadenar problemas de estabilidad mental y emocional para las personas alrededor del mundo y en Colombia. Llevó a que las personas tuvieran que enfrentarse a un sin fin de sentimientos desconocidos, al encierro y al abrupto cambio de vida, depresiones y ataques de pánico que, por desgracia, se dieron en medio de la más grande crisis de salud pública en el país, causando que las personas no pudieran ser atendidas en debida forma y que los problemas de salud mental se desencadenaran en desequilibrios permanentes y medicados.

Es probable que la humanidad aún no se haya asimilado el cambio tan enorme que implicó el aislamiento, el distanciamiento social y, en general, a tratar de hacer una vida “normal” y recuperar la economía en una crisis sanitaria de carácter mundial. Es probable también que las dinámicas diarias de las vidas de las personas hayan cambiado de forma definitiva y que la vida de ahora en adelante puede decirse que se divide en dos: antes de pandemia, y después de pandemia; es probable que el mundo como se conocía ya deje de existir y se tenga que estar listo para afrontar uno nuevo. Lo importante es que, como sociedad, hoy se tiene más claro que nunca que el futuro es completamente incierto y que cualquier cosa puede pasar, y si bien no tenemos como prevenirlo, es necesario tomar acción y realizar cambios estructurales en todo el sistema, pero específicamente en el sistema sanitario. Hace falta un sistema sanitario que permita proveer el servicio real que se necesita, la salud de los ciudadanos no es negociable, no puede ser posible que los colombianos sigan recibiendo esta atención en salud, física y mental, tan mediocre, no puede ser posible que día a día se suiciden personas porque no recibieron un tratamiento psicológico o psiquiátrico oportuno, y no puede ser posible que los dirigentes sigan poniendo su vista en otro lado cuando la situación es tan real que habla por sí sola. Se siente una impotencia inmensa porque nunca terminaremos de comprender los corazones tan oscuros que permiten que estas situaciones pasen y sigan pasando, siempre será difícil combatir las maquinarias que llevan gobernando este país desde años incontables cuando nuestras únicas armas son las palabras, pareciera que los que exigimos las garantías, que constitucionalmente se nos han entregado, fuéramos los malos de la historia.

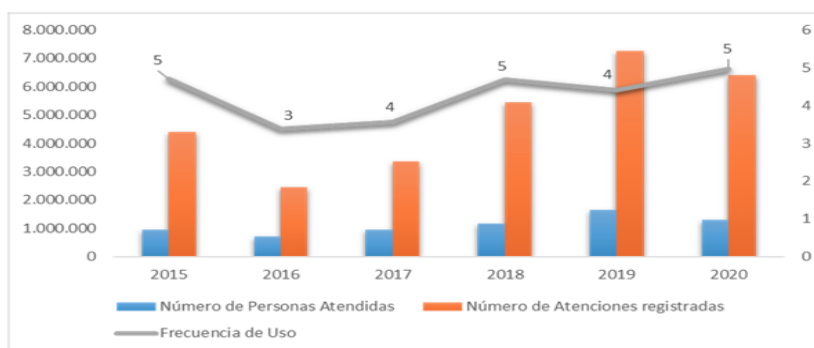
Ahora bien, se hace imposible finalizar esta investigación sin detenernos sobre esta realidad que nos enfrentó diariamente en el desarrollo de la investigación, durante y ya para finalizarla, pues había surgido un interés por estudiar juiciosamente estas normas de salud mental en nuestro país y analizar, en un paralelo con la realidad, qué tan lejos estamos de que sean efectivas y garanticen el servicio a quienes lo necesitan. Sin embargo, con la llegada de la pandemia el tema se volvió personal, y más allá de realmente solo querer estudiar y analizar lo dicho, se convirtió en una pasión y una necesidad descubrir el bache legislativo en salud mental que no permite que esta crítica situación a través de los años mejore, sino que tras no estar listos para atender una pandemia en temas de salud, conllevó a empeorar las crisis de salud mental y a agravar y evidenciar las problemáticas que afligen a los colombianos día a día.

Vale la pena resaltar los intentos del país por trabajar en pro de la salud mental que, aunque no son suficientes, sí existen y habrá a quienes de una u otra forma ayudan, además de que permiten conocer la perspectiva de quienes no pierden la lucha y consiguen ayuda de algún tipo. Por fortuna durante la pandemia se crearon espacios remotos para atender a personas con problemas de salud mental, e incluso muchos particulares prestaron sus servicios gratuitos para ayudar a personas conocidas o desconocidas también en muchos casos. A modo de ejemplo, se puede mencionar la Alcaldía de Medellín, que es nuestra entidad territorial más cercana y de la que evidenciamos en la cotidianidad qué se hace y qué no. La alcaldía de Medellín implementó, desde hace algún tiempo, una línea amiga que recibe 24 horas los 7 días de la semana, llamadas de quienes necesiten atención psicológica, psiquiátrica o cualquier tipo de apoyo emocional, y manejan también un código dorado para las situaciones que requieran ser remitidas a especialistas y un seguimiento especial, porque

la integridad de la persona se encontraba en peligro. Sin embargo, desde que empezó la pandemia la línea se encuentra colapsada de llamadas, he aquí una pequeña cifra al respecto:

Durante los picos de la pandemia, las afectaciones mentales y emocionales se agudizan, y por ende las llamadas en busca de apoyo. Entre julio y agosto de 2020, se llegaron a registrar más de 300 muertes por semana, según el Ministerio de Salud y Protección Social. La Línea Amiga brindó 1.105 atenciones, una cifra elevada en comparación con las 597 que realizó durante mayo y junio del mismo año¹⁶.

La situación narrada anteriormente permite conocer cifras confiables que son un reflejo en micro de lo que está sucediendo a nivel departamental, e incluso nacional, con la salud mental de los colombianos desde que empezó la pandemia y el confinamiento. La estabilidad de las personas se vio seriamente afectada por la situación y buscan desesperadamente ayuda, atención que lamentablemente no encuentran ya que los hospitales, y el sistema de salud en general, no tienen la preparación para esta otra pandemia silenciosa, pero el silencio es roto ya que las cifras que se muestran a continuación hablan por sí solas.



	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de Personas Atendidas	936.940	721.912	945.567	1.164.062	1.643.365	1.287.194
Número de Atenciones registradas	4.411.418	2.441.492	3.358.467	5.450.468	7.249.726	6.402.599

Figura 7. Número de personas atendidas en servicios de salud mental en contraste al número de atenciones registradas.

Estas cifras son solo una muestra de lo que ocurre en el país con relación a la atención en salud mental, cosa que no es un secreto para el Ministerio de Salud: “En Colombia, en los últimos cinco años aumentó el número de personas atendidas en salud mental en un 34,6 %;

¹⁶ Notas. Tomado de:

<https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=contenido/10203-A-traves-de-la-Linea-Amiga-y-el-Codigo-Dorado-se-han-realizado-mas-de-6000-atenciones-en-salud-mental>

sin embargo, la frecuencia de uso de servicios mantiene estable en cuatro atenciones/año por persona”¹⁷.

Este corto capítulo es una tímida aproximación a lo que se ha vivido en temas de salud mental durante la tragedia de la pandemia por el COVID-19 que, aunque se tiene claro que este no es el objeto de estudio principal, era éticamente imposible dar fin a esta monografía sin detenerse en el tema, así fuera simplemente de una manera superficial porque esta es la tarea real de un investigador.

¹⁷ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>

CONCLUSIONES.

Gracias al largo y bonito camino que recorrimos en la elaboración del texto, tras el análisis las autoras de este trabajo investigativo consideramos resaltar elementos que tienen que ver con el desarrollo legislativo de la salud mental y la aplicación real del mismo, consideramos que al tratarse en este caso de una monografía el objetivo general de: realizar un análisis socio jurídico sobre el derecho a la salud mental en Colombia desde la ley 1616 y el decreto 658 de 2013, a través de un estudio aproximado de derecho comparado, fue plenamente llevado a cabo, incluso de manera exitosa, este análisis se desarrolló por medio de los objetivos específicos que nos permitieron ir construyendo un hilo en cuanto a tiempo y lugar de la salud mental, empezando por el mundo y concentrándonos más intensamente en nuestra Colombia.

Ahora bien, en un primer instante con el capítulo primero quisimos desarrollar el contexto internacional de la legislación en salud mental y la perspectiva de las organizaciones internacionales, estudio del que pudimos concluir que era realmente importante e indispensable estudiar la perspectiva de la OMS y la OPS, lo anterior de acuerdo al primer objetivo específico que recuérdese es: 1. Revisar la legislación internacional en materia del derecho a la salud mental (OMS y OPS); reconociendo que son las instituciones que a través de la historia internacionalmente han impulsado el cuidado de la Salud Mental y han animado a los gobiernos a legislar al respecto, dejando muy claro que de no haber sido por sus esfuerzos hace décadas probablemente los vacíos hoy en día fueran mucho más grandes como Incluso se mencionó en el texto, los estados tienen la obligación de avanzar tal y como avanzar la sociedad y de adaptarse a las crisis y problemas que van surgiendo de acuerdo a cada vez que una sociedad se reinventa, la Salud Mental es una crisis inminente que de manera internacional y nacional se debe atender y no aplazar más su prevención y cuidado. Finalmente consideramos relevante resaltar el papel de estas organizaciones en el marco de la pandemia, pues si bien no había ningún plan, todos los esfuerzos fueron dirigidos a salvar las vidas de las personas que se infectaron y prevenir que se infectaran las que no.

En el capítulo segundo como se desarrolló de conformidad con el segundo objetivo de este informe que es: 2. Identificar el proceso histórico de la legislación sobre salud mental en Colombia; hicimos un estudio más nacional con este enfoque intentamos contextualizar el desarrollo legislativo respecto de Salud Mental pero específicamente en nuestro país, creemos que esto se cumplió ya que realmente nos permitió conocer cómo fue cambiando y evolucionando el concepto que gira alrededor de las enfermedades mentales y las personas que las padecen desde hace años, cuándo se les llamaba dementes hasta que hoy en día que pueden tener acceso a tratamientos y cuidados brindados por un sistema de salud que, aunque lleno de falencias y de muchas cosas por mejorar afortunadamente ha ido evolucionado poco a poco, en un intento de garantizar los derechos fundamentales de las personas.

Concluimos que nuestro país ha tratado siempre de obedecer a las indicaciones de las organizaciones internacionales que impulsaron el desarrollo legislativo, quizás no teniendo los resultados más eficaces y los que quizá quisiéramos ver, pero caminando en la dirección correcta.

El capítulo tercero es conclusivo en sí mismo, implícitamente a través de la verificación de la realidad se comprobó esa duda inicial que suscitó este texto ¿el sistema de salud está instituido para prestar atención en salud mental? Claramente hay miles de aspectos de los que nos podemos “quejar” como ciudadanos frente a la mala administración que hemos recibido históricamente, salud, educación, vivienda digna, derechos humanos... el Estado colombiano ha faltado en repetidísimas ocasiones y este caso no es la excepción. Habiendo finalizado este informe es mucho más claro que el derecho a la salud mental es otro que se debe anotar en la lista de promesas sin cumplir, y que una vez más, las necesidades de los colombianos son ignoradas.

Finalmente en el capítulo cuarto, qué es una cuota de actualidad corta y concisa, más que todo un cumplimiento simple del deber como investigadoras, trazando para esto el objetivo de: 4. Explorar la situación de salud mental en tiempos de pandemia en Medellín, podemos concluir de manera muy consciente y responsable que en el desarrollo y construcción del texto vivimos en carne propia la pandemia por el virus de covid-19 y concluimos con cifras de nivel municipal y nacional como toda la situación de confinamiento y crisis económica disparo una pandemia silenciosa de enfermedades mentales, que por desgracia no pudieron ser atendidas en debida forma a raíz de la crisis de salud pública que atravesaba el país por el virus y qué de una manera pasiva y oculta a la que no le estamos prestando la atención debida ha sido una situación que viene creciendo diariamente y que en algún momento va a explotar.

Realmente consideramos que este es un Punto de partida para el estudio de muchos investigadores futuros, ya que si de por sí cómo evidenciamos con nuestro análisis la Salud Mental no ha tenido el desarrollo legislativo que requería, de ahora en adelante el acompañamiento Estatal va a tener que ser necesariamente el triple y hasta más, y realmente nos cuestionamos después de observar el descuido y desinterés nacional por el tema, si ahora después de esta crisis ¿va a estar dispuesto el estado a cumplir con estas nuevas exigencias que la sociedad va pidiendo o como siempre viviremos en una crisis continua?.

Finalmente, solo queda recalcar el deber que tiene el Estado de ser el garante del cumplimiento de este derecho, desde la creación de normas y políticas públicas, hasta las estrategias logísticas y económicas que va a utilizar para cumplir esta responsabilidad que tiene de garantizar el acceso al derecho a la salud mental, como cualquier otro derecho protegido constitucional y jurisprudencialmente.

ANEXOS.

Consentimientos informados

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 31/08/2021

Las estudiantes de pregrado Laura Ruíz Gómez y María Camila Rendón Zapata, de la Universidad Autónoma Latinoamericana, nos encontramos realizando una investigación titulada "Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013". El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. **Objetivo de la investigación:** en la investigación en cuestión se realiza un análisis sociojurídico en el cual se pretende estudiar la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 del mismo año, haciendo un contraste de este con su aplicación en la realidad.
2. **Breve descripción del proyecto:** el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un grande reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática, y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad bien sea psicológico o psiquiátrico.
3. **Metodología:** La metodología utilizada en esta monografía de grado es evidentemente un paradigma sociojurídico, en tanto se está evaluando la incidencia de la normatividad nacional en materia de salud mental en los ciudadanos a los que va dirigida (todos los colombianos). Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando a información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema. El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible tanto a conocedores del tema como a personas de a pie.
4. **Su participación en el estudio:** Su entrevista será utilizada con el fin de nutrir el contraste con la realidad que se pretende realizar en la presente monografía de grado.

- 5. Confidencialidad:** La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:
- Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
 - Las entrevistas recibirán una letra mayúscula por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante investigativa.
- 6. Contacto** Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con alguna de las investigadoras responsables Laura Ruiz Gómez [+57 323 -367-53-51](mailto:+57_323_-367-53-51) correo electrónico laurita623@gmail.com o María Camila Rendón Zapata [+57 313-542-47-42](mailto:+57_313-542-47-42) correo electrónico maria.rendon7872@unaula.edu.co

Yo José Fernando Ruiz afirmo conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, y del acceso y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines académicos.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

PERSONA: A

José Fernando Ruiz

Firma

71.756.842

María Camila Rendón

Laura Ruiz Gómez

Firma investigadoras responsables



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
LATINOAMERICANA
UNALA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 09/09/2021

Las estudiantes de pregrado Laura Ruíz Gómez y María Camila Rendón Zapata, de la Universidad Autónoma Latinoamericana, nos encontramos realizando una investigación titulada "Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013". El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. **Objetivo de la investigación:** en la investigación en cuestión se realiza un análisis sociojurídico en el cual se pretende estudiar la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 del mismo año, haciendo un contraste de este con su aplicación en la realidad.
2. **Breve descripción del proyecto:** el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un grande reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática, y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad bien sea psicológico o psiquiátrico.
3. **Metodología:** La metodología utilizada en esta monografía de grado es evidentemente un paradigma sociojurídico, en tanto se está evaluando la incidencia de la normatividad nacional en materia de salud mental en los ciudadanos a los que va dirigida (todos los colombianos). Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando a información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema. El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible tanto a conocedores del tema como a personas de a pie.
4. **Su participación en el estudio:** Su entrevista será utilizada con el fin de nutrir el contraste con la realidad que se pretende realizar en la presente monografía de grado.

- 5. Confidencialidad:** La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:
- Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
 - Las entrevistas recibirán una letra mayúscula por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante investigativa.
- 6. Contacto** Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con alguna de las investigadoras responsables Laura Ruiz Gómez +57 323 -367-53-51 correo electrónico laurita623@gmail.com o María Camila Rendón Zapata +57 313-542-47-42 correo electrónico maria.rendon7872@unaula.edu.co

Yo Mariana Sánchez Gutiérrez afirmo conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, y del acceso y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines académicos.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

PERSONA: B

Mariana Sánchez

Firma

1. 152.222.051

maria camila Rendón

Laura Ruiz Gómez

Firma investigadoras responsables



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
LATINOAMERICANA
UNAUCLA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 10/11/2021

Las estudiantes de pregrado Laura Ruíz Gómez y María Camila Rendón Zapata, de la Universidad Autónoma Latinoamericana, nos encontramos realizando una investigación titulada "Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013". El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. **Objetivo de la investigación:** en la investigación en cuestión se realiza un análisis sociojurídico en el cual se pretende estudiar la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 del mismo año, haciendo un contraste de este con su aplicación en la realidad.
2. **Breve descripción del proyecto:** el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un grande reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática, y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad bien sea psicológico o psiquiátrico.
3. **Metodología:** La metodología utilizada en esta monografía de grado es evidentemente un paradigma sociojurídico, en tanto se está evaluando la incidencia de la normatividad nacional en materia de salud mental en los ciudadanos a los que va dirigida (todos los colombianos). Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando a información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema. El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible tanto a conocedores del tema como a personas de a pie.
4. **Su participación en el estudio:** Su entrevista será utilizada con el fin de nutrir el contraste con la realidad que se pretende realizar en la presente monografía de grado.

5. Confidencialidad: La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:

- Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
- Las entrevistas recibirán una letra mayúscula por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante investigativa.

6. Contacto Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con alguna de las investigadoras responsables Laura Ruiz Gómez [+57 323 -367-53-51](tel:+573233675351) correo electrónico laurita623@gmail.com o María Camila Rendón Zapata [+57 313-542-47-42](tel:+573135424742) correo electrónico maria.rendon7872@unaula.edu.co

Yo Paula Andrea Ruiz afirmo conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, y del acceso y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines académicos.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

PERSONA: C

Paula Andrea Ruiz

Firma

43.258.266

María Camila Rendón

Laura Ruiz Gómez

Firma investigadoras responsables



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 01/10/2021

Las estudiantes de pregrado Laura Ruíz Gómez y María Camila Rendón Zapata, de la Universidad Autónoma Latinoamericana, nos encontramos realizando una investigación titulada "Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013". El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. **Objetivo de la investigación:** en la investigación en cuestión se realiza un análisis sociojurídico en el cual se pretende estudiar la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 del mismo año, haciendo un contraste de este con su aplicación en la realidad.
2. **Breve descripción del proyecto:** el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un grande reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática, y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad bien sea psicológico o psiquiátrico.
3. **Metodología:** La metodología utilizada en esta monografía de grado es evidentemente un paradigma sociojurídico, en tanto se está evaluando la incidencia de la normatividad nacional en materia de salud mental en los ciudadanos a los que va dirigida (todos los colombianos). Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando a información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema. El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible tanto a conocedores del tema como a personas de a pie.
4. **Su participación en el estudio:** Su entrevista será utilizada con el fin de nutrir el contraste con la realidad que se pretende realizar en la presente monografía de grado.

5. Confidencialidad: La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:

- Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
- Las entrevistas recibirán una letra mayúscula por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante investigativa.

6. Contacto Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con alguna de las investigadoras responsables Laura Ruiz Gómez [+57 323 -367-53-51](mailto:laurita623@gmail.com) correo electrónico laurita623@gmail.com o María Camila Rendón Zapata [+57 313-542-47-42](mailto:maria.rendon7872@unaula.edu.co) correo electrónico maria.rendon7872@unaula.edu.co

Yo Glady's Amparo Zapata, afirmo conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, y del acceso y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines académicos.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

PERSONA: D

Glady's A. Zapata

Firma
43-073-936

María Camila Rendón

Laura Ruiz Gómez

Firma investigadoras responsables



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: 07/08/2021

Las estudiantes de pregrado Laura Ruiz Gómez y María Camila Rendón Zapata, de la Universidad Autónoma Latinoamericana, nos encontramos realizando una investigación titulada

"Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la ley 1616 y el decreto 658 de 2013
El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. **Objetivo de la investigación:** en la investigación en cuestión se realiza un análisis sociojurídico en el cual se pretende estudiar la ley 1616 de 2013 y el decreto 658 del mismo año, haciendo un contraste de este con su aplicación en la realidad.
2. **Breve descripción del proyecto:** el Estado tiene la obligación de preparar sus recursos para este otro virus que ataca la salud mental de las personas y puede ser tan letal como cualquier otro. Es preciso que el Estado y todos como sociedad pongamos nuestra atención en la salud mental y le demos la misma importancia que a la física. Es un grande reto para un país como Colombia, donde evidentemente atravesamos una crisis en el sistema de salud, donde recibir atención médica en el sector público puede tomar meses y donde hay municipios que ni siquiera cuentan con una clínica u hospital. Sin embargo, es necesario visibilizar la problemática, y hacerle saber a los ciudadanos de todas las edades y de todos los rincones del país que el bienestar mental es importante y que tienen el derecho, declarado nacional e internacionalmente, de exigir un tratamiento oportuno y de calidad bien sea psicológico o psiquiátrico.
3. **Metodología:** La metodología utilizada en esta monografía de grado es evidentemente un paradigma sociojurídico, en tanto se está evaluando la incidencia de la normatividad nacional en materia de salud mental en los ciudadanos a los que va dirigida (todos los colombianos). Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. Responde además a un tipo mixto de investigación, pues si bien la mayoría de los datos recopilados obedecen a información cualitativa, pero se acudió a ciertos datos numéricos, pequeñas encuestas y porcentajes para validar la información. El principal instrumento de investigación utilizado es la revisión documental, dotando a información obtenida de análisis propio y reflexiones sobre el tema. El plan de redacción es realmente sencillo, como se mencionó anteriormente es un escrito pensado para ser comprensible al lector y accesible tanto a conocedores del tema como a personas de a pie.
4. **Su participación en el estudio:** Su entrevista será utilizada con el fin de nutrir el contraste con la realidad que se pretende realizar en la presente monografía de grado.

5. Confidencialidad: La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:

- Las encuestas serán anónimas y solo la investigadora responsable tendrá acceso a los datos proporcionados en ellas.
- Las entrevistas recibirán una letra mayúscula por cada participante, que solo conocerá la investigadora responsable de este estudio y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante investigativa.

6. Contacto Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con alguna de las investigadoras responsables Laura Ruiz Gómez [+57 323 -367-53-51](mailto:laurita623@gmail.com) correo electrónico laurita623@gmail.com o María Camila Rendón Zapata [+57 313-542-47-42](mailto:maria.rendon7872@unaula.edu.co) correo electrónico maria.rendon7872@unaula.edu.co

Yo Juan Diego Osorio Vasquez afirmo conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, y del acceso y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines académicos.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

PERSONA: E

Juan Diego
Firma
1152275743

Firma investigadoras responsables

REFERENCIAS.

- Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), 12–38.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá. D.C.: Congreso de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1112 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. D.C.: Congreso de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones*. Bogotá. D.C.: Congreso de Colombia.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2020). *Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia CONPES*. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3992.pdf>
- Gómez, M., Jaramillo Arango, I. C., Giraldo Osorio, J. F., & Suárez Martínez, C. (2021). Conceptualizaciones de salud mental y Covid-19: reflexiones situadas para Colombia. *Psicoespacios*, 15(26), 1–18. <https://doi.org/10.25057/21452776.1389>
- Ministerio de la protección social. (2007). *Decreto 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá. D.C.: Ministerio de salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2013). *Decreto 0658 de 2013 Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la ley 1616 de 2013*. Bogotá. D.C.: Ministerio de salud.
- Ministerio de Salud. (1963). *Decreto 3224 de 1963 Por el cual se reorganiza el ministerio y se adscriben los negocios de que debe conocer*. Bogotá. D.C.: Ministerio de salud.
- Ministerio de Salud. (1992). *Resolución 002417 de 1992 Por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental*. Bogotá. D.C.: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud. (1994). *Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud. (1998). *Resolución 2358 de 1998 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud.
- ONU, Asamblea General. (1971). *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_AG-26-2856_1971.pdf.
- ONU, Asamblea General. (1975). *Declaración de los Derechos de los Impedidos*. Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%2006.pdf>.
- ONU, Asamblea General. (1989). *Declaración de Luxor*. Recuperado de https://www.mpba.gov.ar/files/documents/Declaracion_de_LUXOR.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (octubre de 2010). *Consenso de Panamá*. Conferencia Regional de Salud Mental, Panamá.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Consenso de Brasilia*. Conferencia Regional de Salud Mental, Brasilia, Brasil.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Resolución CD40/15 Salud Mental*. Washington, D.C.: OMS, OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe A55/18 Mental health: responding to the call for action*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/78527/ewha5510.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental. 2013-2020*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. (2005). *Principios de Brasilia*. Recuperado de <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-en-sm-de-la-ops/>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de
- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Rodríguez, Jorge J. (ed). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS, © 2007.
- Sundholm, M. (2103). OMS: *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>