

**UNIVERSIDAD DE CALDAS**  
**MAGISTER EN DERECHO PÚBLICO**



**DERECHO A LA LOCURA**

**La salud mental, un derecho de todos y todas en Colombia**

Presentada por

**Lina Maricela Vasco Ocampo**

Asesor

**Mtr. Paulo Bernardo Arboleda Ramírez**

*Requisito para obtener el grado académico de:*

*Magister en Derecho Público*

**MANIZALES, COLOMBIA**

**2022**

## **Dedicatoria**

*A todas las personas que han sufrido discriminación y rechazo por su condición mental y capacidades especiales, en especial a “los de Aránzazu”,  
a los que han sido vulnerados por tener una condición diferente a los paradigmas sociales, porque todos tenemos derecho a la locura.*

## **Agradecimientos**

A si suene cliché, doy infinitas gracias a Dios, por toda la fuerza que me dio; a mi familia; a mi mamá, por toda la paciencia y las largas horas que me apoyó con mi hija; a mi esposo Andrés, por sus valiosos aportes, su incondicionalidad, su compañía debatiendo con un café mientras escribía cada línea; a mi hija Julieta, por ser mi motor y por esas preguntas incansables: “¿mamá cuánto te falta? ¿Mamá ya casi terminas?”, que me animaban todos los días; a Tato, por su apoyo desde la distancia; a mi perro Rigo, por ser mi compañero fiel día a día en este trabajo; a mi Director de Tesis y a la corrección de estilo, por el gran apoyo, sugerencias y aportes en el resultado final de este trabajo, al Dr. Felipe Agudelo Hernández; a Cristian David López Hoyos, funcionario de la Alcaldía de Filandia Quindío; a Leidy Johana López Arboleda, Secretaria de desarrollo Social de Aranzazu, Caldas; al hospital San Vicente de Paul de Aranzazu y al hospital Mental de Filandia Quindío, por la información que me brindaron para enriquecer este trabajo.

## **Resumen**

Este trabajo investigativo se encuentra desarrollado en tres grandes capítulos: el primero describe todo un horizonte de la salud mental en Colombia y la omisión histórica que ha tenido este derecho en los planes de desarrollo como herramienta de planificación y materialización de los derechos. En el segundo capítulo se analiza la salud mental como derecho fundamental y su profunda relación con la Dignidad Humana y los demás derechos, así como el análisis del caso concreto de salud mental en el municipio de Aránzazu - Caldas. Termina con un tercer capítulo, donde se busca como propuesta la protección de derecho fundamental a la salud mental a partir de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud y las normas constitucionales en los planes de desarrollo en el municipio de Aránzazu como estudio de caso. Se concluye entonces, la urgente necesidad de implementar la política pública de salud mental, articularla a los planes de desarrollo con el fin de garantizar el derecho a la salud mental desde un modelo de RBC, MhGAP, el arte en todas sus expresiones, la cultura, el deporte y la recreación. Como aporte adicional, se presenta la reseña de libro Historia de la locura en Colombia de Ricardo Silva Romero.

**Palabras clave:** Derechos; Discriminación; OMS; Planes de desarrollo; Salud mental.

## **Abstract**

This investigative work is developed in three large chapters: the first one describes a great outlook about mental health in Colombia and the historical default of this right with the development plans as a planning tool and materialization of rights. In the second chapter, mental health is analyzed as a fundamental right and its deep link with Human Dignity and other human rights, as well as the analysis of the specific case of mental health in the area (municipality) in Aranzazu- Caldas. In the third chapter, the protection of the fundamental right to mental health is looked for as a proposal based on the parameters established by the OMS (World Health Organization) and constitutional laws in the development plans in the area of Aranzazu-Caldas as a case study. As a conclusion, the urgent necessity to introduce public mental health policy, articulate it in development plans, in order to guarantee the right to mental health from a model of CBR, MhGAP, artistic expressions, culture, sport and recreation. As additional contribution, you find the book review: "History of madness in Colombia" by the author Ricardo Silva Romero.

**Keywords:** Development plans, Discrimination, Human Rights, Mental health, WHO

## TABLA DE CONTENIDO

Introducción General	13
CAPITULO 1	17
<b>DERECHO A LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA: OMISIÓN EN LOS PLANES DE DESARROLLO</b>	17
Objetivo específico	17
Introducción	18
1.1 Planes de desarrollo desde la doctrina	21
1.1.1 <i>Planeación en el mundo</i>	21
1.1.2 <i>Planes de desarrollo herramienta de planificación en Colombia</i>	22
1.2 Planes de Desarrollo Territorial en la Constitución Política de 1991	25
1.2.1 <i>Participación de la Comunidad en la Elaboración Formulación y Aprobación de los Planes de Desarrollo</i>	26
1.2.2 <i>La Autonomía territorial y la Descentralización fuentes de los planes de desarrollo y fundamentos de la democracia local</i>	29
1.2.3 <i>Desarrollo Municipal e Institucional en Colombia</i>	33
1.3 Salud Mental a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991 y su desarrollo en la jurisprudencia de la Corte Constitucional	40
1.3.1 <i>Salud Mental como Derecho</i>	46
1.3.2 <i>Responsabilidad de Estado en Salud Mental</i>	55
1.3.3 <i>Salud Mental En La Pandemia</i>	67
1.3.4 <i>Salud Mental y su Protección como Derecho Fundamental a través de la Tutela</i>	79
1.4 Conclusiones	83

CAPÍTULO 2	88
<b>DERECHO A LA SALUD MENTAL: GARANTIA DE LA DIGNIDAD HUMANA. EVALUACIÓN EN LOS PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL: CASO ARANZAZU-CALDAS</b>	<b>88</b>
Objetivos Específicos	88
Introducción	90
2.1 Análisis Planes de desarrollo Nacional en el componente salud mental	94
2.1.1. <i>Hacia un Estado Comunitario (2002-2006). Gobierno de Álvaro Uribe Vélez</i>	102
2.1.2 <i>Prosperidad para Todos (2010-2014). Gobierno de Juan Manuel Santos</i>	107
2.1.3 Todos por un Nuevo País (2014-2018). Gobierno de Juan Manuel Santos	111
2.1.4 <i>Pacto por Colombia, pacto por la equidad (2018-2022). Gobierno de Iván Duque Márquez.</i>	117
2.2 Planes de Desarrollo territorial del municipio de Aránzazu, su alcance y resultados	127
2.2.1 <i>Plan de desarrollo Municipal 2001-2003</i>	128
2.2.2 <i>Plan de desarrollo Municipal 2004-2007</i>	129
2.2.3 <i>Plan de desarrollo Municipal 2008-2011</i>	130
2.2.4 <i>Plan de desarrollo Municipal 2012-2015</i>	132
2.2.5 Plan de desarrollo Municipal 2016-2019	134
2.2.6 <i>Plan de desarrollo Municipal 2020-2023</i>	135
2.3 Antecedentes de implementación de estrategias programas, políticas en el municipio de Aránzazu sobre salud mental	137
2.3.1 <i>Historia</i>	139

2.3.2 Perfil epidemiológico en Caldas y Aránzazu en salud mental:	
Antecedentes clínicos	141
2.3.3 Inversión y política fiscal del municipio para la protección del derecho fundamental a la salud mental.	152
2.3.4 Identificación de número de personas del municipio con afectación al derecho fundamental a la salud mental y sus derechos conexos.	163
2.4 Conclusiones	165
CAPITULO 3	168
<b>PROTECCION DERECHO A LA SALUD MENTAL: PROPUESTA MEDIDAS DE OPTIMIZACIÓN Y MONITOREO EN LOS PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL ARANZAU -CALDAS</b>	168
Objetivo específico	168
Introducción	170
3.1 Parámetros, lineamientos, definiciones de la OMS en salud mental	172
3.1.1 Estigma y discriminación	174
3.1.2. Factores desencadenantes de padecimientos mentales	182
3.1.3. Definición de salud mental vigente.	187
3.1.4 Concepto de felicidad y salud mental	192
3.1.5 Concepto de enfermedad	200
3.2 Derechos de la salud mental	207
3.2.1 Solidaridad, Autonomía y libertad del individuo	212
3.2.1.1 Solidaridad.	212
3.2.1.2 Autonomía.	215
3.2.1.3 Libertad del individuo	218
3.2.2 Igualdad, Dignidad Humana y Vida	223
3.2.2.1 Igualdad.	223



3.2.2.2 <i>Dignidad</i>	226
3.2.2.3 <i>Vida.</i>	230
3.2.2.4. <i>Salud integral y Capacidad</i>	236
3.3. Participación de actores sociales, administrativos, privados a nivel de cooperación internacional, nacional y local en el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental	247
3.3.1 Cobertura, aseguramiento, afiliación, acceso, atención, salud pública en salud mental en el municipio de Aránzazu	253
3.3.2 Articulación Planes Territoriales de salud con planes de desarrollo territorial, en el componente salud integral que abarca salud mental.	267
3.4. Arte, Salud Mental y Locura	273
3.5 Propuesta política pública en salud mental con base en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales en Colombia, con el fin sea implementada en el plan desarrollo del municipio de Aránzazu-Caldas	293
3.6 Conclusiones	307
Conclusiones Generales	313
Recomendaciones	315
RESEÑA	317
Referencias	324

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Ruta de atención integral SPA/SRPA Jóvenes y Adolescentes. PND 2014-2018	113
Tabla 2. Tasa ajustada por la edad de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio) en el departamento de Caldas, 2008 - 2019	144
Tabla 3. Factores de riesgo asociados al intento de suicidio, departamento de Caldas año 2020	144
Tabla 4. Tasa por 100000 habitantes de los intentos de suicidio en los 27 municipios del departamento de Caldas, 2013 - 2019	145
Tabla 5. 10 primeras causas de morbilidad mental por consulta externa, Aránzazu 2010.....	148
Tabla 6. 10 primeras causas de morbilidad dentro de la consulta psicológica Aranzazu...	149
Tabla 7. Perfil epidemiológico por edades Aranzazu	149
Tabla 8. Índices de morbilidad mental específica en el municipio de Aranzazu	150
Tabla 9. Causas de Consulta por patología mental Aranzazu	151
Tabla 10. Tasas de consultas por trastornos de ansiedad 2016- Caldas	158
Tabla 11. Tasa de consultas por trastorno afectivo bipolar- Caldas	159
Tabla 12. Matriz plurianual de inversiones Aranzazu	161
Tabla 13. Presupuesto SGP Plan Nacional de Salud Pública Aranzazu	162
Tabla 14. Eje estratégico 1. Inversión social por la equidad. PMD 2020 – 2023 Aránzazu.....	163
Tabla 15. Principios de la Política de Salud Mental en Colombia.	246
	10

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Proyección del comportamiento de la pandemia 2020 - 2024	77
Figura 2. Consultas por trastornos psiquiátricos en Colombia	78
Figura 3. Caracterización de intentos de suicidio- Aranzazu	148
Figura 4. Características de la Resiliencia- Caldas	185
Figura 5. Contexto legal y operativo de la Salud Mental	270

## TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Hospital Departamental San Vicente de Paul de Aránzazu	257
Ilustración 2. Instalaciones del Hospital Departamental San Vicente de Paul.	258
Ilustración 3. Cuarto de internación pacientes psiquiátricos HSVP Aranzazu.	258
Ilustración 4. Juguetes para las terapias niños con trastornos mentales HSVP	258
Ilustración 5. Cajitas de juguetes y medicamentos HSVP..	259
Ilustración 6. Tres Raices. Van Gogh (1890)	276
Ilustración 7. La noche estrellada. Van Gogh (1889)	278
Ilustración 8. Espacios Deportivos abandonados en el municipio de Aranzazu	285

## Introducción General

¡Quién lo creyera! que al hablar de salud mental se hace referencia directa a la dignidad humana, la autonomía, la igualdad, las libertades, la capacidad; y a todos los demás derechos humanos, civiles y colectivos propios de todas las personas; convirtiéndolo en un derecho cada vez más vigoroso y fundamental.

Es precisamente esa importancia del derecho a la salud mental como fundamental y esa profunda conexión con los demás derechos, los aspectos que se verán reflejados en este trabajo investigativo junto al valor que tienen los planes de desarrollo como herramientas de planificación y materialización de los derechos, a partir de la participación de los actores sociales y de la comunidad en la implementación de políticas públicas; en este caso, en la política nacional de salud mental de Colombia (Resolución 4886 de 2018) a través de programas y estrategias tanto clínicas como culturales, sociales, políticas y económicas teniendo en cuenta la autonomía territorial y la descentralización como fuentes y fundamentos de la democracia local, aterrizando la política en el municipio de Aránzazu, departamento de Caldas como caso de estudio; el cual, cuenta con una problemática *Sui generis* en salud mental, asociada con los ancestros. Es así como la inclusión de este derecho en los planes territoriales, permite el desarrollo municipal e institucional de Aránzazu.

En Colombia, históricamente la salud mental, ha sido un derecho “olvidado” con poco desarrollo normativo jurídico y legal. Sólo hasta la constitución de 1991, la salud mental se ha integrado al derecho de la salud con la ley 100 de 1993, al mismo tiempo que la Corte Constitucional lo reconoce como derecho fundamental; y a penas hasta el año 2013, se expide la ley 1616 de salud mental. Esto ha implicado que su protección deba buscarse por medio de la acción judicial y la tutela, estableciendo una relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, siendo este último un pilar fundante del Estado social de derecho, lo que acarrea responsabilidad estatal debido a la omisión y desatención de este derecho.

La responsabilidad también debe ser asumida por las administraciones regionales, locales y en general, en todos los actores públicos y privados que participan en la protección y la garantía de los derechos; sobre todo, por el mandato constitucional del Artículo 13, donde las personas con capacidades especiales y diversidad mental, se encuentran en condiciones de debilidad manifiesta, lo que las hace personas de especial protección por parte del Estado. Es así como la salud mental no solo representa un tema de salud pública que involucra un deber y obligación estatal de prestar el servicio, además, es un asunto de derechos que deben protegerse y salvaguardarse.

En este escenario, la responsabilidad en virtud del principio de solidaridad, recae también sobre la familia y todo el colectivo social, entendiendo que la vulneración del derecho afecta tanto al enfermo como su familia y a la comunidad en general, pues los factores desencadenantes de las enfermedades mentales van más allá de condiciones clínicas, a esto se suman factores sociales, climáticos, culturales, políticos y económicos; por ejemplo, las personas en condiciones de pobreza tienden con mayor probabilidad a presentar trastornos mentales como ansiedad, estrés y depresión.

La pandemia COVID-19, fue un factor detonante para el aumento de las enfermedades mentales en la población. Estos factores conllevan al desarrollo de conductas agresivas, violentas, ideaciones suicidas y comportamientos antijurídicos, homicidios, delitos, consumo de SPA, lesiones; desencadenando problemas sociales y en muchas ocasiones dificultades laborales y académicas. En conjunto, esto hace que las personas con enfermedades mentales sufran de estigma y discriminación. En este sentido, para la OMS (2010) la salud mental debe ser entendida como un estado de bienestar y de felicidad del que goza el ser humano y que le permite desarrollarse con plenitud en sociedad y no solo como la ausencia de la enfermedad. De ahí la validez de los conceptos bienestar y felicidad para alcanzar la dignidad, los cuales se desarrollan dentro de la presente investigación.

Es importante mencionar que el trastorno mental es una condición generadora de situaciones que conllevan a graves riesgos para el individuo que lo padece, para su entorno personal, familiar y para la sociedad en general; es decir, representa una situación de salud pública que integra el escenario de las necesidades vitales de cualquier sociedad, que aspire a su bienestar general, lo que inmediatamente traslada al Estado la responsabilidad de su atención y manejo como parte de las exigencias constitucionales que se promueven en un Estado Social de Derecho, imponiéndose como obvia consecuencia, la obligación de responder jurídica y patrimonialmente por todos los daños que se produzcan por la omisión de tales deberes (Pineda, 2015).

En cuanto al municipio de Aránzazu, los estudios han demostrado que el padecimiento mental de los Aranzacitas proviene de la descendencia de sus colonizadores quienes a su vez, provienen de Marinilla - Antioquia, donde el Departamento de Psiquiatría y Laboratorio de Genética Molecular de la Universidad de Antioquia, realizó junto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California en San Francisco, el Departamento de Estadística de la universidad de California, *The Jane and Terry Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior*, el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular de Los Ángeles, la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, entre otras entidades, una exploración de marcadores de micro satélites del genoma completo en seis familias múltiples con trastorno del estado de ánimo bipolar (BP), determinado en Antioquia, llegando a concluir que, la genética en los trastornos mentales que llevan los Aranzacitas, proviene de sus ancestros de Marinilla Antioquia.

Sin embargo, no está de más resaltar que a pesar de que el municipio de Aránzazu se encuentra en el ranking nacional como uno de los municipios con mayor incidencia de acuerdo con el perfil epidemiológico de enfermedades mentales, superando las tasas de suicidio del departamento por 100.000 habitantes, Caldas no se queda atrás, al ser uno de los departamentos del país con mayor tasa de suicidios y trastorno bipolar, por encima de Risaralda y Quindío, en un ejercicio

de análisis del Eje Cafetero. En este trabajo investigativo se encontrarán de manera detallada las cifras y estadísticas que demuestran tal aseveración.

Se trata entonces de analizar la escasez de recursos y la omisión en la inclusión de este derecho en los planes de desarrollo del municipio de Aranzazu como parte del gasto público de prioridad social, conforme lo establece la ley 152 de 1994, así como la falta de implementación de una política pública. Estos aspectos han elevado profundamente la vulneración del derecho a la salud mental, la afectación a la dignidad humana, la vida y demás derechos humanos, incluso civiles, colectivos y políticos, de la población Aranzacita, y en general, de todo el colectivo social del país.

Finalmente, la propuesta busca en primera instancia, incluir el derecho a la salud mental como gasto social de prioridad, pues el costo del derecho suele resultar más eficiente que el costo de la enfermedad; es decir, y ahí la segunda instancia, la búsqueda en gestionar la inversión de recursos en articulación con actores sociales, administrativos, privados a nivel de cooperación internacional, nacional y local, para la prevención, promoción, generación de programas y estrategias como las siguientes: Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC); aplicación de la guía de intervención acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), de acuerdo a los parámetros de la OMS; acciones psicopedagógicas como el arte en todas sus expresiones (pintura, danza, música, teatro, literatura, poesía, cine, cultura, etc.), la recreación y el deporte; dotando espacios de infraestructura adecuados para el desarrollo de estas actividades, y en última instancia, mejorando las condiciones de atención hospitalaria; brindando espacios óptimos para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, dando continuidad al servicio como derecho, con la disposición de personal profesional en el área de manera permanente, los medicamentos asociados y las terapias requeridas por el paciente en estado crónico. Todo esto hace parte de las medidas de optimización y monitoreo para la protección del derecho a la salud mental y sus conexos dentro de los planes de desarrollo, especialmente, en el municipio de Aranzazu –Caldas.



## **CAPITULO 1**

### **DERECHO A LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA: OMISIÓN EN LOS PLANES DE DESARROLLO**

#### **Objetivo específico**

Analizar los antecedentes, conceptos y alcance doctrinal, normativo jurídico y jurisprudencial de los planes de desarrollo en Colombia con relación a la importancia del derecho fundamental de la salud mental desde la constitución 1991.

#### **Temas a desarrollar para este objetivo**

##### **Planes de desarrollo desde la doctrina**

Planeación en el mundo

Planeación en Colombia

##### **Planes de Desarrollo Territorial en la Constitución Política de 1991**

Participación de la Comunidad en la Elaboración Formulación y Aprobación de los Planes de Desarrollo

La Autonomía territorial y la Descentralización fuentes de los planes de desarrollo

Desarrollo Municipal e Institucional en Colombia

##### **Salud Mental a partir de la constitución política de Colombia de 1991**

Salud Mental como Derecho

Responsabilidad de Estado en Salud Mental

Salud Mental en la pandemia

Salud mental y su protección como derecho fundamental a través de la tutela

## Introducción

Los planes de desarrollo son instrumentos de planeación y gestión pública establecidos en la ley orgánica 152 de 1994, compuestos por un plan estratégico y un plan de inversiones a corto y mediano plazo en los términos y condiciones que de manera general se reglamenten: para el caso municipal, los concejos distritales y municipales o las autoridades administrativas que hicieren sus veces. Estos planes son presentados por el alcalde, con el fin de alcanzar el desarrollo sostenible del territorio en las dimensiones sociales, económicas de infraestructura y ambientales; es decir, materializan las estrategias, programas y políticas públicas concernientes a las necesidades del municipio.

En el caso concreto objeto de este trabajo investigativo, se analizan los planes de desarrollo a partir de la ley 152 de 1994 del municipio de Aranzazu<sup>1</sup> ubicado en la vertiente occidental de la cordillera central del departamento de Caldas, con más de 11.500 habitantes, reconociendo que dichos planes han presentado deficiencias en la implementación de estrategias, programas y políticas públicas en salud mental para garantizar la protección de este derecho y sus conexos como una de las necesidades de prioridad social en el municipio.

Según la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) (2020) alrededor del cinco por ciento de la población tiene algún tipo de trastorno bipolar, siendo la enfermedad mental de este municipio la de mayor incidencia en el departamento, que según el Ministerio de Salud, podría ser una de la más alta en el país. En el año 2016 se registraron cinco suicidios, el 60 por ciento de estos casos se presentó en menores de 15 años. Entre los meses julio y diciembre del mismo año, los intentos de suicidio fueron 17, y el nivel de farmacodependencia tuvo un significativo aumento. Para el año 2019 el departamento de Caldas tuvo una tasa ajustada por

---

<sup>1</sup> Los aportes sobre la idiosincrasia del territorio corresponden a César Montoya Ocampo, escritor oriundo del municipio, quien termina en el 2010 su segunda obra literaria “De Aquí y de Allá”, donde narra aportes a la historia de los municipios de Aranzazu y Salamina. Otra obra que se considera en este documento es la novela “San Rafael de los Vientos”, del escritor y periodista José Miguel Álzate, nacido en el municipio en el año 1954, autor de una ficción que tiene como espacio geográfico Aranzazu, donde se narra la fundación del pueblo y sus particularidades de colonización, de política y religión

la edad de 8,01 suicidios por cada 100000 habitantes, mientras que Colombia presentó una tasa ajustada por la edad menor de 5,77 muertes por cada 100000 habitantes. Esto indica que en el periodo comprendido entre los años 2008 a 2019, las tasas correspondientes a Caldas fueron superiores a las del país. La incidencia en los intentos de suicidio para el municipio de Aranzazu, según boletín epidemiológico del DTSC (2022), en año 2017 se registraron 15 intentos; en el 2018 la misma cantidad de casos; en el 2019 fueron nueve; en el 2020 un total de 13 intentos; finalmente, para el 2021 como último año de registro, la cifra fue de 12, Esto convierte a Aranzazu en el tercer municipio del departamento con la tasa más alta de intentos de suicidio.

Bautista (2020), coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental del Ministerio, señala que el 1,9 de las consultas por esta situación corresponde a pacientes de Aranzazu-Caldas, mientras que en el país el porcentaje es de 0,2; es decir, la cantidad de consultas en el municipio es nueve veces mayor que en el resto del país. En gran parte, la falta de inclusión de una política pública para la salud mental en la implementación de los planes de desarrollo del municipio de Aranzazu, deja en evidencia la ausencia de reconocimiento de los parámetros establecidos tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por la jurisprudencia constitucional, donde se ha establecido como derecho fundamental, aduciendo su conexidad con otros derechos, hasta el punto de contar con protección vía acción de tutela. En este sentido, ha señalado la Corte:

En múltiples ocasiones esta corporación se ha referido a la salud como un derecho prestacional de “segunda generación”, que adquiere el carácter de fundamental, y en consecuencia objeto de protección por vía de tutela, cuando por su intermedio se afectan principios y derechos consubstanciales al ser humano como la dignidad humana, la vida, la integridad personal o la igualdad. Ello se explica, si se tiene en cuenta que la salud constituye un estado variable del orden físico y psíquico del individuo, que puede llegar a afectar gravemente tanto su normalidad orgánica funcional, como sus condiciones mínimas de existencia digna. Atendiendo a lo dicho por esta corporación en anterior pronunciamiento, “la persona conforma un todo

integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico, su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo. (T-851/99)

Es entonces la salud mental, un derecho fundamental de prioridad, que debe incluirse en el gasto público social y en los bancos de proyectos del municipio, pues bien establece la ley 152 de 1994, que los proyectos incluidos en los bancos tendrán prioridad en la cofinanciación por parte del gobierno nacional. Por lo anterior, denotando la condición *sui generis* de este municipio en materia mental, y la ausencia en los planes de desarrollo de acuerdo a la ley 152 de 1994 de políticas, estrategias y programas sobre este derecho como necesidad social, se reconoce la pertinencia de abordar este trabajo de investigación en el territorio.

A continuación, se presenta un análisis, de los planes de desarrollo desde la doctrina a partir de su concepto, antecedentes, características y posturas teóricas en el mundo y en Colombia, su desarrollo territorial en la constitución política de 1991 y un análisis normativo jurídico a partir de la ley 152 de 1994, ley 1551 de 2012 y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. El objetivo está centrado en determinar la importancia de los planes como herramienta de planificación, gestión administrativa, protectora de derechos y garantía en la implementación de programas, estrategias y políticas públicas de inversión social.

Por otro lado, se describe el derecho a la salud mental en los planes como programa de inversión social a partir de la constitución política de Colombia de 1991, sus efectos y evolución, conceptos, lineamientos de la OMS, estudios específicos sobre el derecho, desarrollo jurisprudencial y la implementación de políticas públicas en Colombia sobre la materia.

Finalmente, una vez establecido el contexto epistémico, histórico, político, social y económico de los planes de desarrollo, de los programas y políticas en salud mental, se deben reconocer la efectividad y eficiencia en la implementación de una

política pública proteccionista del derecho a la salud mental en los planes de desarrollo, tomando como base, el caso concreto del municipio de Aranzazu-Caldas y su problemática en salud mental, que conlleva a una presunta vulneración de este derecho. Una conclusión para este apartado la entrega Posada (2013) cuando afirma que:

La debida atención a la salud mental en Colombia, permitiría comenzar a pagar una deuda de siglos con las personas que en Colombia sufren trastornos mentales, y permitirá hacer aportes sustanciales al desarrollo del país en el logro de un capital humano y social acorde con los merecimientos de todos los colombianos. (p.498)

## **1.1 Planes de desarrollo desde la doctrina**

### ***1.1.1 Planeación en el mundo***

A partir de la década de los cuarenta, aparece la planificación en el mundo como instrumento de racionalización económica; y en la década de los sesenta llega América Latina como una herramienta desestimada por los países en vía de desarrollo, en el sentido que “aleja de la realidad las metas y objetivos propuestos, con planes y programas desfasados económicamente y escaso personal planificador calificado” (Mangual, 1998, p.46.) Al respecto, Sturm (1986) señala que el “planificador es un término que trata de dar dignidad a un burócrata incapaz de hacer algo en la práctica” (p.267). Adicionalmente, el contenido político (partidos políticos) que se les impregna le va quitando valor; no obstante, los planes sí deben contener totalmente un espíritu político por cuanto los seres humanos somos seres políticos por naturaleza y lo público es político.

Mientras se percibía en los países en vía de desarrollo desconfianza por una herramienta planificadora, la Unión soviética previo a la segunda guerra mundial dedica sus esfuerzos a “la planificación sistemática de desarrollo en su territorio, adoptando el primer plan quinquenal en 1919” (Rodríguez, 1986, p. 48). En 1933 la India decide implementar esta herramienta; Francia inicia en 1945 y en 1948 con el gran plan Marshall, se abarcan varios países europeos. Para 1950, el banco mundial

brinda asistencia técnica a muchos países con el fin de elaborar planes y programas de desarrollo y en 1961 bajo la presidencia de John f. Kennedy, Estados Unidos adopta una metodología de planificación para las políticas del exterior. En el mismo año, las naciones de América Latina en la carta alianza para el progreso, incentivan a los países miembros a fortalecer sus oficinas de planeación o a crearlas si era el caso.

Es así como, el subdesarrollo se veía como una problemática de desigualdades, dependencia de otros países, atrasos económicos políticos tecnológicos y hasta culturales. El desarrollo, como una relación entre la planeación y los cambios en las estructuras productivas, hace parte de lo que Saldías (1987) denomina “otros enfoques, relacionados con factores sociales y políticos específicos como el sistema de valores, la dependencia externa y el dualismo entre otros” (p.5), En suma, tomando las palabras de Sturm (1986) “la planeación es un proceso universal y, por lo tanto, existen algunos elementos fundamentales críticos que deben entrar en funcionamiento y operación” (p. 263).

### ***1.1.2 Planes de desarrollo como herramienta de planificación en Colombia***

La planeación en Colombia, surge en el siglo XX a partir de los años 30, con la concepción de Estado desarrollista o de bienestar y la implantación de la Revolución en Marcha del gobierno de Alfonso López Pumarejo (1936) con la idea de la función social de la propiedad y la dirección del Estado de la economía del país. A partir de ahí, según lo expresa Ramírez (2005):

El estado asumió la responsabilidad de promover el desarrollo económico, la acumulación de capital y las garantías sociales necesarias para el despliegue de la racionalidad capitalista de corte modernizante, esto implicó el fortalecimiento del carácter intervencionista del Estado y la introducción de la planificación como uno de los instrumentos claros que integran la gestión pública. (p.226)

Fue entonces en el año 1940 cuando la Planeación ingresó al universo conceptual y jurídico de Colombia como instrumento de desarrollo económico y

social del Estado, intentando organizar la proyección general del país a través de consejos y comités del desarrollo económico, financiero, entre otros. En 1945 adquirió canon constitucional y mediante la Ley 19 de 1958 se creó el Departamento Administrativo Nacional de Planeación (Herrera, 2002, p.257). Con la reforma fiscal de 1968, bajo el gobierno de Lleras Restrepo, se institucionalizó la planeación y al mismo tiempo los planes de desarrollo territorial pasaron a depender directamente del plan nacional. Según Herrera (2002) “el primer Plan de Desarrollo fue el llamado Plan Decenal de 1961 y fue con la reforma constitucional de 1968 cuando se abrió el mejor panorama para la Planeación en Colombia” (p.258).

Para el año 1969, con el gobierno de López Michelsen, se desarrollaron una serie de actividades de planificación centralistas que situaban los recursos fiscales en la nación. Por esa razón, desde los años 70 comienza la lucha por la descentralización territorial administrativa y fiscal como parte del concepto de planificación en busca del fortalecimiento de la base municipal, en el intento de cubrir la brecha entre Estado – territorio, sin desconocer la potestad de control que tiene la nación sobre lo local. Bajo este panorama, Saldías (1987) explica que a finales de los 70, los organismos de la ONU, encargados de velar por el desarrollo del subcontinente, encontraron que Colombia estaba lejos de haber establecido las instituciones y la estructura básica que asegurara un progreso económico y social más estable” (p. 8).

Hasta 1986 con el acto legislativo 01, mediante el cual se determina la elección popular para el alcalde, se les asigna a estos la potestad de elaborar los planes y programas de desarrollo municipal con una vigencia de dos años (Hidrón, 1986, p.63). Además, con la Ley 11 de 1986, por la cual se dicta el estatuto básico de la administración municipal y se ordena la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales, comienzan los municipios a tener mayor autonomía en lo administrativo y fiscal, promoviendo el desarrollo de sus territorios y el mejoramiento socio cultural de la comunidad.

En 1987 el presidente de la época Virgilio Barco, en una alocución presidencial del 17 de enero de ese año, abre las puertas para aumentar los esfuerzos para que

los municipios pudieran “definir sus propios destinos con la más amplia participación de la comunidad” (ESAP, 1987, p. 11). Por consiguiente, se emprende el camino hacia la descentralización del monopolio central, prometiendo asignar recursos para vías, parques, colegios, escuelas, campos de deporte, puestos de salud e institutos de atención a los enfermos mentales (ESAP, 1987, p.12).

Como se ha mostrado, antes de la Constitución Política de 1991 los planes de desarrollo se entreveían como programas de gobiernos locales para mejorar la calidad de vida de sus habitantes en cuanto el trabajo y la educación, planificar programas en torno al ecosistema, evitar riesgos naturales y optimizar los recursos, siendo estos los temas prioritarios para la época. No obstante, debido a la escasa participación de las sociedades locales en las decisiones respecto a la protección de sus derechos, la extensión a temas psicofisiológicos, tecnológicos, culturales y sociales carecía de importancia. Según lo expresa Saldías (1987) “la mayoría de planes de desarrollo de la región incluyen entre sus objetivos la satisfacción de necesidades básicas (nutrición, salud, vivienda, vestuario, educación) pero no todos consideran la satisfacción de las necesidades materiales (Justicia, Libertad, participación popular)” (p. 48).

En definitiva, la visión de los planes para mejorar la calidad de vida de los habitantes, se desvanece ante la ausencia de un plan con dimensiones más amplias que abarque todas las esferas humanas, dignificando la vida en sociedad y la satisfacción de las necesidades básicas que, si bien son importantes, deben estar en una lista de prioridades, de acuerdo a las demandas de cada población local.

Es así como la ejecución de proyectos que contribuyan a dinamizar la participación de las comunidades en la identificación de sus necesidades, permite el desarrollo en cuanto a la autonomía y crecimiento, tanto del individuo como de la sociedad, y se traduce en mayor conciencia sobre su situación con elementos y estrategias adicionales como la redistribución, el colectivismo, la integración de sectores públicos y privados para la solución de sus problemas más agudos; consolidando planes de desarrollo tanto de país como en las regiones, articulándose con instituciones económicas-políticas, para fortalecer la capacidad autónoma de



crecimiento, así como la cosmovisión y el reconocimiento de las necesidades humanas: vivienda, alimento, vestuario, educación y atención médica como parte de la conservación de la salud mental y física, dignificando la vida en sentido material del colectivo.

## **1.2 Planes de Desarrollo Territorial en la Constitución Política de 1991**

Con la Constitución de 1991, la doctrina comienza a hablar de derecho territorial como figura de desarrollo regional que trae consigo nuevos conceptos y principios como descentralización, autonomía territorial y división política administrativa; es decir, la constitución adopta la planeación como instrumento de gestión pública, crea el sistema nacional de planeación y obliga a los gobiernos nacionales y locales a cumplir los plazos establecidos en la ley para poner en marcha su planeación a nivel nación y territorial, a partir del 01 de enero de 2000, de acuerdo con la Ley orgánica 152 de 1994, que planea el territorio en el aspecto social y económico a diferencia de la Ley 388 de 1997, que lo hace en su aspecto físico. También, la ley 152 abre espacios de participación con los Consejos de Planeación y da plena importancia al territorio local, situación que explica Caicedo (2001), cuando afirma que “se ha ido afianzando y robusteciendo (...) El municipio de hoy, no es el municipio planeado antes de la constitución del 1991, los planes de desarrollo deben articularse directamente con las condiciones ventajosas y en desventajas de cada territorio en el que se implementa” (p. 68). Con ello, se quiere significar la importancia de la división política administrativa regional del país como mecanismo de planificación y desarrollo territorial, importancia que la misma Constitución afirma cuando en su artículo 341 da prevalencia a las leyes de los planes de desarrollo sobre las demás.

Para Caicedo (2001) “la planeación del desarrollo municipal busca articular los procesos económicos y sociales desde una perspectiva espacial temporal con la finalidad de racionalizar, dinamizar y regularizar el crecimiento armónico.” (p.25). En este mismo sentido, destaca la Corte Constitucional:

El sistema de planeación que trae la constitución nacional de 1991 se diferencia del anterior en tres aspectos fundamentales: a. Propicia un sistema transparente. En los Consejos de planeación, a todo nivel, intervendrán representantes de la ciudadanía y de los sectores en que ésta se divide (art.340); b. la participación de las entidades territoriales es mayor, en la medida que hacen parte del consejo Nacional de Planeación, órgano consultivo del gobierno para la elaboración del plan nacional, participan directamente en la elaboración del plan y c. Busca convertir el instrumento de planeación en una realidad. Sentencia. (C-478/92)

En resumen, la Ley 152 de 1994, recoge el espíritu de la planeación y reglamenta el proceso de planificación a través de los planes de desarrollo en busca del cumplimiento de los fines estatales.

### ***1.2.1 Participación de la Comunidad en la Elaboración Formulación y Aprobación de los Planes de Desarrollo***

Los principales actores partícipes de este proceso de planificación del desarrollo son el Estado y las fuerzas sociales; el Estado, dada su obligación de garantizar los fines estatales y velar por el desarrollo de la nación; las fuerzas sociales, toda vez que representan las redes que impulsan el regionalismo de manera activa y participativa. Sin embargo, tal como lo afirma Rangel (1993) “es perfectamente posible que el interés nacional vaya en contravía del interés local y viceversa. O sea que el interés general no siempre es igual a la suma de todos los intereses particulares, sean regionales o locales” (p.156).

La participación de la comunidad en la vida pública goza de gran importancia desde los estados demoliberales como uno de los componentes de la democracia. Esa participación activa de la comunidad en el Estado, viene dada por los mecanismos de participación ciudadana que la misma carta magna les asigna. Desde otra mirada, explicación que en palabras de Saldías (1987) obedece a:

Una interpretación sociopolítica, que hace énfasis en la participación del individuo y del grupo en la identificación de las necesidades básicas y en el diseño y ejecución de proyectos para satisfacerlas, destacando los aspectos no económicos y no materiales de la autonomía del ser humano. (p. 47)

Es así como la Ley 136 de 1994 y la Ley 152 de 1994, ordenan a las autoridades locales promocionar la participación de la comunidad como requisito fundamental para el fomento de la participación y el acceso a la información. Así lo establece el Ministerio del Interior (1997) expresando que el mandatario:

Deberá informar sobre el desarrollo de su gestión a la ciudadanía representada por ediles, organizaciones locales, mesas solidarias, veedurías ciudadanas y muy especialmente por los Consejos de Planeación, cuya participación en la elaboración de los planes de desarrollo debe ser garantizada por las administraciones territoriales. Dentro del plan nacional de desarrollo “El Salto Social”, mediante el Documento del Consejo Superior de Política Económica y Social (CONPES) 2779, se aprobó la política de promoción de la participación. El fondo para la participación ciudadana del Ministerio del Interior, con la asesoría del Comité Interinstitucional de participación, CIO, podrá concertar y cofinanciar, con las entidades públicas de orden nacional y territorial, acciones de participación y fortalecimiento local y nacional de la sociedad civil. Asimismo, los municipios podrán acceder a recursos de inversión a través de la presentación de proyectos, sin perjuicio de los recursos que reciban directamente del presupuesto nacional. (p.18)

Es claro que la participación civil de la sociedad en los asuntos políticos, implica una relación directa entre gobernantes y gobernados, pues la subsistencia del uno depende del otro. En términos de Ostrom (1990) “la cultura moderna fundamenta la ciudadanía en la generalización del valor de la igual libertad de los individuos vinculados orgánicamente; una comunidad cuyos límites fijan las constituciones liberales” (p. 306).

En este ámbito de los planes de desarrollo, son el Consejo Nacional de Planeación y el sistema de Planeación, consagrados en el artículo 340 de la Carta Política, órganos con fehaciente naturaleza de representación y participación de las mayorías en busca de la solidaridad, la justicia y calidad de vida digna de la comunidad (artículo 270 de la Carta Política). De acuerdo con Caicedo y Sabogal (2001) en este caso “el beneficio individual, es el motor que conlleva a una colectividad a luchar por sus intereses” (p.307).

Una forma de participación política de la mayoría ciudadana, es a través del sistema de representación como uno de los postulados del estado social de derecho y de la democracia a partir de su constitucionalización, la cual crea una participación activa en los procesos de planeación y ejecución de proyectos de desarrollo. Así pues, “hoy se gesta un presidencialismo renovado, legitimado por la representación popular con control y vigilancia directa de los derechos fundamentales y de la planeación del desarrollo social” (Caicedo & Sabogal, 2001, p.319). Las mayorías se organizan colectivamente en sindicatos, grupos sociales, asociaciones, como forma de defender sus intereses individuales a través de la representación mayoritaria que se convierten en bienes comunes, presentándose una relación de costo-beneficio que hace más interesante la democracia y menos atractivas las acciones individuales.

Acerca de la definición de los territorios de la planeación representativa, Caicedo y Sabogal (2001) afirman que “las constituciones de la constitución son la guía para indicar de modo general y específico la participación como representación en la gestión de los asuntos públicos” (p.336). De esta forma, los partidos políticos, las organizaciones sociales y los ciudadanos “dan sentido a las luchas locales por la mejora en la calidad de vida y plantean nuevas exigencias sobre la organización práctica de las municipalidades” (Carrión & Velarde, 1991, p.34), considerando al municipio como “el espacio socioeconómico desde donde se construye y fortalece la democracia y la legitimidad del estado” (Caicedo & Sabogal, 2001, p.341).

### ***1.2.2 La Autonomía territorial y la Descentralización fuentes de los planes de desarrollo y fundamentos de la democracia local***

Como ya se había mencionado, en los años 70 surgieron en el país las entidades descentralizadas, consecuencia del crecimiento estatal, tales como empresas industriales y comerciales del Estado, establecimientos públicos y sociedades de economía mixta. Con las Leyes 14 de 1983, 11 de 1986 y 12 de 1986, se abre paso a la descentralización fiscal; y con el decreto 77 de 1987, a la descentralización administrativa; es decir, en términos de Borja (1986) que:

El proceso de descentralización es de carácter global y supone una parte de reconocimiento de la existencia de un sujeto-una sociedad o una colectividad de base territorial-capaz de asumir la gestión de intereses colectivos y dotado a la vez de personalidad socio-cultural y político-administrativa; y, por otra parte, la transferencia a este sujeto de un conjunto de competencias y recursos (financieros, humanos, materiales) que ahora no tiene y que podrá gestionar autónomamente en el marco de la legalidad Vigente. (p.128)

En este sentido, la relación descentralización-democracia se refleja al hablar de un sujeto representante de un colectivo que gestiona recursos para las necesidades de dicha colectividad con autonomía. “La descentralización ha incidido en la gestión local, en la perspectiva de la solución de las demandas y necesidades de los sectores de bajos ingresos” (Suárez, 1993, 1991, p.130). Como fruto de la descentralización territorial, se formulan planes de desarrollo en cabeza de los alcaldes aprobados por los Concejos Municipales. “Esto es significativo, si se entiende que un plan de esa naturaleza implica una mirada de conjunto del municipio un diagnóstico de sus problemas y el diseño de una estrategia global para resolverlos” (Velásquez, 1991 p.131).

De este modo, en los países que históricamente son altamente descentralizados en materia fiscal, y donde los gobiernos locales financian gran parte de su gasto con contribuciones propias, se observa una mayor estabilidad económica; es el caso de Suiza o Estados Unidos (Perry, 1999). En palabras de Massolo (1998)

“descentralizar es entonces democratizar cuando no solamente se delegan competencias, sino cuando opera una fragmentación del poder y se multiplican las esferas de actuación social” (p. 137).

Con la descentralización, las autoridades locales: Alcalde, Concejo municipal, Juntas Administradoras Locales (JAL), órganos deliberativos y plurales encargados de producir las normas administrativas en el nivel primario de una república” se convierten como lo expresa Hadrón (1988) en “instancias de representación que encarnan el pueblo, sus asuntos públicos y necesidades, generando un ambiente constitucional de los asuntos locales” (p.25) y al mismo tiempo lo que Velásquez (1991) denomina una “democratización de la vida municipal” (p.134), visibilizando los deseos de la población que representan y una realidad descentralizada a la vez que política, dando énfasis a los programas locales buscando consolidar e impulsar el desarrollo y la democracia.

De esta manera, los programas locales anteriores a la Constitución de 1991, estaban focalizados en “la prestación de servicios públicos, asistencia técnica agropecuaria, infraestructura vial, administración de parques urbanos no declarados monumentos, vivienda, transporte urbano; además, las políticas y programas de desarrollo social dependientes del nivel central, no tenían fuerza en el proceso de descentralización” (Hadrón, 1988 p.96).

En síntesis, la idea de la descentralización política territorial se asocia estrechamente al concepto de participación y de democracia participativa (Palma, 1985), donde la elaboración de los planes de desarrollo por mandato constitucional del 91, implican *per se* una relación directa y vinculante con la democracia y la descentralización. La doctrina ha promulgado la democratización de las municipalidades con el propósito de proteger su autonomía regional, tanto fiscal como política y administrativa. Según Nunes (1991):

El fortalecimiento de niveles descentralizados de gobierno puede aumentar las oportunidades de acceso al ejercicio del poder de diferentes grupos sociales, promoviendo un juego político pluralista, lo que configuraría uno de los dos

componentes básicos comúnmente atribuidos al concepto de democracia.  
(p.16)

Es entonces importante no sólo conocer la Administración local, también la forma como gobierna con miras a desprender de la representatividad los programas y proyectos en beneficio del interés público, robusteciendo así la democracia local. Con las leyes 152 de 1994 y 1551 de 2012, se buscó modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios, construyendo un proceso de articulación social entre comunidad, instituciones y gobierno local, incluso entre lo privado. En términos de Nunes (1991) “las instancias participativas, cuando son instituciones alianzadas, pueden generar inequívocos efectos democratizadores” (p.25), que adicionalmente generan nuevas políticas y programas que van más allá de asegurar las necesidades básicas, que buscan adecuarse a las demandas de necesidades de cada localidad con el fin de mejorar la calidad de vida digna de sus habitantes, forjando la preocupación por incluir programas sociales de alto impacto en los planes de desarrollo municipal.

Así, de la autonomía territorial y la descentralización, nacen los planes de desarrollo locales con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población a través de la programación, la planeación de los servicios de salud, vivienda, servicios públicos, educación, infraestructura, transporte. Todas ellas como condiciones básicas; así como a través de los programas sociales, de tecnología innovación, recreación, deporte y cultura como condiciones de bienestar, que junto con la cobertura de las necesidades básicas le dan dignidad al ser humano. La eficacia de estos programas implica inversión y presupuesto; sin embargo, la limitación a la autonomía de las municipalidades, hace que se vean orientadas a priorizar inversiones descuidando otras; en este caso, no tener plena autonomía fiscal genera riesgos en el cubrimiento de todas las demandas territoriales.

Precisamente, del principio de descentralización se deriva la autonomía territorial; no obstante, dicha autonomía no es absoluta y está limitada en virtud del principio de unidad de la materia. En el ámbito fiscal, la Corte ha señalado que en virtud de los principios de unidad y universalidad presupuestal, la formulación,

aprobación y ejecución presupuestal de entidades estatales autónomas deben enmarcarse dentro de metas políticas macroeconómicas y planes de financiamiento estatal teniendo superioridad relativa frente al principio de autonomía de entidades territoriales en virtud del principio de república unitaria (T-025/04).

Una forma de apaciguar el problema, es la oportuna gestión nacional y la colaboración internacional de los Organismos No Gubernamentales (ONG), junto al trabajo de las autoridades locales en la consecución de recursos adicionales y la coherente articulación entre las necesidades del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y las necesidades de los planes locales, tomando en cuenta los lineamientos de cooperación internacional y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Es el caso por ejemplo de Cartagena que, si bien prioriza sus recursos en la promoción del turismo, descuida lo que Nunes (1991) denomina las “carencias populares” (p.31); esto hace que esas carencias se conviertan en las banderas de los programas de gobierno de las elecciones populares y que se vaya desvirtuando la democracia local en promesas y en poca ejecución de iniciativas que contrarresten las necesidades sobresalientes de los electores.

Son entonces las autoridades municipales con la participación de actores sociales, quienes deben atender el llamado para buscar estrategias de recursos de inversión, ya sean propios o gestiones estatales para efectivizar los planes, tomando las decisiones políticas correspondientes a las necesidades locales en todos sus ámbitos. Sin embargo, los planes y programas de desarrollo han presentado dificultades y poca eficacia en tanto la escasez de los recursos propios, la dependencia fiscal aun en gran parte del nivel central que conlleva a la priorización de unas necesidades y el abandono de otras y la poca capacitación y formación de las administraciones locales para la elaboración y ejecución de proyectos en la búsqueda de recursos, acudiendo a asesores y consultores privados, lo que hace de los planes una herramienta deficiente, que se va convirtiendo sin querer queriendo en la bandera de promesas del gobierno de turno. Sobre este asunto opina Castells (1985) que:



La particularidad del municipio consiste en ser el nivel más descentralizado del estado, el más penetrado por la sociedad civil, el más directamente ligado a la vida de las gentes. Esto implica que el referente inmediato de la población para la satisfacción de sus necesidades, en especial aquellas relacionadas con los bienes de consumo colectivo, es el gobierno local. (p.122)

Los planes de desarrollo no solo deben tener en cuenta las necesidades básicas, sino también las demandas de la población específica. Es el caso del municipio de Aranzazu- Caldas, que tiene una demanda especial en salud mental, que debe ser cubierta, planeada y gestionada por la administración municipal.

Es evidente que el Estado se ha dado la vuelta ante las problemáticas territoriales, abandonando la visión de prevenir, promocionar y atender las dificultades municipales. Es así como la falta de prevención hace que se asuman altos costos. Bajo este panorama, la descentralización del poder y de las decisiones constituye un imperativo ineludible de todo “intento de re-fundación democrática en el país, por lo que es indispensable examinar en forma empírica la realidad imperante hoy en día en este campo y formular algunas sugerencias básicas para el futuro” (Boeninger, 1984, p.25). Para autores como Velásquez (1991) “no solamente los recursos son escasos, sino que además se hace un uso relativamente irracional de ellos, al tiempo que las carencias y las necesidades de la población crecen a pasos agigantados” (p.113). Esto deriva en una brecha entre necesidades y recursos cada vez es más grande.

### ***1.2.3 Desarrollo Municipal e Institucional en Colombia***

De acuerdo con Uribe (1910) el municipio como figura territorial surge en el siglo V antes de la era cristiana, bajo el impulso avasallador de los romanos, como “hijo de la conquista y la anexión y entidad dependiente de un poder superior” (p.279). Como complemento, Hidrón (1988) afirma que

Sólo en la época de Augusto, extendida la ciudadanía a todos los hombres libres, los cargos públicos lograron adquirir decidida importancia y el municipio empezó a vivir su proceso de identificación, aunque perturbado en

los siglos subsiguientes por las cargas tributarias y las amenazas de invasión de los bárbaros. (p.12)

En Colombia, el municipio es una dimensión política-administrativa del Estado, creada por Asamblea Departamental que goza de autonomía política, fiscal y administrativa dentro de los límites de la Constitución y la ley. “Su finalidad es el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población de su respectivo territorio” (Rangel, 1993, p, 37), que además tiene dentro de sus funciones planificar el desarrollo económico, social y ambiental de su territorio en coordinación con otras entidades; es un espacio social económico y cultural donde ocurre desarrollo en la medida que la planificación propicia programas y proyectos en busca de la solución tanto de los problemas básicos como problemas específicos propios del ente territorial, ya sean físicos, ambientales, sociales, económicos. Sobre este aspecto, Rangel (1993) refiere que:

El acierto de la división de un país en determinado número de regiones-plan o jurisdicciones para la planificación, dependerá de que esas divisiones administrativas efectivamente coincidan con unidades naturales formadas bajo el influjo de corrientes históricas que les hayan dado vida propia tanto en lo económico, lo social y lo cultural. En cambio, si la delimitación de esas regiones de planificación se hace en forma indiscriminada, o sea, sin tener en cuenta la existencia de relaciones funcionales entre las distintas áreas, las decisiones que se adopten para la concreción de los planes elaborados, corren el riesgo de resultar ineficaces. (p.17)

Queda claro que son objetivos del municipio: servir a la comunidad, velar por la promoción de la prosperidad general, efectivizar los derechos, libertades y la participación de la comunidad. Para lograr estos fines, los planes de desarrollo como instrumentos de planeación y gestión permiten ordenar, priorizar, concretar, armonizar, articular y dar consistencia a las proyecciones de ingresos y financiación disponibles. Es por eso que la articulación regional con la nacional goza de especial atención en virtud de los principios de concurrencia subsidiariedad y coordinación derivados de la Ley 152 de 1994 y la Ley 1551 de 2012. Así mismo, el proyecto de

Ley Orgánica de Ordenamiento territorial, en su artículo 10 define estos tres principios individualmente: la coordinación como la armonización y colaboración entre las actuaciones de los niveles nacionales y territoriales para garantizar los principios de la función administrativa establecidos en el artículo 209 constitucional; la concurrencia como el actuar en conjunto de varias autoridades de distintos niveles de manera oportuna y eficiente, respetando las competencias de cada una; la subsidiariedad como la facultad que tiene una entidad de la nación o territorial para ejercer las competencias de otra cuando esta no esté en la capacidad de hacerlo de manera justificada.

La Corte Constitucional, en reiteradas sentencias sobre planes de desarrollo enfatiza en estos tres principios, dejando claro que la articulación Estado-región, genera corresponsabilidades de las cuales surgen “recomendaciones sobre las políticas públicas más apropiadas a fin de promover el desarrollo” (Rangel, 1993, p. 91). Esta articulación debe partir desde la necesidad específica del municipio; como es el caso de Aranzazu, y su especial condición mental en la mayoría de la población. Esta identificación, contribuye “al éxito de la necesaria especialización de las estrategias y de la localización de los programas y proyectos de desarrollo” (Rangel, 1993, p.18), que dependen de la iniciativa y la influencia de los actores habitantes del territorio en el cuatrienio del plan, de sus autoridades, de la vinculación público-privada, y de la inversión que en ellos se realice; por lo mismo, el desarrollo no es constante, hay momentos en que el municipio obtiene desarrollo, hay otros en que no se ven avances en estrategias ni políticas.

Un estudio reflexivo de los cambios sociales y evoluciones territoriales, así como de los factores externos teniendo en cuenta que todo desarrollo refiere adaptación y aceptación por sus habitantes, es necesario en el proceso de formulación del plan; como también, los aspectos demográficos entre otros, efectivizando un desarrollo más estable. Por ejemplo, en el caso de la problemática en salud mental del municipio de Aranzazu, es fundamental determinar epidemiológica, estadística, social, cultural y económicamente la necesidad, con el fin de localizar objetivos y metas viables en la elaboración del plan a corto, mediano y largo plazo; en el espíritu

de la ley 152 de 1994; con el fin, de alcanzar objetivos, metas, estrategias, planes de inversión y financiamiento, coherentes y determinantes de resultados efectivos. Así las cosas, tal como lo expresa Rangel (1993):

Todo estudio sobre el desarrollo social requiere un marco de referencia espacio temporal que sea dinámico en el tiempo y que involucre las interdependencias entre un espacio y otro; necesita del examen de los efectos que produce la introducción de innovaciones económicas, tecnológicas, políticas y culturales en términos de permitir o dificultar el advenimiento de nuevos cambios en esos mismos terrenos; se debe nutrir con la identificación de las metas, objetivos y finalidades que se dan a sí mismo en forma consciente los distintos actores del desarrollo social; necesita incorporar una identificación de los valores que iluminan los esquemas de desarrollo y una evaluación de los sectores que se ven beneficiados por ellos; y, finalmente, precisa del establecimiento de la dirección y la velocidad requerida de los cambios deseados. (p.24)

Elaborar un buen plan de desarrollo según Silva (2002) "hace los territorios más competitivos, con una fuerte articulación entre el sector público y el sector privado y una recuperación del rol del Estado a través del fortalecimiento de la capacidad de decisión de los gobiernos subnacionales" (p.42); por esta razón, la creación de instituciones de carácter regional y agencias locales, animan la participación empresarial, impulsan el crecimiento territorial y a la creación de "acuerdos y relaciones de colaboración y coordinación de políticas de fomento económico de los diferentes niveles territoriales de gobierno" (Vásquez-Barquero, 2000, p.26), generando "construcción de espacios de concertación público –privada para el fortalecimiento del desarrollo regional y local" (Ahumada, 2002, p.37).

En definitiva, hablar de desarrollo en los planes territoriales, implica aspectos económicos, sociales y de obras públicas territoriales; sin embargo, podrían abarcarse sólo desde el aspecto social, por cuanto esta categoría lleva inmersa las demás; incluso, la misma Ley 152 de 1994 le da prioridad al gasto social; es decir, la inversión social ayuda al desarrollo económico directamente.

En el desarrollo social los bienes no son catalogados necesariamente materiales, están la salud, la educación, nutrición y tecnología que contribuyen al bienestar social y a mejorar la calidad de vida de la comunidad; no obstante, la poca inversión en bienes como la salud y la nutrición, genera desaceleración en el desarrollo. Un individuo en condiciones de vida digna es un individuo productivo que acrecienta la economía del territorio; de ahí, la importancia del desarrollo social en los planes, programas y proyectos territoriales. Se debe tener en cuenta también que cuando se habla de desarrollo social, hay ciertos grupos sociales específicos que ameritan políticas sociales especiales, en particular los grupos más vulnerables de la población, los niños, las madres y los ancianos (Rangel, 1993). En términos del artículo 13 constitucional, la protección especial a aquellas personas que, por su condición económica física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta, como es el caso de la población vulnerable en el municipio de Aranzazu-Caldas, dada su condición mental, ya que los servicios de salud deben considerarse una inversión que fortalece la calidad de vida del recurso humano. En este sentido, Rangel (1993) señala que:

Las prioridades en las actividades de salud han de ser establecidas en relación con las necesidades de salud y las características básicas económicas y sociales de cada región. Las necesidades de salud deben ser evaluadas en función de la epidemiología básica de la zona y la elección de programas sólo puede ser realizada racionalmente con base en datos que midan exactamente la magnitud de los problemas de salud de la población e identifiquen los factores que causan esos problemas. Es necesario, igualmente, adoptar una visión amplia y de largo plazo en la elaboración de estrategias y en la construcción de la infraestructura de salud, a fin de incorporar las recientes innovaciones en las prácticas de salud pública y lograr que los programas tengan efectos de larga duración. (p.63)

En este orden de ideas, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y El Banco Mundial (BM) consideran que principalmente las áreas de salud y educación deben ser orientadas por el proceso de descentralización en el diseño de las políticas

municipales (Ramírez, 2005, p.49). Sobre la descentralización de los servicios de salud y de educación, Tamayo (1997) refiere que “constituyen la posibilidad real de conformar en cada una de las unidades político-administrativas- ya sean Estados, provincias, regiones o municipios-un auténtico sistema de salud cercano a la gente que sea capaz de responder con agilidad, eficacia y mayor eficiencia a las necesidades sanitarias de la población” (p.60); asimismo, Mok y Lau (2002) afirman que el enfoque de descentralización de salud y educación “no implica en medida alguna la desaparición de objetivos y estrategias nacionales en estas materias, pero si conlleva una nueva relación entre las autoridades nacionales y subnacionales para el establecimiento de metas y consecución de objetivos” (p.23).

De este análisis se deduce que es necesario que surjan en el país cambios en las políticas públicas en salud, que merezcan la importancia que representan, comenzando por la ley 100 de 1993, por cuanto no se trata simplemente de una categoría; se trata de un derecho. Por esta razón, las políticas públicas, entendidas desde la perspectiva de Molina y Roth (2008) son “procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones respaldadas y legitimadas por el Estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural específico” (p. 65).

Así, las políticas en salud pública implican gestión, planeación y asesoría interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional y una fuerte participación social, donde los escenarios de concertación y decisión sean propuestos desde uno o varios actores, con la participación del Estado como ente rector y garante del derecho a la salud (Molina, Álvarez, 2014).

Desde la década de los 80, el sector salud y educación han sido los sectores más relevantes para la comunidad en general, ya que buscan mayor inversión e inclusión con programas y proyectos de seguridad social integral y asistencia social con alta participación local. Como ejemplo, Agudelo (1999) menciona el Plan de Desarrollo “Cambio para Construir la Paz” donde:

Se toca la salud como una herramienta para reconstituir el tejido social del país. Aunque la salud de la población está atada al desarrollo en todas sus dimensiones, cultural, social, económica y política, en el marco de un plan debe ser examinada como propuesta específica. El Plan de Desarrollo identifica un conjunto de problemas, de diferente tipo y jerarquía, en la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Al tiempo, ofrece un amplio menú de respuestas, cuya preocupación central es la viabilidad financiera del sistema de salud. Curiosamente, antes que una condición de la formulación de políticas públicas, la viabilidad financiera se convierte en un fin acompañada de respuestas aisladas de tipo técnico y administrativo. La dimensión estructural que debe articular, dar orden y sentido estratégico al diagnóstico y las propuestas, está ausente (p.118).

Finalmente, para estos programas y proyectos, es necesario como se ha venido tratando a lo largo de este documento, que el municipio cuente con una inversión territorial en virtud de la planeación y gestión, basado en herramientas como la metodología Banco de Proyectos de Inversión Nacional (BPIN) (Arze & Martínez, 2004; Di Gropelli & Cominetti, 1998). De este modo se ayuda a la formulación, estructuración y evaluación de proyectos. Sin embargo, según lo establece el Ministerio del Interior (1997), “las mayores deficiencias y debilidades se encuentran entre la desarticulación de los proyectos con los planes de desarrollo, pues no guardan la correspondencia con los objetivos, estrategias e inversiones que se plantean” (p.50).

Se requiere que la administración priorice y programe adecuadamente la ejecución de las actividades previstas en el plan de desarrollo y efectúe con la debida oportunidad la gestión de consecución de los recursos financieros a que haya lugar para satisfacer las necesidades específicas de cada municipio, por ejemplo, la necesidad de implementar una política pública en salud mental en el municipio de Aranzazu- Caldas, a partir de sus planes de desarrollo territorial.

### **1.3 Salud Mental a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991 y su desarrollo en la jurisprudencia de la Corte Constitucional**

En Colombia se comienza a hablar de Salud mental a partir de 1960 con la creación de la Sección de Higiene de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública, transformada en 1963 a Sección de Salud Mental. En 1973, se crea la secretaría de la división de Salud mental en el Ministerio de Salud. Posteriormente, en 1990 se crea la División de Comportamiento Humano en el Ministerio de Salud; “este cambio de nombre, reflejaba transformaciones en la forma de conceptualizar la salud mental” (Parales, 2018, p.6). En 1993, con la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, cambia también el paradigma. Luego, en 1998 se formula la política en salud mental para Colombia. Finalmente, con la Ley 715 de 2000, se distribuyen las competencias entre la nación y el ente territorial para el sector salud y educación así: el Ministerio de Salud y Protección Social elabora las políticas macro, su implementación, seguimiento evaluación y ajustes; mientras que el municipio tiene a su cargo el aseguramiento de la población al régimen subsidiado y contributivo, así como de las acciones de salud pública de impacto social (Ramírez, 2005).

Esto se logra fiscalmente a través de los recursos de financiación que la misma Ley 715 establece para el desarrollo territorial, tales como recursos propios, (tributarios, no tributarios), transferencias (automáticas, condicionadas, participación en los ingresos corrientes de la nación), crédito (operaciones de crédito público, deuda pública, crédito institucional, banca comercial), recursos no convencionales (cooperación internacional, Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo FONADE) y un plan financiero que debe incluirse en el sistema nacional de contabilidad pública, con el fin de articular los planes con el espíritu de la Constitución en relación directa con los planes de desarrollo territorial, que a su vez sirve para identificar los programas y proyectos, realizar diagnóstico de la entidad municipal, calcular la capacidad de endeudamiento, determinar la viabilidad financiera del programa de gobierno y determinar las fuentes de financiación.

Para los años 2005 y 2007 se intenta reformular la política de salud mental en coordinación con la Fundación FES Social y la Asociación Colombiana de



Psiquiatría. Más tarde, según lo expresa Parales (2018) la Ley 1616 de 2013 manifiesta la necesidad de ajustar la política de 1998 con criterios orientados a:

- a) reformular la política desde una definición positiva de salud mental; b) centrada en derechos; c) siguiendo estrategias de atención primaria en salud; d) con énfasis en participación; y e) considerando acciones intra e intersectoriales para el abordaje de los determinantes sociales de la salud mental. (p.8)

Para el año 2015, el Ministerio de Salud realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia (ENSM) y “decretó el pleno derecho a la salud mental en los componentes de promoción, prevención y atención, fundamentándose en los principios de la atención primaria en salud” (Parales, 2018, p.8). Adicionalmente, por mandato constitucional del artículo 13 y 47 hizo énfasis en que las personas que sufren enfermedades mentales tienen derecho a acceder a servicios que les permitan gozar del mejor estado posible de salud mental y que propendan por su rehabilitación y recuperación funcional, correspondiéndole a las EPS, bien sea dentro del régimen contributivo o del subsidiado, asumir el costo de los mismos, cuando sea necesario, pues, sus derechos siempre merecerán pleno respeto (T-979/ 2012).

Es por esto, que el tratamiento debe ser prestado conjuntamente por profesionales y allegados al paciente, no solamente para la mejoría cuando sea posible, sino también proporcionar óptimas condiciones de vida digna, sin requerir que el paciente se encuentre en la fase crítica de la enfermedad mental esquizofrenia, la demencia o la locura furiosa para tener derecho a una atención médica. Por el contrario, la prestación del servicio debe darse desde los cuidados preventivos y la profilaxis. Así lo expresa la Corte: “Las entidades públicas o privadas encargadas de prestar los servicios de salud no pueden excluir de su cobertura los padecimientos relacionados con el equilibrio y la sanidad mental en ninguna de las etapas de evolución de una determinada patología” (T-458/2009)

En ese sentido, también ha establecido la Corte sobre la salud mental, física y social que “son componentes esenciales de la vida, relacionados e interdependientes y solo la garantía y protección de estas tres esferas por parte del Estado, significará la completa y adecuada protección del derecho constitucional fundamental a la salud” (T-578/2013). Esto supone que su protección es exigible de manera directa a través de la acción de tutela y esta no puede limitarse a la mera subsistencia, sino ampliarse para el logro de una vida digna; “lo cual, incluye la lucha por unas mínimas condiciones sociales y económicas, en las cuales puede insertarse el derecho al máximo grado de curación posible” (T-1237/2001).

En este contexto constitucional, cabe mencionar que en Colombia la salud mental es definida en la Ley 1616 de 2013 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, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. (p.4)

También se considera como un estado de bienestar en el que la persona a pesar de experimentar estrés cumple con sus tareas de forma tranquila. Así las cosas, en Colombia es necesario estudiar el estigma relacionado con trastornos mentales, la frecuencia y las variables asociadas, en los distintos contextos sociales y culturales. Según Campo y Herazo (2014), “Este conocimiento de la situación permitirá diseñar, implementar y evaluar las acciones orientadas a favorecer la inclusión social y laboral y de generación de bienestar de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales” (p.165).

Ha señalado la corte que las personas que sufren afectaciones en su salud mental por los impedimentos que tienen frente a la toma de decisiones y en la interacción con otros, implican serios padecimientos para ellos y sus familias, siendo sujetos de especial protección constitucional que merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores

encargados de suministrar atención y recuperación en salud y gozar de una vida en condiciones dignas; reconociendo el derecho a la salud mental como fundamental, que según la Corte:

Ha sido desarrollado en diferentes instrumentos internacionales que resaltan la importancia de crear condiciones propicias para la vinculación de las personas en situación de Discapacidad en la sociedad, y para el ejercicio de todos los derechos, en la medida de lo posible, así como la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. (T-010/16)

Estos instrumentos se orientan en el marco de la prevención de la discriminación como es el caso de la Declaración de los Derechos de los impedidos que data del año 1975, los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental de 1991, adoptados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada a nivel interno por la Ley 1346 de 2009. Asimismo, en 2009 fue promulgada la Ley 1306 que regula la Protección de Personas con Discapacidad Mental y establece el Régimen de la Representación Legal de Incapaces Emancipados. En la mayoría de estos instrumentos se resalta la importancia de crear condiciones propicias para la vinculación de las personas con capacidades especiales en la sociedad, la generación de formas de vida independientes y autónomas y el ejercicio de todos los derechos en la medida de lo posible, en especial, se recalca la necesidad de atender de manera integral sus padecimientos, con un acceso efectivo a los servicios de salud, siendo “posible, en términos del Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2008) “exigir a todos los estamentos comprometidos en la prestación de los servicios de salud, que dentro de sus propios límites operativos, económicos y logísticos, proporcionen el mejor servicio médico científicamente admisible y humanamente soportable” (pp.302-303).

Es importante resaltar que la protección especial a la que se refiere la Corte frente las personas que padecen enfermedades mentales, se debe al mandato constitucional establecido en el artículo 13 de la carta de 1991, que establece la

protección especial a las personas en debilidad manifiesta por su condición económica, física o mental. Esto es, que “las personas con una condición mental especial, tengan derecho a acceder a servicios que les permitan mejorar su estado de salud mental, incluyendo una oportuna y adecuada rehabilitación y recuperación funcional” (T-887/13)”. De allí que su protección constitucional e internacional y su reconocimiento como derecho fundamental de acuerdo al pronunciamiento de la Corte Constitucional en Sentencia T-045/15, se da en la medida que tiene conexidad con la vida y sobre todo una vida digna e involucra aspectos de la persona, tanto materiales como físicos y biológicos, espirituales, mentales y psíquicos, pues es deber del Estado “proteger y atender de manera especial a las personas con debilidad manifiesta por su condición económica, física o mental, en virtud a la vulneración a su dignidad” (T 401/92).

En este contexto, para la Corte la vida humana, en los términos de la garantía constitucional de su preservación:

No consiste solamente en la supervivencia biológica, sino que, tratándose justamente de la que corresponde al ser humano, requiere desenvolverse dentro de unas condiciones mínimas de dignidad. La persona conforma un todo integral y completo, que incorpora tanto los aspectos puramente materiales, físicos y biológicos como los de orden espiritual, mental y síquico. Su vida, para corresponder verdaderamente a la dignidad humana, exige la confluencia de todos esos factores como esenciales en cuanto contribuyen a configurar el conjunto del individuo. (T-248/98)

De esta concepción se desprende la proclamación que la Constitución ha dado en cuanto el derecho a la salud mental como fundamental y parte de la integridad personal, lo que implica cubrir todas las esferas humanas, tanto físicas como mentales, ambas por igual deben conservarse. La vulneración de un aspecto afecta al otro; es decir, se atenta contra la integridad personal como lo señala la corte, por omisión o por acción y se pone en peligro la vida en condiciones de dignidad y el equilibrio psicológico del individuo. Es por eso que hoy en día, “la salud mental es reconocida como una necesidad prioritaria teniendo en cuenta su afectación a gran

escala en la población mundial, afectando no solo al enfermo o discapacitado sino directamente a su familia y sociedad en general” (Sentencia T-780/12), considerándose como la enfermedad de moda del siglo XXI, en relación con las múltiples circunstancias de la vida.

En efecto, muchos son los esperanzados en una verdadera política pública en salud mental; otros, por el contrario, son escépticos al tema, así lo expresa la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP) (2008):

Es claro para todos que una Política no es igual a un documento de política: que la Política se hace viva en las acciones de aquellos que día a día trabajan dentro del campo de la salud mental en el país, en aquellos que tienen claro su papel como actores sociales en el desarrollo de un Estado-nación. (pp.302-303)

También hay que reconocer que en términos generales de salud, un país con alto índice de desarrollo, tiene altos niveles en el sector salud<sup>2</sup>, pues la salud es directamente proporcional a la productividad y la calidad de vida de su población. Por esta razón el Ministerio de Interior (1997) afirma que:

La salud no es sólo un área de acción municipal, es un resultado de ésta y mucho más que la mera prestación de los servicios médicos y asistenciales, pues una población sana, más que aquella sin enfermar, es la que goza de condiciones de vida favorables para su desarrollo personal y social. Para alcanzar mejores condiciones de salud, el gobierno municipal y en particular

---

<sup>2</sup> Para comprender la salud como derecho en Colombia, se parte de dos presupuestos básicos: de un lado, se entiende que las concepciones sobre la salud están soportadas en la construcción discursiva y en las acciones sociales, lo que define y transforma las relaciones en las cuales intervienen distintos actores, entre ellos el Estado. Esto se concreta en la normativa, los imaginarios de la salud, el accionar del Estado y la materialización del derecho, así como en las políticas que se elaboran o se omiten. De otro lado, se parte de reconocer que las condiciones sociales, específicamente de salud, tanto en Colombia como en América Latina son críticas: sistemas de atención fragmentados según la capacidad de pago de los usuarios y anclados en el desarrollo económico o el funcionamiento de los mercados; retrocesos en salud pública, con la eliminación de avances en programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como una de sus principales expresiones; inequidades en el acceso a la atención, siendo significativo el peso que para ello tienen las diferencias de ingreso, entre otras (Moreno & López, 2009, p.135).

el Alcalde, está llamado a liderar y coordinar las acciones y programas de desarrollo de los diferentes sectores que tiene a su cargo. (p.125)

La integralidad del concepto salud, hace que su relación sea bien íntima con los demás sectores, social, económico, ambiental, entre otros. La salud no puede seguirse viendo como una política pública de carácter nacional donde los municipios sean los simples prestadores como lo expresa el Ministerio; el papel local en la salud debe abarcar una política en los planes de desarrollo territorial, que garantice la calidad de vida y dignidad de sus habitantes, no solo desde los lineamientos de nivel nacional asignados a los municipios de dirección, promoción y prevención de la enfermedad, de promoción y garantía del aseguramiento, prestación del servicio, vigilancia y control, sino también la inclusión de estrategias, programas o política pública de atención especial a la salud mental como derecho. En este sentido, la salud comprende de manera integral al ser humano, por lo que su protección implica no sólo la búsqueda de un bienestar corporal o físico, sino que los padecimientos mentales o psíquicos merecen la misma atención para el desarrollo de una vida digna; por eso la Corte concluye que: “la salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y sicosomático de la persona (T-949/2013). Es así como la salud mental se convierte en un derecho de protección constitucional.

### **1.3.1 Salud Mental como Derecho**

Antes de abordar la salud mental como derecho, se hace necesario poner en contexto la concepción de derecho como el conjunto de normas que regulan el comportamiento humano (Atienza, 2006; Carnelutti, 1998). Sobre este asunto, señala la Corte Constitucional colombiana:

El derecho es la única alternativa de vida civilizada. Es el instrumento normativo con que cuenta el Estado para promover la integración social, satisfacer las necesidades colectivas, establecer pautas de comportamiento y decidir los conflictos suscitados; todo ello con miras a realizar los fines que

le incumben como organización política y, por esa vía, hacer efectivos los principios constitucionales y los derechos fundamentales. (C-802 de 2002)

Así, derechos humanos y derechos fundamentales son diferentes en el sentido que los derechos humanos cobran fuerza a partir de la creación de las repúblicas liberales y democráticas en las que, por la misma estructura de Estado, es posible el reconocimiento y defensa de los derechos del hombre (Bobbio, 1993). Mientras, por derechos fundamentales se entiende todos aquellos derechos que le son inherentes a la persona humana (Mendoza, 1996; Gómez, 2006, Abúndez, et al, 2006), También pueden asumirse desde la perspectiva de Hernández (2010) como “un conjunto normativo sin el cual el ser humano pierde su esencia, sin olvidar que también son los derechos que el constituyente primario, habiendo delegado a la Asamblea Nacional Constituyente, determinó que así lo fueran” (p.421). A propósito de este aspecto la Corte Constitucional ha señalado que:

Debe entenderse el núcleo esencial de un derecho fundamental como aquel sin el cual un derecho deja de ser lo que es o lo convierte en otro derecho diferente o lo que caracteriza o tipifica al derecho fundamental y sin lo cual se le quita su esencia fundamental. (C-993/94).

EL contenido de la Sentencia permite comprender que se trata de un derecho que garantiza la dignidad y que, sin él, esta se encuentra pérdida. Existen otros derechos que no son catalogados expresamente como derechos fundamentales, pero que han tomado esta categoría por su núcleo y conexidad con otros derechos inherentes al ser humano; Así, ha sido reconocido por la Corte el derecho a la salud mental.

Es cierto que la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, pero nunca desligados de la vida humana que los abarca de manera directa. Por ello cuando se habla del derecho a la vida se comprenden necesariamente los derechos a la salud e integridad física, porque lo que se predica del género cobija a cada una de las especies que lo integran. Es un contrasentido manifestar que el derecho a la vida es un bien fundamental, y dar a entender

que sus partes -derecho a la salud y derecho a la integridad física- no lo son. (T-494/93)

A lo anterior, se suma en toda la integralidad de la salud, la salud mental, cuya protección es en virtud de preceptos superiores, tales como: el artículo 13 de la Carta que impone al Estado el deber de proteger de manera especial a aquellas personas que por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y el artículo 47, que exige del Estado el desarrollo de una política de previsión y rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos.

Es preciso hacer referencia al Principio de Integralidad determinado por la Corte, que se presenta cuando:

El legislador se ha percatado de la importancia de la integralidad en el tratamiento específico de la salud mental; de ello, surge la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones resaltando en su artículo sexto numeral primero, que es un derecho recibir atención integral e integrada en salud mental. Dicha normativa impone claras obligaciones en materia de cubrimiento, atención y política pública dispuesta para la atención en salud mental. (T-050/2019)

En conclusión, tanto la Corte Constitucional como la legislación vigente protegen una atención integral para pacientes con problemas de salud mental, con el fin de garantizar una preservación de la calidad de vida del paciente y la mejora de su situación vital. Es así como en el año 1950 por cuenta de la OMS, se propone un concepto oficial sobre salud mental como principio para alcanzar la felicidad y como derecho fundamental: la salud como pilar de construcción social. Un pueblo sano, es un pueblo en paz, solidario y próspero en la medida que la sociedad es productiva. Este concepto, de acuerdo con Lopera (2004):

Respondió a intereses políticos y sociales de la ONU, en particular al interés de preservar a la humanidad de nuevas guerras, por lo que se hacía deseable la armonía entre los hombres (la paz y la solidaridad), la armonía consigo mismo



(Bienestar y felicidad) y una relación constructiva con el entorno. Todos estos elementos son lo que hacen parte del concepto de salud mental. Su definición no deriva, por tanto, de un desarrollo intracientífico, sino de unas condiciones particulares: la finalización de la segunda guerra mundial y sus consecuencias. (p. 17)

En otras palabras, el concepto salud mental como derecho de acuerdo a la OMS, no solo corresponde a los discapacitados o enfermos mentales, sino a todos y es la guía en la definición de la salud mental desde los programas de atención primaria y preventiva. En palabras de Henao y Quintero (2006):

La noción de salud mental que subyace a cada política nacional hace énfasis en la promoción de la salud, con la misma importancia de la prevención, sobre una concepción del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles. Sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Además, la noción habitualmente es importada de los planteamientos oficiales de la OMS. (p.191)

En definitiva, el contexto de la salud mental como derecho va ligado profundamente con las expresiones sociales e individuales y con el ejercicio pleno de todos los derechos humanos. Así, los principios fundamentales en materia de salud mental, son la solidaridad que se justifica por la condición de debilidad de las personas con el padecimiento mental y la igualdad desde la no discriminación, y por sobre todas las cosas, la dignidad humana, incluso la libertad. Estos principios han sido protegidos por la Corte en tres sentidos:

El primero, estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual ha permitido identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su *tutelabilidad*; el segundo, reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual

ha permitido asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; el tercero, afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, junto a las extensiones necesarias para proteger una vida digna. (T-760/2008)

Otorgando una protección integral del derecho de la salud de las personas que presentan afectaciones mentales y no simplemente como en la reglamentación de los Planes Obligatorios de Salud, se debe garantizar una “cobertura de atención de urgencias psiquiátricas las primeras 24 horas y cobertura de internación para manejo de enfermedad psiquiátrica, máximo hasta treinta días”, como lo establecía la ley 1306 de 2009 (T-010/2016). En otros términos, el derecho a la salud mental como fundamental, está revestido con valores y principios propios de la forma de Estado Social de Derecho. La explicación de la Corte se basa en la fundamentalidad de los Derechos, aduciendo que:

No depende, ni puede depender de la manera como estos derechos se hacen efectivos en la práctica. Los derechos todos son fundamentales pues se conectan de manera directa con los valores que las y los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución. (T-597/1993)

Esta situación gana relevancia cuando se reconoce como el pilar de un Estado Social de Derecho el hecho de velar por una vida digna en la noción de bienestar del ser humano, tanto en su parte física como mental; tarea que no depende exclusivamente del Estado, también de la familia como coadyuvante en el deber de solidaridad, en la protección especial de los enfermos mentales y en el proceso de recuperación.

En estas circunstancias, la Corte Constitucional ha sido enfática en señalar que, debido a que este grupo de personas se encuentra en una situación de debilidad manifiesta, requieren para su recuperación de “altos y especializados niveles de

atención, a través de los cuales se debe garantizar la estabilidad del paciente y la posibilidad que tanto este como sus familias, lleven una vida en condiciones de dignidad (T-095/2013). Estos tratamientos, han llevado incluso a cuestionar o matizar la propia idea de dignidad humana, surgida en la modernidad y base de la construcción teórica estándar de los derechos. En este sentido, “resulta necesario abordar este tipo de cuestiones nuevamente, al amparo de una teoría de los derechos que sea integral y coherente” (Calderón, 2005, p.24).

Las nuevas concepciones de Dignidad Humana, implican al tiempo una nueva visión e inclusión de nuevos derechos, siendo la dignidad esa “categoría de ser humano al que se le atribuyen “consideraciones normativas” (Calderón, 2005, p.26), dentro de un Estado Social y democrático de derecho; lo que implica, una capacidad de orientación y elección en su vida social e individual. El respeto por la Dignidad humana, su cuidado y protección por parte del Estado debe hacerse de manera integral, brindando al individuo en sociedad, no solo las condiciones de satisfacción de necesidades básicas, también la garantía de sus libertades, honra, y derechos fundamentales.

La omisión en la implementación de la política nacional de salud mental en el país, indirectamente ha venido vulnerando los derechos y dignidad de las personas que la padecen, su familia y la sociedad. Por ejemplo, la concepción que se ha tenido del discapacitado históricamente como un ciudadano con padecimiento origen de un castigo divino y en estos tiempos, un daño físico o psíquico; asumiéndose no solo como un problema del individuo, sino como un problema de tipo social y más aun de derechos humanos. Por ello, “en la actualidad, es difícil encontrar planteamientos que nieguen la necesidad del establecimiento de medidas dirigidas a disminuir las dificultades con las que se encuentran las personas con discapacidad en lo referente al disfrute de los derechos” (Calderón, 2005, p.137).

Pese a esto, las medidas han sido deficientes, pues como lo explica Calderón (2005) sigue existiendo distancia entre los derechos y las personas con capacidades especiales, pues jurídica y normativamente es poco el desarrollo para la protección de derechos de personas con padecimientos mentales. Por esa razón, es tan

importante la inclusión de una política pública seria y efectiva en los planes de desarrollo donde se adopten medidas ejecutables en la solución óptima del problema, que no solo afecta al grupo diferenciado sino a todo el cúmulo social. Surge entonces un interrogante: ¿Hasta qué punto el Estado puede intervenir en decisiones para los discapacitados mentales, sin contar con su plena autonomía y capacidad de decidir?

Para la posmodernidad democrática, el sujeto se define no ya por su dependencia y sumisión al gran sujeto, sino por su autonomía jurídica, por su total libertad económica, en la que se ha comenzado a dar al sujeto una definición autorreferencial: “el nuevo sujeto ya no está sujeto a Dios, ni al Rey ni a la república, sólo es súbito de sí mismo (...) El referente de la democracia ya no es la tierra ni la sangre, sino el individuo libre” (Dufour, 2003, p.83). En este sentir, el concepto dignidad del individuo libre, libre para pensar, para razonar, para comunicarse, sería independiente de su capacidad mental. Un ejemplo trae a colación Campoy (2000) cuando hace alusión en cuestiones de Derecho sobre un niño menor, indagando que si su capacidad de razonar es limitada ¿entonces no tendría dignidad?

En los últimos años como lo expresa Dufour (2003) se ha ido de alguna manera disminuyendo esa apreciación del menor como sujeto incapaz, concediendo importancia a “sus opiniones y a sus intereses, valorándolo como un sujeto autónomo (al menos relativamente), considerándolo como un sujeto con su capacidad disminuida, que posee capacidad moral en el sentido de que orienta su existencia hacia el logro de planes de vida” (p. 493).

Con este ejemplo es claro discernir que la dignidad no depende de la capacidad, más bien hace alusión a un concepto de libre desarrollo de la personalidad, la autonomía individual, la cosmovisión, una mirada subjetiva de cada uno en sus decisiones para los planes de vida. De ello se concluye, que una cosa es la capacidad de razonar, sentir y escuchar y otra la posibilidad de razonar, sentir y escuchar desde el mundo de cada individuo. La autonomía debe ser entendida como ejercicio de libertad frente a la toma de decisiones de los individuos a satisfacción de sus necesidades; sin embargo, como esas decisiones se toman en

el plano social y colectivo, afectan a toda una comunidad; por ello, lo importante de una política pública que vele por el universo propio de la salud mental, en términos de la OMS (2001) debe abarcar el “bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales” (p.5). Adicionalmente, la propia OMS (2007) reitera que:

La salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (p.4)

En general, la concepción de la salud debe verse como un derecho no como un servicio en aras de la protección de los demás derechos fundamentales como la vida, la igualdad, la libertad y la autonomía; Por eso, es bivalente determinar el papel de la ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud como ley estatutaria con el objeto de garantizar, proteger y regular el derecho fundamental a la salud mental. Tal es el caso de las sentencias T-406 y T-484 de 1992, ya que en ambas se hace una profunda conexidad con la salud y la vida. Sentencias como T-494 de 1993, C-408 de 1994, T-207 de 1995, SU-111 de 1997, SU-480 de 1997, T-328 de 1998, T-177 de 1999, T-027 de 1999, T-101 de 2000 y T-128 del 2000, T-652 del 2006, T-760 de 2008, T-1176 del 2008, son entre otras, el piso y sustento a lo largo de la constitución del 1991 para convertir el servicio de salud en un derecho fundamental, al punto de llegar a ley estatutaria (Jiménez, & Angulo, 2016, pp.81-90).

Para resumir, la autonomía y libertad del individuo son los ejes centrales de una política pública dirigida a la salud mental (Gallo, 2012 pp.40-47), teniendo en cuenta que no solo se protegen los derechos fundamentales del individuo como paciente mental, sino los de sus allegados más próximos, los de la familia como unidad y núcleo esencial de la sociedad que merece especial protección y los de la colectividad, todos susceptibles de amparo por la vía acción de tutela. Ejemplo, si el

concepto médico dispone que no es necesario un tratamiento psiquiátrico hospitalario, el paciente debe ser reintegrado al entorno social, recibiendo el servicio médico acorde con su dignidad y su derecho a la libertad y al libre desarrollo de la personalidad” (T-851/1999). En este mismo sentido, La corte ha proferido que:

La noción general de la salud implica, además de la prosecución de los aludidos objetivos generales de bienestar y estabilidad orgánica y funcional, "la autodeterminación y la posibilidad de gozar de una existencia adecuada que no les pueden ser negadas, y ellas son las que resulten más [convenientes] y ajustadas a su disminuida condición física y mental. Debe recordarse entonces, que la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente a la [integridad] física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona. Se trata sin duda, de una garantía que está enraizada en el fundamento mismo del Estado Social de Derecho y que se concreta de diversas formas en los casos de quienes padecen dolencias particularmente gravosas. (T-050/2019)

En cuanto a la comunidad internacional, en el documento los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991), se encuentran inmersos derechos civiles y políticos, económicos sociales y culturales de los enfermos mentales. El primer Principio trata sobre las libertades fundamentales y derechos básicos, dentro de los cuales está el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, y en segundo lugar, un derecho civil, el derecho a ser tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana. Con esto, según la Corte, se concluye que:

Es de vital importancia para garantizar la dignidad de los enfermos mentales: primero, una atención integral en salud con la debida rehabilitación que comprende el proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con Discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes. (T-001/21)

Por su parte, el derecho al diagnóstico como lo establece la Corte, consiste en la realización de exámenes y la consecuente prescripción de tratamientos, para determinar con “el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología, el tratamiento médico que asegure de forma más eficiente el derecho al ‘más alto nivel posible de salud” (T-001/21). En segundo lugar, un trato digno respetando las libertades fundamentales del paciente y su familia. De allí, se reitera la corresponsabilidad entre el Estado y la familia como principales actores en la atención, tratamiento y recuperación del individuo con algún trastorno mental, donde “tanto el Estado, como la familia y los demás ciudadanos son responsables de la recuperación y la subsistencia de esta población que se encuentra en una situación de debilidad manifiesta debido a su disminución psíquica” (T-1090/2004).

### ***1.3.2 Responsabilidad de Estado en Salud Mental***

Históricamente, la salud ha sido entendida a través de múltiples atribuciones y significados, hasta el momento en el que los estados intervienen de manera decidida para asumir el control del cuerpo, las emociones, la vida, la muerte, la salud y la enfermedad mediante el empleo de diversas estrategias políticas y de gobierno (Herazo, 2014, p.23). La responsabilidad del Estado frente al tema de salud mental, suma gran importancia en el sentido que no solo es un tema íntimamente relacionado con derechos humanos, sino que también es un tema de salud pública, siendo obligación del Estado garantizar su prestación como uno de sus fines esenciales. Así las cosas, para Gómez (2003), tomando como referente la Constitución Nacional de 1991:

Uno de los derechos fundamentales es el derecho a la salud. Dentro de éste, proteger y mejorar la salud mental de la población es una de las responsabilidades que tiene el Estado con los ciudadanos. Esta tarea implica fijar políticas precisas y eficaces sobre este tema y tomar decisiones que lleven a establecer prioridades según necesidades detectadas, patologías existentes, tipo de servicios disponibles, estrategias de prevención y promoción en salud mental, tratamientos que se vayan a realizar, personal requerido y financiamiento. (p.219.)

Desafortunadamente, en Colombia ante la vulneración de los derechos de los pacientes mentales y sus familiares, para lograr el reconocimiento recurren a instancias judiciales por: “incumplimientos de las EPS en la prestación de servicios, negligencia en el servicio, vulneración de derechos fundamentales” (Cardoso, 2003, pp.86-90). Para la Corte Constitucional, la exigibilidad jurídica vía tutela del derecho a la salud, se convierte fundamental a enfermos de sida, enfermos mentales y fármaco dependientes, derechos de los niños, mujeres en embarazo como sujetos de prevalencia en el derecho; y es preocupante cómo los derechos derivados de la salud, se han logrado vía tutela; de acuerdo a su análisis, quienes no acuden a estos sistemas judiciales, posiblemente vean sumamente afectados sus derechos a la salud, porque su cumplimiento está siendo sujeto a la judicialización del derecho y no por el simple hecho del goce efectivo de su derecho. Para Ardila (2010):

La mayoría de acciones de tutela relacionadas con la “salud mental” son interpuestas por personas con padecimiento mental o por sus familiares, el sujeto más frecuentemente demandado es la institución de salud y los derechos invocados para su restitución son, en la mayoría de los casos, los de la vida, la dignidad y la salud. (p. 493)

Otro mecanismo de protección, es la Ley 1306 de 2009, por la cual se dictan normas para la protección de personas con Discapacidad mental, se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados y se señalan los derechos civiles de las personas en capacidades especiales mental en concordancia con la convención internacional sobre derechos de las personas con Discapacidad de las naciones unidas (CIDPD) la cual busca “promover, proteger y asegurar, el pleno goce en condiciones de igualdad de los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las personas con Discapacidad, al promover el respeto de su Dignidad inherente”(Arias,2010, p.408).

De acuerdo con Arias (2020) la Discapacidad debe ser entendida como una situación de las personas naturales que “padecen limitaciones psíquicas o de comportamiento, que no les permiten comprender el alcance de sus actos o que asumen riesgos excesivos o innecesarios en el manejo de su patrimonio y cuya



incapacidad jurídica está correlacionada con su afectación” (p.408). Es así como las personas con capacidades especiales mentales ya sean absolutas o relativas, tienen iguales derechos que toda la colectividad; así para su ejercicio tengan unas condiciones especiales de protección por su familia e instituciones y acompañamiento, pues esto no significa que no gocen de ellos. Por tal razón, la vulneración al derecho a la salud mental, vulnera los demás derechos, no solo los relacionados con las condiciones de salud (atención, medicación, servicio preferencial, tratamiento, etc.) sino todos aquellos derechos inherentes a las personas (Vivienda, educación, recreación, vestuario, alimentación, mejora de sus condiciones de vida). Precisamente la Corte en sentencias C-478 de 2003 y C-1088 de 2004, hace énfasis en el cuidado de la utilización de los términos para referirse a las personas con capacidades especiales y diversidad mental, pues llamarlos, dementes, locos, vulnera su derecho a la no discriminación, tal como lo explica Herazo (2014) al afirmar que:

En el escenario actual la incorporación de la salud mental como derecho exigible y disfrutable ha sido un proceso plagado de problemas y dificultades, entre los que se destaca el estigma hacia la salud mental como campo y hacia las personas que utilizan o podrían ser usuarias de los servicios de salud mental o que padecen algún trastorno mental (p. 26)

Así pues, en el marco de la Ley 100 de 1993<sup>3</sup>, es necesaria una atención y una mirada detenida a los pacientes que padecen enfermedades mentales por varias razones: El estigma<sup>4</sup> de la enfermedad mental en la comunidad, hace que no se

---

<sup>3</sup> El campo de la salud mental quedó, de manera tácita, por no decir, casi excluida del actual SGSSS, y sólo resoluciones posteriores entraron a reglamentar este tipo de servicio; sin embargo, la legislación continúa siendo ambigua y dependiendo de la interpretación que realice un asegurador o un ente territorial, se desarrollan los servicios o se ofrecen programas integrales que cubran las necesidades complejas de la población (Morales, 2003, p.20S).

<sup>4</sup> El concepto Complejo Estigma-Discriminación Asociado a Trastorno Mental (CEDATM) tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas que reúnen los criterios de estos trastornos y puede explicar un número importante de suicidios. Una primera vía se relaciona con el CEDATM percibido, que se transforma en una barrera de acceso a servicios y acciones en salud mental, y la segunda ruta incluye comportamientos autolesivos repetidos que incrementan el CEDATM y el estrés percibido. (Campo & Herazo, 2015; p. 248)

realice un análisis adecuado de la situación, pues un asunto complejo que involucra, familia, entorno social, laboral, desde que el colectivo no tenga una plena conciencia de las consecuencias y del manejo de las enfermedades mentales, es difícil que se asuma con la responsabilidad debida; es el caso del jefe en el área laboral que no comprendería ausencias laborales a causa de un trastorno mental, pues el estigma ha generado la incomprensión de la sociedad ante quienes la padecen. Esto, implica una medida de acompañamiento, monitoreo y rehabilitación en la que el Estado se ha quedado corto. “Con la ley 100 se limita el derecho por la inclusión de medicamentos en el POS, aunque en su gran mayoría la formulación son medicamentos no –pos donde el paciente debe acudir a la acción de tutela para valer su derecho” (Reyes, 2003, pp. 30-36).

En este sentido, los pacientes comienzan a disminuir su capacidad académica, intelectual, laboral ocasionando más problemas sociales y de tipo laboral, convirtiéndose en un círculo vicioso, entre más dificultades más se acrecienta el padecimiento. La urgencia es el tratamiento preventivo<sup>5</sup> y la detección temprana como lo ha señalado la OMS, desde los servicios de baja complejidad. Para el año 2019, según estudio del Ministerio de Salud en Colombia, solo el 10% de los pacientes que requieren tratamiento en salud mental lo reciben, con el agravante de que apenas una de cada tres de las personas que la solicita la recibe de manera integral. Carlos Gómez Restrepo, médico psiquiatra, decano de medicina de la Universidad Javeriana y cabeza de la ENSM (2018), señala que en el país una de cada 10 personas adultas y el 12 por ciento de los adolescentes presentan problemas de orden mental, siendo esta una de las primeras causas de enfermedad que se puede derivar de trastornos genéticos, ambientales, cerebrales, en términos de Caplan (1998), físicos o factores psicosociales y socioculturales. Esto implica que el Estado garantice un equilibrio, desarrollo y disfrute pleno de los derechos correspondientes a los componentes psicosociales, educación, trabajo, participación, socioculturales, al libre desarrollo de la personalidad y libertades en

---

<sup>5</sup> Como complemento de estudio, se recomienda la lectura de Klevens, J; De La Cruz, L; Arango, P; et al. (1989).

general para el paciente y su familia; “así como gozar de un estado de una buena salud” (Sanín, 1977. pp. 337-339).

Un ejemplo de los factores psicosociales que afectan la salud mental es la pobreza<sup>6</sup>, esta favorece las enfermedades mentales de acuerdo a estudio realizado por el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, en el 2015. También, “la forma en que se comportan los padres en la crianza de sus hijos, influye en el desarrollo de ansiedades y/o depresiones, cuando por parte de los padres se ejerce control psicológico y conductas disóciales” (Ruvalcaba, et al, 2016, pp.223-236). Así, pensar que practicar hábitos saludables y tener pensamientos positivos son suficientes para el cuidado de la salud mental, pone en descontexto factores de desigualdad social, corrupción, asesinato de líderes sociales y, en general, la crisis actual en las relaciones sociales, colectivas y comunitarias que también integran la salud mental. Esto es, una perspectiva psicosocial propuesta por el modelo cultural y el de la determinación social.

Por otro lado, en entrevista realizada por Arteaga (2001) al profesor y psiquiatra Sartorius (2001), quien fue director de la OMS, a la pregunta: ¿Según su concepto de qué factores depende la salud mental de una población?, la respuesta obtenida fue:

No creo que exista la salud mental en forma independiente. Existe la salud en general y, dentro de ella, un componente mental. Parto del concepto que es imposible una salud física y mental perfecta, y cuando nos referimos a promoción de la salud, nos referimos a la salud entera. Aquí aparecen posibilidades de prevención en todas las áreas: materna, perinatal, infantil, de

---

<sup>6</sup> Los trastornos mentales no sólo son altamente prevalentes, sino también altamente incapacitantes. La mayor parte de la carga global de enfermedad mental corresponde a las naciones más pobres, donde vive el 80% de población mundial. Hay pocos recursos disponibles para enfrentar los retos de la salud mental en estos países. Un tercio de la población del mundo, es decir, 2.000 millones de personas, vive en países que invierten menos de 1% de su presupuesto de salud en la salud mental (Syed, 2009, p.12).

la tercera edad, etc. y aparece la probabilidad de trabajar con la comunidad. (p.11).

Mientras que, para Carlos Alberto Palacio Acosta, Psiquiatra docente de la Universidad de Antioquia en la Facultad de Medicina (2017), la mente ha sido distanciada del cuerpo a tal punto de hablarse de salud y salud mental; es decir, esa conceptualización de la dualidad mente-cuerpo y las estructuras administrativas y políticas nacionales, la salud mental ha sido un componente marginal y aislado del resto de los elementos trabajados en salud. En estos términos, no se puede continuar manteniendo la separación entre los aspectos biológicos, mentales y sociales de la salud.

Es así como de acuerdo con Palacio (2017) y Arteaga (2001), la separación de estos dos elementos, categoriza, segmenta, fragmenta y no permite un avance importante en esta dimensión, ni permite la integralidad en cuanto a los principios: calidad de vida, bienestar de vida y desarrollo humano. Es por esto, que existe una necesidad latente de regular el tema de salud mental en el país de manera integral, tanto salud física como mental; a lo que se puede decir que es hasta el año 2011 con la Ley 1438, se le hace frente a la necesidad de regular el tema de salud mental en el país hablando de “psicoterapias, medicamentos, rehabilitación, así como, la inclusión de las mujeres víctimas de la violencia en atención psiquiátrica obligatoria y urgencias para Salud mental” (Gómez, 2012, pp.7-14) De ahí, nace una responsabilidad del Estado frente a la salud mental, que es compartida con la familia y la sociedad en virtud del principio de solidaridad del Estado Social de Derecho.

Ha indicado la Corte que, por las implicaciones que tienen los enfermos mentales frente a la posibilidad de tomar decisiones, de interactuar con otros, y en tanto implican serios padecimientos para ellos y sus familias, son sujetos de especial protección constitucional y merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores encargados de suministrar atención en salud. Generando entonces en cabeza de la familia y la sociedad en general, el deber de propugnar una recuperación en caso de ser posible o entablar los mecanismos posibles para que lleven una vida en condiciones dignas

(T-949/2013). En este sentido, la atención y protección de los enfermos son responsabilidades que emanan del principio de autoconservación y se atribuyen en primer término al propio afectado. Si esto no acontece, se esperaría que por su naturaleza estos deberes surjan de manera espontánea en el seno del núcleo familiar, respaldados siempre en los lazos de afecto que unen a sus miembros. Pero de no ser así, y con el propósito de guardar la integridad del ordenamiento jurídico y social, es posible recurrir al poder estatal. No puede pensarse que se procura establecer una obligación absoluta y desconsiderada, pues la asistencia que se predica de la familia respecto de sus miembros enfermos, debe ser establecida de cara a la naturaleza de la enfermedad que se enfrenta y teniendo en cuenta los recursos económicos y logísticos de que se disponga. De este modo, ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o de alguien que puede permanecer en su hogar, han de buscarse los medios adecuados para que, junto con la terapia médica convencional, puedan contribuir al proceso de alivio. Será entonces necesaria la coordinación de esfuerzos para que los particulares cuenten con la asesoría e información necesarias que permitan contribuir eficazmente a la mejora o estabilidad del enfermo, entendiendo que, la familia goza de ciertos derechos por los cuales también ha de velarse. Todo esto deriva en una armonización de intereses.

Según la misma corte, la comprensión y el cariño son fundamentales en el proceso de recuperación de un paciente, la aceptación y el apoyo resultan esenciales para permitir que los enfermos se reintegren a un ambiente digno y acogedor. Bien es cierto, que en el caso de trastornos mentales se presentan actos y comportamientos que pueden resultar extraños y que difícilmente se pueden explicar; empero, no es el temor y el alejamiento la manera de encarar estos hechos, no son la indiferencia y el rechazo las formas de responder a las necesidades de quienes por el afecto y por la sangre resultan más cercanos. Cualquier programa de hospitalización parcial o de tratamiento ambulatorio requiere del compromiso familiar, brindando apoyo y colaboración para la asistencia a consultas y terapias, el mantenimiento de una adecuada presentación personal, la supervisión en el desplazamiento y el cumplimiento de normas, la toma de medicación, el estímulo

afectivo y emocional para la recuperación, reuniones familiares de acuerdo con lo programado con el equipo terapéutico y demás actividades que contribuyan eficazmente a la estabilidad y bienestar de los enfermos dentro del comprensible Estado de sus dolencias (T-209/1999).

Como parte de esa responsabilidad que emana del Estado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman los costos del tratamiento en salud mental por tratarse de servicios médicos no cubiertos con subsidios, como lo demanda el artículo 43 de la norma. A propósito, tomando en cuenta lo tratado anteriormente respecto a las competencias de la nación en los entes territoriales, en virtud de la descentralización en salud mental, la Corte profiere que:

Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones: (...) Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental. (T-124/2002)

En este orden ideas, los planes obligatorios de Salud en los territorios deben 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; teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, la identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades, que definan las prioridades en salud pública.

Así, dentro de los Estudios Nacionales de Salud Mental en Colombia y los diagnósticos de la situación de la salud en Colombia realizados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la salud mental se encuentra dentro de las diez prioridades de la salud en el país como consecuencia de la protección especial que demandan las personas puestas en circunstancias de debilidad manifiesta en el Estado social de derecho. Esa condición, pone la tarea al Gobierno nacional junto con los gobiernos departamentales y municipales, para diseñar políticas y adelantar programas de atención enfocados en esta población.

“Es precisamente a través de estas instituciones, que la organización estatal busca materializar el deber de solidaridad que le corresponde asumir, cuando no es posible que la familia y los particulares se hagan cargo de esta población vulnerable” (T-1090/05). Y se reitera con el decreto 658 de 2013 que reglamenta la ley 1616 del 21 de enero de 2013, cuyo objeto es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud; es decir, se aproxima al concepto donde la garantía del derecho de la salud mental debe ser de manera integral y continua. Una explicación acertada sobre este hecho la entrega Palacios (2017) al mencionar que:

El Ministerio de Salud en el último tiempo, ha difundido y tratado de que se lleve a cabo la implementación de un modelo basado en la Atención Primaria de Salud (APS), este modelo llamado Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS). Sin embargo, las dificultades han sido múltiples: la falta de credibilidad en acciones de promoción y prevención para impactar en población sana o en riesgo; los imaginarios culturales de la población que hacen que siempre se trate de acceder al alto nivel de complejidad, cuando en realidad el 60% de los eventos en salud son resueltos de manera óptima y eficiente en el primer nivel;

la carencia de coherencia entre los niveles con una adecuada remisión y contra-remisión que permita que los pacientes puedan transitar de manera fácil por un verdadero sistemas que en cada nivel pueda brindar oportunamente las acciones que correspondan. (p.193)

Bajo este panorama, Posada (2013) afirma que es preciso contemplar las proyecciones estadísticas que muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el año 2022, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares (p.497). En este mismo sentido, la OMS se refiere a los trastornos mentales como uno de los principales desafíos de la salud pública y sobre la necesidad de una respuesta integral y coordinada al manejo de los trastornos mentales desde la salud y los sectores sociales a nivel de país. Esta acción ha sido reforzada por el “Plan de acción en salud mental 2013-2020”, adoptado por la Asamblea Mundial de Salud. Al respecto menciona Posada (2013) que:

El desafío para la salud pública es jugar un papel de liderazgo en los esfuerzos sociales para manejar la salud mental como una parte integral de este mandato. Los problemas son amplios y nos afectan a todos directa o indirectamente. La nueva salud pública debe ayudarnos a encontrar una mejor atención (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación) en este campo. (p.497)

Por su parte, la Corte Constitucional ha resaltado en reiteradas sentencias sobre el tema, que el principio de integralidad y continuidad del servicio va más allá del puro trámite de citas y consultas médicas, incluyendo el diagnóstico, la prevención, los tratamientos, los cuidados clínicos, los medicamentos, las cirugías, la terapia y todos aquellos elementos de atención que aseguren la eficiente cobertura de la seguridad social en favor de las personas. Adicionalmente, ha sentado a través de sus jurisprudencias, la visión de la salud no solo como la atención funcional, física y curativa de la persona, sino como una acción de integralidad en cuanto a la vida, que abarca también aspectos emocionales, mentales, psicológicos, sociales. En sentencia T-118/2022, la Corte concluyó que a un paciente psiquiátrico al que se le



realiza cambio injustificado de la IPS, se le vulneran los principios de integralidad y continuidad en su derecho fundamental a la salud mental. Asimismo, como lo expresa Vélez (2007) se reconoce el alcance de este derecho en dos sentidos:

El primero de ellos hace referencia a la salud como un servicio público generador de derechos prestacionales, y de otro lado, la salud como servicio público generador de derechos fundamentales; en este último sentido se basa el alcance de la protección del derecho en la jurisprudencia constitucional. (p.74).

Se entiende entonces que, para lograr que los procesos propicien una salud mental adecuada, es urgente atender las necesidades para el bienestar integral de las poblaciones en desarrollo a través de políticas públicas. Según Restrepo-Espinosa (2012), cuando se da la relación entre salud mental y prácticas políticas, surge lo que se conoce como salud mental pública. Esto hace referencia al campo de la salud que trasciende las fronteras de la ciencia, para orientar la toma de decisiones políticas con incidencia en las comunidades y los sujetos. En palabras de Gómez, et al. (2021):

Los discursos sobre la salud mental son usados para definir la forma de gastar los recursos públicos en poblaciones e individuos específicos predefinidos como vulnerables, frágiles o en riesgo, y sobre ellos recaerá el ejercicio de poder del Estado biopolítico, es decir, de aquel que gobierna sobre la vida y lo viviente. (p.37)

Desde este punto de vista, la salud pública es un campo epistemológico de frontera entre el saber, el Estado, la economía y el poder (Restrepo-Espinosa, 2012). De esta manera, se cuestiona la atención diferencial en salud mental derivada precisamente del Estado, pues se reconocen vulnerabilidades según el tipo de personas. Por ejemplo, si son víctimas del desplazamiento forzado, van a requerir un trato especial distinto al de otros grupos poblacionales en riesgo psicosocial. Sin embargo, esta característica propia de la gubernamentalidad

contemporánea se basa en que dicho discurso de atención diferencial, normaliza un sufrimiento y naturaliza la relación entre víctima, pobre y excluido.

Los poderes políticos ajustan a sus prácticas reguladoras la versión de la salud mental que más les conviene. Como ejemplo, en Colombia la ley de víctimas (Congreso de la República, Ley 1448, 2011), exige a la persona su condición exclusiva de víctima, vulnerable y en riesgo, para que pueda ser beneficiada y atendida por el Sistema General de Salud y demás servicios del Estado. En ambos escenarios, la salud mental es para el Estado ausencia de enfermedad y se supedita a la aparición de esta el acceso a la atención.

Con la adopción de la Agenda 2030 y los ODS (2015), la salud mental adquirió mayor relevancia dentro de las discusiones de política pública como un canal para mejorar la educación y reducir la desigualdad y los conflictos. La salud mental es transversal dentro de los ODS y está relacionada con diferentes temas de la Agenda 2030 como la pobreza, la salud y el trabajo. Específicamente en el Objetivo 3 “Salud y Bienestar” se encuentra la meta 3.4 que establece: “De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”; siendo la ENSM (2015) en cumplimiento del PDSM 2013-2020 de la OMS, el insumo para contar con información relacionada a la salud, problemas y trastornos mentales que guían la definición de las políticas relacionadas con salud mental permitiendo mejorar el bienestar de la población y fortalecer la investigación en el tema, así como “las intervenciones y su evaluación, prevención de la enfermedad y tratamientos de las presentes” (Gómez & Santacruz, et al, 2016, p.8).

Un ejemplo se reconoce en la ENSM realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) a la población colombiana introduciendo el modelo de espectro-continuum que diferencia varios términos: la salud mental como asunto de relaciones, los problemas en salud mental referidos a dificultades de la vida cotidiana y el trastorno mental según los criterios clínicos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM); y de estas tres denominaciones, se describen dos categorías para este derecho : subjetiva-relacional y social colectiva.

Cabe aclarar que estas categorías en el año 2019 se alteran en el individuo y en el colectivo social en el momento en el que toda la población del planeta entra en la crisis pandémica generada por la enfermedad COVID-19.

### **1.3.3 Salud Mental En La Pandemia**

El 12 de diciembre de 2019 se reportó el primer caso por coronavirus en Wuhan, China, y el 12 de enero de 2020 OMS la denominó “Coronavirus Disease 2019”, COVID-19. Posteriormente, el espectro de contagio se extendió por el mundo hasta generar una pandemia global, declarándose la emergencia internacional de salud pública. De acuerdo con Tranche y Álvarez (2021):

La pandemia ha implicado la aparición o complicación de los problemas de salud mental en la población, con especial énfasis en ciertos subgrupos, temática que empieza a ser objeto de investigación en diversos países. Por ejemplo, algunos estudios indican que el personal sanitario, en especial de primera línea, experimentó una alta presión psicológica y que la población en confinamiento que se restringió del contacto social experimentó emociones negativas y preocupaciones que disminuyeron su bienestar en momentos diferentes del brote. (p.89)

A partir de la pandemia, la salud mental se convirtió en una de las preocupaciones de mayor importancia en las agendas de los gobiernos; no solo con el enfoque para el individuo, sino también para las familias y la sociedad. Es un evento de salud pública que altera las emociones de la población tales como el temor, la angustia y la ansiedad, ya sea por contagiarse o por afrontar el aislamiento. Todos estos efectos de la pandemia se conjugan con el diario vivir, con los trastornos en salud mental históricos ocasionados por la violencia, la depresión, el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, el alcohol, entre otras. Frente a esto, Moscoso (2019) reveló que la evidencia internacional sobre los impactos

psicológicos de la cuarentena señala efectos de estrés postraumático y confusión e ira asociados a temores de infección, frustración, aburrimiento, pérdidas, estigmas, etc.

En Colombia, según el Viceministro de Salud Pública, para el 5 de mayo de 2019 ya se habían realizado 1.635 intervenciones en salud mental: 60% a mujeres, 46% proceden de Bogotá, Antioquia y Valle; 45% por síntomas de ansiedad y estrés, seguidos de distintas formas de violencias al interior del hogar. Y Agrega que las líneas territoriales de salud mental han mostrado un aumento en las consultas hasta del 30% durante la pandemia del covid-19. Es por esto que para el primer momento de la pandemia se reflejaban sensaciones de incertidumbre en la generación de nuevos conocimientos en el área mental, colocando la salud mental como elemento sustantivo para la calidad de vida humana para todos los sistemas de salud en el mundo. Esto se dio como una medida general en las personas o la población consecuencia del COVID-19, incluso para el personal de la salud, quienes han presentado problemas de salud mental que afectan al sistema hospitalario y sanitario de los países.

En el caso colombiano, la búsqueda dejó ver la ausencia de producción científica en relación con el impacto de la pandemia en la salud mental de nuestra población durante la fase inicial del brote COVID-19 (Tranche & Álvarez, 2021). Sin embargo, en octubre de 2020, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, la OMS publicó un estudio en el que indicaba que la pandemia había provocado un aumento de trastornos de salud mental y, como consecuencia, los servicios esenciales habían quedado paralizados en el 93% de los países del mundo debido al aumento de la demanda de este tipo de atención y que la financiación de servicios de apoyo y tratamiento en el sector de la salud mental era insuficiente: antes de la pandemia, los países destinaban menos del 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental.

Como consecuencia, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2020) determina que en los países de ingresos bajos y medio el 75% de las personas con problemas de salud mental no reciben ningún tratamiento. La pandemia acentuó

estas brechas de acceso y empeoró el estado de la salud mental de muchas personas debido al aislamiento y la gran cantidad de fallecidos. Tal es el caso de Colombia, donde según las cifras de la Encuesta de Salud Mental, informadas por el DANE (2021):

Alrededor del 52,2% de los jóvenes encuestados presentaba entre uno o dos síntomas de ansiedad, así como se identificaba que, alrededor del 36,6% de la población encuestada entre 12 y 17 años consideraba que su estado de salud era excelente; por su parte alrededor del 47,6% la población de 60 años y más consideraba que su estado de salud era bueno, mientras que el 23,8% de la población encuestada perteneciente a este grupo consideraba que su estado de salud era excelente. Para el mes de junio de 2021, el 31,8% de la población desocupada reportó haberse sentido sola estresado/a, preocupado/a, o deprimido/a, seguida por la población ocupada con 27,7%. Con respecto al suicidio y de acuerdo con las Estadísticas Vitales son los hombres quienes más cometen este tipo de actos, por ejemplo, en el primer trimestre de 2021 presentaron tasas de suicidio y suicidio ampliado de 2,3 y 3,6, respectivamente, mientras que las tasas de las mujeres fueron 0,5 de suicidio y 0,8 para suicidio ampliado. (p.39)

En esta misma línea, en artículo publicado Quintero (2021) se refiere a la atención por casos de Salud Mental en el país, indicando un aumento de un 34,6%; no obstante, la frecuencia de uso de servicios se mantiene estable en cuatro atenciones al año por persona; siendo los departamentos con mayor número de personas atendidas Magdalena, Atlántico, Córdoba, Antioquia, Bolívar, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Cundinamarca, Quindío, Caldas, Valle del Cauca, Cauca, Nariño, Tolima y Risaralda. De la población atendida por trastornos mentales, el 57,4 % pertenecen al régimen contributivo y el 60,77 % por trastornos derivados del consumo de sustancias psicoactivas, pertenece al régimen subsidiado. De ese porcentaje, en promedio el 23,8 % de las personas atendidas fueron por trastornos de salud mental por consumo de sustancias psicoactivas”, Esto, se evidenció también con los resultados de la consulta ciudadana para

formular el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los cuales mostraron prevalencia en la sociedad del consumo de sustancias psicoactivas y las violencias, incluidas accidentalidad y suicidios. Es por ello que en la dimensión Convivencia Social y Salud Mental del plan, se incluyó entre sus componentes “la promoción de la salud mental y la convivencia, y la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales” (Parales, 2018, p.10). A ello se agregan los problemas sociales, económicos, el incremento de la pobreza, el desempleo, la inseguridad ocasionados por la pandemia, que aumentan la ansiedad, depresión, el abuso de sustancias psicoactivas y alcohol, la intolerancia y con ello el maltrato y la violencia intrafamiliar.

La psiquiatra Carolina Corcho (2021), presidenta de la Asociación Médica Colombiana, señala que entre las personas que se clasifican como pobre y no pobre, no existe diferencia para estar deprimido o tener síntomas depresivos. El problema está más dirigido a la incertidumbre por haber perdido el empleo durante la pandemia. Por otro lado, a raíz de la pandemia se agudizaron los trastornos en los profesionales de la salud; y los pacientes con trastornos que suspendieron tratamientos por no poder asistir a ellos incrementaron su estado. Por ejemplo, la ciudad de Madrid se vio obligada a destinar el 60% de las camas asignadas a pacientes con enfermedades mentales, a los pacientes con COVID-19, lo que redujo en un 75% el número de personas atendidas en los servicios de salud mental de emergencia; lo que indica que el control de la crisis mental, depende del control de la crisis socioeconómica que deja la pandemia. Es allí donde la gestión del gobierno debe ir encaminada a optimizar las estrategias y potenciar la financiación con el fin de recuperar oportunidades sociales importantes para la salud física y psicológica.

Es por ello que, en el caso de España, se ha presentado una propuesta para reivindicar la salud mental en tiempos de pandemia en el país, donde se reconoce la priorización en la vacuna del Covid-19 de los pacientes con trastorno mental, que se adoptó también en Colombia. Por eso, llevar el debate de la salud mental a la Comisión Europea, es poner sobre la mesa la necesidad de un aumento urgente de los recursos públicos destinados a la atención a la salud mental, acceso global

público gratuito y universal a la atención a la salud mental, aumento de la inversión para fomentar la atención comunitaria, implementación medidas de apoyo psicológico y acompañamiento personalizado, creación de medidas, estrategias y ayudas para garantizar la sostenibilidad y la actividad de las entidades del tercer sector especializadas en salud mental, establecimiento de planes de coordinación y trabajo en red, Implantar evaluar y adaptar los protocolos, asumir transversalidad y perspectiva de género.

Mientras que, en Canadá, señala Sabogal (2021), hace más de 100 años definieron la salud mental como uno de los pilares para su desarrollo y en la actualidad es una sociedad muy próspera y con una estabilidad económica muy superior a algunas potencias mundiales. La salud mental tiene mucho que ver con el desarrollo de la sociedad, porque determina la manera como se entienden, cooperan y trabajan los ciudadanos en la diferencia, aspecto que garantiza un acercamiento a la innovación. Por el contrario, en el país, el Colegio Colombiano de Psicólogos propone a propósito de la salud mental en pandemia, la necesidad de una acción integral, diferencial y rápida que contenga diferentes niveles de complejidad con distintos niveles de intensidad, efectos diferentes en distintos tipos de población; acciones alineadas con los ejes de la política de salud mental (prevención-promoción y atención integral de la salud mental), necesidad de acción intersectorial, diferentes áreas de funcionamiento (Individual-pareja-familia-social-educación-laboral). Así lo explica Medina (2020) al mencionar que:

Antes de la pandemia, los problemas de salud mental ya tenían una alta prevalencia a nivel mundial; para el año 2017 se encontraba que más de 300 millones de personas en el mundo sufrían de depresión y más de 260 millones presentaban trastornos de ansiedad (OMS, 2017); situación que durante la pandemia, se ha agudizado significativamente no sólo por el aumento en la prevalencia de problemas relacionados con salud mental, sino por los tratamientos a situaciones de salud que por priorización del evento Covid-19 se han visto interrumpidos, presentándose casos de personas con enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales, quienes han experimentado un

deterioro en su tratamiento y en su respectivo proceso de seguimiento médico.  
(p. 7)

Esto ha llevado a que la economía mundial pierda más de 1 billón de dólares estadounidenses cada año, debido a la depresión y la ansiedad; más de 264 millones de personas en el mundo sufren de depresión y alrededor de la mitad de los trastornos mentales comienzan a partir de los 14 años, siendo el suicidio la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años.

Ante esta problemática, Goldberg et al. (2021) proponen una visión muy interesante frente a la forma de superar la crisis en cuanto a lo mental, que se refiere a la conexión del ser humano con la naturaleza:

Las personas que han podido visitar espacios naturales cercanos, han tenido acceso a un jardín o simplemente han podido ver árboles desde la ventana han superado mejor los desafíos y la angustia relacionados con el confinamiento. Muchas personas también comentan que se han vuelto más conscientes de la naturaleza que les rodea, y que han sentido una conexión más fuerte con el mundo natural durante este periodo de crisis. (p.2)

Esto insta a que, como parte de una política pública en salud mental, los gobiernos inviertan en espacios naturales urbanos de alta calidad, en especial en zonas desfavorecidas donde deben implementarse intervenciones multifacéticas, incluir los servicios de salud mental como servicios esenciales, investigación relevante para las políticas en los ámbitos psicológico, social y neurocientífico, pues, sería la salud mental la próxima pandemia después del Covid. Además, esto hace necesario crear servicios de salud mental para el futuro como, por ejemplo, asegurarse de que la salud mental forme parte de la cobertura sanitaria universal, incluyendo la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en los paquetes de prestaciones sanitarias y en los planes de seguro.

Según los expertos, la atención de la parte psíquica es de las más importantes, porque de esto depende todo lo demás, así lo expresa la Doctora Lina Ruiz (2021), profesora de la Facultad de Medicina y coordinadora de Psiquiatría de la Clínica



Universidad de La Sabana. También es importante, como lo afirman Balluerka et al. (2020) “considerar que los discursos en los que se posicione el cuidado de la salud física y mental cobran especial relevancia para comprender cómo se direccionan las medidas de atención establecidas por el Gobierno en la problemática sanitaria por la covid-19” (p.67).

De acuerdo con la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>7</sup>, en Conferencia internacional sobre atención primaria en salud, señala que la crisis en salud mental que se da por causa de la pandemia, podría afrontarse desde la atención primaria definida por Alma Ata como una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías puestas al alcance de toda la comunidad, con costos accesibles para la misma que formen parte tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo socioeconómico de la sociedad en general. Sin embargo, Villarroel (2020) señala que el hospitalo-centrismo y el paternalismo biomédico, ambos términos centrados en la patología y la normalidad o anormalidad orgánica, están arraigados en las organizaciones que velan por la salud de los ciudadanos, en las cuales “la atractiva muerte contable siempre está más cerca de los hospitales que de la atención primaria” (p. 39).

Desafortunadamente, Colombia no cumple con la cobertura de atención primaria en salud que debería tener. Para Franco (2012) y Montenegro (2015), es la prevención terciaria, centrada en el tratamiento y la rehabilitación, la que ha primado. Es por esta razón que el problema de la salud mental en el país no se ha mirado desde la óptica primaria, lo que ha implicado un aumento significativo con la crisis mundial del COVID-19. Para autores como Hernández y Sanmartín (2018):

Esto deja en evidencia que la mayoría de las decisiones políticas, económicas y psicosociales para atender a la población en estos tiempos de pandemia se siguen soportando en modelos tradicionales centrados en el individuo, en la enfermedad o en los cambios de comportamiento, elementos que han sido criticados por su poca relación con los contextos de países latinoamericanos

---

<sup>7</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en la ciudad de Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

como el nuestro; además de la paradoja de un sistema de salud colombiano sostenido en un enfoque de derechos y al mismo tiempo en una preocupación por la rentabilidad financiera. (p.583)

Esto lleva a pensar que, ante las manifestaciones colectivas generadas por la pandemia como discriminación, control social y rechazo a quien no lleva el tapabocas, se haya infectado o haga parte del personal de salud, ha existido silencio institucional. El no entender las circunstancias psicosociales y económicas en que viven los individuos y colectividades en el país, hace que la crisis pandémica se agudice tanto en las condiciones de salud física como mental, debido al cambio de conciencia de la nueva realidad en tan corto tiempo con unas medidas preventivas como el uso del tapabocas; la existencia de sectores vulnerables donde no se contaba con el recurso para comprarlos; las dinámicas de trabajo en casa en muchos hogares que no contaban con acceso a energía, internet, computador; casas pequeñas; barrios peligrosos o demasiado ruidosos; familias numerosas; personas alejadas de sus seres queridos o de su territorio de origen. Sin duda, el incremento de la inequidad social, económica y política atenta contra la salud mental en sus diferentes matices: el despliegue armónico del ser (Lopera, 2012; OMS, 1950); la expansión de la libertad (Sen, citado en Restrepo-Ochoa, 2013); la autonomía en las decisiones y la capacidad de agencia de las comunidades (Martin-Baró, 1984) (Gómez, et al, 2021).

Han sido entonces, dos de las principales consecuencias de la pandemia, el aislamiento y el distanciamiento social, que han causado la pérdida del contacto físico, lazos amorosos, sociales, familiares y de amistad, a los que “culturalmente las personas han estado acostumbradas y las formas como los ha establecido; una conexión simbólica y de permanente construcción de significados individuales y colectivos con los espacios que se habitan y con quienes se convive” (Gómez, et al, 2021). Por ejemplo, los duelos que se llevan a cabo con dificultad al verse como algo necesario el hecho de alterar los rituales funerarios, los retos económicos, el propio aislamiento y el temor a enfermar o morir, hacen parte de los factores que

favorecen las alteraciones en la salud mental, como explican algunos miembros del equipo de salud mental de la Clínica Universidad de La Sabana (2020).

Por su parte, autores como Agamben (2020) y Žizek (2020) manifiestan en el texto La Sopa de Wuhan, que la pandemia ha dado lugar a una privatización y restricción de la libertad en nombre de la salud y seguridad pública, por las que los gobiernos se valen del miedo y el pánico colectivo para ejercer un control sobre los ciudadanos y sus relaciones, afectando las interacciones más elementales con otras personas y los objetos que las rodean, incluidos los propios cuerpos. A esta situación, la OMS la ha definido como la “fatiga pandémica”, una reacción natural y esperada ante una adversidad sostenida y no resuelta en la vida de las personas, permanente y excesiva de restricciones impuestas. Esto genera alteraciones en la salud mental, por sentimientos de desesperanza, desmotivación y resignación, viéndose afectadas una serie de emociones, experiencias y percepciones, tanto individuales como colectivas. Es una situación que debe tenerse en cuenta por las autoridades competentes a la hora de dictaminar las medidas y su duración en el tiempo, para evitar situaciones que puedan producirse por cansancio físico y emocional. A estos efectos indirectos del COVID-19 Agamben (2020) y Žizek (2020) los han denominado “pandemia paralela”.

El Director General de la Organización Mundial de la Salud, el Doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, en la sesión de apertura de la conferencia de prensa sobre la COVID-19 el 12 de junio de 2020, sentenció que los efectos indirectos pueden ser mayores que el número de muertes debidas al virus en sí. Así mismo, La comisionada de salud de la UE, Stella Kyriakides, ha señalado que la pandemia paralela ha generado problemas de salud mental que se sentirán incluso mucho después de doblegar al coronavirus. Agregando que un tsunami de necesidades de salud mental se avecina cuando la COVID-19 retroceda.

Lo anterior se confirma, con la Resolución 777 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se definen los criterios y condiciones para el desarrollo de las actividades económicas, sociales y del Estado, además se adopta el protocolo de bioseguridad; indicando que, se deben considerar los

resultados del estudio de resiliencia y riesgos en salud mental durante la pandemia, que evidencian un incremento en los riesgos asociados a problemas y trastornos mentales, confirmando un incremento de las enfermedades crónicas y de los casos de violencia intrafamiliar, lo cual hace necesario propiciar las condiciones de bioseguridad que permitan el reencuentro en las actividades sociales, deportivas y culturales de forma progresiva y la promoción de la salud y el bienestar integral de la población colombiana.

Así mismo, según datos de la Dirección Territorial de Salud del Departamento de Caldas (2020), donde se encuentra situado el municipio de Aranzazu caso de estudio, el 52% de los hogares presentó un deterioro de la salud mental de los adultos durante 2020. La incidencia de los síntomas de salud mental fue mayor entre los hogares donde alguien perdió el empleo y en los que experimentaron una caída en su ingreso o mayor inseguridad alimentaria; choques que afectaron desproporcionadamente a los hogares más pobres, es decir, el deterioro de la salud mental durante la pandemia fue mayor en hogares que presentan dificultades psicosociales y/o económicas, por ejemplo, jefe de hogar mujer, hogares unipersonales, violencia intrafamiliar, presentando mayor tasa de deterioro e intentos de suicidios en los niños, niñas y adolescentes. Además, en el informe se adiciona que, en el departamento se presentó un descenso en la semana 12 de los casos de intento de suicidio, sin embargo, esta disminución coincide con el inicio de las acciones de aislamiento por la pandemia COVID19 en donde se suspendieron algunos servicios de consulta externa en las instituciones de salud y se disminuye drásticamente la utilización de los servicios de urgencias, por lo anterior, no hay elementos estadísticos que permitan definir claramente si la disminución en la conducta suicida se debe a cambios en los factores de riesgos y factores desencadenantes o se debe a los cambios en la atención de los sistemas de salud que hicieron que las personas con intentos suicidas y/o sus familias no buscaran atención (DTSC, 2020).

De acuerdo con el análisis de Robles-Sánchez (2020):

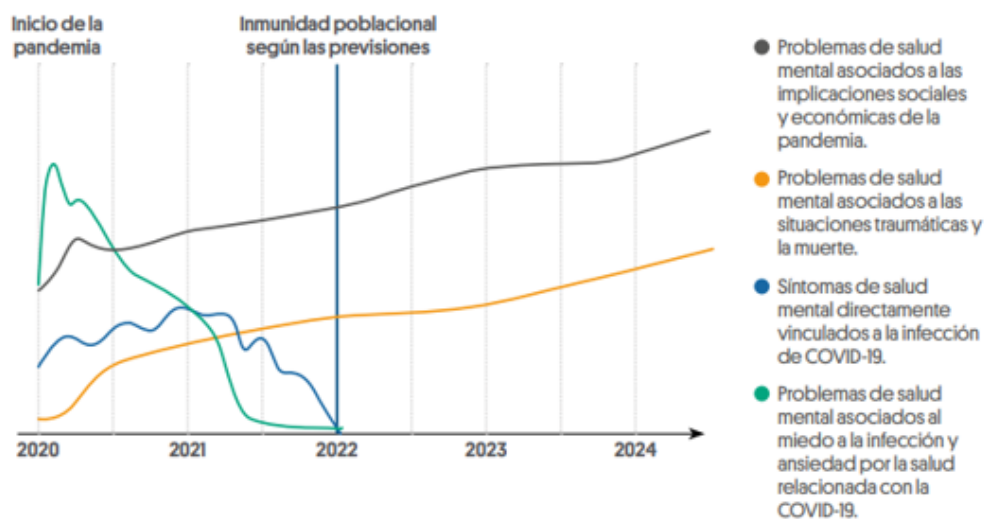
Aunque 116 países (89%) informaron que la salud mental y el apoyo psicológico eran parte de sus planes nacionales de respuesta a la pandemia, solo el 17% informó que había comprometido fondos adicionales con este fin. La pandemia de COVID-19 ha interrumpido o detenido los servicios críticos de salud mental en el 93% de los países de todo el mundo, mientras que su demanda está aumentando. Años de escasas inversiones en salud mental, especialmente en países de ingresos bajos y medios, nos han dejado vulnerables. (p.70)

Cabe destacar que en situaciones anteriores de pandemia como el SARS (2003-2004) y el Ébola (2014-2016), también se han observado deterioros en la salud mental de los individuos (Blendon et. al, 2004; Pellechia et al., 2015 en Rahaman, 2020). Sin constituir alertas para que los países inviertan en salud mental.

En suma, a medida que avance la vacunación, se reducirá la enfermedad; sin embargo, los traumas, los impactos socioeconómicos y los trastornos mentales aumentarán posterior a la pandemia. Así, se evidencia en la siguiente Figura sobre la carga y el desarrollo de los problemas de salud mental generados la pandemia, que variarán en función de diferentes factores de riesgo.

**Figura 1.**

*Proyección del comportamiento de la pandemia 2020 - 2024*

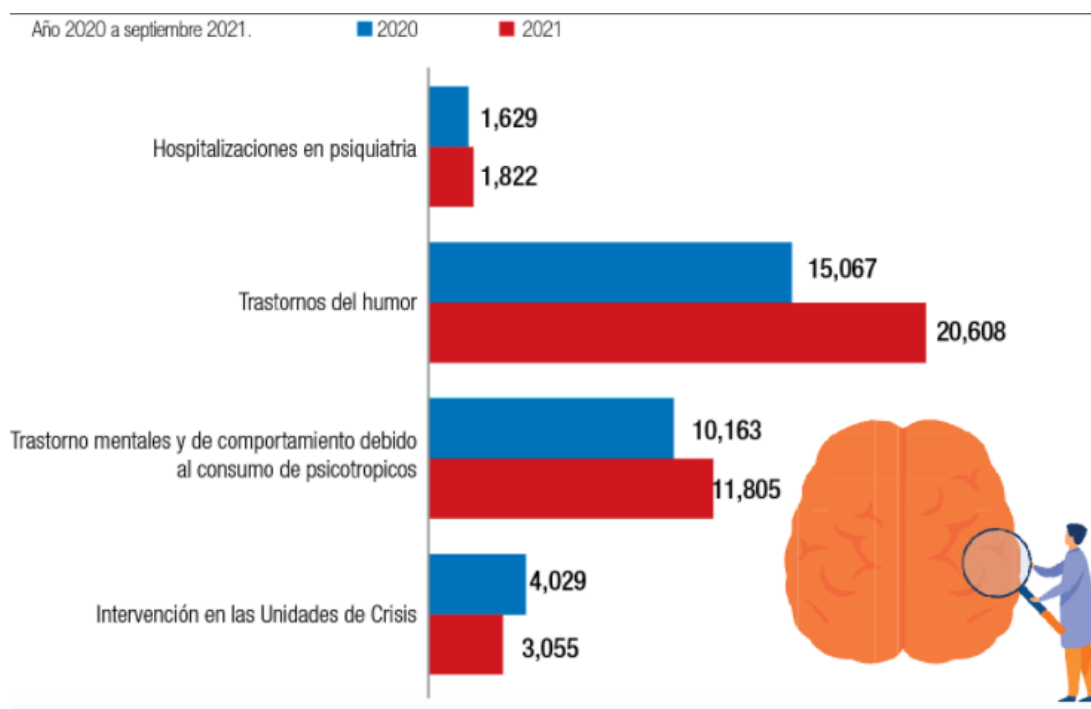


*Nota:* Datos expresados en Gilbert, et al., 2021.

En este contexto, a nivel país, entre el año 2020 y 2021, las consultas por trastornos psiquiátricos tuvieron las siguientes cifras:

**Figura 2.**

*Consultas por trastornos psiquiátricos en Colombia*



*Nota:* información divulgada en el texto Trastornos mentales: una epidemia silenciosa por Alcántara, 2021

A raíz de esto, la circular externa 15000026 del 22 de abril de 2020 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social dirigida a los entes territoriales, a las empresas promotoras de salud de ambos regímenes, entidades que administran planes adicionales de salud, entidades adaptadas de salud, administradoras de riesgos laborales en sus actividades de salud, entidades pertenecientes a los regímenes especial y de excepción de salud y prestadores de servicios de salud, establece unas instrucciones para la promoción de la convivencia y el cuidado de la salud mental durante la emergencia sanitaria por la COVID-19. En esta circular se fundamenta el riesgo que implica vivir asilado socialmente para evitar el contagio, padecer COVID-19 y tener que aislarse: por lo que tanto la cuarentena como el aislamiento requieren atención especial de salud mental en cualquier brote de

enfermedad infecciosa, ya que se pueden generar trastornos mentales como depresión, ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas y exacerbación de trastornos y problemas mentales preexistentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Sin embargo, no todo es sombrío durante la pandemia para la salud mental; este es el ejemplo de organizaciones comunitarias de la ciudad de Medellín (Elemento Ilegal, Casa la Loma, Sueños de Papel, Unión Latina,) que, ante la ausencia del Estado en comunidades vulnerables, apostaron por buscar ayudas humanitarias (alimentarias, económicas, académicas y psicosociales) para personas que lo necesitaban. Esto construye tejido social y demuestra la importancia de la dimensión colectiva en la salud mental como derecho fundamental de protección constitucional.

#### **1.3.4 Salud Mental y su Protección como Derecho Fundamental a través de la Tutela**

Menos de la mitad de los países afirman que su política en materia de salud mental se ajusta a las convenciones de Derechos Humanos. En países de ingresos bajos y medianos, entre el 76 % y el 85 % de las personas con trastornos mentales no reciben ningún tratamiento para su enfermedad, a pesar de que está probado que se puede intervenir de forma eficaz en cualquier contexto de recursos. En el mundo hay menos de un profesional de salud mental por cada 10.000 personas. Las violaciones de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales graves están generalizadas en todos los países (ONU, 2020). Ante estas vulnerabilidades, las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares; por lo que el Estado tiene la responsabilidad jurídica de protección de los derechos, en especial, de las personas

en las condiciones de artículo 13 constitucional<sup>8</sup> y para garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud como reza el artículo 49 de la constitución<sup>9</sup>. De este modo se garantiza “la atención íntegra e integral de todos los habitantes con diagnósticos de enfermedad mental del territorio nacional, durante y después de la COVID-19, ante la posibilidad de recaídas por el carente acceso a servicios de salud mental” (Rodríguez, et al., 2020, p. 4). Por esta razón, la OMS, para las Naciones Unidas, determina la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) para las personas con discapacidad física o mental y garantiza el acceso a servicios de rehabilitación.

En este contexto, la comunidad internacional propende por la protección de personas con trastornos de salud mental y el cumplimiento de los convenios suscritos en esta materia por parte de los Estados miembros que ratificaron dicha convención (Rodríguez, et al., 2020). En otras palabras, es evidente la búsqueda por la protección del derecho fundamental a la salud mental y la garantía de la defensa de este derecho a través de mecanismos legítimos, abriendo paso al concepto de seguridad jurídica en salud mental con fuerza vinculante y regulación normativa de la materia. Un ejemplo de esto lo aporta Rodríguez (2020) al mencionar que:

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Organización de la Unidad Africana, 1981) cuenta con facultades de obligatoriedad en su cumplimiento y establece mecanismos de protección para población con

---

<sup>8</sup> Artículo 13 (Igualdad): “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. [...] El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan” (Constitución Política de Colombia, 1991).

<sup>9</sup> Artículo 49 (Salud): “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Constitución Política de Colombia, 1991).



afectaciones relacionadas con trastornos mentales, buscando el cumplimiento del derecho a la dignidad humana. (p. 7)

Otro ejemplo es la cláusula de prohibición de la discriminación en el derecho internacional como un pilar universal de protección de los derechos humanos y la dignidad, y en paralelo al derecho a la igualdad. De acuerdo a lo anterior, en Colombia a partir de la ley 100/1993 se promulgaron los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad para la atención en salud como elementos fundamentales del sistema y se dieron privilegios en la atención de los programas de hospital día y salud mental, para brindar atención en psicoterapia individual en la fase inicial de la enfermedad por espacio de más de un mes. Es por esto que, en Sentencia T-013 (1995), la Corte Constitucional reitera la obligatoriedad de atención y acceso al derecho a la salud para personas con necesidad de atención en salud mental. No obstante, el incumplimiento en la prestación del servicio, la atención y el acceso, hacen “arribar sendas acciones de tutela, sancionadas por la Corte con sentencias en favor de la salud en general y de la salud mental en particular” (Rodríguez, et al., 2020, p. 7).

Para el año 2018, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la Resolución 4886 por medio de la cual se adoptó la Política Nacional de Salud Mental y en el año 2020, se expide el Decreto 538 por el cual se adoptaron medidas en el sector salud para contener y mitigar la pandemia, así como garantizar la prestación de los servicios de salud en el marco del estado de emergencia económica, social y ecológica. Sin embargo, no hay directrices específicas en cuanto la salud mental.

Cuando se hace referencia a pacientes con enfermedades mentales que, por su condición médica, su capacidad de conciencia es limitada o relativa, el Decreto 2591 (1991) establece la posibilidad de presentar la acción de tutela por quien actué a su nombre. En este sentido, el Decreto señala que acción de tutela se puede presentar: “i) por sí misma o a través de apoderado; ii) por medio de agente oficioso, cuando el titular no esté en condiciones de promover su propia defensa; iii) por actuación del Ministerio Público” (Decreto 2591, de 1991).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el agente oficioso puede iniciar la actuación ante el juez constitucional para que este, basado en las pruebas aportadas dentro de la tutela y haciendo uso de las reglas de la experiencia, la sana crítica y la ley, ordene la efectiva protección del derecho a la salud del paciente, cualquiera que sea la situación de acción u omisión que se presente por parte de la entidad prestadora de salud (Rodríguez, et al., 2020).

Uno de los trascendentales cambios que trae la constituyente del 91, ha sido la consolidación del Estado Social de Derecho y con ello, la categorización de derechos fundamentales, cuyo mecanismo transitorio de protección es la acción de tutela para permitir evitar un perjuicio irremediable (Decreto 2591,1991). Para el caso de las enfermedades mentales, algunos perjuicios irremediables podrían ser el suicidio, homicidio, daño a la integridad de las personas que los rodean, entre otros.

Claro está que, la tutela es el mecanismo transitorio de protección al derecho fundamental de la salud mental, y que se ha visibilizado aún más en tiempos de pandemia, tiempo en el cual ha surgido la necesidad del acceso oportuno a la administración de justicia por parte de los colombianos, la presentación y trámite de las acciones de tutela a través de los medios virtuales y digitales como el correo electrónico, con el fin de garantizar la tutela efectiva de derechos invocados en la acción y proteger la salud de los tutelantes. La nueva realidad que ha traído consigo la pandemia COVID19 ha generado además que como sistema de salud se deban buscar alternativas que promuevan la salud mental de la población en los entornos familiares, educativos comunitarios y virtuales. De esta manera, la salud mental se convierte en un elemento fundamental para el desarrollo de un país, lo que indica que la legislación de un Estado debe promover recursos legales para su promoción; más aún cuando después de una crisis mundial como la generada por la pandemia, los problemas de salud mental requieren atención inmediata y prolongada para reconstruir las vidas de las personas desde tres aspectos: el antes, el durante y el después.

Las consecuencias durante el desarrollo de la pandemia y posterior a ella a nivel de salud mental, representan una situación que el Estado debe tener presente en el desarrollo de sus políticas públicas, puesto que, el aislamiento, el afianzamiento de la pobreza, las dificultades a nivel familiar, los trastornos mentales de base, entre muchos otros factores, afectarán notablemente a la población. Asimismo, en general, las políticas públicas deben ir orientadas a garantizar el bienestar mental como esencial para la superación de esta situación a nivel de país garantizando el goce pleno del derecho, sin la necesidad de recurrir a la tutela para disfrutarlo.

#### **1.4 Conclusiones**

*“Antes pensaba que el valor fundamental de la vida era el amor, pero con el paso del tiempo he podido darme cuenta que no era cierto. El valor más importante de la vida no es el amor, es la salud”*

(Meira del Mar, 2009)

El desarrollo regional y del país ha sido un tema que ha tocado las puertas de las esferas políticas académicas e internacionales desde la formulación de estrategias y políticas que conllevan a buscar la superación de la pobreza y desigualdad social, en el sentido amplio de la palabra, hasta la superación de la connotación de un país o región en subdesarrollo en busca de mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio.

Una adecuada inclusión de políticas y estrategias en los planes de desarrollo y una adecuada inversión de recursos dirigidos a satisfacer las demandas prioritarias de la comunidad, protege los derechos, mejora impajaritiblemente la calidad de vida de los habitantes, así como el desarrollo pleno de una vida digna. Lastimosamente, la escasez de los recursos, la falta de capacidad técnica, el poco hábito de planificar, la equivocada priorización de los capitales, son factores que afectan el desarrollo municipal; en otras palabras, podría salvarse un poco el ente territorial de estas dificultades, sí tuviera más autonomía fiscal, lo que Rangel (1993) denomina “proyectos políticos propios, capaz de concertarse colectivamente” (p.173).

La participación, la democracia, la articulación interinstitucional público-privada y los organismos internacionales, representan el camino de salvación hacia un verdadero enfoque de política social. No obstante, el proceso de articulación debe partir desde la necesidad específica del municipio como es el caso de Aranzazu y la especial condición mental de parte de su población. Esta identificación, contribuye “al éxito de la necesaria especialización de las estrategias y de la localización de los programas y proyectos de desarrollo” (Suarez, 1993, p.18).

En cuanto a la política social de salud mental, es necesaria la ampliación de la red de atención especializada en salud mental y la edificación de centros dedicados a esa tarea en departamentos que hoy carecen de uno, al tiempo que son consideradas como enfermedades que requieren intervención médica. En este sentido, es importante la descentralización para que alcaldes y gobernadores, en virtud de esa autonomía, generen espacios saludables en sus jurisdicciones vinculando a varios sectores, pues los problemas de salud mental no competen exclusivamente al sector salud. A propósito, Parales, et al. (2018) señalan que:

En los últimos veinte años, en Colombia se han hecho varios intentos de formular una política nacional, entre las dificultades afrontadas se encontraron la diversidad de conceptualizaciones sobre salud mental, la falta de voluntad política, las características propias de los sistemas de salud y el estigma social que rodea a los padecimientos mentales. Tales aspectos, entre otros, han hecho ardua y compleja la tarea de formular e implementar políticas nacionales de salud mental. (p.1)

Lejos de abrir una interacción realmente dialogante con los ciudadanos y las organizaciones sociales, desde abajo hacia arriba, lo que se plasma en los documentos estatales abunda en buenas intenciones y carece de fuerza suficiente para arrebatarse a las élites y a los dueños del capital, la salud mental y convertirla en patrimonio colectivo de la ciudadanía. “Al analizar estas políticas se observan dificultades marcadas por la ambigüedad en los conceptos, la persistencia del estigma, la complejidad de los servicios, la burocracia estructural y la presencia intermitente y escasa de la salud mental en la agenda pública” (Herazo, 2014, p23).

Esto conlleva a que el país replantee la forma en que viene implementando sus políticas de desarrollo y se incluya más allá de los aspectos económicos y sociales; la estructura institucional como fuente de vinculación entre el Estado y la sociedad, (grupos activos sociales), fortaleciendo la capacidad autónoma de crecimiento así como la cosmovisión y reconocimiento de las necesidades humanas, vivienda, alimento, vestuario, educación y atención médica como parte de la conservación de la salud, generando verdadera calidad de vida y dignidad, en sinergia con principios como los contemplados en el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM, 2014): inclusión, participación, calidad, equidad, integralidad, universalidad, corresponsabilidad, intersectorialidad y accesibilidad, junto a sus ocho áreas de actuación: promoción, prevención, atención integral, rehabilitación, respuesta social, gestión de conocimiento, talento humano y dirección. Adicionalmente, se debe estudiar el estigma relacionado con trastornos mentales, la frecuencia y las variables asociadas, en los distintos contextos sociales y culturales. “Este conocimiento de la situación, permitirá asegurar la construcción, diseño, implemento y evaluación de políticas públicas y acciones orientadas a favorecer la inclusión social y laboral y de generación de bienestar de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales” (Campo & Herazo, 2014 p.165); así pues, los problemas en salud mental no son buenos ni para los individuos, ni para el Estado, en cuanto a los costos y sobrecargas que se generan para el sistema público y para la productividad económica. De acuerdo con Helliwell, et al. (2018):

En los países de la OECD, los problemas de salud mental generan cerca del 50% de las incapacidades laborales, generando una reducción en el PIB de alrededor un 2%. Los problemas de salud mental también reducen los días efectivos en que las personas trabajan, y en caso en que logren llegar a su lugar de trabajo, la productividad se ve menguada. Adicionalmente, los problemas de salud mental afectan la salud física, lo que generan un costo extra al sistema de salud, y una disminución adicional al PIB de 1%. En total, se estima que solo la carga de enfermedad de la salud mental genera una reducción del 5% del PIB de los países de la OECD. (p 112)

En Colombia, la carga de enfermedad de trastornos mentales, pasó de 4.6% en el año 2009 a 36.4% en el año 2019. Lo que demuestra en tan solo 10 años un incremento dramático de los problemas en salud mental. Esto también evidencia a la tasa de años de vida potencialmente perdidos por trastornos mentales y del comportamiento. Para la expresidenta de la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, Marisol Taveras (2021) el área que necesita una mayor inversión en las unidades, es la salud mental comunitaria, ya que estos centros trabajan el primer nivel de atención donde profesionales intervienen en las comunidades para prevenir que se desarrolle un trastorno mental crónico. Además, manifiesta que existen planes de salud mental, pero requieren de la voluntad política, ya que se necesita ejecutar los proyectos que demandan una inversión monetaria que en la actualidad no cuentan. Es decir, la política pública debe tener en cuenta el presupuesto para la salud mental. Adicional, la indagación sobre cognición social en el mundo, más que una novedad en Colombia, debe servir como información análisis y como insumo para definir las políticas de salud mental, ya que antes de la pandemia, este era un asunto que estaba llegando a las agendas públicas soportado por las evidencias académicas, aun con la falta de recursos y voluntad política para atenderlo con la robustez que el problema demanda. No obstante, las consecuencias en salud mental de la pandemia son profundas y bastantes complejas.

La pandemia va a dejar al aparato económico estancado por un buen tiempo y conllevará a secuelas importantes en la salud mental de los individuos. Una población expuesta a los estresores diarios de incertidumbre, miedo y ansiedad, no solo es improductiva, sino que también va perdiendo la esperanza de un futuro mejor. Sólo en Japón, el año pasado se suicidaron más de 5,000 mujeres en tiempos de pandemia (Martínez & Guillen 2021). Por lo mismo, las nuevas políticas públicas y planes de desarrollo no pueden presentar más excusas para atender los problemas de salud mental. La acción pública ante la magnitud de este problema está llamada a cumplir con un deber ético.

En Colombia, y en general en América Latina, los sistemas de salud se encuentran muy poco capacitados y equipados para atender los problemas de salud

mental de la población, y con graves deficiencias en la atención del sector rural y la población más pobre. Los problemas de salud mental son culturalmente escondidos, no son temas que se ponen en la mesa y la gente prefiere guardar silencio antes de hablar públicamente sobre asuntos como la depresión o la ansiedad. Y en el caso que alguien quisiera hablarlo, desconocen la sintomatología o son incapaces de articular lo que sienten por esa distancia con las que se ha educado a la sociedad sobre las emociones (Lluva, et al., 2021). En este sentido, también es relevante comprender el conflicto social del país para pensar de forma más profunda las nuevas desigualdades que ha aumentado la pandemia, lo cual sin dudas tiene y tendrá repercusiones en la concepción en la salud mental de los ciudadanos. De no tratarse a tiempo estas variaciones emocionales y psicológicas es posible que se avecine una pandemia de salud mental.

Es responsabilidad del estado y en virtud del principio de solidaridad, responsabilidad de la familia y del colectivo social, proteger las personas con diversidad mental y por ende el derecho a la salud mental, el cual considerado fundamental es protegido vía acción de tutela.

Finalmente, ni en el municipio de Aranzazu- Caldas, ni en otra de las ciudades del país o municipios del país existe una política de salud pública integral, pues existen “múltiples políticas y programas enfocados en temas específicos, pero se presenta discontinuidad de las políticas y programas entre periodos de gobierno” (Molina, et al. 2014 p. 63).

## **CAPÍTULO 2**

### **DERECHO A LA SALUD MENTAL: GARANTIA DE LA DIGNIDAD HUMANA. EVALUACIÓN EN LOS PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL: CASO ARANZAZU-CALDAS**

#### **Objetivos Específicos**

Evaluar los planes de desarrollo territorial del municipio de Aránzazu- Caldas entre los años 2001 a 2023, identificando si se han implementado programas de protección a la salud mental y mecanismos de monitoreo.

#### **Temas a desarrollar para este objetivo**

##### **Análisis Planes de desarrollo Nacional en el componente salud mental**

Hacia un Estado Comunitario (2002-2006) - Álvaro Uribe Vélez

Estado Comunitario: Desarrollo para Todos (2006-2010)- Álvaro Uribe Vélez

Prosperidad para Todos (2010-2014) - Juan Manuel Santos

Todos por un Nuevo País (2014-2018)-Juan Manuel Santos

Pacto por Colombia, pacto por la equidad (2018-2022)- Iván Duque Márquez

##### **Planes de Desarrollo del municipio de Aránzazu, su alcance y resultados**

Plan de desarrollo Municipal 2001-2003

Plan de desarrollo Municipal 2004-2007

Plan de desarrollo Municipal 2008-2011

Plan de desarrollo Municipal 2012-2015

Plan de desarrollo Municipal 2016-2019

Plan de desarrollo Municipal 2020-2023

##### **Antecedentes de implementación de estrategias programas, políticas en el municipio de Aránzazu sobre salud mental**

Historia

Perfil epidemiológico en Caldas y Aránzazu en salud mental

Antecedentes clínicos del municipio en salud mental



Inversión y política fiscal del municipio para la protección del derecho fundamental a la salud mental.

Identificación de número de personas del municipio con afectación al derecho fundamental a la salud mental y sus derechos conexos.

## Introducción

El gobierno es el encargado de ejercer la jurisdicción para efectos de obtener coherencia y unidad en la elaboración de las decisiones y sobre todo en la ejecución de las acciones político administrativas. De acuerdo con Suárez (1993) se trata de un enfoque cuyo campo resulta fundamental para la acción gubernamental, ya que:

El acierto de la división de un país en determinado número de regiones-plan o jurisdicciones para la planificación, dependerá de que esas divisiones administrativas efectivamente coincidan con unidades naturales formadas bajo el influjo de corrientes históricas que les hayan dado vida propia tanto en lo económico, lo social y lo cultural. En cambio, si la delimitación de esas regiones de planificación se hace en forma indiscriminada, o sea, sin tener en cuenta la existencia de relaciones funcionales entre las distintas áreas, las decisiones que se adopten para la concreción de los planes elaborados, corren el riesgo de resultar ineficaces. (p.17)

En el capítulo anterior, quedó clara la omisión que históricamente se ha venido presentando en cuanto las políticas y planes de desarrollo nacional y regional respecto del derecho a la salud mental y que la responsabilidad para la protección de este derecho en el deber de solidaridad del Estado Social de derecho, es tanto del Estado como de los entes territoriales que lo integran, del paciente mismo, de las familias y la sociedad. Sin embargo, la materialización de la protección del derecho a la salud mental como fundamental y como obligación constitucional, desafortunadamente, aún no se evidencia como una función específica en los territorios. En este caso, la temática de salud mental se envuelve en el término de “bienestar General”; olvidando que el derecho a la salud mental se integra en un principio superior constitutivo del Estado Social de Derecho llamado Dignidad Humana y siendo una finalidad social esencial del Estado, su protección y salvaguarda.

A las personas que padecen trastornos, el Estado debe garantizarles su recuperación, acceso a la salud y a una vida digna; es decir, en términos clínicos,

un tratamiento, diagnóstico y rehabilitación. No obstante, para Martínez (2013) “la salud mental no solo hace referencia a la ausencia de la enfermedad, del trastorno; sino que posiblemente, la forma de salud mental perfecta se expresa como “Bienestar” (2013).

En general, esa desatención del Estado y los territorios a la problemática de salud mental trasciende a la afectación de otros derechos, tanto para el paciente como para su familia y el colectivo social; por ejemplo, el estigma social que padecen las personas con trastornos genera discriminación; la desigualdad en su atención genera afectación a su derecho a la salud, el acceso al servicio y a la vida; en la población joven, genera deserción escolar; las alteraciones de los trastornos conllevan gravemente a la comisión de delitos como el homicidio, violencia intrafamiliar, violencia sexual; aumenta los riesgos del suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas. Existe evidencia de que en la mayoría de los países, los recursos que se invierten en salud mental son menos del 2% de los recursos disponibles para la salud, lo que indica que muchos países, incluido Colombia, no están preparados para asumir el reto de la problemática en salud mental y más aún en una época donde la crisis aumentó por causa del confinamiento social producto de la pandemia. Así, la falta de políticas, programas y recursos, ocasiona una latente vulneración del principio de dignidad humana, el cual incorpora elementos que van más allá del razonamiento jurídico y legal, alcanzado niveles históricos, políticos y morales.

Es decir, y trayendo al discurso la teoría de la justicia de Rawls (1971) se entiende que el fundamento del ser humano es la convivencia en colectividad, con el fin de alcanzar una democracia participativa, integrada por hombres racionales: el hombre como animal racional; En este concepto de la justicia se reconoce que, al incluir los hombres racionales en el contrato social, se excluyen tres grandes grupos sociales que no podrían participar en la construcción de los principios de justicia, entre los cuales se encuentran los deficientes mentales y físicos, por la misma razón de la definición del hombre contractual: animal racional, libre e independiente; esto implica que el asunto pasa de ser un tema clínico, jurídico y

legal, a un tema político y moral, incluso cultural, donde la dignidad humana se pone en el centro; no obstante, hay que recordar que, si se interpreta el enfermo mental como irracional, (animal), en términos del derecho ambiental, “los seres sintientes” gozan de dignidad (SU-016/20).

El profesor y abogado Prieto (2012) en su conferencia tres agujeros negros de la psiquiatría, trae como ejemplo para el concepto de dignidad humana la siguiente reflexión:

¿Si los hombres irracionales no son hombres del contrato social, como decirle a la madre que su hijo enfermo mental no es un ser humano?, si no fuese humano, podrían traficar sus órganos sin cometer delito alguno, porque si no son seres humanos, podrían asesinarlos sin cometer el delito de homicidio. Eva Quita, madre de un enfermo mental define al ser humano como el hijo de una madre. Con esto se refiere al concepto de dignidad humana desde el concepto de vida y no desde la racionalidad. (17:05)

En la doctrina especializada según López (2018), profesor de la Universidad externado de Colombia, “existe consenso en torno a la idea de que todos los seres humanos son iguales en dignidad, siendo este el origen y el fundamento mismo de la protección y garantía de los derechos humanos en el ámbito universal y en el intento de cada estado” (p.7); pero la discusión va más allá, pues el artículo 13 constitucional da la potestad al Estado de hacer un trato diferencial en igualdad material a las personas con capacidades especiales, tanto físicas como mentales.

En este sentido, sería válido y constitucionalmente legítimo tratar diferente para incluir y otorgar un trato especial y diferenciado, a fin de dignificar a las personas en condiciones de manifiesta debilidad. En complemento a esta idea, Ospina et al. (2018) expresan que en orden de garantizar el derecho a la no discriminación “las sociedades deben fundar su visión del mundo a partir de una idea no egoísta apoyada en el concepto de solidaridad, tratando de poner una razón o causa última como fundamento de la no discriminación, la inclusión, la igualdad” (p.23). Esto representa la dignidad humana.

En esta misma línea, el Ministerio de Protección social (2018) establece que:

El desarrollo basado en derechos humanos tiene una estrecha relación con la salud mental, toda vez que dichos problemas afectan la esperanza de vida, los años de instrucción esperados y el Ingreso Nacional Bruto per cápita, siendo a su vez causa y consecuencia de la pobreza; por otra parte, las personas con trastornos mentales deben enfrentar numerosas barreras para el acceso a la educación, a las oportunidades de empleo y otras fuentes de generación de ingresos, debido a la estigmatización, discriminación y marginación que históricamente han vivido. (p.6)

La importancia de este capítulo se fundamenta en la necesidad de identificar en los planes de desarrollo a nivel nacional desde el año 2002 a 2022 y en los del municipio de Aránzazu Caldas como caso de estudio desde el año 2001 a 2023, la protección a la salud mental a través de programas y mecanismos de monitoreo, ponderando lo planteado por Ferrajoli (2008) sobre los derechos humanos como garantía de todas las diferencias de identidad personal, fundados en la percepción de los otros como iguales y como asociados.

En el informe sobre la salud mental en el mundo 2001, Salud mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, se recomienda para la implementación de programas y estrategias en la salud mental: dispensar tratamientos en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de psicotrópicos; dispensar atención en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislaciones nacionales; desarrollar los recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de la comunidad; y apoyar la realización de nuevas investigaciones.

Es por tanto necesario analizar en este capítulo los Planes de desarrollo Nacional en el componente salud mental, relacionados a continuación con un principio de secuencialidad.

Hacia un Estado Comunitario (2002-2006) - Álvaro Uribe Vélez

Estado Comunitario: Desarrollo para Todos (2006-2010)- Álvaro Uribe Vélez

Prosperidad para Todos (2010-2014) - Juan Manuel Santos

Todos por un Nuevo País (2014-2018)-Juan Manuel Santos

Pacto por Colombia, pacto por la equidad (2018-2022)- Iván Duque Márquez

Por otro lado, también se deben analizar los Planes de Desarrollo del municipio de Aránzazu, su alcance y resultados durante las últimas dos décadas:

Plan de desarrollo Municipal 2001-2003

Plan de desarrollo Municipal 2004-2007

Plan de desarrollo Municipal 2008-2011

Plan de desarrollo Municipal 2012-2015

Plan de desarrollo Municipal 2016-2019

Plan de desarrollo Municipal 2020-2023

Adicionalmente, se deben considerar los antecedentes de implementación de estrategias programas, políticas en el municipio de Aránzazu sobre salud mental con miras a determinar en qué medida se ha garantizado la protección al derecho de la salud mental y en ese mismo sentido la salvaguarda del principio de dignidad humana. En consecuencia, tomando las palabras de Rodríguez (2011) se debe contemplar la Declaración de Caracas firmada por los gobiernos de América Latina en 1990 que:

Llama a realizar reformas legislativas para promover los derechos de las personas con enfermedades psíquicas y reestructurar el cuidado psiquiátrico hacia servicios comunitarios y de atención primaria en la salud. Desde entonces, casi todos los países en América Latina han desarrollado políticas de reforma en salud mental, muchos de ellos con la cooperación técnica de la OPS. Sin embargo, se estima que solo el 50% de esas reformas han sido implementadas en la mayoría de los países. (Rodríguez, 2011)

## **2.1 Análisis Planes de desarrollo Nacional en el componente salud mental**

Como ya se abordó en el primer capítulo, los Planes de Desarrollo son herramientas de planificación que materializan los derechos y dignifican la vida en

sociedad a partir de la concepción del bienestar general. En este sentido, el Estado está obligado al cumplimiento del mandato constitucional de lograr el bienestar general de la colectividad como fin esencial del Estado Social de Derecho, y es precisamente la salud mental el mayor estado de bienestar del ser humano, de ahí parte todo lo demás.

Señala el artículo 5 de la Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental en Colombia y se dictan otras disposiciones, que el trastorno mental en su definición básica, es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal, con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida. A esto puede agregarse la adaptación a las condiciones de vida digna en sociedad.

Se entiende entonces que el trastorno mental no puede verse solo como una condición clínica, ni mucho menos como un estado de locura, que en términos de Foucault (1964), corresponde en cierto modo “un espacio moral de exclusión, a una manifestación en el hombre, de un elemento oscuro y acuático, sombrío, desorden, caos en movimiento, germen y muerte de todas las cosas, que se opone a la estabilidad luminosa y adulta del espíritu” (p.63). La locura en este sentido, se encuentra unida al hombre, a sus debilidades, ilusiones y sueños. Este tratado de Foucault (1964) determina dos aspectos de la enfermedad mental, la misma que con ligereza suelen catalogar como “locura”, uno positivo como estado de sabiduría y otro negativo como sinónimo de depravación o de libertinaje, “lo esencial no es allí que la desconozcan como enfermedad, sino que la perciben bajo otro cielo. A la locura que los asimila confusamente con los criminales y con toda la clase de los asociales” (Foucault, 1964, p71). Esta visión conduce a interpretar que la racionalidad y la enfermedad mental deben ser analizadas desde el punto de vista de la dignidad del ser humano, de su derecho a los derechos humanos, asumiendo que no puede el enfermo mental ser tratado como un ser irracional o incapaz.

Un caso particular se reconoce en la Alemania Nazi del Tercer Reich (1929), donde los enfermos mentales fueron clasificados en ocho grupos: débiles mentales congénitos; esquizofrénicos; maníacos depresivos; los epilépticos; padecimiento Corea de Huntington; las sorderas y cegueras hereditarias; las malformaciones físicas y graves: y los alcohólicos crónicos.

Esta clasificación, dentro del régimen Nazi amparada bajo el lema “por encima del derecho a la libertad personal está el deber de preservar la raza”, fue aplicada a los enfermos mentales a través de la Eugenesia, es decir, la esterilización o eutanasia, alcanzando tal popularidad, que entre los años 1931 y en 1934 este tipo de prácticas se convirtieron en leyes en Inglaterra, siendo aprobadas por el Comité para la legalización de la esterilización de los enfermos mentales. Precisamente, las leyes de esterilización de Estados Unidos se convirtieron en leyes de migración, convirtiéndose en un modelo para las decisiones tomadas dentro del Tercer Reich,

En 1931 los laboristas proponen esterilización voluntaria, pero queda abierta la posibilidad para que sea el Estado el encargado de imponer a la sociedad estos procesos. La derecha, la izquierda, los protestantes católicos y cristianos estuvieron de acuerdo con la eugenesia. Los católicos también apoyaron la decisión, con la salvedad de que fuese voluntaria siempre y cuando antes de aplicarla se les impusieran a las personas todos los sacramentos. En 1935, Carl Nap, médico psiquiatra, determinó que los enfermos mentales ocasionaban costos al Estado cuando se encontraban en establecimientos psiquiátricos y que no eran de utilidad alguna para la sociedad, proponiendo matarlos de forma indolora, justificando su postura en el marco de una política económica de autodefensa de una nación que lucha por su propia existencia, sin que se entremezclen los fundamentos de valores culturales (Montserrat, 2012: 16)

Fue entonces esterilizando y asesinando a los enfermos mentales como los alemanes llevaron a una escala mundial las leyes de esterilización y migración, convirtiéndolas en una política de Estado durante la segunda guerra mundial, pues el sustento de la atroz política se basaba en el argumento de que para el enfermo mental su vida era indigna de ser vivida o lastra, transformando en cifras y cuentas



la muerte a cambio de una vida sana para la nación. Esta idea permite plantear un interrogante asociado con la situación actual de nuestro territorio:

¿Está causando el Estado una muerte indolora – hipotéticamente- a los enfermos mentales, al no darle prioridad al derecho a la salud mental en los planes de desarrollo?

Desafortunadamente, dos psiquiatras de la época del dominio Nazi, Gustav Gold y German, propusieron al poder Hitleriano una socioterapia como manera de ahorrar dinero al Estado, asegurando que no era necesario atarlos, ni aplicarles la esterilización. En términos posmodernos, la socioterapia se concibe como la atención primaria comunitaria y de prevención de la enfermedad (diagnostico-tratamiento- rehabilitación); sin embargo, las bases de datos del trabajo investigativo de los psiquiatras fueron intervenidas por el gobierno para asesinar a los enfermos mentales, obligando a las entidades privadas que atendían el tratamiento a clasificar a los enfermos dentro de uno de los ocho casos, dejando constancia en la historia clínica, laboral y social. Otros ejemplos de este tipo de práctica de la eugenesia en la primera mitad del siglo XX se reconocen en países como Suecia, Islandia y China; para el caso de América Latina, fue en Brasil donde se realizaron este tipo de procedimientos a través de campañas de promoción por parte del Estado.

En la novela “Alguien Voló Sobre el Nido del Cuco” de Ken Kesey, se relata entre la década de los 50 y los 60, la crueldad y tiranía que se vivía en los centros psiquiátricos en contra de los pacientes representada en la figura de una Enfermera que bajo su controlado régimen los maltrataba física y psicológicamente. Junto con "los renglones torcidos de Dios" de Torcuato Luca de Tena, se identifican obras de la literatura universal que documentaron la tensa y triste realidad de los enfermos mentales.

Es por tanto sorprendente, que en pleno Siglo XXI los derechos se vean como límites al poder político y que sigan estando condicionados por la misma sociedad. Para comprender las profundas implicaciones de este hecho, basta observar cada

uno de los Planes de Desarrollo del país desde el año 2002, hasta el presente año 2022, tomando como referencia categorial la consolidación y materialización del derecho a la salud mental, buscando determinar si el Estado ha sido apático ante el discurso de la dignidad como fundamento de un Estado social del derecho, frente a la protección a la igualdad en el sentido del artículo 13 constitucional, a la defensa de la libertad de todas las personas, de su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares, sin discriminación; o si por el contrario ha tomado la actitud de un Estado eugenésico y eutanásico de la salud mental.

El análisis inicia en el año 2002, porque el objetivo central de este trabajo recae en los Planes de Desarrollo Territorial, que justamente por mandato de la ley 152 de 1994, inician a partir del año 2000; es decir, el objetivo que se persigue es observar desde una misma perspectiva los planes nacionales y territoriales y la existencia de un componente de salud mental. Cabe mencionar que no es muy esperanzador el análisis de los Planes de Desarrollo anteriores, por ejemplo, en el plan de desarrollo (1961-1970), presentado durante el gobierno del presidente Alberto Lleras Camargo, el tema central fue el Desarrollo económico y social, y su enfoque fue más el desarrollo industrial del país. En los Planes y programas de desarrollo (1969-1972), estructurados en el gobierno del presidente Carlos Lleras Restrepo, la salud estuvo orientada a la promoción prevención y recuperación mediante acción sobre el hombre y el medio ambiente, en busca de la erradicación de las enfermedades transmisibles: Viruela, Tosferina, Difteria, Tuberculosis, Polio, Tétano y Sarampión.

En 1970 con el decreto 1136, se dictaron medidas de protección social para evitar la perturbación pública como consecuencia de la intoxicación por alcohol, enfermedad mental y consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA). Todo ello implica que las problemáticas identificadas y relacionadas con la enfermedad mental deben ser referidas en términos epidemiológicos (incidencia y prevalencia de patología) y de prestación de servicios (camas ocupadas, tiempo de estancia, número de

profesionales, número de programas, porcentaje de población atendida, número de centros de servicios, entre otros).

Bajo la figura de cuatro estrategias para el Plan de Desarrollo (1970-1974) en el gobierno de Misael Pastrana la salud fue definida a partir de los indicadores de mortalidad, persiguiendo la reducción de las enfermedades de la época: Anquilostomiasis, Tuberculosis, Sífilis, Sarampión, Paludismo, Aborto, Tosferina, Lepra y Difteria. Continuando con este recorrido histórico, se debe hacer mención del Plan de Desarrollo del Alfonso López (1974-1978), donde se enfocó la salud como un factor estrechamente relacionado con el saneamiento ambiental. En el *Plan de integración social* (1978-1982), el presidente Julio César Turbay, solicitó al sector salud poner su foco en los menores de cinco años y en los habitantes de las zonas rurales, quienes presentaban la mayor tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. Con el plan de desarrollo *Cambio con equidad* (1982-1986) propuesto en el mandato de Belisario Betancur, el gobierno asumió la responsabilidad de reducir los riesgos de enfermedad y muerte a través de la provisión de agua potable, la producción y distribución abundante de alimento, la atención prioritaria a los menores y a sus madres y la atención adecuada en las zonas afectadas por la violencia; al mismo tiempo, se creó el sistema de investigaciones en salud y estadística. Para el periodo comprendido entre los años 1986-1990, el presidente Virgilio Barco, presentó el *Plan de economía social*, donde la salud se encontraba focalizada en la atención secundaria y terciaria, incluyendo el mejoramiento de la gestión administrativa en la organización y prestación de los servicios de salud.

Al iniciar la década de los 90 se presenta *La revolución pacífica*, un Plan de Desarrollo impulsado por el gobierno César Gaviria, que enfocó el compromiso del área de la salud en la nutrición, mientras se atendían las enfermedades infecciosas y trasmisibles, causantes de mortalidad en la población, con el objetivo principal de crear una cultura de la salud, que favoreciera la participación, la mejora y la eficacia del sector, sustentada en los esquemas de seguridad social, en los subsidios a la demanda y en criterios de equidad y redistribución social; al mismo tiempo, se

crearon las direcciones seccionales y locales de salud como entes autónomos adscritos a los departamentos y municipios, en virtud de la descentralización del sistema.

En 1992, con la Resolución 002417 expedida por el Ministerio de Salud de Colombia, se adoptaron los derechos de las personas con trastorno mental, estableciendo ocho derechos como postulados básicos con los que se protege en el ámbito personal, familiar, comunitario y hospitalario a las personas en condición de diagnóstico de enfermedad mental. Para la época se habían fortalecido dos modelos con los cuales se hubiese podido superar la concepción de la salud biologicista y centrada en lo individual: la medicina psicosomática y la atención primaria (Cobo, 2019). No obstante, dichos modelos no fueron efectivos ya que comenzaron a ser implementados desde la instrumentalidad, dejando de lado sus soportes éticos y conceptuales. La medicina psicosomática abordó la problemática desde el estudio, e intervención de los denominados “estilos de vida” y las “conductas de riesgo”; y la atención primaria “se convirtió en el paraguas que resguardaba las limitaciones económicas y logísticas del Estado, centrándose sólo en algunos servicios selectivos y resolviendo las problemáticas encontradas con la medicalización; la salud mental se ve como una simple extensión de la salud.” (Cobo,2019).

En resumen, hasta aquí, “en Colombia tan solo se han dado un momento de gran importancia en la salud mental; y ha sido con la constitución política de Colombia de 1991” (Ardón y Cubillos, 2012).

En el Plan de Desarrollo *El salto social* (1994-1998), establecido bajo el mandato de Ernesto Samper, se habla de seguridad social en salud y de las enfermedades transmisibles, a las que se sumaron las crónicas y degenerativas, el trauma y el homicidio; además, se jerarquizó la población para incluir a las personas en condiciones de pobreza, lo que derivó en una propuesta para ampliar la cobertura de la seguridad social, promoviendo el desarrollo científico y tecnológico con miras a mejorar la prevención, el diagnóstico y la atención, para dar continuidad al proceso de descentralización de la salud. Desde este momento surgió la primera

categorización de la población vulnerable, distribuida en niños, madres gestantes, adultos mayores, comunidades indígenas, habitantes de las zonas rurales y discapacitados, quienes tendrán garantizado el acceso al sistema en condiciones equitativas y podrán crear asociaciones de usuarios en busca de la intersectorialidad, con oportunidades de acceso a vivienda, transporte y educación, tomando en cuenta sus condiciones especiales.

Finalizando este periodo de gobierno en 1998, mediante la Resolución N. 2358, se habla en Colombia de la Política Nacional de Salud Mental, acogiendo el concepto vigente desde el primer decenio del siglo XX; la salud mental como estado de bienestar, en el que se albergan ideales propios del discurso de la modernidad y de los denominados organismos garantes de derechos.

Para (1998-2002), se expide el Plan de Desarrollo *Cambio para construir la paz* durante el gobierno de Andrés Pastrana, que buscó para el sector salud, una mayor viabilidad y estabilidad financiera, creando el Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA) y constituyendo las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) a favor del régimen subsidiado.

En conclusión, los Planes de Desarrollo anteriores al año 2002, es decir, antes de la constituyente de 1991, trataron la salud como un todo, pero nada se hizo específico en relación con el derecho autónomo y fundamental de la salud mental. Por lo tanto, se espera que en la revisión de los planes a partir del 2002 y hasta el año 2022, el panorama cambie y permita reconocer derecho a la salud mental como un aspecto integral dentro de los planes, siendo un aspecto garante y protector de la dignidad humana, fundamento del Estado social de derecho que nace con la constitución de 1991.

Para cerrar este apartado, entendiendo que la salud mental es más compleja que la física por cuanto la primera, abarca tanto la persona como su entorno cultural y social, es pertinente citar el caso de Chile y el amplio marco legal vigente en el configurado desde la constitución, hasta los códigos y reglamentos en materia de derecho penal, civil, laboral, de familia, militar, tránsito, administrativo y Sanitario;

por ejemplo, en el Código de Procedimiento Penal de 1983, la Ley 18.857 determina las medidas aplicables a los enajenados mentales que delinquen, incluso, cuentan con el decreto 68 de 1927 por el cual se aprueba el reglamento general para la organización y atención de los servicios de salubridad mental y hospitalización y reclusión de insanos, que es sometido a una constante revisión y actualización, dada la consecuente evolución del derecho de la salud mental, al ser un derecho ligado a las estructuras sociales y culturales del individuo.

### **2.1.1. *Hacia un Estado Comunitario (2002-2006). Gobierno de Álvaro Uribe Vélez***

Durante el gobierno del Presidente Álvaro Uribe Vélez se expide la Ley 812 de 2003, Plan Nacional de Desarrollo, 2002-2006: *Hacia un Estado comunitario*; cuyos principales objetivos son: brindar seguridad democrática que asegure la viabilidad de la democracia y afiance la legitimidad del Estado; impulsar el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo bajo un ambiente de estabilidad macroeconómica y de precios, garantizar la sostenibilidad de la deuda pública y un adecuado acceso de la economía colombiana en los mercados financieros y de bienes y servicios internacionales; construir equidad social; incrementar la transparencia y eficiencia del Estado.

De estos cuatro objetivos, la salud mental, integra el objetivo número tres, asociado con la construcción de la equidad social, indicando que los tres desafíos principales que tiene el Gobierno para construir una sociedad más justa son:

- a) Aumentar la eficiencia del gasto social para que los mayores recursos se traduzcan en mejores resultados.
- b) Mejorar la focalización del gasto para que los recursos lleguen a los más necesitados.
- c) Consolidar un sistema de protección social para que las crisis económicas no comprometan, por completo, las posibilidades futuras de los grupos más vulnerables. (Ley 812 de 2003)

En este caso, las personas con enfermedad mental hacen parte de la población vulnerable y en evidente debilidad manifiesta por su condición, requiriendo atención especial por parte del Estado; es decir, que encasillan en el literal “c” de los desafíos del gobierno de la época. Sin embargo, la precariedad en el plan referente al tema de salud mental, siendo los enfermos mentales parte de la población vulnerable, es avasalladora; tan solo se refiere a este tema en el ítem 2, Ampliación y mejoramiento de la protección y la seguridad social, de la siguiente manera:

Se diseñarán programas de salud tendientes a la promoción de estilos de vida saludables; violencia intrafamiliar y sexual; prevención y control de enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva; formulación e implementación de una política de salud mental con especial atención a afecciones derivadas de la violencia; participación social en las intervenciones de interés en salud pública, (Ley 812 de 2003).

La brecha en el tiempo ha sido profunda; pues, 15 años más tarde, con la Resolución 4886 del año 2018, fue adoptada la Política Nacional de Salud Mental en el país, cuyos principios orientadores son: la salud mental como parte integral del derecho a la salud; abordaje intercultural de la salud; participación social; política pública basada en la evidencia científica. Además, el objetivo general está centrado en promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia. No obstante, a diferencia, por ejemplo, de la protección a la familia, la juventud y la niñez, que se lleva a cabo a través de Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) y que tiene una amplia política pública y un sólido desarrollo normativo, se incluyen en el plan algunos criterios más consolidados y eficaces que el derecho de la salud mental.

La dimensión de la salud mental debe interpretarse teniendo en cuenta el planteamiento de Foucault (1964), cuando afirma que se trata de una unidad compleja:

Una nueva sensibilidad ante la miseria y los deberes de asistencia, nuevas formas de reacción frente a los problemas económicos del desempleo y de la ociosidad, una nueva ética del trabajo, y también el sueño de una ciudad donde la obligación moral se confundiría con la ley civil, merced a las formas autoritarias del constreñimiento. (p.45)

Sin embargo, Colombia ha sido uno de los países con nota reprobatoria en salud mental desde la década de los 60, según la evaluación regional que se realizó en dos seminarios sobre este asunto, el de Cuernavaca en 1962 y el de Buenos Aires en 1964 (León, 1976). En estos espacios “se discutieron datos y cifras que resultaron preocupantes para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lo que derivó en la consolidación de la cooperación técnica en salud mental que esta organización brindaba a países como Colombia (Cobo, 2019).

No se puede perder de vista la importancia que ha ganado la salud en la carta del 1991 y el desarrollo que la jurisprudencia de la corte constitucional le ha dado al derecho de la salud mental como fundamental, pues antes del 1991 no aparecía la salud como un derecho, sino como una oportunidad asistencial (Hernández, 1992), o como lo especifica Cárdenas (2013): “a la salud se le reconoció un lugar en el orden constitucional anterior a 1991, pero no se la consagró como un derecho (p. 13). En esta misma línea, Menéndez (2008) afirma que “la atención primaria se medicalizó, convirtiéndose en programas selectivos (vacunación, educación para la salud, salud materno-infantil y otros) y verticales (impuestos desde la administración estatal)” (p. 120).

Fue con la ley 100 del 1993, que en el campo de la salud mental se privilegió la atención en los programas de hospital día, sin que le asistiera la posibilidad de transitar adecuadamente por el cambio, excluyendo los procesos que requerían hospitalización prolongada, las psicoterapias individuales por más de un mes y validando la psicoterapia individual únicamente en la fase inicial de la enfermedad. Estas Condiciones, lejos de acercarse a las propuestas comunitarias o la habilitación de centros ambulatorios de apoyo en salud mental, han terminado por instrumentalizar aún más la atención, pese a las recomendaciones y declaraciones



anteriores y posteriores a esta Ley. Esto ha llevado a los pacientes y sus familias a ejercer la acción de tutela como mecanismo de protección frente a muchas falencias y vulneraciones de derechos en los procesos de atención, rehabilitación y seguimiento en salud mental como lo evidencian la T130 de 1993, T-235 de 1993, T-013 de enero 17 de 1995, T-304/95, T248 de 1998, T-414 de 1999 y T398 de 2000 (Cobo, 2019).

En esta misma época se comprueba que los servicios de salud mental presentan una distribución desigual, ya que en algunas zonas el acceso seguía siendo deficitario, tal como se encontraba en los denominados “territorios nacionales.” De hecho, los documentos de la OMS registran que hasta el año 2000 existió una importante diferencia en la cantidad de psiquiatras por habitantes según el nivel de desarrollo de cada región. Esto es, que, a menor desarrollo, mayor el número de habitantes por profesional especializado en psiquiatría, Pero esto puede tener más de una interpretación: de un lado es posible demostrar que se trata de un indicador del desdén con el que los gobiernos miran la salud mental, pero también puede obedecer a que las culturas hacen una interpretación mucho más naturalizada de algunos síntomas que denotan presencia de enfermedad mental para la psiquiatría (Cobo, 2019).

Este panorama de la salud mental en el país desde la década de los 60 hasta el año 2000 próximo a la expedición del plan de desarrollo *Hacia un Estado comunitario* 2002-2006, da cuenta de la omisión, de la responsabilidad estatal y de la desatención por parte de los gobiernos en sus planes de desarrollo al derecho de la salud mental, pues conociendo históricamente cómo ha evolucionado este derecho, sorprende que siga siendo un vacío en los planes de desarrollo nacional vulnerando el principio de dignidad humana, tanto de los enfermos como de su familia y de la sociedad, por ejemplo el Plan Cuadrienal 1961 -1964, presentado por el gobierno de Alberto Lleras Camargo, se proponía un desarrollo e inversión importante en el plano de la logística hospitalaria, sin mencionar hospitales psiquiátricos o centros manicomiales, “un aumento de la inversión en construcción y dotación de hospitales y centros de 1’495.000 pesos corrientes en 1957 a

7'579.000 pesos corrientes en 1960" (Colombia CNPEP, 1960, p. 243). Asimismo, "en 1959, el déficit de camas hospitalarias era de 17.290 para alcanzar la meta de 4 camas por 1.000 habitantes, pero el costo calculado en 1962 para las 20.000 camas necesarias era de 800 millones de pesos de ese año" (Hernández y Obregón, 2002, p. 139). Tristemente, la meta de construir en la Nación 200 centros de salud, solo llegó a 53 y "no todos contaban con el personal, el equipo o la logística necesarios para su apertura o para la ejecutoria de sus objetivos" (Hernández y Obregón, 2002), debido a las condiciones socioeconómicas del país, con un sistema político cerrado, de difícil movilidad y centralista.

Galende (1998) afirma que, en el cambio de las lógicas y modos de prestación del servicio de salud, se encuentran implicadas muchas nuevas formas de ver y ubicar al sujeto humano en las lógicas del capital; es decir, se observa la salud mental con dinámicas que obedecen a las exigencias de competencia, objetivos, éxitos y tantos otros conceptos ligados al discurso empresarial. Al considerar al individuo como empresario, es necesario acceder a los servicios tanto de salud en general como mental, que las personas sean beneficiarias o cotizantes de un sistema y escoger entre paquetes de ofertas de salud primero y luego entre entidades prestadoras de servicio. Así, se convierte la salud en un objeto que ofrece bienes y servicios brindados por el Estado para que el individuo supuestamente elija libre y autónomamente. Esta concepción del individuo como responsable de su propia salud y de la salud como la oferta para su libre escogencia, según González (2015): "ha cruzado las fuerzas para apuntalarse como ganancia, y es precisamente allí donde se conectan todas las fuerzas (saber, poder y deseo) para configurar un sujeto que se afirma, se reconoce, se piensa y se siente gestor o empresario de sí" (pp. 209 - 210).

Esto, acrecienta las desigualdades; que generalmente "son vistas como a la economía, pues ellas disparan la creatividad y animan la competencia" (Castro-Gómez, 2009). Además, "la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud, ya que abarca factores sociales

y de desarrollo, y si se aplica de manera apropiada puede influir en el funcionamiento del resto del sistema de salud (OMS, 1978).

Con la ley 1122 de 2007, el legislador insta al gobierno para que incluya dentro del plan de salud pública las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, como prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción, el suicido. Y con la Ley 1306 de 2009 se regula la protección de los discapacitados mentales en cuanto a tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico y rehabilitación. Sin embargo, se evidencia desde el aspecto clínico, que hay una omisión de la atención a la salud mental que abarque panoramas sociales, culturales, recreativos, etc., que le permitan al enfermo plena participación en sociedad.

En el plan de desarrollo *estado comunitario: desarrollo para todos*, (2006-2010), bajo el mismo gobierno de Álvaro Uribe Vélez, es escueto y casi nulo el tema de salud mental solo se menciona como categoría dentro de la política de prevención y protección, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el cual fortalecerá la intervención psicosocial con énfasis en los componentes de prevención de la violencia intrafamiliar, embarazo adolescente, atención en salud mental y acompañamiento al núcleo familiar con perspectiva de género, edad, condición y etnia.

### **2.1.2 Prosperidad para Todos (2010-2014). Gobierno de Juan Manuel Santos**

Con la elección popular de Juan Manuel Santos Londoño como presidente del país durante el periodo 2010-2014, se conoce también su plan de Desarrollo, denominado *Prosperidad para todos*, expedido mediante la ley 1450 de 2011. En el tomo I de la exposición del plan *Más empleo, menos pobreza y más seguridad*, aparece la salud mental como parte de las estrategias de acceso y calidad en salud universal y sostenible; Asimismo, en la estrategia promoción del bienestar y una vida saludable basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se discrimina salud, de la salud pública como uno de los objetivos para consolidar en el marco del sistema de protección social y el aseguramiento en el

SGSSS como instrumento para mejorar el acceso y la calidad en la prestación de servicios y la protección al usuario como base de la prosperidad democrática, señalando además que:

Cerca del 40% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida algún trastorno mental, pero sólo el 8% busca tratamiento en el primer año de aparición de los síntomas; la mayor parte demoran en promedio 15 años en buscar ayuda y de este porcentaje, solo el 15% recibe un tratamiento adecuado. (MPS - ENSM, 2003).

La última Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2008), mostró que 14 de cada 100 hombres y 5 de cada 100 mujeres han consumido al menos una vez en su vida alguna sustancia psicoactiva ilícita. En hombres de 15 a 29 años, los trastornos mentales y de comportamiento asociados al uso de alcohol y otras drogas, alcanzan los 8.628, y entre los de 30 a 44 años, los 8.173 (Cendex-PUJ, 2008).

En este orden de ideas, como estrategia para hacerle frente a la problemática la propuesta contempla implementar el Plan Nacional Operativo de Salud Mental 2011-2014 y consolidar la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas como política de Estado y sus planes operativos del orden nacional y territorial con compromiso intersectorial; además, activar el Sistema de Atención Integral al consumo de sustancias psicoactivas (IntegraSPA); desarrollar y fortalecer los sistemas de información nacionales y locales para el monitoreo y seguimiento de eventos en salud mental de las diferentes formas de violencia y consumo de sustancias psicoactivas; y el fomento de la recreación, la educación física, la actividad física y el deporte escolar y social comunitario para desarrollar entornos de convivencia y paz, resaltando que el desarrollo físico, social y mental de los individuos, así como el mejoramiento o mantenimiento de la calidad de vida dependen, en gran parte, de la práctica del deporte, la actividad física y el ejercicio.

Sin embargo, se debe mencionar que el enfoque de la salud mental en este plan, es llevado especialmente a las víctimas de la violencia, del conflicto armado y desplazamiento forzado indicando que:

Garantizar el goce efectivo de los derechos vulnerados implica el diseño de herramientas múltiples, diferenciales y variadas en su naturaleza. En efecto, la reparación integral comprende medidas individuales y colectivas de restitución, indemnización, rehabilitación física, mental y social de la Población Víctima del Desplazamiento Forzado por la Violencia (PVDFV, 2013).

Al mismo tiempo, lo que se pretende es adelantar acciones de fortalecimiento y adecuación de la oferta existente para la Atención Psicológica y Psiquiátrica, cuando existan implicaciones en la salud mental causadas por el desplazamiento y sea solicitado, garantizando la atención a través de lo establecido en el POS. En sí, este plan abre otro panorama de la salud mental, uno desde la óptica del derecho que tienen las personas vulnerables por condiciones de violencia o desplazamiento forzado (víctimas), y otro es la omisión de la garantía del derecho a la salud mental de los victimarios, quienes generalmente cometen los delitos bajo una condición mental especial, pues el nexo entre el delito y el trastorno mental ha sido estudiado por la ciencia de la criminología en múltiples ocasiones, debido a que representa un riesgo social, al tratarse de personas con patologías psicópatas, de esquizofrenia, psicosis, neurosis, euforia, entre otras, entendiendo que muchos de estos estados derivan en agresión y violencia.

En consecuencia, ver la salud mental únicamente como protección de la víctima, desencadena un vacío reflejado en la contraparte, la que comete los actos en medio de un estado narcisista, de delirio de poder y de trastornos que aumentan el riesgo del homicidio, delincuencia, y otros daños a la sociedad. Al respecto, Foucault (1964), sumando una postura desde el lado de la locura, describe:

El momento en que la locura es percibida en el horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo; el momento en que comienza a asimilarse a los problemas de la ciudad, las nuevas

significaciones que se atribuyen a la pobreza, la importancia dada a la obligación de trabajar y todos los valores éticos que le son agregados, determinan la experiencia que se tiene de la locura, y la forma como se ha modificado su antiguo significado. La época clásica habría empezado a aprehenderla oscuramente como desorganización de la familia, desorden social, peligro para el Estado. Y poco a poco, esta primera percepción se habría organizado, y finalmente perfeccionado, en una conciencia médica que habría llamado enfermedad de la naturaleza lo que entonces solo era reconocido en el malestar de la sociedad. (p.58)

En este sentido, es importante mencionar que en el año 2009 se expide la ley 1306, donde el gobierno regula lo correspondiente al ámbito de protección para aquellas personas que padecen discapacidades mentales, generando un espacio más amplio a la atención de las personas con trastornos mentales, tal como lo explica Pineda (2015):

Ningún individuo puede ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación, y rehabilitación física o psicológica proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener al máximo independencia, capacidad física mental social y vocacional y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. (p.8).

En resumen, el plan de desarrollo *Prosperidad para todos*, abre un espacio para hablar de la salud mental en otros contextos del individuo, pues solo lo abarca específicamente a partir del consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar y desde las víctimas del desplazamiento forzado por la violencia, dejando un vacío en la salud mental del victimario y de los factores riesgo y consideraciones del enfermo mental como la pobreza, dejando además la idea de un victimario estigmatizado que para el Estado genera desorganización social.

Lo anterior se entiende, al identificar que mediante Ley 1122 de 2007, el legislador insta al gobierno para que incluya dentro del plan de salud pública todas

las acciones orientadas a la promoción de la salud mental, entre ellas las correspondientes a tratamientos de trastornos de mayor prevalencia, a la prevención de la violencia, al maltrato, a la drogadicción y el suicidio (Art.33). Así, se siguen encontrando ausencias en la protección del derecho a la salud mental como garante de la dignidad humana en los planes de desarrollo del país, entendiendo que:

Si bien la política de salud pública, y sus instrumentos, reconocen las diferencias territoriales, en muchos casos la gestión departamental y municipal evidencia debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos disponibles, lo que contribuye a la persistencia de disparidades entre regiones y entidades territoriales (PND 2010-2014).

### **2.1.3 Todos por un Nuevo País (2014-2018). Gobierno de Juan Manuel Santos**

Con el acto legislativo 02 de 2004, que da paso a la reelección presidencial, Juan Manuel Santos Londoño se convierte nuevamente en el presidente, esta vez para el cuatrienio 2014-2018. Su nuevo plan de desarrollo se denomina “Todos por un Nuevo País”, documento donde se extiende la salud mental a otros focos de la vida en sociedad, o por lo menos se piensa tanto en la salud física como mental del individuo; por ejemplo, cuando se plantean las estrategias de competitividad e infraestructura como parte del transporte para la integración territorial, se indica la necesidad de promover el uso de medios más sostenibles, que generen beneficios en términos ambientales, facilidad en el acceso a ciertas zonas de las ciudades, así como a estaciones, paraderos y portales, beneficios de economía familiar, de salud física y mental y mejoras en la calidad del paisaje urbano, a propósito de la emisión de gases producida por el transporte.

Uno de los objetivos del plan es mejorar las condiciones de salud de la población colombiana y propiciar el goce efectivo del derecho a la salud, en términos de calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad, persiguiendo, entre otros objetivos, la preservación del capital humano que permite desarrollar el potencial productivo y

las capacidades que dinamizan la movilidad social, así como tener y promover hábitos de vida saludable para generar mejores condiciones físicas y mentales del recurso humano, lo que a su vez se traduce en una mayor competitividad. Dentro de la estrategia Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles, se busca promover la ampliación de la Estrategia 4x4 para los Entornos Saludables, incluyendo la salud mental, la salud oral visual y auditiva y la implementación de planes tácticos para la gestión de plataformas sociales y científicas en salud mental.

En este sentido, el plan desarrolla dentro de este objetivo la estrategia: Promover la convivencia social y mejorar la salud mental donde señala que:

La política pública de promoción de la convivencia social tiene como propósito generar cambios en las relaciones de los ciudadanos entre sí, a partir de un proceso de transformación cultural, que conduzca a mejorar la calidad de vida y generar nuevas formas de convivencia. A su vez, mejorar la salud mental implica disminuir el impacto que sobre las personas tienen el consumo de sustancias psicoactivas, los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia. (PND-2014-2018)

Dentro de las acciones del Plan también se contempla el fortalecimiento de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental y se presenta una estrategia para que los adultos mayores lleguen a un envejecimiento activo y mentalmente saludable:

Con el objetivo de atender de manera integral la salud física, mental, psicosocial y espiritual de los adultos mayores, es necesario avanzar en la protección, ejercicio y garantía de derechos humanos de las personas adultas mayores, así como en la superación de inequidades presentes en situaciones de envejecimiento rural. Para lo anterior se proponen las siguientes estrategias: Promoción del envejecimiento activo físico y mentalmente saludable, y fomento de una cultura positiva de la vejez (PND-2014-2018).



Adicionalmente, desde la atención integral a la niñez, promoción del acceso a servicios de educación y salud de adolescentes se busca mediante la reglamentación de la prestación del servicio educativo bajo modelos flexibles, un tratamiento pertinente para la atención en salud mental y consumo de sustancia psicoactivas en esta población, desde la perspectiva de salud pública, con el fin de fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades en la población colombiana, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

**Tabla 1.**

*Ruta de atención integral SPA/SRPA Jóvenes y Adolescentes. PND 2014-2018*

<b>Producto</b>	<b>Línea base 2014</b>	<b>Meta a 2018</b>
Adolescentes y jóvenes atendidos bajo la ruta de atención integral para el consumo de SPA y salud mental en el SRPA	0	3.000

*Nota.* Información obtenida en el PND 2014-2018

Por el contrario, frente a las personas mayores de 65 años, el plan pretende consolidar la cobertura del Programa Colombia Mayor, con el objetivo de atender de manera integral la salud física y mental, con la incorporación de elementos en el ordenamiento territorial relacionados con el equipamiento urbano y espacio público adecuado para este grupo poblacional. En este sentido, el plan propone la Estrategia Distrital de Salud Mental:

En Colombia y en especial en el Distrito Capital se deben abrir paso tanto un pensamiento como un lenguaje positivo en el ámbito de la salud mental, considerando la complejidad y las diferentes raíces de hostilidad, orientado a toda la comunidad sin negarle a la misma la satisfacción de la necesidad humana y enfatizando en los siguientes aspectos: 1) atención y priorización de necesidades fisiológicas; 2) fortalecimiento de autoestima; 3) percepción de seguridad; y, 4) atención con equidad. (PND-2014-2018)

Adicionalmente, como un proyecto visionario se habla del Centro Distrital de Salud Mental y se piensa en el fortalecimiento de la oferta de salud para el posconflicto. Aclarando que, en este cuatrienio se ha dinamizado un poco más el tema de la salud mental, y que, a diferencia del plan anterior, se ha extendido la atención a los adultos mayores, a los niños y adolescentes y a las víctimas del conflicto; sin embargo, siguen quedando vacíos, por ejemplo: ¿Qué pasa con la protección del derecho a la salud mental de los habitantes de la calle? Que ruta se plantea para que sean reconocidos como lo expresa la Corte Constitucional en sentencia T-043 de 2015, refiriéndose a quienes lastimosamente “han sido cruelmente tratados desde sus inicios, principalmente por el Estado a través de las autoridades públicas, tras ser asociados con el vicio, el delito y los trastornos mentales” (Pineda 2015, p.10). En este grupo se anexan las trabajadoras sexuales, las comunidades LGTBI, entre otras poblaciones vulneradas socialmente; No obstante, cabe aclarar que no significa que las personas LGTBI se encuentren catalogadas patológicamente como enfermas, pues la OMS ha indicado que la inclinación sexual no es una enfermedad; pese a esto, el rechazo, la discriminación, el Bullying, las lesiones que sufren por parte de la sociedad y el polémico método de terapias de conversión, constituyen una razón para ver afectado el derecho a la salud mental. Es también el caso de las comunidades musicales, que, en muchas ocasiones por su estilo de vida, de vestir, de pensar son rechazados socialmente; por ejemplo, los llamados “metaleros” “punkeros” “rockeros”, son asociados y generalizados dentro de conductas delincuenciales, consumo de SPA, incluso, sus estilos de vida y cultura provoca un estigma de alteraciones mentales, tales como la depresión, los suicidios y hasta las modificaciones corporales que se realizan como simbolismo a su cultura. De otra parte, las comunidades religiosas también han sufrido discriminación y rechazo, algunos por su vestimenta, otras por su forma de “fanatismo”, otras por las prácticas en nombre de la fe. Etc. Adicional, en este periodo del plan, se encontraba en vigencia la ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones, trayendo a relación la salud mental con otro grupo poblacional, las personas privadas de la libertad; no obstante, en términos de Pineda (2015):

El nuevo reto para el Estado Social de Derecho en relación con este tipo de poblaciones, consiste en respetar e incluso defender su libertad individual y propender por la materialización de unas condiciones de dignidad e igualdad real para el desarrollo de su vida.

Esta normatividad corre el riesgo de tornarse idealista y de poca aplicabilidad, ya que además de las muchas disposiciones garantistas que puedan consagrarse, es necesaria la decidida voluntad política de los dirigentes hacía la materialización de las mismas; en consecuencia, dicha voluntad política resulta determinante para la implementación y ejecución de los imperativos establecidos en la ley y se expresa mediante la inclusión de la necesidad pública en los planes de desarrollo y el presupuesto, tanto de las diferentes entidades territoriales como de la Nación. (p.11)

A raíz de esta reflexión sobre los grupos poblacionales que requieren ser incluidos de manera especial en las políticas de salud mental, es necesario recordar que la fuente primaria y directa de los derechos propios de la condición humana, radica en la dignidad humana entendida como una construcción fundamentada en el valor intrínseco del ser humano, lo que hace a cada individuo único e irrepetible (Ospina, et al, 2018). En otro apartado del documento los autores confirman que:

La dignidad humana se formula desde dos perspectivas, una más formal de raíz Kantiana y otra más de contenidos, de carácter humanista y renacentista. Por la primera, la dignidad deriva nuestra decisión de mostrar capacidad de elegir, de nuestra autonomía; por la segunda la dignidad consiste en el estudio de los rasgos que nos diferencian de los restantes animales. Son dos perspectivas complementarias, casi podríamos decir la forma y el contenido de nuestro valor como personas. (p.18)

Así pues, para dignificar las personas es válido y constitucionalmente legítimo, tratar diferente para incluir, este sería un trato diferenciado positivo. De allí que en materia de salud mental en los planes se incluyan todas las poblaciones vulnerables y no solo algunas. Es más, como resultado de este documento de investigación, las

conclusiones darán cuenta de que la salud mental es un derecho de todos y de todas y no solo de quien esté amparado bajo el concepto de enfermo mental o en condición de vulnerabilidad, porque en cuestión de salud mental son vulnerables todos los seres humanos que buscan con fin último dignificar su vida. Nuevamente se puede considerar las ideas de Foucault (1964), para entender que todas las personas tienen derecho a tener cierto grado de locura y a potenciar esa locura en pro de su dignificación:

Pero la desgracia ha querido que las cosas sean más complicadas; y, de manera general, que la historia de la locura no pueda, en caso alguno, servir de justificación, y como ciencia de apoyo, a la patología de las enfermedades mentales. La locura, en el devenir de su realidad histórica, hace posible en un momento dado un conocimiento de la alienación en un estilo de positividad que la cierge como enfermedad mental; pero no es este conocimiento el que forma la verdad de esta historia y la anima secretamente desde su origen. Y si, durante un tiempo, hemos podido creer que esta historia terminaba allí, ello ocurrió por no haber reconocido que la locura, como dominio de experiencia, nunca se agotaba en el conocimiento médico o para-médico que podía tenerse de ella. (p.72)

La medicina positivista del siglo XIX hereda todo el esfuerzo de la Aufklärung,, admitiendo como ya establecido y probado que la alienación del sujeto de derecho puede y debe coincidir con la locura del hombre social en la unidad de una realidad patológica, que es a la vez analizable en términos de derecho y perceptible a las formas más inmediatas de la sensibilidad social. La enfermedad mental, que la medicina va a ponerse como objeto, se habrá constituido entonces lentamente como la unidad mítica del sujeto jurídicamente incapaz y del hombre reconocido como perturbador del grupo, todo ello bajo el efecto del pensamiento político y moral del siglo XVIII (Foucault, 1964).

Pues bien, en este camino de análisis de los Planes de Desarrollo en su componente de salud mental, para identificar la importancia del tema como garantía de la dignidad humana, no hay que omitir que después del cáncer, las

enfermedades cardiovasculares y los trastornos cerebrovasculares, la demencia es el cuarto problema de salud de los países desarrollados, y que la atención a la salud mental es de carácter prioritario, ya que sus trastornos generan patologías que incrementan el consumo de sustancia psicoactivas, el riesgo del suicidio, el delito, violencia, homicidio, delincuencia, rechazo y discriminación social. Y, por tanto, como lo afirma la corte en sentencia T- 043 de 2015 sobre los habitantes de la calle, la ausencia de una política nacional, no excusa a las entidades territoriales de garantizar y proteger los derechos fundamentales de su población, a partir del concepto de solidaridad como fundamento de la inclusión, la igualdad y la no discriminación.

#### ***2.1.4 Pacto por Colombia, pacto por la equidad (2018-2022). Gobierno de Iván Duque Márquez.***

Para el periodo presidencial 2018-2022 es elegido por voto popular el presidente Iván Duque Márquez. Su plan de desarrollo denominado "*Pacto por Colombia, pacto por la equidad*", Ley 1955 de 2019, identifica la salud mental como uno de los problemas emergentes en la primera infancia, infancia y adolescencia; puesto que, del total de atenciones prestadas en salud a adolescentes entre 13 y 17 años en el periodo 2016 a octubre de 2018, el 5 % correspondió a las relacionadas con diagnósticos de salud mental; y en general, presenta como un reto emergente del sistema de salud colombiano, el aumento de condiciones de salud mental.

Como respuesta, se propone en el mismo plan una política nacional en salud mental para esta población a partir del año 2019, junto a la promoción de pautas sobre estilos de vida saludable y buenos hábitos de descanso y sueño. También se impulsarán acciones para una buena salud mental de los trabajadores responsables de la atención de la niñez, estableciendo como prioridad en salud pública de acuerdo con la carga de la enfermedad, la promoción de alimentación saludable, actividad física, recreación y deporte, derechos sexuales y reproductivos y salud mental. Adicional, una de las estrategias que propone en salud en el componente social del conflicto es la convivencia social y la salud mental con miras a la reparación de las víctimas (rehabilitación psicosocial).

En este marco de la política de salud mental, MinSalud elabora los lineamientos para la atención psicosocial que contribuyen a la inclusión social (mitiguen afectaciones psicosociales, transformación de imaginarios sociales, desarrollo de capacidades y oportunidades a nivel individual, familiar y comunitario) y desarrollará capacidades y competencias en las direcciones territoriales para el reconocimiento y la promoción de la convivencia y la implementación de la Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (PND-2108-2022).

El Departamento Nacional de Planeación (DNP), en conjunto con MinSalud, MinEducación, DPS, ICBF, MinJusticia, MinCultura, MinTrabajo, Coldeportes, entre otras entidades involucradas, expide el CONPES 3992 de salud mental, donde se aborda de forma intersectorial la gestión integral para la salud mental para la población colombiana, haciendo énfasis en la prevención del suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia intrafamiliar y los trastornos mentales, como la depresión y la demencia (PND, 2018-2022).

Como un aporte a la salud mental globalizada, el documento indica que Colciencias, el DNP y Minsalud, priorizarán y definirán la agenda de investigación y desarrollo que permita garantizar los recursos destinados a temas relacionados con nanotecnología, sistemas organizativos, biomedicina, telemedicina y salud mental, con el objetivo de incentivar la innovación en el sector de la salud. En ese mismo sentido, para los jóvenes se diseña un marco para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, de salud mental y convivencia y de hábitos saludables que eliminen prácticas nocivas, relaciones inequitativas, situaciones de violencia y contextos de vulnerabilidad que contribuyan en la generación de capacidades para la toma de decisiones de la población participante en el programa bandera del gobierno para apoyar a los jóvenes denominado SACÚDETE. Particularmente, el plan incluye a la comunidad LGBTI, que no había tenido mayor participación en los planes anteriores,

Se trata de una comunidad que ha sido históricamente excluida y que se ha consolidado en medio de los temores ante los prejuicios del personal médico, ocasionando que se enfrenten a una mayor incidencia de problemas de salud, sobre

todo en lo relacionado con la salud mental como depresión, autoagresiones y tentativas de suicidio superiores a la media del resto de la población. En el caso colombiano, por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), el 3,1% de los encuestados manifiestan haber presenciado hechos en los que a una persona se le ha negado la atención en un servicio de salud como consecuencia de su orientación sexual o su identidad de género (PND 2018-2022).

También se visiona la salud mental en la interculturalidad, buscando implementar el “lineamiento para el cuidado de la salud mental y las armonías espirituales de los pueblos indígenas en el marco del Sistema de Salud Propia e Intercultural (SISPI), en articulación con la Política Nacional de Salud Mental, la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas y el CONPES en salud mental. De este modo, siendo el foco de este plan dentro del componente salud mental, los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en cuanto a la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, también señala que: a menudo trae consigo la separación de la familia y de los amigos, y la falta de libertad para participar en actividades de la comunidad, lo que puede tener consecuencias importantes sobre la salud mental de las niñas y su bienestar físico (Unicef, 2012).

Por esta razón, es necesario erradicar toda práctica nociva que deteriore el desarrollo integral de los niños y las niñas. Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de las responsabilidades de Colombia como Estado parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU), y de los compromisos contraídos al suscribir el Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)), donde se insta al país a adelantar acciones que eliminen las conductas que afectan la salud física y mental de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes y por otro lado, la Convención de los Derechos del Niño, que exige al país garantizar que la edad mínima para el matrimonio sea de 18 años tanto para niños como para niñas y a emprender programas de sensibilización sobre las consecuencias negativas en las niñas, niños, adolescentes y jóvenes orientados particularmente a los padres, profesores y líderes de las comunidades. Se considera

por tanto pertinente construir programas y políticas que promuevan la salud mental en Colombia en esta población.

Por otra parte, el plan busca reparar a las mujeres víctimas de la violencia, brindando a través del Minsalud, atención psicosocial y atención en servicios de salud mental, garantizando la incorporación del enfoque de género, así como a las comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palanqueras, a quienes el Ministerio de Salud vincula mediante un lineamiento técnico concertado en el espacio nacional de consulta previa, el enfoque diferencial para las rutas de atención integral en salud para violencias, problemas y trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

Concluye el plan *Pacto por Colombia, pacto por la equidad* en el componente de salud mental que dentro del Pacto por la equidad se busca entregar atención de calidad con cobertura universal. Se responderá a las necesidades de salud de la población a través de actividades y servicios de promoción, encaminadas hacia la incorporación de hábitos de vida saludable y salud mental, y de prevención de enfermedades, cardiovasculares, respiratorias y metabólicas, malnutrición, neoplasias, afectaciones en la salud mental, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas y transmisibles, entre otras

La Salud pública es el eje para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos, en el marco de las estrategias territoriales para el análisis de riesgo e intervención diferenciada en cada uno de los entornos en los que se desarrolla el individuo y la comunidad de que trata la línea B “Salud para todos” de este PND. Al mismo tiempo, MinSalud debe liderar las acciones y estrategias para el monitoreo continuo de los riesgos en salud, así como monitoreo y evaluación de la atención en salud, en particular con salud mental y atención psicosocial, para mitigar los efectos de discriminación de que son objeto estos grupos poblacionales

Para sorpresa, el plan de desarrollo *Pacto por Colombia, pacto por la equidad* asume la salud mental de una manera más incluyente en cuanto a las poblaciones



que pretende atender, así lo expresa Ospina (2018) refiriéndose a la prohibición de discriminación:

La razón por la cual los seres humanos no deben discriminar a otros seres humanos se encuentra en el concepto de *dignidad humana* como valor objetivo, inherente y universal propio de la especie humana, circunstancia esta en cuya virtud todos los seres humanos tenemos la misma medida de dignidad. La atribución de la dignidad humana responde a un valor superior del cual se desprenden otros valores como la solidaridad, la libertad y la misma igualdad (2018).

Sin embargo, continúan existiendo vacíos en los planes de desarrollo frente al derecho a la salud mental; se ha avanzado, no cabe duda, pero no existe aún una política integral que garantice el derecho fundamental a la salud mental, no solo a los enfermos, sino a sus familias y a todo el colectivo social; el derecho a la salud mental, es un derecho de todos y de todas. Para señalar la falta de esa política integral; por ejemplo, en este plan están ausentes grupos poblacionales como los habitantes de la calle, las trabajadoras sexuales, los discapacitados, las personas en condiciones de extrema pobreza, entre otros grupos y comunidades vulnerables socialmente. Por ello, tratar en los planes de desarrollo la salud mental para ciertos grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad, genera una discriminación indirecta a otros; es el caso, cuando las barandas e instalaciones de una oficina de la administración pública no están adaptadas para que todas las personas puedan acceder a la atención e información en igualdad de condiciones (desconociéndose que todos los entornos y edificaciones deben incorporar el principio de accesibilidad universal), sin perjuicio de otros derechos que puedan resultar trasgredidos; existe una exclusión indirecta de las personas en condiciones de capacidades especiales. La administración municipal de Aránzazu, sus oficinas de atención se encuentran en un piso segundo y aun conociendo la alta problemática de personas con capacidades especiales en el municipio a tal punto de referirse a Aránzazu como “*el pueblo de los tullidos*”, no se toman medidas de adecuación de infraestructura para garantizar el acceso universal a todas las personas, a la atención e información en

igualdad de condiciones, evitando discriminar indirectamente la población con capacidades especiales.

Ha concluido la Corte de Constitucional en sentencia T-141 de 2014 respecto del derecho a la salud mental, que el derecho a la salud mental debe interpretarse en un sentido amplio e integral en tanto comprende afecciones, físicas, psíquicas, emocionales y sociales, y agrega que la Corporación ha reconocido, de manera pacífica, el carácter iusfundamental independiente del derecho a la salud de las personas con capacidades especiales y diversidad mental, denominado concretamente derecho a la salud mental, que tiene como sustento la necesidad de garantizar el principio de la dignidad humana que es una de las bases, las importantes del modelo de Estado Social de derecho y el presupuesto del carácter fundamental de los derechos.

Es así como en un país como Perú, los estudios en salud mental hacen referencia al bienestar, autonomía, y reconocimiento de la habilidad de realizarse emocionalmente e intelectualmente y a los principios de la salud mental que deben guiar las acciones del Estado en la implementación de planes y políticas y en ese razonamiento observar cuales son los problemas más importantes que afronta la implementación; y concluye que “el problema de salud mental es un pilar central en el bienestar general de los individuos, sociedades y naciones (Van,2020).

Esto quiere decir que, la salud mental es un derecho que le corresponde a todos y debe ir más allá del concepto clínico de la enfermedad, trascendiendo el factor emocional, social, cultural, hasta desarrollar una vida en condiciones de dignidad y de bienestar, tal como lo expresa González (2016):

El Estado debería preocuparse para que los ciudadanos acudan a centros hospitalarios cada vez que se sientan mal y así lograr que en futuro puedan hacer la integración social a la que se refiere, en ese orden de ideas tenemos que también se la considera a esta como un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía.

La Salud mental hasta aquí descrita es materia de interés para todos y todas, y no solo para aquellos afectados por un trastorno mental. También se considera que, en todos los individuos, la salud mental, la física y la social están íntimamente enlazadas, y es el Estado al develar la realidad, el que debería preocuparse por plantear soluciones rápidas y modernas. Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le otorga a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física y por esos hechos han sido más bien objeto de ignorancia o desatención (Van, 2020). De acuerdo con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Perú (2004): “las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social” (p.31).

Durante el gobierno de Iván Duque se expide el CONPES 3992 sobre estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia, donde se indica que, en los últimos 20 años, la población colombiana ha presentado un deterioro en su salud mental y que los principales factores son las violencias y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Adicionalmente, las posibles causas del deterioro de la salud mental de la población colombiana se asocian a tres problemáticas principales: en primer lugar, la baja coordinación intersectorial en temas de salud mental. En segundo lugar, las barreras en los entornos y en las competencias socioemocionales de los individuos, y finalmente, a las limitaciones en la atención integral e inclusión social de personas con problemas o trastornos mentales.

Si bien el país logró avances significativos en materia de normatividad y políticas públicas en salud mental, aún existen rezagos en términos de implementación de los lineamientos establecidos en la política de salud mental. En particular existen problemas de articulación intersectorial en la implementación a nivel nacional y territorial de una estrategia que incida en la promoción de la salud mental, prevención y atención integral de las violencias, consumo de SPA, problemas y trastornos mentales y suicidio.

El CONPES, intenta darle fundamento a la implementación de la política pública de salud mental en el país, pero sigue cojeando en el sentido que se resalta; como

ejemplo de ello, el informe de salud mental del Ministerio de salud del Perú (2018) destaca

La dificultad de acceso a los servicios de salud mental para los usuarios pertenecientes a minorías lingüísticas, étnicas y religiosas también es un aspecto que debe ser estudiado por las autoridades de salud correspondientes, más aún cuando no se conoce un planteamiento sobre cómo abordar esta situación tomando en cuenta las creencias y el lenguaje de los pacientes, además no se cuenta con estadísticas nacionales al respecto. (p.74)

Lo que es válidamente aplicable a Colombia. Así, en esta línea se observa que existe el conocimiento de la afectación del acceso a servicios básicos en el cuidado de la salud mental, es decir, que se abarca la salud mental desde el punto de vista de la violencia y no desde todas las violencias colectivas (violencia asociada a conflicto armado, genocidio, represión, terrorismo, crimen organizado, entre otras) y el consumo de sustancias psicoactivas, específicamente para los niños, niñas y adolescente y las personas con trastornos mentales, dejando por fuera esta política a otros grupos poblaciones como ya se ha mencionado en el análisis de cada uno de los Planes de Desarrollo; también se han distanciado ciertos grupos vulnerables del derecho a la salud mental como los adictos a internet, quienes hacen parte de la larga lista de colectivos que requieren atención en términos de salud mental.

Un estudio realizado en Manizales con población universitaria encontró que el 77,3 % de los encuestados presentaba algún grado de adicción a Internet, siendo mayor al celular (66,5 %), donde el 76,4 % lo utiliza para el ingreso a redes sociales. Dentro de las adicciones relacionadas a estos medios virtuales están la somnolencia, los trastornos de conducta alimentaria, depresión, hiperactividad, disfunción familiar, problemas de atención, entre otras (Cañón, et al, 2016). A esto deben sumarse los retos que se generan en internet, que conducen a autolesiones y al suicidio en la niñez, la adolescencia y la juventud y a abusos sexuales, explotación sexual y derivados del ciberacoso.

En conclusión, aunque se ha superado el abordaje de la salud mental en cuanto a la limitación solo de la enfermedad y por ende de su tratamiento, el derecho es para toda la colectividad y no solo para el enfermo mental. En este sentido, de acuerdo al modelo ecológico de Bronfenbrenner (1977):

El desarrollo humano ocurre, por interacciones recíprocas, entre el individuo y su ambiente. De esta forma, los distintos ambientes en los que participan los individuos influyen de forma directa en su cambio y su desarrollo cognitivo, moral y relacional; así mismo, el individuo moldea los ambientes en respuesta a sus necesidades y demandas individuales. Estas formas de interacción se encuentran asociadas a la salud mental de las personas y las poblaciones. El modelo ecológico se divide en cuatro sistemas: (i) Macrosistema: relacionado con la cultura, los valores, los principios, las creencias, y las normas sociales; (ii) Exosistema: espacio que comprende las dimensiones económico-políticas, y de políticas públicas, donde producen hechos que afectan positiva o negativamente las vidas de las personas; (iii) Mesosistema: lugar donde el individuo es participativo y existen interrelaciones o vínculos entre más de un entorno; (iv) Microsistema: nivel personal y proximal en el que se desarrolla una persona, corresponde al entorno individual en el que en mayor medida interactúa, se relaciona, pasa tiempo e influye directamente el individuo. (p.114)

Posteriormente, Bronfenbrenner y Ceci (1994), complementados por el trabajo de Bronfenbrenner y Morris (2006) presentarían una extensión al modelo ecológico, dando origen a la teoría bioecológica, donde se establecieron cuatro nuevos componentes:

(i) Procesos, en los cuales se establece una interacción bidireccional entre los individuos y colectivos con respecto a personas significativas (padres, familiares, amigos cercanos, profesores, mentores, compañeros de trabajo, pareja, entre otros); (ii) personas, relacionadas con las características biopsicológicas de los individuos y colectivos, las cuales incluyen la disposición, las capacidades, la experiencia, los conocimientos y las habilidades; (iii) entornos como el lugar donde se desarrollan las interacciones y las

experiencias, y (iv) tiempo, relacionado con la continuidad de exposición y curso de vida en que se presenta dichas interacciones y experiencias, (p. 47; p. 19)

Así, la política en salud mental debe ser interdisciplinar y abarcar la condición del individuo en todas sus dimensiones, históricas, sociales, culturales, políticas, comunitarias, laborales, educativas, institucionales, económicas, entre otras; y en el desarrollo de todas sus etapas niñez, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Reconoce el mismo CONPES que una articulación efectiva exige no solo que se produzca entre agentes o sectores que inciden en la salud mental, sino también entre los distintos espacios de operación, es decir, entre la nación y las entidades territoriales, aunque estas últimas no logran asignar de la forma más efectiva y eficiente los recursos humanos, financieros, materiales, y tecnológicos que apunten a lograr impactos en salud mental. A su vez, señala un período de implementación que cubre desde el año 2020 hasta el 2023. Su seguimiento se hará de manera semestral iniciando su reporte en junio de 2020 y el informe de cierre se realizará con corte al 31 de diciembre de 2023.

Esto se asume entonces como una acción necesaria para la creación de planes nacionales de salud mental, políticas de promoción y prevención para toda la población del territorio colombiano y lo más importante, políticas sociales desarrolladas por el sector descentralizado: municipios y distritos. Ospina (2015) señala que este aspecto hace parte del Decreto 3039 de 2007:

El ministerio de Protección Social, adoptó un plan nacional de salud pública, cuyo objetivo consistió en la implementación de planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancias en un 100%. Precepto legal donde además se establecieron como estrategias: la promoción de la salud y la calidad de vida; la prevención de los riesgos y recuperación; la superación de los daños en la salud; y la vigilancia en salud y gestión del conocimiento. (p.11)

## 2.2 Planes de Desarrollo territorial del municipio de Aránzazu, su alcance y resultados

“Aránzazu, hija legítima de Marinilla por sangre y por inteligencia, es el FARO DEL NORTE, como la han llamado, los que entienden la grandeza como un don del espíritu, como un regalo del cielo” (Pbro. López, 1960).

En 1853, se crea el municipio de Aránzazu con el nombre de “El Sargento” en honor al sargento Buenaventura Escobar, quien clavó su tienda en el área que hoy es el municipio. Ya en 1855 le dieron el nombre de Aranzazu, decretado en Medellín el 20 de octubre de 1855, en gratitud al Dr. Juan de Dios Aránzazu, quien había regalado los terrenos para su fundación. Su primera Tribu fueron los Carrapas provenientes de Anserma y Quimbaya.

Dentro de las estadísticas de las enfermedades del municipio se ha destacado desde su fundación, un aspecto que en palabras del Pbro. López (1960) se explica de la siguiente manera:

El cretinismo no es raro en la clase baja y se observan casos de mixedemia. La locura se observa muy a menudo bajo la forma de manía aguda, y de locura circular, no siendo raros los casos de lipemanías (Melancolía Depresiva). Es muy probable que en ella tenga influencia el aspecto físico de la población (excesivo en humedad); pero es preciso hacer notar que son allí muy frecuentes los matrimonios consanguíneos, lo que les ha valido el sobrenombre de *primos*, con que se les conoce y que quizá aquella condición tenga influencia sobre la locura. (Transcripción de manuscrito)

En correlación con la regla metodológica de inmediata aplicación: cuando se trata en los textos médicos de la época clásica, de locuras, de vesanias y aun, de manera muy explícita, de "enfermedades mentales" o de "enfermedades del espíritu", lo que con ello se designa no es un dominio de perturbaciones psicológicas, o de hechos espirituales que se opusieran al dominio de las patologías orgánicas. Se debe tener siempre presente la clasificación de la manía entre las

enfermedades de la cabeza y la histeria entre las enfermedades convulsivas, que a su vez Sauvages incluye en la clase de las "vesanias" la alucinación, el vértigo y la zozobra y otras muchas anomalías (Foucault, 1964).

El escritor César Montoya (2000) oriundo del municipio, describe en su obra *De Aquí y de allá*, a los pobladores de Aránzazu, descendientes de Marinilla Antioquia, como "unos andariegos de teja corrida" y asevera que esos "disparatados ascendientes" fundaron Aránzazu y que son los antecedentes sociológicos del municipio. Así pues, el contenido histórico, cultural y social de la enfermedad mental en el municipio está integrado desde su propia alma, desde su fundación; por ello, es tan importante y relevante el análisis del derecho a la salud mental en los Planes de Desarrollo del municipio, constituyendo la plataforma de desarrollo territorial y la herramienta de articulación intersectorial que promueve la satisfacción de las necesidades del colectivo en todos los aspectos de la vida que conlleven al bienestar general.

### ***2.2.1 Plan de desarrollo Municipal 2001-2003***

Mediante Acuerdo municipal 069 del 21 de junio de 2001, se establece el plan de desarrollo para el municipio de ARANZAZU en el periodo 2001 – 2003, que propone como una de sus metas: fortalecer el Centro de Desarrollo Humano con los programas de salud mental, drogodependencia, discapacidad y maltrato infantil, entre otros. Y se manifiesta dentro del sector salud como una de sus áreas de atención: las urgencias mentales, agregando que dentro de las priorizaciones en salud se encuentran en el grupo de personas entre los 15 y 40 años, los trastornos mentales, que, aunque controlados, siguen latentes debido a factores de riesgo como el mercurio en los terrenos, el incesto, la drogadicción y la violencia. La consecuencia más alarmante son los indicadores de suicidio, encontrando que, para el año de formulación del plan, se registraban dos suicidios por ahorcamiento y 82 trastornos neuróticos en todas las edades. Esto evidencia la poca o deficiente mirada del plan sobre la problemática mental en el municipio, incluso, estando al tanto de su trasegar histórico y teniendo en cuenta el significado, la construcción y



la valoración de los derechos que implican los planes de desarrollo y los componentes que lo integran para materializarlos.

Indicar que se priorizarán la salud mental en la población entre los 15 y 40 años y tener como meta fortalecer los centros de Desarrollo Humano con los programas de salud mental, solo se logra si se pasa de la frase enunciativa y se plantean objetivos claros, indicadores de gestión y un plan de inversión en salud mental. En esta misma línea del discurso, Pineda (2018) manifiesta por ejemplo que:

El distrito de Barranquilla desde el año 2008 realizó la unificación de los servicios de salud del régimen subsidiado con el régimen contributivo, por lo tanto, a partir de esa fecha son las EPS-S y EPS-C las que asumen los gastos de la atención en salud mental de la población de la ciudad. (p.14)

La atención a la salud mental en el municipio es sin duda un aspecto que, si resulta fundamental para proteger la dignidad de la población Aranzacita, ya que las personas con trastornos sufren limitaciones en su autonomía y autodeterminación, poniendo en riesgo su integridad personal, su vida y la de la comunidad; así lo señalan las sentencias T-933/2013, T-578/2013 y T-209/2013. En este orden de ideas, “un elemento que resulta clave para precisar la naturaleza discriminatoria de un acto es evaluar la aptitud o entidad o la libre autodeterminación del ser humano” (Ospina, 2018, p.6).

### **2.2.2 Plan de desarrollo Municipal 2004-2007**

La única meta del plan denominado *Más unidos que nunca, serviremos como siempre*, que corresponde a los años 2004 – 2007, asociada con la salud mental, consiste en lograr una detección mínima del 50% de personas con capacidades especiales físicas y/o mentales, canalizar mínimo el 50% de las personas con discapacidad físicas y/o mentales en el programa de discapacidad y remitir mínimo el 20% de las personas con capacidades especiales físicas y/o mentales a los programas de atención y rehabilitación en el mayor nivel de complejidad. Estas cifras toman en cuenta que para el año 2003, el trastorno afectivo bipolar era una de las diez primeras causas de morbilidad en el municipio.

Se percibe entonces en este plan la poca atención a la salud mental, que se analiza solamente desde el punto de vista clínico; es decir, desde la enfermedad y no desde una perspectiva de integralidad, generando enormes vacíos en la protección de este derecho para la comunidad Aranzacita. En términos de Tobón (2005):

Existe la necesidad de tener un acercamiento a la realidad de la salud mental desde una mirada holística del ser humano en todos sus aspectos, como los biosicosociales, culturales, laborales y del modelo global político-económico, considerando que se percibe una crisis en este ámbito que pareciera está generando una crisis humanitaria multicausal en el marco de dichas esferas, es decir, desde el contexto inmediato de la persona, tomando en cuenta la forma en que vive, piensa y siente, impulsando el intercambio de buenas prácticas y de datos, así como la realización de proyectos interdisciplinarios dentro de una política pública, en el marco de un Estado Social de Derecho, buscando alternativas diferentes a los sicofármacos, hasta donde sea posible, que permitan una mejor calidad de vida, porque si bien los medicamentos pueden proporcionar salud, a la vez pueden desencadenar una enfermedad o agravar una ya existente, por lo que deben ser usados con mucha precaución. (p.12)

Entendiendo desde la postura de Escobar (2000) que un imaginario, es el “conjunto de imágenes mentales que se sirve de producciones estéticas, literarias y morales, pero también políticas, científicas y otras, como de diferentes formas de memoria colectiva y de prácticas sociales para sobrevivir y ser transmitido” (p.113)., es posible asumir que el ser humano no solo goza de una condición neurocrebral, al mismo tiempo debe ser consciente de su salud mental como parte de la integridad a la que conduce el imaginario colectivo.

### **2.2.3 Plan de desarrollo Municipal 2008-2011**

Con el Acuerdo 171 del 10 de junio de 2008, se establece el plan de desarrollo “*Futuro y desarrollo social nuestro compromiso*” para el periodo 2008-2011, donde

se manifiestan como debilidades del municipio la falta de continuidad de los programas de salud mental con enfoque integral, la falta de políticas para defender los discapacitados mentales y la falta de respeto a las personas discapacitadas, ancianos y enfermos mentales. Ante estas debilidades se determinan como metas: articular el fortalecimiento del Centro de Desarrollo Humano y Salud Mental con los programas de salud pública, propendiendo por el trabajo interinstitucional, el fortalecimiento del Hospital San Vicente de Paul en primer nivel de atención, con proyección a la atención integral en salud Mental, con liderazgo regional en el marco de la normatividad vigente para la presentación de un proyecto; ofrecer apoyo a los programas dedicados a la atención integral a grupos específicos (adultos mayores, discapacitados, hipertensos, gestantes, enfermos mentales, desplazados, mujeres cabeza de hogar, menores trabajadores, habitantes de la calle); y gestionar ante el ente competente, la atención integral permanente, interdisciplinaria en salud mental para la Población Aranzacita, teniendo como referencia el trastorno afectivo bipolar, situación que ha sido una constante en el municipio, en virtud de diferentes factores dentro de los cuales están los genéticos, que representan los de mayor importancia con 180 casos en el año 2007. No obstante, la salud mental no aparece en este plan como una de las prioridades en el componente salud, pues estas quedan focalizadas en salud materna, salud infantil, nutrición, salud sexual y reproductiva.

Si bien, este plan marca buenas intenciones, hay falencias en el desarrollo del plan conforme a la ley 152 de 1994, que define al Plan de Desarrollo como un acto jurídico imperativo e integral conformado por una parte general, un plan de inversiones, con propósitos objetivos, metas, prioridades, estrategias y orientaciones económicas sociales y ambientales, presupuesto plurianual de los principales programas de inversión pública y los recursos financieros requeridos para su ejecución, constituyendo la guía de acción para el desarrollo territorial. Como ejemplo, este plan establece unos indicadores enunciativos sin medición alguna y no se presenta plan de inversiones que indique cómo se ejecutarán los programas de inversión pública y de prioridad social, que son los encargados de asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado.

#### **2.2.4 Plan de desarrollo Municipal 2012-2015**

Para este periodo el Plan de Desarrollo “*Aránzazu un propósito común*”, tuvo precisamente como estrategia para la atención a la salud mental, la prestación de servicios de psiquiatría y salud mental en el hospital habilitado para este propósito, advirtiendo sobre la característica especial que tiene el municipio debido a sus patologías en salud mental y al mismo tiempo señalando como las patologías más destacada el Trastorno Bipolar Afectivo (TAB) y la depresión, a las que suman algunas de las causas más comunes en la zona urbana, en este caso los matrimonios entre primos y en la zona rural los casos de incesto o reproducción entre hermanos.

Para el municipio es importante trabajar con este grupo de personas y brindarles apoyo; no obstante, son escasos los recursos destinados para la atención de esta problemática, que a través de los años ha ido aumentando y debido a la falta de control, han sido notorias las recaídas de este tipo de pacientes, siendo cada vez más complicadas de manejar para las familias, por causa de la falta de conocimiento para el manejo de pacientes psiquiátricos, tomando como única alternativa de solución atar al paciente, sin pensar en las repercusiones que esto puede tener en su salud mental en los años posteriores. Es oportuno crear campañas de educación para el manejo de este tipo de pacientes, promoviendo la investigación sobre el origen de la problemática, pues no se puede reducir a una sola causa una situación con una magnitud tan importante (PDT-2012-2015).

Reconociendo la especialidad del municipio por su condición en salud mental y teniendo un mayor grado de consciencia, la administración de este plan requiere el aumento de esfuerzos para consolidar una política en salud mental para el municipio, pero no es más lo que se dice al respecto, lastimosamente. La sociedad ha ido cayendo en el juego de la crítica, de la identificación del problema, pero no de las propuestas y soluciones, ni de la acción en torno a la salud mental del municipio.

A todo esto, se suma que en Aránzazu históricamente, se ha conocido como un municipio con alto índice del consumo de licor, aspecto que representa un problema mental reconocido. En palabras del Pbro. López (1960), se trata de uno de los principales “defectos sociales”. Cabe destacar que Aránzazu ha sido un pueblo conservador y que ha rendido honor por todo su caminar a los hombres presbíteros, por eso los manuscritos y documentos de referencia se conservan con especial sigilo. Este es el caso del siguiente párrafo, que varias décadas después continúa despertando sensaciones:

Por estos tiempos el pueblo de Aránzazu perdió mucha fama ante los gobiernos, porque las quejas que llegaron hasta ellos desdecían en mucho de la buena que hasta entonces había gozado. Pero por ello no había perdido la moralidad de sus costumbres. Tenía entonces el vicio de abusar del licor desmereciendo por eso, ante propios y extraños y más que todo a sus superiores. (Pbro. López, 1960).

Esto quiere decir que la problemática en salud mental va más allá de un simple diagnóstico y un tratamiento como ya se ha reiterado, se trata de un tema de fondo cultural e histórico que hace parte de la historia del municipio e incluso en el país como lo manifiestan Acosta y Quiñones (2019):

En Colombia en el siglo XXI, el objetivo fue mostrar lo ideológico de la práctica diagnóstica en psicopatología. La investigación se basó en el análisis de discurso psicoanalítico, realizando una revisión de los discursos presentes en alrededor del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV) y el lugar de este tipo de trastornos en la cultura colombiana. (p.117)

El consumo de licor y de sustancias psicoactivas constituye uno de los principales problemas de salubridad pública que genera adicción, dependencia y depresión. Afirman Alarcón, et al. (2005) que “los trastornos mentales producto del consumo del alcohol y sustancias tienen el carácter de prioritario” (p.13), puesto que estas patologías conllevan a situaciones como el suicidio, la agresión y violencia, el delito, el homicidio, las lesiones personales etc., que vulneran otros

derechos fundamentales, sociales y colectivos, en especial, el principio de la Dignidad Humana, conduciendo al sujeto a la asunción de responsabilidades jurídicas que no deberían recaer sobre él, sino sobre el Estado. Una síntesis para este apartado la entrega Foucault (1964):

Se debe analizar la locura en las modificaciones que no puede dejar de aportar al sistema de las obligaciones; en otro caso, hay que tomarla con todos los parentescos morales que justifican la exclusión. En tanto que sujeto de derecho, el hombre se libera de su responsabilidad en la medida misma en que está alienado como ser social, pues la locura lo compromete en la vecindad de la culpabilidad. El derecho refinará, indefinidamente, su análisis de la locura; y en un sentido es justo decir que, sobre el fondo de una experiencia jurídica de la alienación se ha constituido la ciencia médica de las enfermedades mentales. (p-43)

### **2.2.5 Plan de desarrollo Municipal 2016-2019**

El plan de desarrollo 2016-2019, denominado “*Gobierno con Resultados*”, tiene como objetivo estratégico en salud mental: disminuir el impacto de la carga de la enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales y las distintas formas de violencia, a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios en salud mental, que aumenten el acceso a quienes los requieren y permitan prevenir la cronificación y el deterioro, mitigando daños que se consideran evitables. Este objetivo se desarrolla de una manera más acorde a los lineamientos de un plan, ya que fija unos indicadores de productos y de resultados y sus respectivas metas, lo que conlleva a establecer propósitos reales en salud mental. Por ejemplo, como indicador de resultado se presenta la ruta de atención mental diseñada, junto a la meta del indicador de resultado: Implementar una ruta de atención mental comunitaria (política salud mental), el indicador del producto: número de rutas de atención mental implementadas para alcanzar la meta del producto, junto a una inversión general de \$1.1900.000.

Aquí el panorama cambia, pues se observa una planeación y un desarrollo del derecho a la salud mental más eficaz y viable. Este es el camino, sin embargo, de acuerdo con Tobón (2019) hay un interrogante por resolver ¿Se hace lo suficiente en derechos para fomentar la salud mental integral? Pues hay que motivar más conciencia sobre la salud mental y su prevención desde la ecología humana y el arte como un aporte al desarrollo humano integral sostenible, diverso y equitativo, reconociendo que “lo trascendental de mejorar y fortalecer capacidades y habilidades de aprender a pensar, leer, escribir, analizar, discutir y a proponer proyectos que implementen nuevas metodologías de aprendizajes innovadores desde el enfoque humano, en perspectiva de derechos y salud integral” (p. 732).

De esta forma es posible evitar que se cometan conductas lesivas para la sociedad o contra el sujeto mismo como consecuencia del trastorno, por eso los planes deben brindar a todas las personas con trastornos mentales aquello a lo que tienen derecho y para lo cual todos los ciudadanos contribuyen económicamente, permitiéndoles mejorar en la mayor medida posible su salud, y garantizando su derecho fundamental a la Dignidad Humana (Pineda, 2015).

### ***2.2.6 Plan de desarrollo Municipal 2020-2023***

Dentro del plan en vigencia 2020-2023 *Pacto por la equidad*, la salud mental se cataloga como las afecciones que impactan en el aspecto emocional, cognitivo o comportamental de una persona, aclarando que esto puede ser ocasional o duradero. Este tipo de afecciones se dividen tres grandes grupos: los trastornos mentales y del comportamiento, los trastornos mentales y del comportamiento causados por el uso de sustancias psicoactivas y la epilepsia. Para el caso del municipio de Aránzazu, el mayor peso porcentual está dado por los trastornos mentales y del comportamiento.

Históricamente, el municipio ha constituido un caso extraordinario a nivel patológico en salud mental. El crecimiento poblacional enfatizado o como resultado de relaciones entre miembros de una misma familia o entre parientes cercanos, ha provocado no solo un aumento en los casos de discapacidad física, también en

aspectos relacionados con trastornos psicológicos, en especial el trastorno bipolar afectivo y múltiples casos de depresión (PDT, 2020-2023).

Conforme a esta definición y diagnóstico, el plan tiene como indicadores de bienestar: formular una estrategia de acompañamiento y prestación del servicio de salud mental a por lo menos el 80% de la población focalizada durante el período de gobierno, incluyendo al 20% de la población juvenil (estudiantes y no escolarizados) en espacios de uso efectivo del tiempo libre y reducir el consumo de SPA y alcohol en jóvenes y adolescentes del Municipio, promoviendo los derechos y los deberes de los adolescentes infractores de la ley penal.

Es este sentido, Molina (2008) asegura que la relación entre el trastorno mental y el delito ha estado presente desde la historia misma de la ciencia criminológica y que existen en términos del autor, locos delincuentes y criminales locos:

Los primeros delinquen ocasionalmente a causa de los fenómenos morbosos que caracterizan su enfermedad (alucinaciones, delirios, impulsos obsesivos), llegando al delito por un estado de enfermedad mental, y su peligrosidad está vinculada exclusivamente al decurso de la misma. En los segundos, es la demencia la que propicia el hecho criminoso. (p.76)

En síntesis, el trastorno mental es una condición generadora de situaciones de graves riesgos para el individuo que la padece, para su entorno personal y familiar y para la sociedad; es decir, representa una situación de salud pública que entra en el escenario de las necesidades vitales de cualquier sociedad que aspire a su bienestar general, lo que inmediatamente traslada al Estado la responsabilidad de su atención y manejo como parte de las exigencias constitucionales que promueven como un Estado Social de Derecho, imponiéndole como obvia consecuencia, la obligación de responder jurídica y patrimonialmente por todos los daños que se produzcan por la omisión de tales deberes (Pineda, 2015). Para lograr este desafío, el Plan de Desarrollo local, debería ser construido con la participación en las decisiones que afectan a las mayorías, coordinado y articulado con desde la óptica de lo regional, lo nacional y lo global. Por eso, aquel que despliegue planes,



programas y proyectos en equipo multidisciplinar multicultural, debe contemplar que estos deben ser dirigidos a la búsqueda de cómo procesar en equipo las realidades sociales negativas de violencias locales globalizadas, conexas a la salud y al trastorno mental, a través de la renovación de metodologías lúdicas para el desarrollo del todo para todos, desde un enfoque humanitario que derive en la satisfacción de las necesidades básicas de subsistencia y en las axiológicas que ayuden a la reconstrucción de bienestar individual y colectivo para una mayor y mejor producción que transforme la sociedad (Tobón, 2019).

Es así como el derecho a la salud mental se convierte en garante de la dignidad humana. En palabras de la Corte Constitucional (1991): “La dignidad humana, la igualdad y a la libre determinación de la persona se erigen como pilares fundamentales del compromiso constitucional fundante”. En una analogía simple, así como las comunidades indígenas tienen su plan de vida, el municipio de Aranzazu *per se*, debe tener su plan en salud mental.

En efecto, es posible ver cómo en un mismo periodo de tiempo, las políticas y leyes, tanto nacionales, regionales como locales, no necesariamente se encuentran en interdiálogo y, en consecuencia, no se evidencia que las unas prosiguen necesariamente a las otras. Sucede lo mismo en la relación de éstas con las epistemes y las praxis, pues las primeras requieren de un tiempo de consolidación e incluso de negociación política para que sus aportes puedan llegar a ser vinculados con el marco legal de los pueblos, mientras las segundas están fuertemente sujetas a los hábitos, costumbres y representaciones de aquellos que operativizan el abordaje directo con la población, en este caso, con los pacientes y usuarios de los servicios en salud mental (Cobo, 2019).

### **2.3 Antecedentes de implementación de estrategias programas, políticas en el municipio de Aránzazu sobre salud mental**

En el proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas se deben tomar en cuenta las obligaciones que se desprenden de los derechos humanos, inseparables de la dignidad esencial de la persona y base de la

democracia. La discriminación que se presenta contra las personas con capacidades especiales y de enfermedad mental, a veces es fomentada por las mismas autoridades públicas, en el sentido del amplio concepto que representan las políticas públicas, es decir, abarcando estrategias, programas y planes, pero desconociendo la relación intrínseca entre estas y los derechos humanos.

Es claro que, si se tiene en cuenta que las políticas públicas están sometidas a determinadas reglas de juego definidas por normas jurídicas, incluyendo aquellas que reconocen derechos humanos, entonces es válido afirmar que el cumplimiento de las obligaciones derivadas de los derechos constituye una regla que debe ser tenida en cuenta en el diseño, formulación e implementación de políticas (Quinche, 2010). Por esta razón, la inobservancia de los derechos humanos en la implementación de estrategias programas y políticas en el municipio de Aránzazu sobre salud mental, deriva en una discriminación indirecta a esta población. “Estas personas tienen el derecho a que el estado elimine los obstáculos jurídicos que les impiden acceder en condiciones de igualdad al goce efectivo de sus derechos” (Ospina, 2018, p.17).

En T-141 de 2017, la Corte señala que el derecho a la no discriminación, se desprende del artículo 13 constitucional, el cual impone manifestaciones específicas de hacer efectivo el goce de todos los derechos, salud, educación seguridad alimentaria, ambiente sano, libertad, igualdad, trabajo; como una expresión propia de la dignidad, “resaltando con ello el carácter político y social de la salud mental, en concordancia con las condiciones histórico - políticas que dieron origen a dicho concepto” (Lopera, 2015). Por ello, la importancia del contexto histórico, cultural y social que ha tenido la salud mental en el municipio, situación que amerita una definición y un entendimiento en sentido amplio del concepto, pues se ha visto la salud mental en términos negativos como ausencia de enfermedad, y se han direccionado los planes hacía el trastorno mental y el consumo de SPA; así lo indica Lopera (2015):

Sin una definición de salud mental, así sea provisional, las políticas, programas, estrategias y acciones implementadas para el logro de la salud mental, marchan

erráticas, o centradas exclusivamente, quiérase o no, en los trastornos mentales. El énfasis en los trastornos mentales, en el enfoque de derechos y en los determinantes sociales en salud, si bien es importante, da poca cabida a la participación activa de las comunidades en la construcción de su propia salud mental. (p.14)

Para Aránzazu, la Salud mental es *sui generis*, propia de su historia, de su esencia, por eso, siguiendo en línea con Lopera (2015), se puede entender como una construcción a la que han llamado: “método clínico de democracia participativa”, donde tanto el paciente, como la familia, el médico y el colectivo específico, definen en su sentir y vivir, qué es para ellos la salud mental y la forma como se garantiza este derecho. Se recalca en este documento que el derecho a la salud mental no puede ser un derecho discriminatorio y visto solo desde el punto de vista clínico. La salud mental es un derecho de todas las personas, igual que la salud física, con especial atención, claro está, en las personas con condiciones de vulnerabilidad física y mental, en búsqueda de una igualdad real y efectiva, que se traduce según Ospina (2018) en “la posibilidad de conceder ventajas a grupos disminuidos o comúnmente marginados y también en otorgar una protección especial para aquellas personas que su por condición económica, física o mental se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta (p.11).

Tomando en cuenta lo anterior, es importante analizar y describir la Historia, el perfil epidemiológico en Caldas y Aránzazu en materia de salud mental, los antecedentes clínicos del municipio, la inversión y política fiscal del municipio para la protección del derecho fundamental a la salud mental y la identificación del número de personas del municipio con afectación al derecho fundamental a la salud mental y sus derechos conexos como garante de la dignidad humana.

### **2.3.1 Historia**

Ya se ha descrito anteriormente el impacto y la evolución de los Planes de Desarrollo del municipio de Aránzazu, su alcance y resultados, junto a una breve descripción de la historia del municipio; sin embargo, es preciso recalcar que se trata de un

pueblo del norte Caldense, fundado en 1853, con descendencia Antioqueña, pues sus fundadores arribaron provenientes de Marinilla, Sonsón, Río negro y Santuario. Se trata de un pueblo conservador y religioso, conocido como el “Faro del norte” por cuenta del gran número de personajes, hijos del municipio, ilustrados en la vida artística, política, poética, religiosa, pública, comercial del país, como, por ejemplo, Javier Arias Ramírez, Poeta Aranzacita, quien escribe un bello poema que representa la esencia del municipio:

*“Ahora vuelvo a ti, Aránzazu mío,  
para leer la página celeste  
escrita por tus astros,  
y a los verdes cuadernos de tus bosques  
de tus altas montañas y tus campos  
para hallar el breviario de ternura,  
y el claro abecedario  
que empezará a leer allá en la infancia  
y que guardé en los hondos anaqueles  
del corazón  
que sabe conservar todo el perfume*

*de tus horas, tus días y tus años.  
Por tu cuerpo frutal de suaves mieles  
Hoy discurren mis labios,  
en un sueño de pomas y naranjas  
mientras que mi memoria sensualmente  
vuelve a ceñir tus ríos con mis brazos.  
Unge mi voz tu altura permanente tus  
telúricas plantas, tus entrañas, y levanta  
en la asta de tu aire su lírica bandera que  
con orgullo ondulará en tu frente por  
todos los contornos de tu nombre”*

El Faro del Norte se destaca por su cultura y civismo; historiada Princesa del Norte como reza en su himno por su trayectoria histórica; Ciudad levítica de Caldas, por los más de 150 sacerdotes y 120 religiosos que le ha aportado al país. A raíz de sus ancestros antioqueños y como resultado de los incestos principalmente en la zona rural y el consumo de agua contaminada con mercurio, es que se explican los múltiples problemas de salud mental en el municipio, especialmente, los trastornos bipolares.

Para el año 2006, el Departamento de Psiquiatría y Laboratorio de Genética Molecular de la Universidad de Antioquia, realizó junto con el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de California en San Francisco, el Departamento de Estadística *The Jane and Terry Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior* de la Universidad de California, el Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular de Los Ángeles, la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, entre otras entidades, una exploración de marcadores de micro satélites del genoma completo en seis familias múltiples con trastorno del estado de ánimo bipolar (BP) determinado en

Antioquia, en el cual se llegó a la conclusión, haciendo el análisis con la universidad de Costa Rica, que ambas regiones poseen fenotipados similares genéticamente relacionadas, en este caso, el Valle Central de Costa Rica y la provincia de Antioquia en el noroeste de Colombia.

Las poblaciones fundadoras de Costa Rica y Antioquia tienen historias demográficas similares y afines. Ambas poblaciones se establecieron alrededor de los siglos XVI y XVII principalmente por la mezcla de inmigrantes masculinos del sur de España y mujeres nativas americanas, muy probablemente de Chibchan (Herzberg, et al, 2006). Utilizando familias pedigríes en ambas regiones, se identificó una vinculación significativa con genomas similares de ánimo o trastorno bipolar (BP). Los casos índices se encontraron principalmente en el Hospital Mental de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paul, ambos en la ciudad de Medellín. Todos los casos índices incluidos en el estudio tenían al menos seis bisabuelos nacidos en Antioquia (Herzberg, et al, 2006).

Con este estudio, es posible rastrear desde los ancestros la genética en los trastornos mentales que llevan los Aranzacitas, siendo este municipio un hijo de Marinilla Antioquia, con costumbres similares, mencionadas como “las gentes del norte de Caldas, que llegaron de Antioquia” (Pbro., López, 1960).

### **2.3.2 Perfil epidemiológico en Caldas y Aránzazu en salud mental: Antecedentes clínicos**

*La enfermedad mental se encuentra al fin presente, la sinrazón ha desaparecido de sí misma, salvo a los ojos de quienes se preguntan lo que puede significar en el mundo moderno esta presencia tozuda y repetida de una locura necesariamente acompañada de su ciencia, de su medicina, de sus médicos, de una locura totalmente incluida en el patetismo de una enfermedad mental (Foucault, 1964).*

Con el fin de brindar una atención oportuna y adecuada en salud mental es necesario tener información nacional y territorial sobre los factores protectores y de riesgo de la población, así como un registro que permita identificar la población afectada y sus causas. Sin embargo, aunque existen múltiples observatorios que miden variables de salud mental en el país, se presenta una baja socialización y una alta fragmentación de la información a nivel nacional y territorial, lo que limita la realización de una

caracterización y un análisis integral de la población, para así lograr una priorización y focalización en temas de salud mental. Además, dada la ausencia de información robusta y consolidada a nivel nacional, las decisiones en materia de salud mental en el país se encuentran soportadas en su mayoría en referentes internacionales, situación que limita la adaptación de los referentes a las necesidades de cada población.

De manera que, el país cuenta con múltiples herramientas de captura de información pública y privada que generan datos en salud mental, problemas y trastornos mentales. Sin embargo, no se cuenta con la integración e interoperabilidad de los datos, ni de la información. Tampoco se tiene un instrumento que permita orientar las acciones y focalizar la oferta intersectorial en algunos segmentos poblacionales; esto limita algunos sectores del Gobierno nacional para la toma de decisiones frente al análisis completo de la situación de salud mental de la población; únicamente los registros administrativos de Foresis logran desagregarse a nivel municipal. Esta restricción limita el análisis de los factores de protección y de riesgo en salud mental, incluido el consumo de SPA y las violencias, diferenciado a nivel poblacional, territorial y por entornos que garantice acciones en el campo político, adaptadas a las necesidades nacionales, departamentales, y municipales (CONPES, 2020).

El perfil epidemiológico es una herramienta de información y consolidación de datos sobre la morbilidad, la mortalidad y factores de riesgo, que tiene en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo. En el caso concreto del departamento de Caldas, en términos de salud mental, los boletines de perfil epidemiológicos reportados por la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC) y en los informes de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento que corresponden al año 2021, arrojan resultados que permiten tomar decisiones políticas adaptadas a las necesidades del departamento:

De 2005 a 2019, han fallecido 434 personas por eventos relacionados con salud mental; por trastornos mentales y del comportamiento el 46.54 % y el 2.99 % por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y el 50.46 % por epilepsia. Caldas, presenta muertes por eventos de salud mental todos los años en ambos géneros; para los años 2015 y 2018 la mayoría de los casos

se presentaron en el sexo femenino. Al observar las grandes causas, las muertes por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas se presentaron en un mayor rango en los años 2007, 2008, 2009, 2013 y 2019; para este último año, por primera vez en el periodo se presentaron muertes en mujeres, siendo el año con menor número de casos en el periodo evaluado el 2005 y el año con mayor número de muertes el 2019. También se observa un aumento en la notificación de manera significativa a partir del año 2015 para los eventos de trastornos mentales y del comportamiento y epilepsia, que debe ser analizado a la luz de los procesos en el mejoramiento de Calidad del dato de las estadísticas vitales. Otro de los eventos clave para entender la dinámica de la mortalidad por salud mental son las lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio), que para el año 2019 el departamento tuvo una tasa ajustada por la edad de 8,01 muertes por cada 100000 habitantes, mientras que Colombia presentaba una tasa ajustada por la edad menor de 5,77 muertes por cada 100000 habitantes. Entre los años 2008 y 2019 las tasas correspondientes a Caldas siempre fueron superiores a las de Colombia. (DTSC, 2021)

**Tabla 2.** *Tasa*  
*ajustada por la edad de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidio) en el departamento de Caldas, 2008 - 2019*

Territorio	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Caldas</b>	9,63	7,93	6,29	6,00	5,55	5,46	5,70	7,24	6,95	6,51	8,05	8,01
<b>Colombia</b>	5,14	5,12	4,69	4,49	4,59	4,42	4,47	4,84	5,07	5,47	5,72	5,77

*Nota:* información obtenida del DANE y consultada a través del SISPRO

Es importante resaltar la conducta suicida en el Departamento de Caldas, toda vez que presenta una tendencia en aumento sobre todo entre los menores de 6 a 11 años y en los mayores de 80 años. En la persona mayor la relación es de 1,6 intentos por cada suicidio aumentando la relación respecto al año 2018. De acuerdo con la OMS, a nivel mundial la relación en la edad adulta es cercana a los cuatro intentos, siendo la salud mental en la mujer, la primera causa de mortalidad. El factor con mayor número de casos

en general son los trastornos psiquiátricos presentes en el 46,43 % de los casos, la ideación suicida persistente en el 37,77 % y el abuso de SPA en el 21,50 %.

En el período 2009 - 2020, se prestaron 1.246.869 atenciones en salud mental, dentro de las cuales el mayor porcentaje por curso de vida se brindó a los adultos (39%), seguidos del ciclo de vejez (19%) y adolescencia (14%). Del total de atenciones, el 87,1% corresponden a trastornos mentales y del comportamiento, seguidos de la epilepsia (11,4%) y los trastornos mentales y del comportamiento por el uso de sustancias psicoactivas (4,5%) (DTSC, 2020).

**Tabla 3.**

*Factores de riesgo asociados al intento de suicidio, departamento de caldas año 2020*

Factores de Riesgo		Número de Casos	Porcentaje	Mujeres	Hombres
Trastornos Psiquiátricos	Trastornos depresivos	377	35,87	234	143
	Trastorno bipolar	94	8,94	59	35
	Trastornos de la personalidad	36	3,43	21	15
	Esquizofrenia	22	2,09	5	17
Ideación suicida persistente		397	37,77	221	176
Abuso de SPA		226	21,50	80	146
Plan organizado		219	20,84	120	99
Abuso de Alcohol		85	8,09	33	52
Antecedentes familiares de conducta suicida		67	6,37	38	29
Antecedente de violencia o abuso		50	4,76	44	6

Fuente: SIVIGILA, Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2020

De acuerdo con este panorama, el suicidio es un grave problema de salud pública, que puede prevenirse mediante intervenciones oportunas y con una adecuada e intensificada vigilancia.



**Tabla 4.**

Tasa por 100000 habitantes de los intentos de suicidio en los 27 municipios del departamento de Caldas, 2013 - 2019

MUNICIPIO	TASA 2013	MUNICIPIO	TASA 2014	MUNICIPIO	TASA 2015	MUNICIPIO	TASA 2016	MUNICIPIO	TASA 2017	MUNICIPIO	TASA 2018	MUNICIPIO	TASA 2019
Marulanda	146	Salamina	147,3	Salamina	150,29	Pacora	162,77	Pácora	149,14	Belalcázar	170,47	Marmato	154,95
Viterbo	111,5	Chinchiná	112,1	Filadelfia	135,94	Aránzazu	159,39	Anserma	143,13	Anserma	143,73	Manizales	144,12
Aránzazu	109,6	Norcasia	108,8	La Merced	127,09	Salamina	128,71	Manzanares	135,09	Aránzazu	136,04	La Dorada	130,19
Belalcázar	108,4	Manizales	105	Manizales	127	Norcasia	126,54	Aránzazu	134,36	Manizales	128,96	Pensilvania	126,38
Salamina	104	Anserma	91,3	Belalcázar	119,67	Belalcázar	111,52	Villamaría	121,41	Villamaría	119,13	<b>Caldas</b>	<b>115,24</b>
Anserma	99,8	Neira	82,5	Viterbo	112,28	Manizales	95,35	Chinchiná	119,43	Pacora	116,8	Anserma	109,88
Chinchiná	94,4	Pacora	81,6	Chinchiná	99,04	Risaralda	95,03	La Merced	113,61	<b>Caldas</b>	<b>102,33</b>	Viterbo	109,55
Victoria	93,1	San José	78,9	Aránzazu	96,31	Filadelfia	82,77	Belalcázar	112,67	Chinchiná	102,2	Aguadas	109,14
Pacora	79,7	Palestina	78,6	<b>Caldas</b>	<b>88,66</b>	Manzanares	77,88	Manizales	110,32	Risaralda	97,26	Chinchiná	108,16
Filadelfia	70,3	<b>Caldas</b>	<b>78,3</b>	Pacora	83,67	<b>Caldas</b>	<b>77,3</b>	Supía	107,02	Manzanares	96,57	Risaralda	103,38
La Merced	69,6	Belalcázar	72,9	Riosucio	76,38	La Dorada	76,27	Pensilvania	106,27	Supía	91,58	Manzanares	95,48
Marquetalia	66,8	Villamaría	72,4	Villamaría	71,04	La Merced	74,17	Viterbo	104,72	La Dorada	85,75	Pacora	91,53

*Nota:*

SIVIGILA, Dirección Territorial de Salud de Caldas, 2020

De acuerdo con la Tabla, durante el año 2020, los 27 municipios de Caldas han reportado al menos un caso; de los cuales, los seis mayores centros urbanos de Caldas Manizales, Villamaría, La Dorada, Chinchiná, Anserma y Riosucio agrupan el 73,17 % de los casos y las 6 incidencias más altas las presentan los municipios de Risaralda, Neira, Aguadas, **Aranzazu**, Marulanda y Manizales.

En el Boletín de la semana 8 Epidemiológica de 2022, que comprende desde el 20 hasta el 26 de febrero, denominado Crónicas y Salud mental, se presentaron 10 casos de intento de suicidio, y en lo que va del año 2022 para el departamento de Caldas se han notificado al SIVIGILA 134 casos. Encontrando que los trastornos psiquiátricos están asociados en el 69,0% de los casos, identificando el mayor peso porcentual en los trastornos depresivos, especialmente en mujeres, seguido de los trastornos bipolares en mujeres, los trastornos de personalidad en mujeres, la esquizofrenia en los hombres y la ideación suicida con un 38,6 %.

La vigilancia del evento intento de suicidio en el departamento de Caldas, presenta características similares en las variables sociodemográficas. Frente a su comportamiento histórico, se resalta que la mayoría de los casos se presentan en mujeres, en curso de

vida de juventud y en el área urbana. Alrededor de 2,9% se presenta en comunidades indígenas. En cuanto a las características específicas del evento, se observa un aumento en el peso porcentual de las personas con factores de riesgo de trastorno depresivo y con enfermedades crónicas, así como un aumento en el peso porcentual del factor desencadenante de problemas familiares (DTSC, 2021).

La tasa de incidencia de intento de suicidio en el departamento de Caldas es en promedio de 12,93 casos por 100.000 habitantes. Ocho municipios Caldenses superan esta tasa: Viterbo, 53,53 casos por cada 100.000 habitantes; La Merced, 50,13 casos por cada 100.000 habitantes; **Aránzazu, 46,55** casos por cada 100.000 habitantes; Marmato 32,15 casos por cada 100.000 habitantes; Riosucio 22,51 casos por cada 100.000 habitantes.

Esta situación enciende una alarma con respecto a la posición del municipio de Aranzazu en el departamento, específicamente en el tema de la salud mental, teniendo en cuenta que el número de habitantes es de 12,181, y que según el Índice de Necesidades en Salud del departamento de Caldas 2021, Aranzazu se encuentra entre el 25% y 50% de los municipios con mayores índices de necesidades de salud insatisfechas. De lo anterior se desprende la necesidad de agregar una protección positiva dirigida a la superación de injusticias y a la promoción de los sectores menos favorecidos, por lo que los poderes públicos están llamados a tomar medidas que, al favorecer a determinadas categorías y no a otras, cuando menos disminuyan el efecto nocivo de las talanqueras de orden económico y social, que les impiden acceder a la igualdad sustancial. En otras palabras, a las medidas adoptadas se les reconoce un designio compensatorio o reparador de previas desigualdades reales (Ospina, 2018).

En este orden de ideas, a continuación, se presenta un análisis del perfil epidemiológico del municipio de Aranzazu-Caldas, a partir de los Planes de Desarrollo desde el año 2000 a 2022. Para el año 2000, de acuerdo con la situación de morbilidad, dentro de las diez primeras causas para todas las edades en este año se encuentran los trastornos de neurosis, que se ubican en el listado con un total de 93 casos, especialmente, en el rango de edad entre los 15 y los 40 años, también se identifican dos casos de suicidio (PND, 2000-2003).

En el 2003, dentro de las diez primeras causas de morbilidad general, está el trastorno afectivo bipolar, que ingresa a esta lista pasando de siete suicidios en el año 2002 a seis en el año 2003, con una tasa construida por cada 10.000 habitantes y con un total de intentos de suicidio de 0.76. de hecho, fueron 31 intentos para el año 2002 y cinco para el año 2003, con una distribución porcentual en el sector urbano del 62% y en el rural de 38%, y una división por género que refleja que el 71% fueron hombres y el 29% mujeres (PND, 2004-2007).

En el año 2007 se reconoce que el perfil epidemiológico del municipio se comporta de forma similar a la subregión norte, marcando una diferencia dentro de las primeras causas generales de enfermedad, el trastorno afectivo bipolar, situación que ha sido una constante en el municipio, en virtud de diferentes factores, dentro de los cuales los genéticos representan los de mayor importancia con un reporte de 180 casos de TAB y 11 intentos de suicidios (PND 2008-2011). Así, el perfil epidemiológico sobre la caracterización de intentos de suicidio en el municipio del 2002 al 2010 arroja los siguientes resultados:

2002 = 31 intentos de suicidio y 7 suicidios

2003 = 5 intentos de suicidio y 6 suicidios

2004 = 18 intentos de suicidio y 8 suicidios

2005 = 7 intentos de suicidio y 6 suicidios

2006 = 20 intentos de suicidio y 5 suicidios

2007 = 7 intentos de suicidio y 6 suicidios

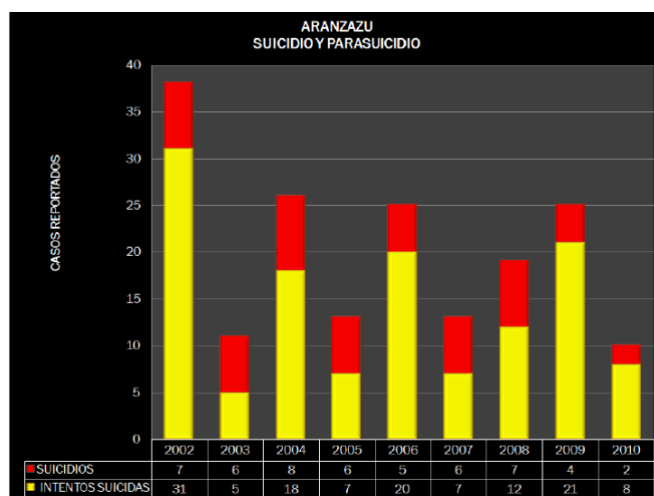
2008 = 12 intentos de suicidio y 7 suicidios

2009 = 21 intentos de suicidio y 4 suicidios

2010 = 8 intentos de suicidio y 2 suicidios.

**Figura 3.**

*Caracterización de intentos de suicidio Aránzazu*



*Nota:* Perfil epidemiológico, Salud Pública Aránzazu, 2010

En relación con los trastornos y las causas más frecuentes de morbilidad que derivan en consulta, se presentan las Tablas 5, 6 y 7.

**Tabla 5.**

*Diez primeras causas de morbilidad mental por consulta externa, Aránzazu- 2010*

ORDEN	CIE X	NOMBRE	NUMERO DE CASOS	%
	F317	Trastorno afectivo bipolar en resolucion	425	1,5
	F319	Trastorno afectivo bipolar sin especificidad	65	0,2
	F412	Otro trastorno de ansiedad	61	0,2
	F419	Trastorno de ansiedad sin otra especificidad	54	0,2
	F510	Insomnio	42	0,2
	F329	Epidodio depresivo	35	0,1
	F339	Trastorno depresivo recurrente	35	0,1
	F719	Retardo mental moderado	22	0,1
	F701	Retardo mental leve	19	0,1
	F064	Trastorno mental debido a daños neuronales	17	0,1
TOTAL PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA MENTAL	TOTAL DE CAUSAS		775	2,8
TOTAL DE CAUSAS			332	1,2
TOTAL DE CONSULTAS MEDICAS			1107	4,0
			27938	100,0

*Nota:* consultas médicas por salud mental 2010. Salud pública Aranzazu, 2010

**Tabla 6.***Diez primeras causas de morbilidad dentro de la consulta psicológica, Aránzazu-2010*

NUMERO DE ORDEN	CIE X	NOMBRE	NUMERO DE CASOS
	F313	Trastorno afectivo bipolar de tipo depresivo leve o moderado	345
	F431	Trastorno por Estrés postraumático	98
	F412	Trastorno mixto Ansioso Depresivo	89
	F330	Trastorno de Depresivo Recurrente, episodio actual leve	76
	F454	Trastorno de dolor persistente somatomorfo	65
	F900	Trastorno de la atención y la hiperactividad	58
	F603	Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	54
	F660	Trastorno de la maduración sexual	49
	F700	Retardo mental leve	36
	F160	Trastorno mental debido al consumo de sustancias psicoactivas	34
CONSULTA PSICOLOGICA MENTAL			
TOTAL DE CAUSAS			
TOTAL DE CONSULTAS PSICOLOGICAS			904

*Nota:* Total de consultas psicológicas. Salud Pública Aranzazu, 2010**Tabla 7.***Perfil epidemiológico por edades, Aranzazu-2010*

No.	COD. CIE10	DIAGNOSTICO	# CASOS	%
1	I10X	HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA	4457	16,0
2	J00X	RINOFARINGITIS AGUDA, RESFRIADO COMUN	1533	5,5
3	K297	GASTRITIS NO ESPECIFICADA	916	3,3
4	N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	890	3,2
5	F317	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ACTUALMENTE EN REMISION	692	2,5
6	M255	DOLOR EN ARTICULACIONES	659	2,4
7	B829	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	368	1,3
8	G439	MIGRAÑA NO ESPECIFICADA	344	1,2
9	J449	ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	266	1,0
10	J038	AMIGALITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS	242	0,9
SUMATORIA PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN TODAS LAS EDADES			10367	37,1
RESTO DE CAUSAS			2080	7,4
TOTAL CAUSAS			12447	44,6
MUJERES	20262			
HOMBRES	7686			
TOTAL	27938			100%

*Nota:* Perfil Epidemiológico. Salud Pública Aránzazu. 2010

**Tabla 8.**

*Índices de morbilidad mental específica en el municipio de Aránzazu*

Ciclo vital	Gran causa de morbilidad	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Δ pp 2018-2017
Primera infancia (0 - 5 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	25,00	45,83	4,55	12,50	50,00	65,38	79,49	100,00	52,94	59,77	6,83
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Epilepsia	75,00	54,17	95,45	87,50	50,00	34,62	20,51	0,00	47,06	40,23	-6,83
Infancia (6 - 11 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	33,33	42,86	100,00	100,00	75,00	51,52	43,14	62,86	84,44	68,33	-16,11
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,56
	Epilepsia	66,67	57,14	0,00	0,00	25,00	48,48	56,86	37,14	15,56	31,11	15,55
Adolescencia (12 - 17 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	0,00	36,36	23,81	84,21	53,45	82,54	75,34	69,39	83,10	81,20	-1,90
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	24,14	7,94	9,59	10,20	3,52	8,62	5,10
	Epilepsia	100,00	63,64	76,19	15,79	22,41	9,52	15,07	20,41	13,38	10,18	-3,20
Juventud (18 - 28 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	51,28	55,84	23,29	50,00	78,95	51,90	72,67	88,00	89,06	68,05	-21,01
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	5,84	1,37	0,00	0,00	5,06	6,00	1,33	1,56	4,84	3,27
	Epilepsia	48,72	38,31	75,34	50,00	21,05	43,04	21,33	10,67	9,38	27,12	17,74
Adultez (29 - 59 años)	Trastornos mentales y del comportamiento	68,24	63,19	62,07	67,63	64,49	60,77	73,13	76,60	79,76	80,93	1,16
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,85	0,75	2,84	0,20	0,00	-0,20
	Epilepsia	31,76	36,81	37,93	32,37	35,51	35,37	26,12	20,57	20,04	19,07	-0,97
Vejez (60 años y más)	Trastornos mentales y del comportamiento	89,47	90,72	77,33	88,00	81,63	86,92	85,94	72,00	93,22	90,03	-3,19
	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,60	0,04
	Epilepsia	10,53	9,28	22,67	12,00	18,37	13,08	14,06	28,00	6,21	9,37	3,15

Nota. Información tomada de SISPRO, MSPS, RIPS

En la Tabla 8 se presentan los principales índices de morbilidad específica de Salud Mental en el municipio, comparativamente desde el 2009 a 2018, notando en la generalidad un aumento paulatino de los trastornos cada año. Es posible establecer que para el periodo 2017 - 2018, según los datos suministrados en el ASIS (2018) y la ESE Hospital San Vicente de Paul, se registra un incremento de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (Suicidios), además, se presentan altos índices de atención por intento de suicidios. La fórmula empleada para calcular la tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios): arroja las siguientes cifras: 2017 (26,87); 2018 (45,33). Para el año 2018 se reconocen dentro de las causas de consulta por patología mental cinco trastornos, reflejados en la Tabla 9.

**Tabla 9.**

*Causas de Consulta por patología mental, Aránzazu-2018*

<b>PRIMERAS 5 CAUSAS DE CONSULTA PATOLOGIA MENTAL AÑO 2018</b>
1. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
2. DEPRESIÓN
3. ANSIEDAD
4. INSOMNIO
5. ESQUIZOFRENIA
<b>Número de hospitalizaciones por enfermedad mental año 2018: 65</b>
<b>Pacientes atendidos por enfermedad mental servicio de urgencias en el 2018: 139</b>
<b>Pacientes atendidos en consulta externa año 2018: 1353</b>

Nota: información obtenida del PND, 2019-2023

Así, el perfil epidemiológico de Aránzazu como herramienta de información de la morbilidad y mortalidad y sus factores de riesgos, identifica evidentemente la problemática que existe en este municipio en salud mental, la escasez de los recursos y la vulneración de los derechos fundamentales conexos con la salud mental, y por ende, de la dignidad humana, que en términos de Gaviria (2015) en conferencia Educar para la democracia, no es otra cosa que la autonomía, estableciendo una relación con las ideas de Rousseau (1762) y Kant (1767), para quienes la dignidad humana tiene un significado más profundo.

Para el primero su concepción debe partir del cuestionamiento sobre cómo al obedecer, la dignidad continúa siendo autónoma y la razón; por la cual, no se pierde la dignidad; no obstante, reconoce que la naturaleza del hombre es vivir en comunidad y por lo tanto debe someterse a ciertas reglas de obediencia, que nace desde la decisión libre de cada comunidad, que posteriormente se constituye como una sociedad democrática. En este sentido no se pierde la dignidad en tanto los hombres sean libres y autónomos de elegir democráticamente las reglas que obedecen. Para el segundo, la dignidad humana es la autonomía moral de la persona, el conjunto de reglas rectoras de la conducta que cada individuo elige al considerarlas dignas de ser atendidas y acatadas por una comunidad. Es así como se ratifica que la condición mental de las personas garantiza su dignidad.

Una conclusión puede establecerse tomando en cuenta lo mencionado por Ospina (2018), para quien es difícil que en un sistema Democrático pueda predicarse *a priori*, el carácter prevalente de unos derechos frente a otros. Esto Obedece más bien, al grado de vinculación que pueda existir entre algún contenido que pueda ser y los valores que conforman la ética pública de la modernidad (igualdad, libertad, solidaridad y seguridad jurídica). Dichos valores los cuales traducen la idea de dignidad humana son el referente material común de los derechos y constituyen su fundamento.

Aránzazu debe estar en la mira del Estado como parte de su responsabilidad social, así como del departamento y de las ONGs, en asunción del principio de solidaridad y como garantes de la Dignidad Humana base del Estado social de derecho, proyectando inyectar al municipio recursos, subirlo al cuartil 100% donde se encuentra el 25% de los municipios con menores necesidades de salud como resultado del mandato constitucional en el artículo 13 y en virtud de la ley 152 de 1994, que prioriza el gasto social, entendiendo que la salud mental cobija una población vulnerable en manifiesta debilidad.

### ***2.3.3 Inversión y política fiscal del municipio para la protección del derecho fundamental a la salud mental.***

Los Derechos Humanos establecen, a la vez, objetivos y márgenes de acción que deben ser tenidos en cuenta por las políticas públicas. Sin embargo, es frecuente que estas últimas no incorporen a los primeros, bien sea por desatención, falta de capacidad o incluso por intransigencia de quienes las elaboran (Quinche, 2010). Antes de comenzar a desarrollar este título, es pertinente plantear la pregunta que Sunstein y Holmes (2011) se hicieron en su momento: ¿De qué depende la eficacia de los derechos? La respuesta fue contundente:

Depende de los impuestos. Sí, todos los derechos cuestan. Alguien tiene que pagar por ellos. Los derechos no son independientes de sus costos, los impuestos son presupuestos mínimos para la eficacia de los derechos fundamentales y no solamente son cargas económicas en virtud del principio de solidaridad. Los costos



significan aquí, costos incluidos en el presupuesto, mientras que los derechos se definen como intereses importantes que pueden ser protegidos de manera confiable por individuos o grupos usando instrumentos de gobierno. (p. 344)

Esto quiere decir que la protección y garantía de los derechos tiene un costo y por ende es una decisión política. Es precisamente el Estado, a través de sus órganos administrativos, el que decide qué derechos proteger y con qué intensidad, por lo que es imperativo poner énfasis en la forma como se toman esa clase de decisiones: Los que describen los derechos como absolutos hacen imposible plantear una importante pregunta fáctica: ¿Quién decide en qué nivel financiar qué conjunto de derechos básicos para quién? y ¿Exactamente quién tiene el poder de decidir esas asignaciones? Prestar atención a los costos de los derechos no solo conlleva cuestiones de cálculo presupuestario, también a problemas filosóficos básicos de justicia distributiva y transparencia democrática (Campos, 2013).

Demandar al Estado para que proporcione salud mental, a sabiendas de que constitucionalmente se goza de este derecho parece un acto equivocado; sin embargo, no se goza del derecho de inmediatez y esto lo vulnera; todo ello se concluye en que el garantizar el derecho para el Estado es una tarea “fácil”, pero darle eficiencia y materializarlo le genera costos, lo que hace que dé prioridad a los gastos más urgentes, los cuales son asumidos con recursos públicos y cuando el recursos público no alcanza, la garantía del derecho es trasladado al particular. En otras palabras, el fin estatal se convierte en la responsabilidad del particular. La nueva noción de estado Social de Derecho se percibe triangular, pues ya no es la relación tradicional Estado - sociedad, sino Estado – sociedad – particular, una especie de Estado trasnacional, si a ello agrega que también los organismos internacionales juegan un papel importante en las decisiones estatales frente a la protección de los derechos.

Es por ello que, frente al desequilibrio estatal en cuanto a la prioridad de recursos para unos derechos más que otros, de acuerdo a la demanda del mercado social y del costo, el estado termina cayendo en una especie de discriminación negativa, que a través de la tutela evita que el “uso arbitrario del poder pretenda imponer una visión absolutista de la realidad, desconociendo la plena vigencia de los valores democráticos” (Ospina,

2018, p.16). Como ejemplo, en sentencia T-578 de 2013, la Corte se pronuncia sobre una acción de tutela de una persona farmacodependiente e indica su especial protección y la de sus derechos fundamentales, señalando que:

Las personas con trastornos mentales y del comportamiento por adicción a sustancias psicoactivas o farmacodependientes, son sujetos de especial protección constitucional, pues debido a una enfermedad, ven limitada su autonomía y autodeterminación, situación que pone en riesgo su integridad personal, su vida y la de la comunidad. Lo anterior implica que sus derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud, deben ser garantizados como derechos fundamentales autónomos. De esto se puede inferir que la cuestión que se discute por medio de este amparo tiene una evidente relevancia constitucional, por cuanto la causa que la origina supone desconocimiento de los derechos fundamentales de un sujeto de especial protección. La sala también puede concluir que el joven merece una protección especial por parte del Estado, la cual se materializa en la posibilidad de resolver su situación de manera inmediata, a través de la acción de tutela, sin necesidad de acudir a las vías ordinarias de defensa judicial.

Es así, como los techos fiscales representan una forma de restringir la materialización de los derechos de las personas, pues queda en contraposición lo ordenado vía judicial y los recursos disponibles por parte del Estado para hacer eficaz y eficiente el derecho. El artículo 162 de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, distingue dos fuentes de financiación, es decir, dos tipos de POS: el del régimen contributivo (POSC) y el del régimen subsidiado (POSS). El POS garantiza la prestación de un conjunto de servicios mayor que el previsto por el POSS. El POS es sostenido con recursos de los miembros de ese régimen, y el POSS es financiado con recursos de solidaridad. No obstante, es bien particular como lo afirma Gutiérrez (2021) que se destaque la reiteración de la jurisprudencia por un mismo problema jurídico:

En particular, el acceso a la prestación de servicios excluidos del Plan obligatorio de Salud (POS). Este mecanismo tutelar, además de ayudar a garantizar la atención de los usuarios, representa un indicador de la eficacia y eficiencia del servicio, que ha

sentado precedentes en la jurisprudencia para revisar, confirmar y también derogar actuaciones administrativas y técnicas que limitan o vulneran los derechos a la salud, la vida digna y la seguridad social. (p. 13)

Mediante el Acuerdo 008 del Ministerio de Salud (1994), se evidenció la situación de discriminación institucional hacia la salud mental, debido a que limitaba los servicios en este campo en particular. Por ejemplo, se excluían la psicoterapia individual y la psicoterapia prolongada, cubriendo solo la fase inicial y aguda de una enfermedad, entendida como los primeros 30 días calendario. De la misma manera, la internación por problemas o trastornos mentales no podía exceder este mismo término, en una desatención flagrante a preceptos que asumen la garantía y ejercicio de los derechos como un aspecto inherente a la salud mental (Aitken, 2011).

La atención integral en salud mental requiere que existan los recursos suficientes y pertinentes para reconocer las necesidades de la población en salud mental, incluyendo “la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social” (ley 1616 de 2013, Art. 5°). Esta misma ley, irrisoriamente indica en su artículo 39 que el Ministerio de la Protección Social es el encargado de asignar recursos con miras a promover la investigación e innovación en salud mental. Precisamente, en el artículo 43 se establecen los aportes del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha Contra El Crimen Organizado (Frisco), esto quiere decir que el Consejo Nacional de Estupefacientes a través del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado, contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Salud en programas para la atención y tratamiento de las enfermedades crónicas en salud mental y que también contribuirá en la financiación en inversión social a través del Ministerio de Educación con la asesoría del Ministerio de Salud en la promoción y prevención de las enfermedades en salud mental.

Se debe entonces entender, que la mirada del “costo” del derecho a la salud mental, no solo se orienta desde el acceso al servicio, al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sino desde lo que acarrea para las familias, para el paciente mismo y para la comunidad; esto representa según Rodríguez (2021):

Barreras económicas para asumir diversos costos ocasionados por servicios no incluidos en el POS, compra de medicamentos porque no son entregados en forma completa u oportuna; gastos administrativos por trámites y por fragmentación territorial de la oferta en varias IPS, ubicadas en diferentes puntos de la ciudad; búsqueda de atención particular cuando no hay resolución oportuna; y cuotas de los copagos. Barreras administrativas generadas por exceso de requisitos, como son: autorizaciones de la EPS e idas y venidas entre esta y la IPS, fotocopias y constancias de negación de servicios; todo esto deviene en mayores gastos de bolsillo. (párr.3)

Con mayor razón, cuando las condiciones de la población del país evidencian altos índices de pobreza, se reconoce un mayor número de problemática en salud mental, lo que genera inequidad y vulneración al principio de la dignidad humana, tanto para la familia como para el enfermo, pues el acceso a la atención médica se limita. El que tiene paga su atención privada, y el que no, debe esperar eternamente el socorro y auxilio del estado al amparo de sus derechos.

De acuerdo con la investigación sobre salud mental global y desarrollo sostenible realizada por la Comisión Lancet, el costo económico en salud mental a nivel mundial es abrumador. Cada año se pierden más de 12.000 millones de días hábiles debido a enfermedades mentales. Esto le cuesta anualmente a la economía global 16 billones de dólares en pérdida de rendimiento económico, más que el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias combinadas. Asignar recursos económicos a la salud mental presenta un alto retorno de la inversión, donde cada dólar estadounidense (USD) invertido en enfermedades mentales comunes como la depresión, produce un retorno de 3 - 5 USD. Esta investigación demostró que existen soluciones rentables para la prestación de atención de salud mental, incluso en entornos de bajos recursos. Con una inversión correcta, solo 2 USD per cápita permitirían extender la atención de salud mental a casi la mitad de la población que vive con una enfermedad mental en países de ingresos medianos y bajos (Eaton, et al. 2018).

En consecuencia, invertir en salud mental sale más favorable en términos económicos para el Estado, que sostener la enfermedad, como es el caso, por ejemplo,

de los recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha Contra el Crimen Organizado, que se destinan a las enfermedades crónicas en salud mental. La circular externa No. 00018/04 del Ministerio de Protección Social establece como una acción prioritaria para el país, de conformidad con el numeral 12 del artículo 42 de la Ley 715/01, que hace referencia a la reducción del impacto de la violencia e implementación de las políticas de salud mental y de reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas, y el Acuerdo 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que señala inclusiones comunes para el régimen contributivo y subsidiado para la atención de enfermedades mentales, inclusiones para niñas y niños menores de 18 años. Así las cosas, el costo de la enfermedad es mayor que el de la protección y garantía del derecho a la salud mental.

En definitiva, los recursos que se han proporcionado para afrontar esta enorme carga son insuficientes, se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente, lo cual hace que la gran mayoría de las personas afectadas por estos trastornos no reciban atención en absoluto. Existe carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, que cuenten con el apoyo intersectorial, principalmente dirigido a grupos de poblacionales con capacidades especiales, para así limitar las secuelas y cronicidad que puedan dejar. Esto queda claro tanto en la política Nacional de Salud Mental como en la Ley 1616 solo que, en los señalamientos hechos, no es claro como los entes de control velarán por que lo que allí dejan consignado se cumpla, pues la norma solo encamina las acciones a seguir de una forma casi utópica, pues a la hora de su implementación, las estructuras no están diseñadas y preparadas para atender este tipo de población (Mora, 2013).

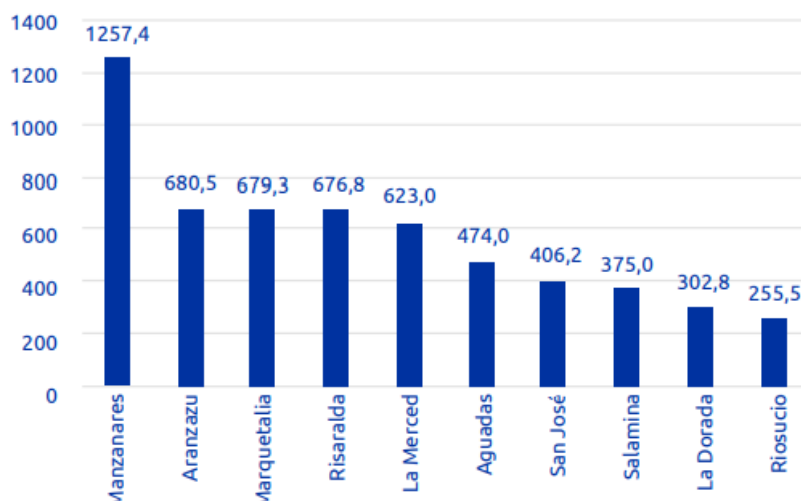
Con todo lo anterior, queda completamente en evidencia la importancia de reconocer la Inversión y política fiscal del municipio de Aránzazu para la protección del derecho fundamental a la salud mental, como garante de la dignidad humana. En año 2017, el departamento de Caldas expide su política pública de salud mental, "*un aporte al bienestar y a la inclusión*". En ella, como resultados obtenidos frente a la salud mental del departamento, se determina que durante el año 2016 se registraron en Caldas 21.159 consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento; la tasa

de mortalidad por suicidio en Caldas, en relación al país, es de 6,57 casos por cada 100.000 habitantes. Además, el departamento está en el sexto lugar de los departamentos con suicidio en Colombia y por encima de la tasa nacional, que es de 3,76 suicidios.

Entre enero y mayo de 2017 se registraron 15 suicidios en Caldas y entre enero y junio de 2017 se registraron 368 intentos de suicidios. Además, durante el año 2016 hubo 65 suicidios en el departamento. En el año 2016, un año antes de la política, Aranzazu se ubicaba en el segundo municipio con mayor registro de casos por trastornos de ansiedad en proporción al número de sus habitantes y el primero por trastorno Bipolar.

**Tabla 10.**

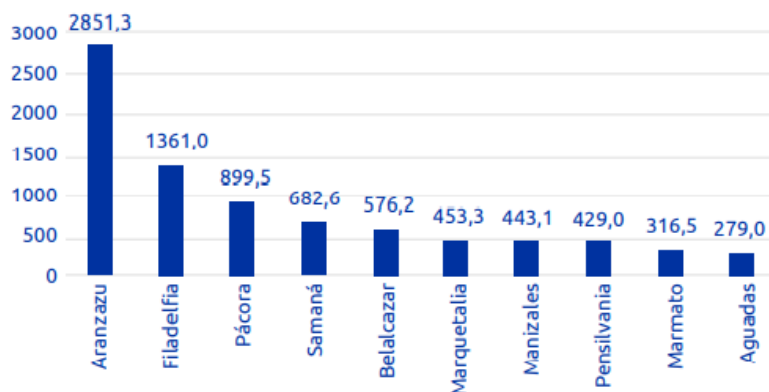
*Tasas de consultas por trastornos de ansiedad-Caldas 2016*



*Nota:* situación de los trastornos mentales en Caldas, Registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud en Caldas.

**Tabla 11.**

*Tasa de consultas por trastorno afectivo bipolar -Caldas*



Nota. Situación de los trastornos mentales en Caldas. Registros individuales de atención 2016. Dirección Territorial de Salud de Caldas.

De entrada, la información presentada en las Tablas 10 y 11 prende las alarmas, respecto de la situación del municipio, ¿cómo es posible que haciendo el diagnóstico y arrojando estos resultados, la política pública en salud mental del departamento, no asigne recursos al municipio? Tan solo se menciona que es una de las necesidades para atender la patología y que hay que sensibilizar a las autoridades civiles y sanitarias respecto a la destinación de los recursos necesarios para satisfacer dichas necesidades. Y dentro de su eje 3: alternativas para el fortalecimiento de los niveles de prevención de las enfermedades mentales, señala que la implementación del conjunto de acciones determinadas por cada nivel de prevención es de responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos sociales y todos y cada uno de los sectores de la sociedad: educación, trabajo, justicia, economía, salud, vivienda, recreación, infraestructura vial y de comunicaciones, producción y disponibilidad de alimentos, entre otras, toda vez que se operacionalizan como el conjunto de recursos, técnicos, científicos y financieros destinados a controlar los riesgos y determinantes de la salud en contextos particulares.

Se puede afirmar entonces que no se establece fiscalmente la política, lo que no garantiza eficiencia, pues no puede ser solo discursiva. En términos de Röth (2003) únicamente retórica debido a que:

Las políticas públicas, consisten en distribuir los valores y recursos sociales y económicos disponibles entre los grupos e individuos de una sociedad. Las

intervenciones de las autoridades políticas tienden a mantener o a modificar esta distribución. Las políticas públicas son la concreción de estas intervenciones. Por lo tanto, y con más razón en sociedades muy heterogéneas y desiguales, con escasos recursos, las tensiones se concentran en las autoridades para que estas favorezcan, a través de sus políticas públicas, a uno u otro grupo social. (p. 82)

Ahora bien, para el caso de Aranzazu, en el tema de inversión fiscal se encuentra que en el Plan de Desarrollo 2001-2003 del municipio, se asignó como recurso financiero dentro del presupuesto 2000 para el hospital San Vicente de Paul, un total de \$126.372.000 provenientes del situado fiscal con un consolidado de Rentas propias que comprende los servicios a paciente asistencial (vinculado), contributivo (ISS, Caldas Salud, Cajanal) y Sisben (Caprecom, EPS Caldas, Unimec), paciente particular y SOAT. Recursos del Balance, provenientes de las cuentas por cobrar, menos cuentas por pagar, que arrojan un saldo deficitario por valor de \$100.000.000.

Los egresos de la institución se ejecutaron de la siguiente forma: gastos de personal que comprenden el personal de nómina, recargos nocturnos, pago de personal por contrato, primas y los gastos inherentes a estos como son los aportes a Confamiliares, SENA, ICBF, Seguro Social, Riesgos Profesionales y gastos generales. De igual forma, se ejecuta en la adquisición de equipos, suministros y materiales, mantenimiento de equipos y vehículos, servicios públicos, seguros, comisiones bancarias y transferencias por concepto de pensiones y jubilación, cesantías, pago directo, asociación de Hospitales y COODESSCA.

La Tabla 12 muestra la forma en la que se relaciona la matriz plurianual de inversiones para el componente salud.



**Tabla 12.**

*Matriz plurianual de inversiones Aranzazu 2001-2003*

PROGRAMA	VIGENCIA	I.C.N.	COFINANC.	APORTES DPTALES	APORTES NACIONAL	RECURSOS CRÉDITO	SERVICIO A LA DEUDA	OTROS	ENTIDADES DESCENTR.	TOTAL
<b>1.AREA DESARROLLO SOCIAL</b>										
<b>I.1.SECTOR SALUD</b>										
Promoción de la salud	2001	89,234,026.0	25,000,000.0	2,000,000.0	20,000,000.0					136,234,026.0
	2002	97,042,003.3	27,187,500.0	2,175,000.0	21,750,000.0					148,154,503.3
	2003	105,533,178.6	29,566,406.3	2,365,312.5	23,653,125.0					161,118,022.4
Prevención de la enfermedad	2001	8,049,091.0	25,000,000.0	3,000,000.0	4,000,000.0					40,049,091.0
	2002	8,753,386.5	27,187,500.0	3,262,500.0	4,350,000.0					43,553,386.5
	2003	9,519,307.8	29,566,406.3	3,547,968.8	4,730,625.0					47,364,307.8
Aseguramiento de la población en los regímenes contributivo y subsidiado	2001	205,924,672.0								205,924,672.0
	2002	223,943,080.8								223,943,080.8
	2003	243,538,100.4								243,538,100.4
Mejoramiento, dotación y complementación infraestructura de salud del Municipio	2001	40,000,000.0		10,000,000.0						50,000,000.0
	2002	43,500,000.0								43,500,000.0
	2003	47,306,250.0								47,306,250.0

*Nota.* Información obtenida del PND, 2001 - 2003

Para los años 2004 a 2007, se determinó destinar el 100% de los Recursos de la Empresa Territorial para la Salud ETESA, para prestación de servicios de salud a la población Vinculada, a través de un convenio interadministrativo con el Hospital. En los años 2008 a 2011, se propuso presentar y gestionar un proyecto ante el Departamento para la inversión en la planta física del Hospital San Vicente de Paul. Ya en el periodo 2012 a 2015, se reconoce la importancia para el municipio de trabajar con la población vulnerable en salud mental y brindar mayor apoyo, advirtiendo sobre la dificultad de los escasos recursos destinados a esta problemática que aumenta a través de los años generando recaídas de los pacientes por falta de control y conocimiento para el su atención y manejo, en el caso de los pacientes psiquiátricos (PND, 2012 - 2015).

Es clara la relevancia que tiene el hecho de buscar estrategias financieras para la formulación de acciones y políticas locales anti-evasión y un mayor control en la ejecución del gasto, junto a la priorización, reorientación y eficiencia de la inversión a través de cofinanciación, coordinación interinstitucional, cooperación internacional, además de la gestión de recursos ante organismos nacionales e Internacionales.

Para periodo 2016 - 2019, se proyectó un presupuesto derivado del SGP, dentro del cual se destinó una parte para programas en salud mental como lo indica la Tabla 13.

**Tabla 13.***Presupuesto SGP Plan Nacional de Salud Pública – Aranzazu*

INGRESOS	proyección ppto 2016	2.017	2.018	2019	TOTAL
<b>TOTAL</b>	<b>8.387.618.371</b>	<b>8.806.999.290</b>	<b>9.247.349.254</b>	<b>9.709.716.717</b>	<b>36.151.683.632,34</b>
SGP Plan Nacional de Salud Pública	68.502.568	71.927.696	75.524.081	79.300.285	<b>295.254.630,90</b>
Nombre del programa	Objetivo(s) de programa	2016	2017	2018	2019
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Fomentar ambientes protectores y prevenir los factores de riesgo para las problemáticas en salud, a través de tamizajes a la población del Municipio	\$ 0.2000	\$ 0.2100	\$ 0.2400	\$ 0.2600
	Fortalecer acciones transectoriales que fomenten la participación activa en pro de la salud mental del Municipio.	\$ 0.9500	\$ 1.0300	\$ 1.1000	\$ 1.1900
	Contribuir al bienestar psicosocial de la población a través del desarrollo de competencias y estrategias en salud.	\$ 3.0000	\$ 3.2200	\$ 3.4400	\$ 3.6600

*Nota:* información obtenida del PND (2016-2019)

Como consecuencia del programa convivencia social y salud mental, en el año 2017 se suscribe convenio interadministrativo entre la Dirección Territorial de Salud De Caldas y el hospital departamental San Vicente de Paul, con el fin de aunar esfuerzos, impulsar y fortalecer una estrategia intersectorial de inclusión social y desarrollo comunitario para la población con capacidades especiales mental y/o psicosocial, sus familias y/o cuidadores en el municipio de Aranzazu, Caldas como parte de las actividades del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a realizar en el municipio (Contrato 150.11.4, proceso 0546/2017). Cabe anotar que el Convenio tuvo una duración de 4 meses a 31 de diciembre de 2017. Pese a esto, se debe mencionar que esta estrategia, que sin bien aporta a la construcción de la política pública en Salud Mental en el Municipio, no es el mecanismo suficiente para erradicar la problemática hasta no ser una materia incluida dentro de los planes de desarrollo como un verdadero gasto público social de prioridad

En la vigencia 2020-2023, dentro del eje estratégico Inversión social por la equidad Subprograma Salud Mental se realiza la proyección de inversión por cada indicador.

**Tabla 14.***Eje estratégico 1. Inversión social por la equidad. 2020 – 2023 Aranzazu*

SUBPROGRAMAS	INDICADORES DE BIENESTAR (META DE RESULTADO)	2020	2021	2022	2023
SALUD MENTAL	Formular una estrategia de acompañamiento y prestación del servicio de salud mental a por lo menos el 80% de la Población objeto durante el período de gobierno	30.000.000	30.600.000	31.212.000	31.836.240
	Incluir al 20% de la población juvenil (estudiantes y no escolarizados) en espacios de uso efectivo del tiempo libre	8.000.000	8.160.000	8.323.200	8.489.664
	Reducir el consumo de SPA en jóvenes del Municipio de Aranzazu.	4.000.000	4.080.000	4.161.600	4.244.832
	Promover los derechos de adolescentes infractores de la ley penal	10.000.000	10.200.000	10.404.000	10.612.080

Nota. Información obtenida del PND (2020-2023)

Como se observa, no existe una política fiscal definida en cuanto al derecho de salud mental en el municipio; los aportes han sido pocos, pero se abona que en los dos últimos Planes de Desarrollo, se han destinado recursos a los indicadores en salud mental, lo que es muy valioso; sin embargo, los esfuerzos deben ser mayores, y materializar lo indicado en el año 2015, con respecto a la inversión a través de cofinanciación, coordinación interinstitucional, cooperación internacional, gestión de recursos ante organismos nacionales e Internacionales, que contribuyan a la generación de recursos con el fin de proteger el derecho a la salud mental de la población Aranzacita y su dignidad, estableciendo una política fiscal para este derecho, sin que sea vulnerado con cada cambio de administración,

En suma, la protección de los derechos no puede estar condicionada al valor que cada operador jurídico les otorgue a los bienes e intereses constitucionales, que en un caso específico se encuentren en tensión, de acuerdo con una postura ideológica personal, porque con ello se estarían desconociendo principios fundamentales, tales como la diversidad, la dignidad humana y el pluralismo cultural, estándares de un sistema democrático (Ospina 2018).

### ***2.3.4 Identificación de número de personas del municipio con afectación al derecho fundamental a la salud mental y sus derechos conexos.***

En el año 2021, frente a la tasa de incidencia de intento de suicidio en el departamento de Caldas, que fue en promedio de 12,93 casos por 100.000 habitantes,

el municipio de Aranzazu superó la tasa departamental, con **46,55** casos por cada 100.000 habitantes. De acuerdo con el análisis de los resultados arrojados por el perfil epidemiológico del municipio entre el periodo 2002 - 2020 de los Planes de Desarrollo evaluados, la sumatoria de casos atendidos entre intentos de suicidios, suicidios, trastornos (afectivos, de ansiedades, de personalidad entre otros) neurosis, psicosis, etc., arroja un total de 31.595 casos; es decir que, en 18 años se ha atendido 3 veces el total de la población del municipio.

Se destaca además de estas cifras, que el escaso número de psiquiatras y hospitales y, en general de establecimientos de salud que brinden atención especializada a esta población, representan un déficit para la atención en salud de modo integral, toda vez que, en estas condiciones, un gran número de pacientes no logra acceder a los servicios y esto conlleva a un bajo rendimiento del funcionamiento del servicio, concebido en términos generales (Pineda, 2018).

Hasta aquí, según la situación presentada en este trabajo, se plantea como interrogante para la reflexión, en términos de Foucault (1964): ¿Hasta qué punto es legítimo continuar tratando las enfermedades mentales solo como enfermedades o al menos como formas de la locura? En este sentido, en el tercer capítulo, se ahondará más respecto a las estrategias e instrumentos administrativos de gestión y planeación adoptados en el país, con base en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales, para superar la vulneración del derecho a la salud mental como garante de la dignidad humana en el municipio de Aranzazu, a partir de casos exitosos como el que se presenta en hospital mental del municipio de Filandia, Quindío, cuyo lema es: *En salud mental, vamos allá de la enfermedad.*

La salud mental, es una problemática de carácter social incluso cultural más que médico, por eso, su desatención conlleva a situaciones de delincuencia, delito, consumo de sustancias psicoactivas, abusos, violencias intrafamiliares y otros tipos de violencias, que en conexo vulneran otros derechos fundamentales y en todo su sentido la dignidad humana.

## 2.4 Conclusiones

En el año 2014, la parlamentaria Alba Luz Pinilla, en pronunciamiento respecto de la ley 1616 de 2013, afirmó que era urgente que el país pusiera en marcha las disposiciones de la ley que garantizan el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población. El país entero requiere más que una ley, necesita de los Planes de Desarrollo a nivel nacional y territorial, convocados a su exigencia y materialización. Para la salud mental, ha nacido una nueva sensibilidad desde lo social, lo histórico y lo cultural. Desde lo legal la política de salud mental ha presentado significativas dificultades en su adopción e implementación, con altos índices de estigmatización y discriminación, incluso del mismo Estado, afectando la vida y los procesos de socialización de las personas con trastornos mentales y de sus familiares, pues la carga que asumen, tanto social como económica, es una carga de responsabilidad estatal que afecta derechos fundamentales y la dignidad humana del paciente y de su entorno familiar.

En el marco de un Estado Social de Derecho, respetuoso de la dignidad humana, donde la salud, además de ser un derecho es un servicio público, se debe propugnar por la implementación de políticas de prevención, tratamiento y rehabilitación para los pacientes mentales, ya que, como sujetos de especial protección constitucional, se encuentran mayormente expuestos a la vulneración de sus derechos fundamentales (T-949/2013).

En sentencia T-933/2013, la Corte hace énfasis en que la salud no se limita solamente al bienestar físico, sino también al mental, social y emocional, lo que la posiciona como un derecho fundamental que permite la garantía de otros derechos y el desarrollo integral del ser humano, cuyo fin es lograr la máxima independencia, capacidad física y mental, social y vocacional, y la inclusión en la participación plena en todas las áreas de la vida en sociedad.

Existe responsabilidad del Estado en la problemática de salud mental, pues su acción ha sido tardía; no se trata de actuar cuando el problema se vuelva crónico en todos los sentidos, clínicos, sociales, económicos; sino de atender el derecho a la salud mental como fundamental, conforme a los preceptos constitucionales como una obligación inexcusable a través de la creación de políticas públicas y Planes de Desarrollo, eficientes y garantistas de manera integral del derecho y por ende, de la dignidad humana, cumpliendo así con el mandato constitucional de los fines estatales, dando calidad de vida a sus habitantes. Claro está, que esta responsabilidad no solamente se predica para la nación, sino que abarca a los municipios como parte integral del concepto Estado, toda vez que, en sus funciones, no se refleja alguna que se encuentre enfocada en la salud mental, pues se envuelve en el sentido amplio de bienestar general.

La falta de inclusión eficiente del derecho a la salud mental en los planes de desarrollo, genera una omisión y vulneración al derecho por parte en este caso del ente territorial del municipio de Aránzazu, Caldas. El derecho a la salud mental como fundamental debe ser la priorización en los planes desarrollo y en la distribución de los recursos. En palabras de la Corte, es una obligación de primer orden por lo que se ha reconocido como fundamental para las personas que padecen alguna enfermedad mental como para la población en general

Casi la mitad de la población en el municipio de Aranzazu ha experimentado trastornos mentales alguna vez en su vida, y a pesar de ello, el municipio aún no están preparados para enfrentar el inevitable aumento de la enfermedad por falta de programas, recursos y un eficiente Plan de Desarrollo que tenga como prioridad la salud mental, con base en los preceptos constitucionales referentes a la dignidad humana, los fines esenciales del Estado, la obligación de reconocer sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona.

Los derechos tienen costos y su incumplimiento acarrea consecuencias negativas, tanto para los pacientes como para la sociedad en general, incluso pone en riesgo la estabilidad económica de la administración, al ser declarada responsable a través de las acciones judiciales, condenada patrimonialmente al resarcimiento del daño, con cifras que hubiesen sido invertidas en la protección y garantía del derecho, evitando generar

“daños a los ciudadanos y principalmente, evitando tantas historias atroces de dolor y pérdidas irreparables de seres queridos, agresiones y autoagresiones o de graves afectaciones a la salud psíquica y espiritual de las personas” (Ospina, 2015), así como tantos daños a la sociedad por actos de delincuencia, violencia, prostitución, acosos, etc., ocasionados en momentos alteración de los estados mentales.

Tanto el financiamiento como la organización de los servicios de salud mental son inadecuados para enfrentar la creciente carga de problemas de enfermedades psíquicas; en consecuencia, los tratamientos efectivos continúan estando fuera del alcance de millones que podrían beneficiarse (Reunión Panamericana de la Salud, 2011). A pesar del desarrollo normativo, jurídico y legal que ha tenido la salud mental en el país, siguen existiendo vacíos en términos de eficiencia de la protección del derecho y en términos de inclusión de todas las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y, no solo desde el aspecto clínico de enfermo mental, pues la salud mental se ha reiterado en este trabajo, es un derecho de todos y de todas su mirada debe ser integral en el ámbito político, social, cultural, legal, jurídico, normativo, económico, moral e histórico de cada individuo en colectividad.

## **CAPITULO 3**

### **PROTECCION DERECHO A LA SALUD MENTAL: PROPUESTA MEDIDAS DE OPTIMIZACIÓN Y MONITOREO EN LOS PLANES DE DESARROLLO TERRITORIAL ARANZAU -CALDAS**

#### **Objetivo específico**

Determinar la coherencia jurídica de los planes de desarrollo territorial del municipio de Aránzazu del 2001 a 2023 específicamente en la protección del derecho fundamental de la salud mental, proponiendo medidas de optimización en la formulación de los instrumentos administrativos de gestión y planeación con base en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales en Colombia.

#### **Temas a desarrollar para este objetivo**

#### **Parámetros, lineamientos, definiciones de la OMS en salud mental**

Estigma y discriminación

Factores desencadenantes de padecimientos mentales

Definición de salud mental vigente.

Concepto de felicidad y salud mental

Concepto de enfermedad

#### **Derechos de la salud mental**

Solidaridad, Autonomía y libertad del individuo

Igualdad, Dignidad Humana y Vida

Salud integral y Capacidad

**Participación de actores sociales, administrativos, privados a nivel de cooperación internacional, nacional y local en el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental.**



Cobertura, aseguramiento, afiliación, acceso, atención, salud pública en salud mental en el municipio de Aránzazu

Análisis comparativos de políticas públicas en salud mental implementadas en otras localidades del país

Articulación Planes Territoriales de salud con planes de desarrollo territorial, en el componente salud integral que abarca salud mental.

Arte, Salud Pública y Salud Mental

**Propuesta política pública en salud mental con base en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales en Colombia, con el fin sea implementada en el plan desarrollo del municipio de Aránzazu-Caldas.**

## **Conclusiones**

## Introducción

En el capítulo anterior fue reconocida la ausencia en los planes de desarrollo nacional, de un concepto en sentido amplio y una protección integral del derecho fundamental a la salud mental, asumiendo que la mirada no puede estar puesta únicamente en el aspecto clínico y en el enfermo, sino que debe contemplarse como un asunto que va mucho más allá, al abarcar lo social, cultural, político, jurídico, histórico y económico. La salud mental es un derecho que se reconoce principalmente no solo en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, también en todo el colectivo social. Por otra parte se pudo resaltar la importancia que tiene el derecho de la salud mental como garante de la dignidad humana y principio fundamental del Estado Social de Derecho; finalmente, se observó cómo los planes de desarrollo territorial del municipio de Aránzazu- Caldas, que constituyen el caso de estudio, han sido escuetos, flojos y vacíos frente a la protección y garantía del derecho a la salud mental del municipio, concluyendo que se trata de una problemática histórica de este territorio, que sobresale por sus cifras en el departamento, incluso en el país, frente a lo que también el Estado ha sido omisivo al no implementar de manera integral la política pública para la salud mental, articulándola plenamente con los planes de desarrollo de este territorio.

Es por esto, que en el tercer capítulo se abordará el tema, analizando el caso concreto del municipio de Aránzazu- Caldas, a partir de los Parámetros, lineamientos y definiciones de la OMS en torno a la salud mental y la participación de actores sociales, administrativos, privados a nivel de cooperación internacional, nacional y local en el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental, con miras a proponer un política pública basada en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales en Colombia, con el fin sea implementada en los planes desarrollo del municipio de Aránzazu- Caldas. Esta problemática se evidencia incluso en diferentes departamentos del país, donde hay ausencia de acompañamiento médico para los pacientes con trastornos mentales, deficiencia en clínicas mentales o en la inclusión de programas y campañas preventivos y de promoción en las clínicas existentes por parte de las EPS, así como ausencia de sistemas de seguimiento,

monitoreo y control a la salud mental o evaluación y diagnóstico del estado general de la población. En palabras de Pineda (2015) “No se implementa ninguna política pública de salud mental eficiente para la prevención y tratamiento de trastornos mentales” (p.13).

Se resalta, además, lo importante que es para la población la implementación de políticas públicas desde los diferentes sectores; pues la problemática de salud mental exige, por parte del Estado y la sociedad, un esfuerzo constante y reiterado, independientemente de que el individuo haya nacido con el trastorno o lo haya desarrollado, para que sea más fácil su manejo y afecte en menor medida la salud y en general la calidad de vida del paciente y de las personas a su alrededor. Por esta razón, según lo expresa Alarcón (2005): “Quienes entienden por normal lo opuesto a la enfermedad mental, carecen de argumentos convincentes para refutar las críticas de aquellos que consideran incorrecta dicha creencia” (p.44).

### 3.1 Parámetros, lineamientos, definiciones de la OMS en salud mental

*"No hay salud sin salud mental"*

La Organización Mundial de la Salud ha definido los trastornos mentales y del comportamiento como uno de los principales problemas de Salud Mental Pública, pues son prevalentes en todas las regiones del mundo y representan factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad puede atribuirse a estos trastornos, debido a que generan un alto nivel de discapacidad y sufrimiento para las personas que los padecen y una importante aflicción a nivel de amigos y familiares (OMS, 2015).

Precisamente como mecanismo de protección del derecho, la OMS (1996) desarrolló diez principios básicos para aplicar en la legislación de Atención en Salud Mental:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Evaluación de la salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
3. Acceso a atención básica en salud mental
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma las decisiones
10. Respeto de los derechos y de la legalidad. (p. 3)

Aunque los instrumentos internacionales referentes a la salud mental y la discapacidad, están conformados por convenciones que carecen de carácter obligatorio y por resoluciones no vinculantes, esto no implica que los Estados tengan libertad decisoria para cumplir o incumplir las disposiciones de los instrumentos, dado que, según lo expresa Pineda (2015) en los informes de la OMS se puede detallar que "los gobiernos tienen la obligación, bajo el derecho internacional de derechos humanos, de asegurarse de que sus políticas y prácticas se adecuen a las normas obligatorias de derecho

internacional de los derechos humanos” (p. 16). Cabe aclarar que dentro de estos derechos se encuentra la protección de las personas con trastornos mentales. Se encomienda entonces, la tarea a los denominados órganos de monitoreo que operan a nivel internacional o regional, de supervisar y controlar el cumplimiento de los pactos internacionales de derechos humanos por parte de los diferentes Estados que los han ratificado.

Es pertinente por tanto afirmar que, en materia de derechos de las personas que padecen trastornos mentales o tienen capacidades especiales, existe unanimidad por parte de la comunidad internacional en que se deben brindar todas las garantías posibles, especialmente por el alcance de la problemática que esta población enfrenta y por los deberes de prestación de servicios de salud. En términos de Pineda (2015) “los instrumentos internacionales en general, optan por la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria en salud y con ello propenden por la reestructuración de la atención psiquiátrica convencional” (pp.202-203).

Sin embargo, adicional a esta normativa existe un precedente judicial proferido por la CIDH entre muchos, sobre el caso de Ximenes Lopes Vs. Brasil, del cuatro de julio de 2006. En esta sentencia se resalta la gravedad del tratamiento recibido por muchos pacientes que son sometidos a internarse de modo permanente en instituciones psiquiátricas, lo que algunos denominan “modelo manicomial”. Aquí se pone de manifiesto la muerte del señor Damião Ximenes Lopes, quién había sido internado en el año 1995 y, otra vez, en el año 1998 (CIDH, S- 30 de noviembre de 2005).

En el testimonio, la Sra. Irene Ximenes Lopes, hermana del paciente, citada en la sentencia, relata que su hermano en la última internación presentaba heridas en los tobillos y rodillas y cortes; en 1999 la madre de Damião lo visitó y lo vio agonizando pidiendo socorro a unos de los médicos de la institución, este no atendió el llamado de auxilio. El señor Damião murió ese mismo día. El cuerpo presentaba lesiones de tortura, puños desgarrados y morados, manos con marcas de uñas y nariz golpeada. Por ello, es tan importante visibilizar el estigma y discriminación que han sufrido los pacientes con trastornos mentales incluso por cuenta de los mismos órganos del Estado como se observó en el capítulo anterior y como se evidencia en este caso del señor Damião.

### **3.1.1 Estigma y discriminación**

Constitucionalmente, se ordena un trato igual y se prohíbe un trato discriminatorio. Para la Real Academia, discriminar es “seleccionar excluyendo” de forma negativa; concepto que es acogido por la corte, que a su vez la define como “seleccionar excluyendo, dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc.” Mientras para la sociología el estigma es una “condición atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se la vea como inaceptable o inferior”. En este sentido, las personas con Diversidad Mental, sufren eminentemente un estigma de discriminación.

Haciendo referencia a los postulados de la OMS, Zaragoza (2022) explica que:

Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y el empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete. (párr.4)

Se entiende entonces que los planes de desarrollo, deben emprender la lucha contra la estigmatización. Como ejemplo, el libro verde sobre salud mental de la Unión Europea (2005) busca garantizar la dignidad humana de las personas con enfermedad mental y señala la estigmatización como el factor clave en este punto. A pesar de los cambios de conciencia que existen hoy en el mundo y del reconocimiento cada vez mayor de los derechos de los grupos minoritarios, continúa existiendo un ambiente de estigma y discriminación por parte del colectivo social hacía la enfermedad mental, que abarca tanto el paciente como su familia, los profesionales en el área y sociedad en general. Sin duda, como lo expresa Zaragoza (2020):

La falta de una red de recursos de apoyo, que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma en el enfermo mental, que faciliten su vida en la comunidad, y unido a la falta de información y el desconocimiento sobre la

enfermedad mental, son las causas principales del estigma existente en la sociedad respecto a estas personas. (párr.5)

Esta actitud social, conlleva al auto-estigma y a la auto-discriminación, pues las personas se sienten débiles, vulneradas, rechazadas y saben que hablar de su enfermedad, por el estigma que esta tiene, empeora su convivencia con el colectivo social. Es en este punto donde se originan las conductas suicidas, agresivas, el aislamiento social como forma de repulsión contra el colectivo como una manera de defensa frente al acto discriminatorio, que causa sufrimiento severo en el paciente, familia y allegados. Incluso, desde el aspecto clínico, la atención prestada a la salud en lo físico no es igual a la atención prestada en lo mental; una urgencia por una dolencia física, es atendida en mayor brevedad en cuanto al triage, medicación, control con internista, incapacidad, etc., que una enfermedad mental, que debido al estigma cultural y social no obtiene la importancia que merece y simplemente se remite a una cita con psiquiatría si es del caso; adicionalmente, la EPS da la cita a los dos- cuatro meses. Desde ahí parte el estigma y la discriminación para la salud mental. De acuerdo con las actas del Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental (2022)

La lentitud en el desarrollo legislativo de la red de servicios reconocidos por la Estrategia Nacional de Salud Mental y por los organismos internacionales, la ausencia de modernización de los planes asistenciales, de lucha contra el estigma, el retraso histórico en adecuar los recursos y su coordinación para atender dignamente el trastorno mental severo es una forma de mantener el estigma y segregar a unos ciudadanos que no suelen quejarse de la falta de inversiones o del desamparo legal. La Salud Mental ha quedado relegada en el último lugar en la planificación de la atención sanitaria y social. (párr.4)

En nuestro sistema de servicios sanitarios, sociales, de empleo y judicial se reconoce el efecto del estigma en el colectivo y su baja integración social, laboral, en el acceso a la vivienda, entre otros aspectos; pero no se llevan a cabo políticas específicas transversales eficaces que aminoren este efecto negativo del estigma y que impliquen a toda la administración. Esto quiere decir que no se aplican en nuestro sistema de salud los avances reconocidos internacionalmente.

Como estrategia para superar la lucha contra el estigma y la discriminación se busca afianzar y reafirmar la normativa internacional, las convenciones y tratados, las políticas nacionales y los programas locales como es el caso de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (2006), que propende por avanzar hacia una sociedad inclusiva, obligando a los Estados miembros, no solo a ratificarla, sino a adecuar su normativa y sus políticas. El mismo Fórum propone establecer una red pública integral; incorporar medidas de discriminación positiva para la integración laboral; mantener relación con los medios de comunicación; mejorar la información a los familiares sobre los recursos de rehabilitación psicosocial existentes, y realizar intervenciones múltiples.

De acuerdo al informe de la OMS (2019) sobre emigrantes y refugiados en Europa, en relación con el acceso a los servicios de atención, se pone de manifiesto:

El papel fundamental que desempeña la discriminación como barrera para acceder a la atención. Según los estudios, la discriminación puede causar problemas de salud mental, lo que posteriormente conlleva a problemas con la salud física. De hecho, la percepción de discriminación puede derivar en enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares y diabetes) e indicadores generales de problemas físicos, como, por ejemplo, dolores de cabeza. (p.2)

Lamentablemente, la salud mental está altamente estigmatizada en muchas partes del mundo y existen diferencias culturales en cuanto a los conceptos de salud mental y física. La OMS (2019) alerta sobre una mayor autoestigmatización entre los migrantes, lo que puede influir negativamente en su propósito de buscar ayuda, y, a largo plazo, podría generar tasas más elevadas de hospitalización.

A si pues, las personas con trastornos tendrían dos problemas; los originarios directamente de la enfermedad y los derivados del estigma. La consecuencia de ambos como lo afirma Corrigan y Watson (2002) es “una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con lo que, en lenguaje más técnico, denominamos calidad de vida: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc.” (p. 17).



En este sentido, el estigma y la discriminación, no solo vulneran el derecho a la igualdad y la cláusula de prohibición de la discriminación de los enfermos mentales, su familia y allegados, sino que conlleva paradójicamente a que se vulneren otros derechos como el trabajo, la salud en sí misma, la educación o la vivienda. En sí, afecta la dignidad humana del estigmatizado, es decir, “restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran” (López & Laviana, 2007, p. 191).

Bajo estas conductas sociales negativas de estigma y discriminación, “no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que se han venido caracterizando en nuestras sociedades, las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas” (Farina, 1998, p. 257). En palabras de López y Laviana (2007): “tanto a las personas afectadas, que ven menoscabados sus derechos y deteriorada su situación, como al conjunto de la sociedad, que se priva así de aprovechar las potenciales contribuciones de la minoría excluida” (p. 194).

Desde el punto de vista de la sociología, existen varios tipos de discriminación y una de ellas es la discriminación estructural, que se refleja en políticas públicas, leyes y otras disposiciones prácticas de la vida social, sobre la base de las actitudes prevalentes (Corrigan, 2004), que además, de forma más o menos intencionada o explícita juega un importante papel, tanto por sus repercusiones directas sobre las personas estigmatizadas como por su refuerzo general al proceso (Corrigan, 1999).

Desde la perspectiva jurídica, la discriminación o el trato diferenciado puede ser correcto o legítimo, siempre y cuando sea razonable y proporcionado; de lo contrario, es un acto injustificado inverso a los valores constitucionales, como la dignidad humana, la igualdad o la justicia. El acto discriminatorio es injusto por imponer una carga ilegítima no exigible jurídica ni moralmente a la persona (Ospina, 2018)

Estos actos generan distanciamiento social por parte del paciente, sentimientos o emociones de baja autoestima, inseguridad, depresión; lo que hace que el estigma hacia la enfermedad mental sea mayor respecto a otras enfermedades físicas “situándose en el imaginario social más cerca de las que afectan a algunas drogodependencias, la

prostitución u otras conductas consideradas antisociales” (Rüsch, et al., 2005, p. 533). El asocio del paciente con el delito, la peligrosidad, la desconfianza, la incapacidad, lo anormal, la compasión, abren la distancia entre estos y el colectivo social, encontrando como única salida, tratamientos coercitivos y reclusión institucional, afectando incluso su derecho a la libertad. En todo caso, uno de los estigmas con la enfermedad mental, especialmente con trastornos graves como la esquizofrenia, se encuentra relacionado con la violencia, sin considerar los factores previos al desencadenamiento de los actos violentos: tipo de sintomatología, consumo de sustancias, falta de tratamiento, situaciones de hostilidad, falta de contacto social o entornos vecinales desorganizados (Corrigan, 2003). Otra forma de estigma y discriminación se aloja en las etiquetas sociales (loco- demente- enfermo mental-anormal- discapacitado-extraño).

A pesar de los cambios que se producen en la terminología y en los planteamientos de base, la nueva clasificación internacional de la OMS, introduce formas que se consideran más correctas e integradoras, pero con el mismo riesgo de generar etiquetas separadoras; así lo expresa López (2007) cuándo hace referencia a la posibilidad de terminar conducidos por la inercia de los términos y no hacer explícitas las limitaciones reales y concretas que se pretenden designar, esto en términos de intensidad tipo y duración de las discapacidades. Este asunto se enlaza con las discusiones internas al campo de la salud mental, pues tiene importantes repercusiones sobre lo que se conoce de las enfermedades y trastornos mentales y lo que puede llegar a preocupar realmente a las personas, que son los problemas, dificultades y sufrimientos, pero también las expectativas, posibilidades y logros de los conciudadanos afectados por este tipo de problemas (Hayward, 1997)

Es de este modo como se genera la autoestigmatización, que constituye un factor de estrés que aumenta los riesgos de las recaídas de la enfermedad e impulsa al suicidio, sentimiento altamente peligroso que vulnera el ejercicio de derechos y el acceso a servicios. Es claro que no se tienen en cuenta los efectos derivados de las legislaciones, que en términos de la OMS (2021):

Restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio incluyendo derechos civiles tan

importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios, juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no sólo de la familia o el entorno social. Y también que la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales. (p. 87)

Dentro de las estrategias para la lucha contra el estigma y la discriminación, se reconocen en las investigaciones tres actos de tipo social (protesta, educación y contacto social), mientras para la Corte Constitucional, lo importante es la transformación cultural de la comunidad como forma de “erradicar estigma y discriminación, participación social plena y promoción de los derechos humanos; apoyo de la familia, aptitudes para la atención, cohesión familiar, apoyo durante crisis, apoyo financiero y asistencia de relevo” (T-714 de 2014). Adicionalmente, en la Sentencia C-519 de 2019 se establece que “tal realidad debe ser transformada a través de instrumentos jurídicos que reconocen dichas circunstancias y comprometen a los Estados a la proscripción de la discriminación”

Los trastornos mentales existen, pero no como entidades clínicas sino como manifestaciones subjetivas en un contexto y en una época determinada. Los trastornos mentales no son entidades naturales sino producidas por los sujetos en una época determinada, por eso son históricas y culturales. Pues cuando se trata de seres humanos, clasificar puede ser una manera de construir gente (Hacking, 1986). El estigma y la discriminación no solo habitan en el contexto social, político e histórico, también en el clínico, tal como lo señala Zizek (2008), en los diagnósticos científicos de la enfermedad hay todo un andamiaje de exclusión, segregación y estigmatización, además, se legitiman prácticas psiquiátricas de dominación sobre el otro. Se deben tomar en cuenta que el estigma y la discriminación por enfermedades mentales se manifiesta de manera más peligrosa en unas poblaciones que en otras y su diagnóstico afecta la conciencia de la enfermedad, en relación con la capacidad de asumir, percibir

y recibir la agresión psicológica del estigma y la discriminación como es sucede en los niños y adolescentes.

En un artículo en la Revista Semana (2015) titulado “El peligro de estigmatizar las enfermedades mentales en los colegios”, se afirma que en Colombia la institución educativa se tiene que enfrentar a que los niños y adolescentes manifiestan enfermedades mentales sin caer en estigmatizaciones. Lo primero que habría que señalar es que, si bien se han construido estigmatizaciones sociales sobre las enfermedades mentales, estas no provienen solo de las personas ajenas a las profesiones relacionadas con la salud mental, también provienen de los mismos profesionales que construyen, evalúan, diagnostican e intervienen los mencionados trastornos mentales.

El estigma y la discriminación en la enfermedad mental, influye en el sufrimiento de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales. En palabras de Crespo, et al. (2011): “una importante parte del sufrimiento de las personas con un trastorno mental, tiene su origen en el proceso de estigmatización que, con frecuencia, acompaña a esta condición,” (p. 161); además, se reconocen atributos asignados erróneamente a estas personas como lo señala Morgado (2016): “Violencia, peligrosidad, irresponsabilidad” (p.11), que a su vez son transmitidos socialmente a través de los medios de comunicación, normalizando los señalamientos, el estigma y la discriminación.

En Colombia resulta complejo superar la psicopatologización, que a su vez ha servido para identificar a aquellos “locos” que se salen de la norma y que son considerados como peligrosos, siendo objeto de la intervención para la adaptación. En este debate vuelve a surgir el problema de esos individuos peligrosos que Foucault (2000) asocia con los “anormales”. Los dispositivos biopolíticos de las prácticas que utilizan la psicopatología son imprescindibles no solo para el poder disciplinario, sino de control, y ejercen su poder cuando esta psicopatología es usada como fundamento de un orden biológico y natural. Las consecuencias de ese ordenamiento se reconocen en el proceso de medicalización - mercantilización de la salud mental para reordenar ese desorden de unos individuos que no se pueden adaptar y son considerados peligrosos para sí mismos y para los demás. Estas prácticas que se han usado para perpetuar

exclusiones, estigmatizaciones, pero sobre todo para normalizar un discurso dentro de las sociedades.

La división entre lo normal y patológico que impusieron las Prácticas Supervisadas en Investigación (PSI), se han convertido en otra forma del control social. Este poder (biopolítica) produjo saberes, instituciones e individuos. La normatización produjo órdenes a seguir, y con estas se generaron regulaciones donde unos entran y otros se incluyen, por eso no puede haber una clasificación de comportamientos sin exclusiones. En su curso titulado “Defender la sociedad”, Foucault (2001) explica al respecto que:

El elemento que va a circular de lo disciplinario a lo regularizador, que va a aplicarse del mismo modo al cuerpo y a la población, que permite controlar el orden disciplinario del cuerpo y los acontecimientos aleatorios de una multiplicidad biológica, el elemento que circula de una a la otra, es la norma. La norma es lo que puede aplicarse tanto a un cuerpo al que se quiere disciplinar como a una población a que se pretende regularizar. (pp. 228-229)

Es posible afirmar entonces, que la salud pública se convierte en el vigilante de la salud mental. En conclusión, a pesar de que existe consenso sobre la necesidad de adoptar medidas encaminadas a eliminar las prácticas discriminatorias, al momento de arbitrar los mecanismos reviste mayor complejidad. Esto se debe entre otras razones, a las dificultades propias que derivan de intentar explicar la realidad social mediante enunciados normativos, lo que aunado al carácter político e histórico que enmarca los procesos de reivindicación de derechos, hace que la consideración en torno al fenómeno discriminatorio no permanezca inmutable con el transcurrir del tiempo. Lo anterior, exige partir de un marco de referencia que facilite el abordaje de los instrumentos normativos para la lucha contra la discriminación, de acuerdo con el estado actual de la cuestión (Ospina, 2018).

La enfermedad mental, tal como lo establece la Organización Panamericana de la Salud (2005) es una condición diferente, no un factor de exclusión, pues pone en estado de vulnerabilidad a la persona que la padece. Las personas que la padecen se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades,

incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. El individuo es una persona, sujeto de derechos, capacidades, libertades y oportunidades que no pueden ser sesgadas en virtud de sus condiciones específicas. Todos los seres humanos son iguales en oportunidades y el sistema debe propender por adecuarse a las condiciones del sujeto para permitir su inclusión y adaptación, resolviendo sus necesidades de manera integral y generando alternativas para su reinserción social (Delgado, et al, 2017). Por ello, la importancia de conocer y determinar los factores desencadenantes de la enfermedad.

### **3.1.2. Factores desencadenantes de padecimientos mentales**

Las enfermedades mentales son responsables de gran parte de la carga global de la enfermedad. Las enfermedades mentales causan más años de vida con discapacidad (32,4%) que cualquier otra condición de salud y casi tantos años de vida ajustados por discapacidad (13,0%) como la enfermedad cardiovascular (13,5%). Las personas que viven con enfermedades mentales también tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud física, menos probabilidades de recibir atención médica de calidad y de adherir al tratamiento, lo que da como resultado resultados de salud física más deficientes, incluida una mayor mortalidad prematura. (OPS, 2018, p. 16)

Alrededor de la construcción de este trabajo investigativo y en los capítulos anteriores, se han venido interponiendo varias de las causas y factores desencadenantes de padecimientos mentales, tales como la genética, la cultura, la familia, el factor económico, político, social, el consumo de alcohol y la drogodependencia, la epilepsia, las experiencias de vida, la exposición a altos niveles de estrés, malas relaciones sociales o condición de víctima de abusos, Bullying, tortura, guerra, discriminación por condiciones sexuales, religiosas, lesiones cerebrales traumáticas, pérdida de seres queridos o empleos. Adicionalmente, el COVID-19, se convirtió en un poderoso detonante desencadenante de trastornos mentales.

Para la OMS, los padecimientos mentales son influidos por factores biológicos y sociales. En este sentido, un destacado experto en los ámbitos de la Medicina, la

Neurofilosofía y la Psiquiatría, además, Premio Nobel en el año 2000, Erik Kandel, afirma que los factores biológicos o neurológicos tienen más importancia, ya que determinan todo el pensamiento humano, sus emociones y sus comportamientos. Mientras que, para otro experto, John Read, (2020) los factores sociales son mucho más importantes, debido a que determinan el desarrollo de la persona. En este sentido, determina la OMS (2022) que tanto los factores psicológicos y biológicos individuales, como las habilidades emocionales, el abuso de sustancias y la genética, pueden hacer que las personas sean más vulnerables a las afecciones de salud mental, pues “la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental” (p. 19).

A lo largo de la vida, se presentan sucesos que vulneran la salud mental; no obstante, para la OMS es en la etapa de la primera infancia donde se es más frágil a la vulneración, toda vez que exponerse a los maltratos físicos y psicológicos y al acoso escolar, aumentan los riesgos del padecimiento mental. Ya en la vida de relación en sociedad, las crisis humanitarias, las pandemias, las recesiones económicas, los desplazamientos forzados, los cambios climáticos, son factores desencadenantes de padecimientos mentales. Es decir, La salud mental está determinada por una compleja interacción de factores de estrés y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales, tanto, que indicaba en algún momento la misma Organización que para el año 2020 la depresión sería la segunda causa de discapacidad a nivel mundial. Así las cosas, son condicionantes de la salud mental en general y en nuestro medio en particular: los factores genéticos, biológicos, el género, las experiencias personales, familiares, sociales o económicas, así como la pobreza, el nivel educativo, el empleo o el entorno rural o urbano. Factores culturales y de estrés como la inmigración, los conflictos o los desastres sociales, la edad, las enfermedades físicas graves son otros agentes que establecen la salud mental de las personas. La edad aumenta claramente estos problemas. La mayor frecuencia en la población femenina es fuente de controversia; sin embargo, si bien afecta más a las mujeres, cuando se hacen entrevistas estructuradas en el caso de la depresión, la prevalencia es similar, aunque una mayor prevalencia

puede estar asociada con la ansiedad, la depresión y en menor grado con trastornos psicóticos graves.

Aunque se reconoce la importancia de los factores individuales, el abordaje y el tratamiento son clave para la visión del conjunto de la población, que tiene que ver con políticas para la prevención y para evitar alguna de sus consecuencias como la estigmatización (Fernández, et al, 2012). De acuerdo con Medina (2021), psicóloga de la Academia Nacional de Medicina de México, los cuatro factores de riesgo que pueden ocasionar enfermedades mentales son miedo o estrés, aislamiento, violencia y pobreza, factores que se agudizaron a causa de la pandemia.

Reunin y Shole (1954) realizaron un estudio en Midtown Manhattan con una muestra de 1660 adultos, para analizar los efectos de algunos factores demográficos sociales y personales que afectaban la salud mental. Los autores encontraron que las personas de niveles económicos inferiores presentaban seis veces más síntomas que las personas de niveles superiores. Retomando estos niveles, Montecinos (2008) clasifica los factores de riesgo de los padecimientos mentales de la siguiente manera:

Factores predisponentes como la edad y sexo

Factores facilitadores. Son aquellos que favorecen la ocurrencia de una enfermedad mental, tales como una alimentación escasa o una situación económica pobre

Los factores desencadenantes. Son aquellas situaciones negativas a las que el individuo tiene que enfrentarse

Factores potenciadores. Se refieren a la exposición del sujeto a situaciones repetidas y de riesgo que pueden agravar una enfermedad. (p.4)

La OMS (2003), en el informe, el contexto de la salud mental señala como causas de los padecimientos, la rápida urbanización, los cambios macroeconómicos, los desastres, la falta de hogar, la pobreza, la contaminación, la ruptura de las estructuras familiares, la pérdida de apoyo social, entre otros factores.

Para superar los factores desencadenantes de padecimientos mentales, se proponen la resiliencia y la empatía como capacidades que permiten la adaptación y superación



de situaciones que desencadenan la enfermedad. La OMS (2008) afirma que “los factores positivos y protectores que permiten que no ocurra una enfermedad mental es lo que se llama resiliencia, y de importancia vital para desarrollar políticas de salud que implique aumentar la calidad de vida y potenciar la promoción en salud (p. 5). Autores como Suárez y Manssur (1994) añaden otras características que se presentan en la Figura 4.

**Figura 4.**

*Características de la Resiliencia*

<p><b>Desarrollo de destrezas</b>            Focalizar la atención            Mantener concentración            Anticipación            Solución de problemas            Alerta emocional            Uso de la fantasía            Expresión creativa</p>	<p><b>Condiciones genéticas</b>            Temperamento</p> <p><b>Medio favorecedor</b>            Cariño-Apego            Comunicación preverbal            Modelo de comportamiento.            Ritos y tradiciones.            Premio-estímulo            Contacto escuela.            Aceptación por pares</p>	<p><b>Fortaleza Intrapersonal</b>            Control de impulsos            Autoestima            Altruismo            Iniciativa            Confianza            Optimismo</p>
---	--	---

*Nota: información obtenida de Montecinos, G. (2008).*

Para la OMS (2022), aunque la mayoría de las personas son resilientes, quienes están expuestos a circunstancias adversas, como la pobreza, la violencia, la discapacidad y la desigualdad, corren un mayor riesgo, por eso propone la promoción, la prevención, la atención y el tratamiento como factores que se consolidan en la aplicación e implementación por parte de los gobiernos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, cuyo objetivo es mejorar la salud mental por medio de un liderazgo y una gobernanza más eficaces en la prestación de una atención completa, integrada y adaptada a las necesidades, en un marco comunitario para la aplicación de estrategias de promoción y prevención y para el fortalecimiento de los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones, estableciendo cuatro objetivos principales:

Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental

Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integral, integrada y adaptable en entornos comunitarios;

Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental

Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental. (p.13)

En el Informe mundial sobre salud mental “Transformar la salud mental para todos”, la OMS (2022) hace un llamamiento a todos los países para que aceleren la aplicación del plan de acción y se afirma que pueden lograr progresos significativos en la mejora de la salud mental de su población, si se concentran en las siguientes tres vías de transformación:

Aumentar el valor que otorgan a la salud mental las personas, las comunidades y los gobiernos, y hacer que todas las partes interesadas, de todos los sectores, se comprometan en favor de la salud mental e inviertan en ella; actuar sobre las características físicas, sociales y económicas de los medios familiares, escolares, laborales y comunitarios en general a fin de proteger mejor la salud mental y prevenir las afecciones de salud mental, y fortalecer la atención de salud mental para que todo el espectro de necesidades en la materia sea cubierto por una red comunitaria y por servicios de apoyo accesibles, asequibles y de calidad. (p.7)

La Organización hace especial hincapié en la protección y la promoción de los derechos humanos, el empoderamiento de las personas que experimenten afecciones de salud mental y la elaboración de un enfoque multisectorial donde intervengan diversas partes interesadas, centrándose en un conjunto prioritario de trastornos y orientando de forma integrada el fortalecimiento de la capacidad hacia los proveedores de atención de la salud no especializados, con el fin de promover la salud mental en todos los niveles asistenciales. Incluso el módulo llamado “Fomento de la salud mental”, a pesar de su nombre, se centra en los trastornos; y señala que el concepto se desarrolló para

promover los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales y reducir el estigma de la discriminación.

Es importante mencionar que estos factores desencadenantes de la enfermedad mental cuando se encuentran consumados generan otros factores de riesgo externos hacia la sociedad, la familia y el paciente mismo; por ejemplo, los riesgos del suicidio que, de acuerdo a la OMS (2022) se produce principalmente en estados de depresión, así como los trastornos derivados del consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales. La recomendación para los gobiernos es asumir como estrategias para su prevención: restringir el acceso a los medios de suicidios (armas, sustancias tóxicas, entre otros elementos); identificar a las personas que sufren trastornos por consumo de sustancias y brindarles tratamiento; mejorar el acceso a los servicios de salud y la asistencia social, y ofrecer una cobertura responsable de las noticias sobre suicidios en los medios de comunicación. También se debe hacer referencia al delito como un riesgo que sufre la sociedad. De acuerdo con Pineda (2015), existen determinadas patologías que hacen más propensa la comisión del delito como la Esquizofrenia, las conductas maniaco depresivas o la paranoia". Finalmente, se encuentra el riesgo de homicidio y otros daños a la sociedad como delincuencia, acoso sexual, violaciones o violencia intrafamiliar. En resumen, se concibe como un riesgo el paciente mental que es sujeto determinante para la aplicación de la imputación de responsabilidad y la naturaleza jurídica de la misma.

Es por esto que, desde la objetividad en la definición del concepto salud mental, se decantan los factores y causas de la enfermedad mental, así como los factores de riesgo que genera el padecimiento para el colectivo social, pues a partir del entendimiento de la definición de la salud mental, se comprenden las causas de su afectación y vulneración tanto desde la perspectiva del paciente como la de su familia y la sociedad en general.

### **3.1.3. Definición de salud mental vigente.**

Es preciso exponer el contexto histórico que dio origen al concepto oficial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud en 1950 y examinar su presencia (o ausencia) en determinados instrumentos de políticas públicas en salud, pues la definición

del concepto determina las políticas, los programas y las acciones en materia de mejoras para la salud mental (Lopera, 2015).

A pesar de que el concepto continúa vigente, ha tenido pequeñas modificaciones que atienden más a criterios políticos y sociales que a condicionamientos científicos. De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015, el “problema mental como el malestar y dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de evento estresantes y no son tan grave como un trastorno mental. En este sentido, la Ley 1616 de 2013 define la salud mental, explicando que el ser humano expresa en el diario vivir o en la cotidianidad sus emociones y su comportamiento en la interacción; de esta forma, contribuye en la comunidad que se desarrolla; además, enmarca que la Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la Republica de Colombia, así como también deja claro que: “es un derecho fundamental: es prioritario para la salud pública; es un bien de interés público; es componente esencial del bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos” (p. 3).

La OMS considera la salud mental como ausencia de enfermedad, siendo este un concepto negativo; sin embargo, se presenta un énfasis gradual hacia un enfoque de Derechos Humanos que contempla los determinantes sociales en salud, resaltando el carácter político y social de la salud mental, en concordancia con las condiciones histórico-políticas que dieron origen al concepto” (Lopera, 2015). Se puede comprender entonces, que el concepto depende del contexto histórico, y se adecúa al presente para comprender las condiciones sociopolíticas.

Analizar el concepto de salud mental desde el componente negativo, implica que las políticas públicas se enfoquen en la prevención de la enfermedad y no en la promoción de la salud mental desde el aspecto positivo. Ahora, otra de las discusiones y confusiones frente al concepto de la salud mental se centra en la definición que está equiparada con los trastornos mentales y del comportamiento y no desde la perspectiva, en sentido amplio, de la salud mental. No obstante, la OMS ha avanzado en la consideración de la salud mental desde el punto de vista de los determinantes sociales en salud y desde el enfoque de derechos.

En 1908, el Movimiento de Higiene Mental y Psiquiatría estadounidense, determinó la importancia de la salud mental para la época. Fue precisamente durante la Segunda Guerra Mundial que se evidenciaron los tratos inhumanos a los enfermos mentales por parte por parte de los gobiernos. Con ello se replanteó el concepto de Higiene Mental, que en principio estaba centrado en un conjunto de medidas de carácter preventivo y corrector, con base en lo que la sociedad (la moral social vigente) esperaba de sus gentes. Se dio entonces una mezcla entre el deseo de curar y ayudar a disminuir las dolencias psíquicas, y un intento por controlar las conductas y extender el poder psiquiátrico a todas las esferas de la sociedad (Campos, 2001). En este punto se comenzó a diferenciar la Higiene Mental de la Salud Mental; Sin embargo, las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas e ideológicas al finalizar la Segunda Guerra Mundial, llevaron a que se adoptara un concepto de salud general desde el año 1946, y uno de salud mental desde el año 1950, con base en los lineamientos de la Organización de las naciones Unidas y no necesariamente en los resultados de las investigaciones clínicas y experimentales sobre este campo (Lopera, 2015).

Este concepto con variaciones en su expresión, ha comportado la misma esencia que tiene hoy vigente, entendiendo que la salud mental representa un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2009). Sobre este aspecto, la OMS (1950) proponía en su momento que:

La salud mental (...) Es influenciada por factores tanto sociales como biológicos. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir con ello de modo constructivo. Implica también su capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto; armoniosa porque culmina en una síntesis integrada,

más bien que en la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas, como fin de evitar la frustración de otras. (p.8)

Esta definición abre paso para dos momentos claves de la salud mental: la inclusión en las políticas públicas y el reconocimiento como derecho fundamental del que deben gozar todos los seres humanos, dando inicio a lo que Trillat (2000) llama “el deshielo de los grandes hospitales psiquiátricos”, pues se trataba de espacios considerados como lugares de reclusión de los enfermos y aislamiento de su medio social, dejando de lado la promoción de la atención comunitaria como forma de protección de los derechos del enfermo. Es por esto que la salud mental termina siendo descrita por la OMS (2001) como:

El bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales. (p.6)

Para Berrios y Fuentenebro (1996), en la psiquiatría actual existe un empobrecimiento histórico conceptual, porque todos los fenómenos relacionados con lo mental tienden a ser asociados con la voluntad. Pero esta es una enfermedad como cualquier otra, que tiene equivalentes biológicos, situaciones ligadas a las características de personalidad o a las expresiones psicológicas o a los fenómenos sociales (Rueda, 2014). Sin embargo, el concepto de salud mental se entremezcla con el de trastornos mentales. La OMS (2004) presenta en el informe de promoción de la salud mental la pregunta ¿qué es la salud mental?, a la que responde mencionando tres ideas medulares: la salud mental como parte integral de la salud, la salud mental como la ausencia de enfermedad y la salud mental en el marco de una relación estrecha con la salud física y la conducta. En ese sentido, se reconoce en la salud mental la base del bienestar, siendo esta una definición positiva, encaminada hacia la felicidad, la autoestima, el control de sí mismo y la resiliencia.

En esta misma línea, Jahoda (1958) propuso un concepto de la salud mental en tres áreas: primero, la autorrealización del individuo, que incluye la posibilidad de explotar plenamente los propios potenciales; segundo, un sentimiento de control sobre el entorno; y tercero, la capacidad de autonomía que permite al individuo resolver los problemas que se le presenten. No obstante, autores como Murphy (1978) critican esta definición, aduciendo que resalta valores culturales estadounidenses, no siendo adecuada como definición general. Por su parte, Braunstein (2013) considera que: clasificar algo que no se define, no se sabe bien qué es, dónde empieza y dónde termina, termina siendo eso a lo que se le llama "trastornos mentales".

En conclusión, los principales instrumentos de políticas públicas de la OMS en salud son ambiguos en cuanto a qué concepto de salud mental adoptan; una gran mayoría no explicita ninguna definición (como si se supiera qué es salud mental); otros pocos, asumen la definición de la Organización, pero derivan en la consideración de los trastornos mentales, dejando la salud como mero reflejo de la ausencia de trastornos mentales. Tampoco hay una reflexión sobre el origen de este concepto, de su carácter ideológico y de su correspondencia con unos intereses que, aunque loables, no necesariamente apuntan a lo que es la salud en sentido positivo, esto es, a las capacidades y potencialidades del ser humano (Lopera, 2015).

A partir de esta definición, la salud pública resulta ser la alternativa para impulsar las prácticas y acciones saludables que conlleven al individuo y al colectivo social al bienestar, y por ende, a desarrollar el concepto salud mental en plenitud. La posibilidad de que el sujeto sea consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar las tensiones normales de su vida y trabajar de forma productiva y fructífera, esto es, que goce de salud mental, está en directa relación con el hecho de que sea agente activo de su propia salud, que pueda expresarse y ser reconocido como un actor que, desde ese método clínico de "democracia participativa", procede en compañía del personal de salud (psiquiatra, psicólogo u otros), en concordancia con las políticas públicas y, en lo posible, como un actor que influye en la elaboración de estas últimas.

La definición o el concepto que se establezca de la salud mental, determinará directamente las acciones, programas, estrategias postuladas en las políticas públicas y

en los planes de desarrollo; por esta razón, el concepto de la OMS, aunque se consolida con unas bases sostenidas de bienestar y felicidad, cambia de acuerdo al contexto histórico, cultural y social lo que hace que se encuentren confusiones entre la definición entendida para promover la salud, en el ámbito de la prevención de la enfermedad y en el contexto del derecho de bienestar y felicidad que tienen todas las personas.

Actualmente, la OMS (2022) integra los conceptos que se han venido dando en el camino de la historia y define la salud mental como:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. (p.4)

Así pues, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Se da en un proceso complejo, que cada persona experimenta de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos que pueden ser muy diferentes. Investigaciones como la realizada por Manderscheid, et al (2010) han demostrado que existe una relación cíclica entre la mala salud mental y las desigualdades en el logro educativo, los ingresos, la nutrición, la vivienda y el apoyo social, validando la importancia del concepto de salud mental, en torno a la descripción de la racionalidad y normalidad de bienestar y felicidad como conceptos estrechamente relacionados a la salud mental.

#### **3.1.4 Concepto de felicidad y salud mental**

El capitalismo neoliberal ha generado unas demandas a la salud mental, creando la noción de un objeto que hay que alcanzar, siendo los trastornos mentales lo opuesto a ese ideal, donde se olvida que los trastornos mentales no son objetos naturales y los



ideales de salud mental tampoco. Esto se puede demostrar con la introducción en Colombia de una serie de fármacos y productos para combatir la depresión o la tristeza en general, entre estos uno muy publicitado que se comercializó bajo el nombre de “Okey”. No es casual que en el año 2000 este medicamento hiciera su entrada al país, siendo caracterizado como un producto “natural”, aunque su efecto no se diferenciaba de los antidepresivos (fluoxetinas) convencionales (Gallo, et al (2019).

Este hecho da cuenta de las fórmulas en busca de la felicidad que se emprenden para alcanzar el mayor estado de bienestar asociado con la salud mental. Marinoff (2000), es el autor de la frase “Más Platón, menos Prozac”, con la que buscaba indicar que, ante los problemas cotidianos como la depresión, es mejor la filosofía que tomar un medicamento. La felicidad en la salud mental, se identifica con un acto biopolítico de control psicoplítico; es decir, la felicidad individual y colectiva depende del concepto histórico y cultural que se tenga en determinada sociedad sobre salud mental. Todo lo que es desorden, indisciplina, agitación, anormalidad, termina siendo relacionado con la salud mental, de la misma forma en la que Foucault (1998) lo describe en la historia de la locura, planteando que la psiquiatría introduce la norma como regularidad funcional, como principio del funcionamiento adaptado y ajustado, oponiéndose a lo patológico, lo desorganizado, a la disfunción. Esto indica que, las postulaciones de la felicidad como base del bienestar son dotadas de un significado moral y político que opera al margen de la conciencia o inconciencia de quienes las efectúan (Braunstein, 2013).

La Comisión Lancet de Salud Mental Global (2018) pretende la inclusión de la salud mental transversal a todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), destacando los vínculos estrechos entre la salud mental y todos los problemas importantes del desarrollo, desde la educación y el crecimiento económico hasta el conflicto y el cambio climático. En consecuencia, exige una comprensión más integral de la salud mental, que requiere una respuesta multisectorial coordinada (MHN, 2018). Esto conlleva a la búsqueda del bienestar general del colectivo social como fuente de la felicidad, pues no hay desarrollo sostenible sin salud mental. Por lo anterior, mejorar las condiciones físicas, sociales y culturales, es contribuir a la salud mental y el bienestar general. Para

ello, la Comisión presenta siete recomendaciones, con el fin de proteger el derecho a la salud mental.

1. Replantear la salud mental dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
2. Establecer el cuidado de la salud mental como un pilar de la cobertura universal de salud
3. Usar políticas públicas para proteger la salud mental.
4. Escuchar e involucrar a personas que hayan vivido la experiencia de la enfermedad mental
5. Invertir mucho, mucho más en salud mental
6. Usar la investigación para guiar la innovación y la implementación
7. Fortalecer el monitoreo y la rendición de cuentas. (p. 4)

En el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia (2015), se proyecta una propuesta de ajuste para la Política Nacional de Salud Mental 2016, donde los nuevos indicadores se enmarquen en una perspectiva de salud mental positiva y se incluya la percepción subjetiva de bienestar, felicidad, satisfacción en las relaciones sociales, empatía, percepción de apoyo social, confianza e integración social, entre otros aspectos (Herazo, et al (2018). De ahí, que la salud mental de cada ser humano único, sea un estado complejo del cerebro en sentidos diversos: por un lado, sentirse bien, es decir, con un ánimo positivo (felicidad, estimulación) o sentirse negativo (depresión, tristeza) (Tobón, 2019).

Es por esto que, una política pública deber estar encaminada a promover el bienestar y la felicidad del colectivo social, prevenir daños basada en la democracia, pues defender los derechos y libertades de quienes carecen de salud mental es un deber en el marco de la solidaridad como sustento del Estado Social de Derecho. Desde el punto de vista de las políticas de salud, la meta no se limita a la lucha contra las enfermedades: es el bienestar y la felicidad lo que se persigue es según Malaver (2018): que la felicidad deje de ser un asunto personal, para convertirse en una política del Estado.

La Política Nacional de Salud Mental (Resolución 48486 de 2018), propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en términos de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental. Así la felicidad representa la libertad, bienestar y dignidad del ser humano, mejorando su calidad de vida. De allí que los planes de desarrollo y las políticas públicas, deben fortalecer la cultura del bienestar.

Este eje está fundamentado en el concepto de bienestar, de Amartya Sen, según el cual el bienestar es “el estado en que los individuos tienen la capacidad y la posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar, determinada por una diversidad de libertades instrumentales”. (Sen, 1998, p. 7) El bienestar no se limita exclusivamente a la satisfacción de los estados mentales, también incluye la relación entre derechos, capacidades y libertades.

Uno de los propósitos de la OMS, ha sido promover la solidaridad entre los pueblos, la felicidad y las relaciones armoniosas. Para lograr estos propósitos, el primer principio básico es el de la salud, que fue definida en principio como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Esto indica que la felicidad constituía el principio básico de la salud mental.

En términos de Foucault (1967) La locura siempre ha estado más cercana a la felicidad y a la verdad, que a la razón; por eso, a la sabiduría perfecta la denomina ciudadela de la felicidad, indicando que para encontrarla no hay más acceso que la locura. Precisamente, el mito de una felicidad social, se desprende de un modelo autoritario. Para autores como Fernández y Extremera (2019), una explicación se encuentra en el desarrollo de competencias socioemocionales, pues estas se relacionan con la percepción de felicidad, el funcionamiento social y el bienestar. Según lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social (2015):

A nivel individual se reconoce que la percepción de felicidad se reduce a medida que aumenta la edad y se entra en la etapa adulta, con diferencias marcadas a nivel regional, de escolaridad, pobreza y estado civil; donde a menor escolarización

decrece esta percepción. Lo anterior pone de presente un mayor riesgo para la población mayor de edad, así como la necesidad de fortalecer estas competencias a lo largo del ciclo de vida, de tal forma que estas habilidades sean un soporte consistente con los retos que supone el envejecimiento. Así mismo, se evidencia que la población puede identificar la alegría, pero presenta dificultades para emociones como el miedo, tristeza y asco, mostrando una baja empatía entre poblaciones en situaciones negativas. (p.5)

El 19 de Julio de 2011, la Asamblea General ONU, aprobó la resolución 66/281, en reconocimiento de la felicidad como objetivo humano fundamental, convocando a los Estados miembros para que promovieran políticas públicas que incluyeran medidas donde se reflejara la importancia de la búsqueda de la Felicidad y el Bienestar en los planes de desarrollo. Pues, en los últimos años esta había tenido valiosos avances en las investigaciones de la psicología positiva, llevándola más allá del plano subjetivo, hasta la inclusión del bienestar en los nuevos modelos de desarrollo y en las economías del bien común. La resolución reconoce además la necesidad de que se aplique al crecimiento económico un enfoque más inclusivo, equitativo y equilibrado, que promueva el desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza, la felicidad y el bienestar de todos los pueblos.

Para Martínez (2016), esta es una mirada que ayuda a comprender lo esencial sobre el cuidado del cerebro y su relación con la salud mental, para alcanzar estados de bienestar y la felicidad individual y colectiva. Es así como:

El indicador de salud mental positiva como satisfacción con la vida, ánimo positivo y bienestar psicológico, se asocian a múltiples y diversas variables de felicidad y calidad de vida, tales como: sentimiento de amistad, confianza hacia terceros, vecinos o la policía; menor mortalidad y niveles más bajos de presión arterial; mayor resistencia al estrés y menor declinación intelectual en la edad madura. (p.7)

En otras palabras, una mala salud mental, no solo da origen a trastornos como estrés, depresión o crisis de angustia, sino que también genera relaciones sociales, familiares y

laborales deficitarias, mala evolución en las enfermedades físicas, mayores consecuencias por conductas de riesgo asociadas al uso del alcohol y otras drogas, y menos expectativas y calidad de vida. Pareciera que esta realidad no es solamente un llamado para cuidar y tratar a las personas enfermas, también para que cada individuo asuma acciones de prevención,

La felicidad hace parte de la vida, desde la evolución y desarrollo mismo del ser humano y la sociedad. Esta idea se reconoce en los planteamientos de Martínez (2016), para quien mirar la felicidad desde la salud mental, también significa mirar y hacerse cargo de la otra cara, como es la infelicidad. Es importante integrar dialécticamente la felicidad y la infelicidad, el bienestar y el malestar, la salud mental y los trastornos psiquiátricos, ya que solo integrando las diferentes realidades es posible asumir la pregunta por la felicidad del ser humano en sus diversas dimensiones. Un país humanamente desarrollado, es un país que cuida su cuerpo y su cerebro, que promueve la salud mental y los vínculos saludables entre las personas, y que permite que sus ciudadanos desarrollen sus potencialidades, su bienestar y felicidad.

Miret (2017) en su artículo “Ser feliz contribuye a una mejor salud,” es enfática en describir que las políticas sanitarias, no solo deben ir encaminadas a mejorar la salud de la población, también deben incluir estrategias que involucren a las personas en sentimientos de satisfacción con su vida y menos en actividades que les hagan sentir bajos niveles de felicidad, poniendo como ejemplo el tiempo que dedican los ciudadanos a los desplazamientos. Así las cosas, son un sinnúmero de investigaciones las que abordan la relación directa que existe en la salud y la felicidad, tomando como base la interacción social. De acuerdo con Rico (2013) “el punto de partida en el análisis está determinado por la relación entre la persona “a” con todo su contenido biopsicosocial y las interrelaciones con la persona “b” con su carga social, mental, y espiritual en un entorno o ambiente físico y biológico” (p.113). En este sentido, el elemento básico de la salud mental se relaciona con la manifestación de las emociones. De este modo, la salud mental puede verse como un estado sujeto a procesos de cambios y adaptación, buscando precisamente alcanzar la felicidad.

Begley (2008) en su libro: “entrena tu mente cambia tu cerebro” concluye que “si los descubrimientos de la neuroplasticidad aplicada y autodirigida llegan a las clínicas, escuelas y hogares, la capacidad de cambiar voluntariamente el cerebro se convertirá en una parte central de la vida y modificará la comprensión de lo que significa ser humanos” (p. 296). Esto quiere decir que, la felicidad a pesar de estar relacionada con los genes se puede modificar por la conducta o por actividades voluntarias.

Como complemento a esta idea, Lyubomisky (2008) en su libro “La ciencia de la felicidad”, destaca que la felicidad desde la antigüedad para Aristóteles era un fin en sí misma, esto indica que la felicidad es el bien supremo por encima de todo y representa un estado de bienestar y el bienestar hace parte del concepto de salud mental como se ha explicado antes. Podría sumarse la metáfora de la felicidad como “Moneda suprema” expresada por el profesor Tal-Ben Shahar.

En resumen, aproximadamente el 10% de las variaciones encontradas en los niveles de felicidad se explican por las diferencias en las circunstancias de la vida asociadas a factores externos como la educación, el estado civil, la condición socioeconómica; de la misma manera, como sucede con los condicionantes generales del estado de salud relacionada con la presencia de los servicios de salud, su disponibilidad, accesibilidad y posiblemente calidad de la atención (Rico, 2013). La globalización y expansión del capitalismo moderno se contraponen a un sistema basado en la vida, el amor, la felicidad, la ética y participación ciudadana, los derechos humanos y la bioética. El resultado actual es una sociedad cada vez más individualista orientada al consumo, controlada por grandes grupos que manejan el capital, la renta y el dinero, sin considerar el impacto negativo que se puede causar sobre el bienestar social, físico y mental de las personas y las poblaciones.

De acuerdo con los informes presentados por la OMS, Bhután, país Budista ubicado en el continente asiático, ha sido el primer territorio del mundo, cuya política estatal se ha basado en la búsqueda de la felicidad nacional sobre el interés por los ingresos nacionales. Adicionalmente, su concepto de felicidad es más profundo que en occidente, englobando las necesidades espirituales, materiales, físicas y sociales de las personas. Mientras, en la cultura occidental, el objetivo principal del gobierno ha sido el crecimiento

económico, y la felicidad se ha equiparado con el consumismo. “A pesar de esto, cada vez existe una mayor consciencia del estrecho vínculo y de la relación interdependiente entre la salud y la felicidad. Las personas felices tienen una mayor longevidad y experimentan una mejor salud que sus compañeros infelices” (VIU, 2018, p.17).

De acuerdo al índice global de la felicidad que publica anualmente la ONU, de 157 países, Colombia se ubica en el puesto número 37, teniendo en cuenta como indicadores, el PIB per cápita, apoyo social, esperanza de años de vida saludable, libertad para tomar decisiones vitales, generosidad, percepción de la corrupción. Siendo Finlandia el país más feliz del mundo. En la declaración de independencia de los Estados Unidos (*The unanimous declaration of the thirteen United States of America*) (1776), se expresa: “sostenemos como evidentes estas verdades: que los hombres son creados iguales; que son dotados por su creador de ciertos derechos inalienables; que entre estos están la vida, la libertad y la búsqueda de la Felicidad” (p.2). Así entonces, la felicidad es un concepto de fondo, estructural que abarca la manera de vivir, la cual se resume en Bienestar. En este sentido, ser discriminado, excluido, estigmatizado, rechazado instado a vivir en condiciones de desigualdad, son obstáculos que impiden al ser humano alcanzar la felicidad. Alcanzando la felicidad, se garantiza el derecho de la salud mental del colectivo social, con el derecho de “igualdad de oportunidades para ser felices (Peñalosa, 2021) y evitar la enfermedad.

La felicidad también depende del hábitat, del medio ambiente donde se desarrolla el potencial humano. Es decir, garantizando la felicidad y el bienestar se garantizan los demás derechos fundamentales colectivos y sociales de las personas. En palabras de Peñalosa (2021):

Sociedades con ingresos per cápita mucho más bajos que los de los países más ricos pueden ser felices. No se necesita un ingreso per cápita alto para caminar y ver gente, tocar o escuchar música, reír, pasar el tiempo con los amigos o la familia, hacer deporte, disfrutar de la vegetación, los pájaros o las montañas. Aprender a vivir mejor y más civilizadamente tiene que ver principalmente con lo que hacemos en nuestro tiempo libre. En las sociedades atrasadas y desiguales, las actividades de tiempo libre dependen del nivel de ingreso. El acceso a campos deportivos o a clases

de música generalmente es difícil para aquellos de menores ingresos. En una buena ciudad, estas actividades son accesibles a todos los ciudadanos. (p.22)

### **3.1.5 Concepto de enfermedad**

La definición por la OMS de la salud en sentido positivo ha sido un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. ¿Pero que es entonces enfermedad? Para hablar del bien hay que hablar del mal. Es decir, para hablar de salud hay que hablar de enfermedad. Curiosamente, en los textos cuando se refieren al tema de salud, se habla indistintamente de enfermedad, dando por sentado que la humanidad tiene claro el concepto de enfermedad; lo que resulta contradictorio, pues en ese mismo sentido, el concepto de salud, también debería ser un concepto sin discusión alguna, el cual incluye el bienestar mental. Así, Se tiene conocimiento, por ejemplo, que en la América precolombina, las concepciones sobre la “razón”, “el cuerpo” y la “enfermedad”, partían de las cosmovisiones particulares de cada cultura (Villaseñor, et al. 2002). Luego la enfermedad se asocia con la higiene en el siglo XIX, buscando promover un conjunto de valores e intereses relacionados con las condiciones de limpieza, orden y buen comportamiento, dado que se suponía que lo que de allí resultaría sería la salud y que el costo de no acatarlos sería la aparición de la enfermedad. Es decir, se introducía “una forma muy concreta de verse y actuar con respecto a sí mismos y, en cierto modo, una determinada tecnología del yo”: (Novella, 2010. p. 67). Asimismo, un conjunto de acciones y procedimientos que los sujetos deben ejercer sobre su cuerpo, sus pensamientos, (Díaz, et al 2017, p. 13), con el fin de lograr “una transformación de sí mismos y alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad” (Foucault, M. 1990. p. 48).

Gómez (2012) comprende que la noción de salud debe estar ligada a un número importante de aristas no sólo fisiológicas, sino sociales, históricas, políticas, económicas y culturales; plantea también un abordaje más allá del síntoma, que promueva la modificación de entornos ecológicos en los que la enfermedad se adquiere y/o propaga. Para Abad (2012) una descripción de esta situación sería que:



El pueblo colombiano necesita trabajo, comida, vivienda, servicios elementales de atención médica, servicios epidemiológicos, educación, concientización. En vez de esto, se le ha dado, en general, superstición, engaño, confusión, pasiones. No sabe por qué se enferma. No sabe por qué es pobre. Así se deja explotar. Es al mismo tiempo, ignorante, enfermo y supersticioso. Cree que las enfermedades y la miseria vienen de Dios. No se atreve siquiera a exigir que sea más sano o mejor educado. No cree tener derecho a ello. Ve con impasibilidad que los hijos se le mueren por falta de leche, de atención, de los más elementales servicios. Se acuesta y se levanta con la miseria como su constante e inseparable compañera y apenas si protesta por ello. Está anestesiado. (pp. 73-74)

La enfermedad es un acontecimiento biológico, pero también, así como lo explica Huertas (2011) es un aspecto incluido en las políticas públicas, que define potencialmente roles sociales, una sanción de normas culturales y un elemento estructurador en las interacciones médico-paciente. En otras palabras, “la enfermedad no existe hasta que hemos acordado su existencia, al percibirla, nombrarla e intervenir sobre ella (p. 438). En Francia, la enfermedad es definida como una consecuencia de una lesión a nivel anatómico en un órgano, a diferencia de Estados Unidos, donde la enfermedad se asume como un conjunto de signos, que según sean identificados, se evalúan para diagnosticar un tratamiento (Díaz, 2011).

La enfermedad ha tenido históricamente gran carga ancestral; su concepción, por ejemplo, para la comunidad de Yurumangui, asentados alrededor del Rio Yuramangui, en el municipio de Buenaventura, representa un factor condicional para quien la padece, pero al mismo tiempo se convierte en una situación que reafirma los lazos comunitarios y familiares a favor del individuo. Sus comuneros reconocen la existencia la enfermedad como algo que debe ser tratado con la medicina convencional, y otras que se curan a base de hierbas y rezos. Según lo explica Marvin (1989):

Las enfermedades están directamente ligadas a las interacciones cotidianas de su ambiente cultural; y esto se debe a que han construido desde sus prácticas culturales como una forma de tratar las enfermedades y alteraciones del comportamiento las cuales responden a una situación específica, y no solo porque sea la única alternativa

de alcance, sino más bien porque en ellas encuentran ejercicios que les permiten conservar su legado ancestral que en la mayoría de los casos se plantea como la única salida a las necesidades dadas. (p.17)

Así la enfermedad, ha sido un concepto dependiente de expresiones socioculturales, como también la forma de curarlas. De esta manera se ingresa en otra discusión en el campo de la medicina, en relación con la integración de las medicinas ancestrales y la medicina occidental; es decir, se debe tener claro el concepto y la concepción de la enfermedad desde todo su sentido: histórico, sociológico, antropológico, para lograr comprender la importancia de la protección, no solo de los derechos fundamentales ligados a la dignidad humana desde la garantía del derecho a la salud mental, sino otros derechos colectivos y sociales que se desprenden de la cosmovisión y la garantía al pluralismo en el Estado Social de Derecho. " Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás" (Vásquez. 2002, p- 7). Esto, en palabras de Hermosilla y Cataldo (2012): se refiere a la posibilidad de pensar en la salud/enfermedad como un proceso, lo que no significa negar la existencia de los diagnósticos y su utilidad en la clínica, siempre que esto no signifique etiquetar al sujeto, dejando de lado la singularidad de cada caso y restringiendo sus derechos.

En la actualidad, debe desligarse la enfermedad del mero concepto occidental biológico como el producto de factores anatómicos, fisiológicos o de factores externos que inciden en el funcionamiento orgánico. "La salud y la enfermedad no están aisladas de las relaciones intersectoriales, interinstitucionales e interculturales. Se puede considerar la relación entre estos factores a partir de un enfoque sistémico como el enfoque de determinantes sociales de la Salud" (Delgado, et al (2017, p. 23)

Incluso, la enfermedad entra el ámbito del individuo, su cuidado su intimidad con su ser, sus comportamientos los cuales, "constituyen un factor determinante para la salud y la enfermedad" (Rogers & Pilgrim, 2014, p.13). De acuerdo con Restrepo y Jaramillo (2012), la enfermedad es el resultado del comportamiento inadecuado del individuo, lo cual "no solo representa una perspectiva bastante limitada para explicar las patologías,

sino también, trae como consecuencia una responsabilidad de los sujetos, con todas las consecuencias que ello conlleva” (p. 204).

En Latinoamérica, el movimiento de la medicina social y la salud colectiva a finales de los años 60 y comienzos de los 70 del siglo XX, centra su discurso en la salud y enfermedad entendiendo que se trata de “un proceso dialéctico con especificidades sanitarias individuales y grupales, las cuales deben ser analizadas en el contexto social que las determina” (Morales, et al (2013, p. 799), y desde las relaciones de poder y las instituciones de salud, que clasifican la enfermedad según criterios de síntomas, gravedad, y otros, incluso costo. Estas clasificaciones no son universales y pocas veces coinciden con las definiciones biomédicas, dependen más bien de las condiciones, sociales, políticas y económicas del Estado y son esas clasificaciones las que guían los diagnósticos y terapias, de acuerdo al alcance de los elementos y materiales para tratarlas y reconocerlas si están curadas que tengan los médicos y especialistas. Por lo tanto, las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad, no pueden ser analizadas de forma aislada de las demás dimensiones de la vida social mediada y compenetrada por la cultura que confiere sentido a estas experiencias. Los sistemas de atención a la salud son sistemas culturales, consonantes con los grupos y realidades sociales, políticas y económicas que los producen y replican (Langdon & Wiik, 2010)

Para autores como Sharon (1980); Anzures (1983); Lagarriga (1988), y Benavides (2016), la enfermedad mental era entendida como un producto de un desequilibrio energético entre el sujeto, la Madre Tierra y el cosmos en general, desde una cosmovisión propia de las culturas precolombinas, “considerando en general que la causa genérica de la enfermedad es un pecado social (de pensamiento o de acción), en cuyo caso, la confesión es un sistema de alivio” (Rossetti, et al, 1996, p. 127)

En este sentido, las nociones de enfermedad y de enfermedad mental, permiten concluir que es más acertado hablar de trastorno que de enfermedad, pues no hay realmente un correlato de esas entidades diagnósticas que puedan identificarse con la conceptualización de enfermedad que proviene de las ciencias naturales o incluso de los sistemas de salud (Sánchez 2021). Esto quiere decir que, se deben revisar las condiciones asociadas al sistema de creencias, a las rutas diversas de tratamiento a las

enfermedades que son soportadas en nociones mágicas y religiosas de la enfermedad, en la condición de las relaciones interpersonales en el orden de la familia, las posturas de autoridad y el lugar que ocupa el enfermo. (Díaz, et al, 1966).

Mientras que para Rueda (2014) los fenómenos relacionados con lo mental tienden a ser asociados con la voluntad, es necesario que la enfermedad mental se conciba como cualquier otra, que tiene equivalentes biológicos, situaciones ligadas a las características de personalidad o a las expresiones psicológicas o a los fenómenos sociales. Hoy en día, según lo expresan Kissyber, et al (2017), es de gran importancia que el sistema de salud asuma seriedad y compromiso en el servicio que prestan. Por tal motivo, la recomendación al sistema de salud radica en ampliar la cobertura e incluir médicos especializados que entiendan de manera transversal como son percibidas las alteraciones del comportamiento especialmente en zonas rurales, donde la ancestralidad se reconoce arraigada en las prácticas comunitarias. Instaurar dicho proceso, donde la medicina tradicional-occidental converse en igualdad de condiciones con las formas en que las comunidades agencian sus relaciones entre salud y enfermedad, se convertiría en un potencial junto con las diferencias culturales, los constructos identitarios y las ancestralidades construyan rutas adecuadas tendientes a resolver los problemas de salud, en este caso, los relacionados con los trastornos mentales.

Establecer planes territoriales de salud articulados con los planes de desarrollo territorial, implica comprender los conceptos de enfermedad y bienestar en la búsqueda de la protección y garantismo de los derechos fundamentales, sociales y colectivos, propios del derecho a la salud mental en este caso. (Manderscheid, et al (2010) explica que:

Hace casi 30 años, se propuso que *bienestar* y *enfermedad* no fueran dos consecuencias del mismo continuo, sino dos continuos independientes. En este modelo, bienestar hace referencia al grado en el cual uno tiene una actitud positiva y entusiasta de la vida. Esto incluye la capacidad de manejar los sentimientos propios y las conductas relacionadas, que incluyen una evaluación realista de las limitaciones propias, el desarrollo de la autonomía de la persona y su habilidad para hacerle frente eficazmente al estrés. En contraste, la enfermedad hace referencia a la presencia o

ausencia de una afección o dolencia. Un régimen de atención que tome en cuenta a la persona en su totalidad debe abordar tanto su bienestar como la enfermedad. Los intentos para entender las diferentes enfermedades, crear intervenciones y diseñar estrategias de promoción de la salud serán más eficaces si se originan a partir de un modelo biosicosocial de enfermedad y salud dinámico y complejo. (p. 78)

En conclusión, enfermedad viene del latín *infirmitas*, que significa literalmente “falta de firmeza”, definición que se relaciona con la establecida por la OMS (2011): “Alteración y desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (p. 4).

Se denomina entonces enfermedad, al proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud. Esta situación puede desencadenarse por múltiples razones, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco al organismo con evidencias de enfermedad. Estos desencadenantes se conocen bajo el nombre de noxas (del griego *nósos*). En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual. Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad (dado que cada individuo lo hace de acuerdo a sus propias vivencias), existen varios conceptos que pueden ser utilizados, de acuerdo al contexto, como sinónimo: patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración, entre otros. El concepto de enfermedad es tan amplio como la propia vida (Fundación ONCE, 2022).

De acuerdo con lo expuesto en este capítulo, se puede inferir que la enfermedad se vive y se siente desde las actitudes mentales del ser humano. A pesar del avance en la tecnología y la medicina, la enfermedad continúa siendo parte de la vida; sin embargo, se ha producido un desarrollo autónomo que ha ocasionado que el propio hombre se vea incluido entre los objetos de su propia técnica (Goberna, 2004). Esta culminación del poder humano, puede muy bien llegar a significar el sometimiento del hombre a su propia obra (Jonás, 1995). Esta situación pone en tela de discusión otros derechos sujetos a la

enfermedad, incluso el derecho a vivir la enfermedad desde la propia cosmovisión, el derecho a la vida, como también el derecho a morir dignamente y a la prestación del servicio de asistencia sanitaria si es su elección.

De acuerdo con Campus (2001), la política actual ha asumido la prestación de la asistencia sanitaria como uno de los pilares básicos del bienestar de sus ciudadanos:

Los actuales sistemas de asistencia sanitaria nos plantean dilemas relacionados con la equidad y la justicia distributiva. Ante ello, se ha planteado el nacimiento de una nueva disciplina, la bioética, con el fin de intentar reflexionar y avanzar en la resolución de los problemas cada vez más complejos de una sociedad donde la diversidad de opiniones, religiones, vivencias y situaciones, obliga a un debate continuado e ininterrumpido en una búsqueda de eso que demasiado ambiguamente venimos denominando "bien común", y que también podríamos denominar como salud, entendiéndose ésta como un estado de equilibrio con el tecnificado medio físico y social. (p. 83)

En conclusión, la enfermedad es vista como un fenómeno que genera impacto socioeconómico en la población. Esto indica que en el futuro se podrá establecer una escala de valores que permita fijar prioridades de investigación en trastornos mentales y determinar óptimas medidas de control y prevención de las mismas, entendiendo que las políticas en salud pública a veces se sienten inclinadas a referirse al sistema de atención de salud como "sistema de atención de la enfermedad"; no obstante, también se ha observado que la salud pública tiende a preocuparse por la enfermedad. Un problema con este tipo de acusaciones es que tanto "salud" como "enfermedad" resultan ser conceptos esquivos (Schoenbach, 2000).

Tomándose la enfermedad desde la interpretación individual y personal, para el caso de los trastornos mentales, dónde no hay posibilidades de medir cambios patológicos en el cuerpo, se puede reflexionar también desde la perspectiva de Rotterdam (2011) cuando afirma:

Cuán dura es la inexorabilidad de la muerte, cuán perniciosas son las legiones de enfermedades, cuántos peligros están inminentes, cuánto placer se infiltra en la

vida, cuán teñido de hiel está todo, para no recordar los males que los hombres se infieren entre sí, como, por ejemplo, la miseria, la cárcel, la deshonra, la vergüenza, los tormentos, las insidias, la traición, los insultos, los pleitos y los fraudes. Pero estoy pretendiendo contar las arenas del mar. (p.12)

### **3.2 Derechos de la salud mental**

“No hay recuperación sin derechos”  
(Pérez & Eiroá (2018).

La OMS establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud que se puede lograr no es solamente un estado o condición de la persona, sino también uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social. Esto fue adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud celebrada en Nueva York (1946); por el Pacto de Derecho Económico, Social y Cultural de Naciones Unidas, que protege el derecho de toda persona para que disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y por el Protocolo de San Salvador, que en el marco de la Organización de Estados Americanos (OEA) protege el derecho a la salud. La protección de la salud como un derecho inalienable del todo ser humano se encuentra consagrada en 18 de las 35 constituciones de los estados miembros de la OPS. (Pérez & Eiroá, 2018)

Un aspecto indispensable es el reconocimiento de los derechos humanos en las personas con trastornos mentales. Para la OMS, la violación de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, se extiende a nivel mundial, comenzando con las expresiones de discriminación y el estigma en todas las áreas de la vida de las personas con trastornos, impidiéndoles desarrollarse en diferentes escenarios cotidianos con libertad, independencia, autonomía, dignidad, y en el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales y civiles, dentro del entorno social y por el contrario, generando actos y actitudes de violencia, exclusión social, negación o restricción del derecho al trabajo, la educación, el esparcimiento y en ocasiones a la vida de los personas con trastornos. En este sentido, El Consejo de Derechos Humanos de

las Naciones Unidas, en una Resolución del 29 de junio de 2016, con base en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de 1948, entre otros tratados internacionales, como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Capacidades especiales (CRPD), donde Brasil es el país signatario, expresando que toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad personal, a vivir de forma independiente ya ser incluida en la comunidad, ya que nadie será sometido a torturas, tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes (ONU, 2021).

Como ejemplo de protección a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, Brasil en la década de 1970, expidió la política de salud mental, alcohol y otras drogas con el objeto de proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental, y la promoción de estos derechos para el ejercicio de la ciudadanía, en sintonía con las convenciones internacionales sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental, derechos garantizados en Brasil por la Ley 10.216/2001 que, con base en los marcos de desinstitutionalización y atención psicosocial, posibilitaron que el cuidado permaneciera en libertad en el territorio, en los servicios comunitarios y la inclusión social de miles de personas a través de programas e incentivos económicos (Volta para Casa, servicios residenciales, incentivos para la generación de empleo e ingresos y promoción de intervenciones culturales (Barros, et al, 2021).

El libre ejercicio de los derechos, es un acto democrático y ciudadano; por ello, las personas con trastornos deben tener ejercicio pleno de sus derechos sin causas de discriminación, estigma, violación de los mismos con abusos, incluso, en muchas ocasiones por parte del mismo Estado; es por esto que, la promoción de sus derechos protege y garantiza un estado de bienestar, “Felicidad”, tanto para el vulnerado como para su familia, y del mismo colectivo social, bajo la premisa de la experiencia de una vida en dignidad. De este modo, un país como Perú formuló la siguiente hipótesis:

Si el Estado reorganiza el sistema de salud mental para implementar progresivamente un modelo de Atención Comunitaria, para asegurar la difusión del derecho a la salud mental, la prevención de enfermedades mentales, el acceso a los servicios de salud mental, la inclusión social y el respeto a los derechos, entonces



asegurar que no se violen los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales. (Flores, 2016, p.3)

Fortalecer los lazos entre la salud mental y salud pública, permite garantizar los derechos de la salud mental; cobertura, acceso, diagnóstico, tratamiento rehabilitación. El crecimiento de las enfermedades mentales comienza a generar múltiples impactos sociales, económicos, laborales, (incapacidades, la carga global que implica la desatención de ellas), lleva a otras consecuencias en las familias, las empresas; se presentan comorbilidades frecuentes. Señala Alarcón (2015) que la proporción de presupuestos nacionales, regionales o locales dedicados a atención, cuidado y prevención de problemas de salud mental, incluidos cobertura de seguros, adiestramiento y preparación de profesionales o existencia de un número suficiente de facilidades hospitalarias bien equipadas u otros escenarios de servicio clínico, es generalmente insuficiente y el Estado incumple su deber de protección, cuidado y seguridad jurídica de los derechos de las personas con diversidad mental.

Los derechos como la vida, la libertad, la integridad, el trato digno o la no discriminación vienen a constituirse en los componentes del derecho a la salud; por ende, este derecho está en situación de dependencia. Pero el verdadero avance en el sistema internacional de protección de este tipo de derechos, es la dación de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, toda vez que se constituye en la directriz a seguir en lo que respecta la protección de derechos.

Se trata de una población altamente vulnerable, por lo que sus derechos deben protegerse de una manera holística no solo desde la postura jurídica, también sociológica, clínica, ontológica, política, y desde el contexto ético, práctico, entre otros, los cuales han sido considerados por la comunidad internacional como criterios para la protección de los derechos humanos de las personas con alguna diversidad mental y coinciden en que el presupuesto asignado a la salud mental es ínfimo, lo que demuestra una indiferencia estatal ante una problemática que afecta a casi un tercio de la población, desobligándose de su deber por mandato internacional de proteger la salud mental como

un derecho humano, respetando de acuerdo a las culturas y costumbres el concepto que se tenga en cuanto al goce del derecho a la salud mental en cada contexto social, pues de ello dependen el tratamiento o diagnóstico y la forma de rehabilitación como una manera de superar las brechas de inclusión social y de interculturalidad en salud mental, en pro de la protección del máximo principio; fin último de los derechos, la Dignidad Humana.

Tristemente, los derechos humanos, la rentabilidad financiera, la calidad de los servicios y el estigma, en Colombia son aspectos negativos que vulneran el derecho a la salud mental, pues estos se han orientado a asegurar la eficacia y eficiencia de los procesos administrativos y financieros, cuya implementación, según lo afirman Hernández y San Martín (2018) en muchas ocasiones no tiene en cuenta a la persona que solicita el servicio, y por su parte, los derechos humanos, enunciados en la Constitución Política y en la normatividad en general, en la práctica quedan supeditados al cumplimiento de requisitos administrativos que en su intención dependen intereses económicos particulares. Por ejemplo, señala un artículo en la Ley 1438, que las decisiones que se tomen en salud deben estar acordes a la sostenibilidad financiera del sistema; es decir, que el profesional médico al momento de decidir frente al diagnóstico tratamiento o proceso de rehabilitación que dará al paciente, debe pensar primero en el costo, en vez de salvaguardar los derechos del paciente.

Flores (2016) en su texto “El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales”, Insta para que los operadores del Derecho, entre ellos juristas, magistrados, abogados, estudiantes y de modo general a todos los ciudadanos sujetos de derechos, a luchar por que este grupo de personas con problemas mentales no se vean excluidos de la sociedad civil, no sean discriminados ni vulnerados sus derechos a la integridad física y psíquica, a su dignidad humana. En contribuir en la formulación de políticas públicas, que se ajusten a los estándares internacionales y normas convencionales de derechos humanos que protegen las libertades fundamentales y los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas con problemas mentales. En este sentido, La Corte Constitucional de Colombia se ha preguntado qué significa que los derechos se

interpreten de conformidad con los tratados internacionales sobre la materia, habida cuenta de que no puede interpretarse una norma positiva de textura abierta (como las que definen los derechos constitucionales) con otra norma que reviste las mismas características. Por ello, la mencionada corporación afirma que solo es posible (i) fundir ambas normas (la nacional y la internacional) y (ii) acoger la interpretación que las autoridades competentes hacen de las normas internacionales e integrar dicha interpretación al ejercicio hermenéutico de la corte (Flores, 2016).

Las personas con algún padecimiento mental, deben reconocerse como personas y ciudadanos con igual derechos que los demás; de ahí parte la garantía material de todos sus derechos. La experiencia permite comprender que la conquista de los derechos ha de ser precedida de una intensa labor de fundamentación y de una lucha decidida. La distorsión social de la imagen de las personas que representan la exclusión sistémica y la negación de los problemas de salud mental como un evento natural, cortan el paso. La factura que se paga es muy alta y compromete un derecho que sirve de centro a los demás: desarrollar un proyecto de vida, en salud y bienestar. Los principios de dignidad y de legalidad dicen que el cumplimiento de la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con discapacidad debe ser implementado sin demora y sin excusa (Muñoz, 2021).

Se han producido graves lesiones de la dignidad y derechos de las personas con problemas de salud mental en una situación en la que, por encima de todo, son las autoridades e instituciones públicas las que habían de velar por ellos. Así, se han generado situaciones en las que estas personas han salido a la calle y se han visto expuestas a conductas violentas o a la burla. La consideración hacia las específicas circunstancias de este colectivo ha sido ignorada a nivel general. Como expresa Basilio García Copín, presidente de ACEFEP (Asociación Salud Mental Ceuta) y miembro del Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA:

La fuerza de las imágenes es muy difícil neutralizarla con palabras, pero si encima no alumbramos una mínima explicación, el receptor concluye que las personas con

problemas de salud mental vamos por la vida alterando el orden público, y subiéndonos desnudos al capó de los autos (García, 2020, párr.4).

La gente con trastornos mentales exige, y todos exigen en la voz de ellos, sus derechos que son altamente vulnerados, lo que hacen que sean críticos; derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales: derecho a la solidaridad, autonomía, libertad, igualdad, vida, capacidad, salud integral y dignidad y convertir a la salud mental el instrumento de reparación de los derechos humanos de quienes han padecidos trastornos. Las cifras del Programa de Reparación y Atención Integral de la Salud, entre los años 1999 - 2000 consideraban 800.000 personas susceptibles de ser categorizadas como personas con derecho a recibir salud mental por violaciones por derechos humanos, estimando que la cifra más importante se originaba en las víctimas de detención y tortura (Aguilera, 2018).

Es por esto importante visibilizar el enfoque de los derechos humanos en la relación derechos y salud mental desde la óptica de la OMS; por ello, se describirán los derechos de la salud mental con una fundamentación filosófica, social, política y jurídica encerrando en ellos los principios de Dignidad, libertad, igualdad, capacidad. En palabras de Cordero (2008) en materia de salud mental las medidas jurídicas deben perseguir tres objetivos: capacidades, derechos y justicia. Las mismas organizaciones de derechos humanos han reconocido la relación existente entre el ámbito de la salud mental y la promulgación de los derechos humanos, al punto de que, más allá de que se considere la salud física y psíquica como un derecho inalienable de los seres humanos, hace más de treinta y cinco años que han sido promulgadas diversas declaraciones de derechos específicamente referidas a los individuos que atraviesan algún tipo de situación desventajosa, respecto de su condición psicológica.

### **3.2.1 Solidaridad, Autonomía y libertad del individuo**

#### **3.2.1.1 Solidaridad.**

Para Colombia, la solidaridad es uno de los principios fundantes del Estado Social de derecho. El artículo 1º de la Constitución Política establece que Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en la dignidad humana, en el trabajo y

la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. Así mismo, la corte constitucional la define como un deber impuesto a toda persona por el solo hecho de su pertenencia al conglomerado social, consistente en la vinculación del propio esfuerzo y actividad en beneficio o apoyo de otros asociados o en interés colectivo. Y en cuanto a las personas en condiciones de vulnerabilidad de salud, los primeros llamados a garantizar el derecho de solidaridad del enfermo son los miembros de la familia. En sentencia T-032-2020, se señala que es deber de la familia por el ministerio del principio de solidaridad, hacerla efectiva con los parientes en situación de vulnerabilidad por razones de salud.

Por ministerio del principio de solidaridad, la familia es la primera institución que debe salvaguardar, proteger y propender por el bienestar del paciente, sin que ello implique desconocer la responsabilidad concurrente de la sociedad y del Estado en su recuperación y cuidado, en los que la garantía de acceso integral al Sistema General de Seguridad Social en Salud cumple un rol fundamental. Ahora bien, cuando una persona se encuentra en un estado de necesidad o en una situación de vulnerabilidad originada en su condición de salud y sus familiares omiten injustificadamente prestarle su apoyo y, con ello, afectan gravemente sus prerrogativas fundamentales, el derecho positivo establece un conjunto de mecanismos para hacer efectivas las obligaciones de los parientes derivados del principio de solidaridad.

El principio de solidaridad implica entonces responsabilidades compartidas, tanto como obligación moral como deber legal. Para Rodríguez (2007) es claro que “hoy predomina el individualismo, en lugar de la solidaridad humana la solidaridad como norma social” (p.14).

El Derecho aspira a la justicia, a restablecer el equilibrio y la simetría. Una ordenación digna de la convivencia sí puede obtenerse a través de su intervención, pero no ha de pedir al Derecho más de lo que puede dar. Aquí se detiene la labor jurídica. En consecuencia, si la necesaria respuesta del Derecho es fragmentaria e incompleta, el logro de una justicia real en materia de salud mental puede exigir una actitud complementaria que trascienda el ámbito jurídico. Si la justicia no basta, se han de buscar soluciones que trasciendan el plano jurídico; entre todas, se sugiere la solidaridad. Más

allá de la justicia se halla la solidaridad, que significa adhesión, ayuda o entrega incondicional o categórica, generosidad y apertura sin tasa. Este comportamiento no puede ser impuesto a través de las instituciones jurídicas de alcance limitado. Por el contrario, la solidaridad inconmensurable es un movimiento desde el individuo hacia los demás que no repara en qué consiste o a cuánto asciende lo debido; llega a dar más de lo exigido, a trascender el mínimo justo para alcanzar el máximo humano. La tarea del Derecho es hacer justicia. Sin embargo, quizá convenga reivindicar la solidaridad como remedio complementario a los defectos de las sociedades, en concreto para rectificar su actitud ante las personas con trastornos mentales.

Restaurar la equivalencia y el equilibrio entre las personas representa ciertamente un deber de justicia; pero la desigualdad del tratamiento a las personas con trastornos mentales es tan acentuada en algunas áreas que la tarea inmediata de los tiempos venideros puede ser, propiamente, alcanzar la justicia a través de la solidaridad. A lo afirmado cabe una ulterior precisión, la solidaridad es índice de la sensibilidad moral de la sociedad y un excelente estímulo de conductas valiosas. Sin embargo, no ha de incurrirse en la vanidad de la solidaridad. Lo verdaderamente decisivo es su conversión en un deber de justicia, jurídicamente exigible. De acuerdo con Jonas (1997):

El avance y mejora de la sociedad se verifica mediante la transformación y traducción de los principios de solidaridad en principios de justicia. En nuestro contexto la solidaridad se configura como una virtud de emergencia, que es aquella que no podría desear su condición, la situación de emergencia a la que sale al paso, sin referirse específicamente a la solidaridad. (p. 47).

En otras palabras, el porvenir inmediato puede requerir ciertas conductas solidarias de la ciudadanía para alcanzar los objetivos señalados en el marco de la salud mental. Pero la auténtica finalidad es la extinción de la solidaridad como agente de las respuestas jurídicas y sociales. Y es que, en rigor, se ha de reclamar la conversión de la solidaridad en justicia: no apelar a la dación excesiva, desequilibrada e inexigible de la solidaridad, sino dar a cada persona con trastornos mentales –y, en su caso, a sus cuidadores- lo que le corresponde, que no es otra cosa que el reconocimiento y el respeto de su

dignidad y libertad iguales, su autonomía y de todos los derechos y obligaciones que de ello se derivan (Santander. 2006).

### **3.2.1.2 Autonomía.**

Cuando la persona en condición de vulnerabilidad mental, es declarada incapaz pierde el ejercicio de su autonomía. Esta misma se restringe gravemente cuando sufren maltratos, agresiones que afecta su integridad psíquica, física y moral, agravando en mayor medida la enfermedad. Es el caso de los centros psiquiátricos cuando como medidas de recuperación aplican camisas de fuerza, medicamentos y otro tipo de mecanismos en contra de la voluntad del enfermo; es por esto que, se resalta la importancia del consentimiento informado, tanto el paciente como de su familia o representante. En Argentina, la ley N<sup>o</sup> 25.326, prepondera la Autonomía de la voluntad en el sentido que el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad, a efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental.

Los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía (Arriagada, et al, 2013)

Para la Corte Interamericana, la atención de salud mental debe estar disponible a toda persona que lo necesite y tener como objetivo preservar la dignidad y la autonomía de las personas con capacidades especiales mentales, siendo deber de los Estados, asegurar la prestación de una atención médica eficaz a esta población, con el fin de reducir el impacto de la enfermedad y mejorar su calidad de vida. Por el contrario, la limitación a la autonomía del enfermo agrava la enfermedad, genera estrés, ansiedad, situaciones de agresividad, entre otros comportamientos alterados por encontrarse en doble situación de vulnerabilidad. Para el paciente sentir que aporta algo valioso a la sociedad y ayuda en su proceso de recuperación, debe sentirse ciudadano, incluido y no observado con ojos de un ser vulnerable y dependiente. Esa dependencia que se da,

debe darse en virtud del principio de solidaridad y no en la vulneración de la autonomía de su voluntad. Los servicios de salud mental deben funcionar como algo que fomente la autonomía y que los impulse a retomar sus proyectos de vida. Desde la experiencia, Beatriz Pérez, en condición de paciente mental, desarrolla la Guía de derechos en salud mental (2018) y al respecto señala:

“Promover nuestra autonomía implica desafiar colectivamente los hábitos de relación asimétrica que el modelo paternalista ha instaurado; por eso creemos que la voz de las personas diagnosticadas no se ha tenido en cuenta. Esto no solo vulnera nuestros derechos, sino que nos acostumbra a una manera de relacionarnos con los demás que no fomenta nuestra autonomía. Afortunadamente nos encaminamos hacia un modelo basado en la recuperación. En este modelo las personas que experimentamos un problema de salud mental recibimos apoyos para construir una vida significativa a través de la adquisición de una mayor autonomía. Uno de los principios básicos del modelo de recuperación es nuestra libertad de expresión, puesto que decidir sobre la propia vida y adquirir una mayor autonomía implica, en primer lugar, poder expresarnos libremente. (p. 9)

En Colombia la autonomía de la voluntad se observa desde la óptica civil y legal dentro del ámbito de lo particular; así se habla de autonomía de la voluntad privada de acuerdo a la Sentencia C-934/13, como la facultad reconocida por el ordenamiento positivo a las personas para disponer de sus intereses con efecto vinculante y, por tanto, para crear derechos y obligaciones, con los límites generales del orden público y las buenas costumbres, para el intercambio de bienes y servicios o el desarrollo de actividades de cooperación. Es decir que se vincula a los principios de capacidad jurídica de la persona y al consentimiento, para hacer y deshacer los negocios de su vida cotidiana, como también al de libertad e igualdad, siendo uno de los principios rectores del derecho privado.

Constitucionalmente, el artículo 16 de la carta magna señala que todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico. Este artículo enlaza implícitamente el desarrollo del principio de la autonomía, completamente asociado a la



libertad; es por esto que la negación de las limitaciones y el olvido de la dependencia que genera un trastorno mental son actitudes inadecuadas, en buena medida sustentadas en una noción ideal de autonomía y en una errada comprensión de la protección. Tomarse los derechos de las personas con trastornos mentales en serio no equivale a abstenerse o descuidar su tratamiento jurídico; sí exige, en cambio, responder de forma prudencial y ajustada a sus necesidades, mediante la intervención subsidiaria del principio de protección. Este no implica la retirada de los derechos, sino que propicia que sean ejercidos de forma eficaz en todas las situaciones posibles, incluso allí donde no exista capacidad o autonomía para ello.

En suma, una vida de calidad, también para las personas con trastornos mentales y para sus cuidadores, exige el respeto de la dignidad y el disfrute de un grado de autonomía y de un conjunto de apoyos suficiente para proponerse y desarrollar un programa de vida propio, libre y responsablemente escogido, en el marco de la comunidad (Schalock, et al, 2007). En palabras de Santander (2006) se trata de:

Una vida digna plena de capacidades y derechos, mediante la ausencia de discriminación, la normalización, la integración y la identidad; luego y siempre, al igual que el resto de los ciudadanos, la lucha por conquistar la autonomía y la posibilidad de la felicidad; esta es nuestra tarea. (p.5).

Los hospitales psiquiátricos históricamente han condenado en nombre de la locura a las personas con padecimientos mentales a la pérdida de su autonomía, en el sentido que los hospitales se convierten en lugares cotidianos para vivir en el encierro lo que genere deterioro progresivo. Comenzar a reconocer los derechos de esta población, permite que se haga dentro del marco del respeto y la autonomía; en palabras de Lorenzetti (2014) se trata de “un cambio de paradigma desde un modelo netamente pupilar y proteccionista a un modelo de garantía de derechos y promoción de la autonomía” (p. 158), donde, además, la autonomía sea principio jurídico y moral y no que por los estados mentales se convierta en su negación.

Niño (2007) en el ensayo de fundamentación titulado “Ética y Derechos Humanos”, propone una definición del Principio de Autonomía y señala que:

Siendo valiosa la libre elección individual de planes de vida y la adopción de ideales de excelencia humana, el Estado (y los demás individuos) no deben interferir en esa elección o adopción, limitándose a diseñar instituciones que faciliten la persecución individual de esos planes de vida y la satisfacción de los ideales de virtud que cada uno sustente e impidiendo la interferencia mutua en el curso de tal persecución. (pp. 204-205)

La intervención estatal en la autonomía sería válida en la medida que las acciones afectan a terceros. En otras palabras, “lo que es bueno en la vida depende de la subjetividad de cada uno y el Estado no puede entrometerse allí si esto no afecta negativamente a terceros” (Rossetti, et al, 2018, p.8). Esta concepción de autonomía se da dentro del marco de la libertad individual.

### **3.2.1.3 Libertad del individuo**

Toda persona nace libre, nadie puede ser privado de la libertad, sino en virtud de mandamiento escrito de autoridad judicial competente, con las formalidades legales y por motivo previamente definido en la ley; así lo determina la constitución de 1991, reconociendo también dentro de la interpretación de su articulado que no existe un concepto de libertad, sino de libertades fundamentales.

La libertad va de la mano con la individualidad personal y con la capacidad de tomar las propias decisiones bajo criterios de autonomía, sin afectar a terceros. “Mi libertad va hasta dónde va la libertad del otro” (Rousseau, 1712-1778). Sin embargo, dentro del ámbito de salud mental, parece que la regla general es la restricción del derecho a la libertad y no la excepción, en el sentido de libertades; el derecho a escoger libremente el tratamiento, a expresar si se está de acuerdo o no con el procedimiento a su recuperación, el derecho a circular libremente cuando se es privado en centros psiquiátricos sin el consentimiento informado, Esto significa según Cohen (2009) que:

La regla es la libertad, y la excepción es su restricción. Si hay algo importante en el campo de los derechos humanos es que cuando los enunciamos, estos pierden la carga argumentativa; si decimos que hay libertad y hay derecho a rechazar tratamientos médicos, toda restricción es de interpretación restrictiva, y esta debe ser

probada y argumentada como excepción, y no como regla. La OPS y la OMS han establecido diferentes lineamientos técnicos que establecen que el derecho a la libertad personal es relevante en relación a todas las personas con discapacidad, especialmente con discapacidad mental, que se encuentran en instituciones de salud pública. (p.123)

En Barcelona, por ejemplo, existen personas con problemas en salud mental que pueden no estar de acuerdo con el trato que reciben; no obstante, así como hay procedimientos para establecer quejas en otros servicios sanitarios, no lo es en la mayoría de casos en salud mental, especialmente en las unidades de hospitalización; generalmente es por la “falta de recursos y protocolos que nos permitan hacer efectivas nuestras reclamaciones, lo que vulnera nuestro derecho a la libertad de expresión, nos deshumanizan e impide que ejerzamos otros derechos” (Pérez,2018, p. 5). Esto quiere decir que, garantizar el derecho a la libertad de expresión implica que puedan participar activamente en la mejora de procedimientos y servicios.

Otro ejemplo de vulneración del derecho de libertad de las personas con padecimientos mentales ha sido la libertad sexual, pues, de acuerdo con el análisis realizado por la Federación de Euskadi de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEDEAFES), perteneciente a la Confederación Salud Mental España, alrededor del 80% de las mujeres con problemas de salud mental (capacidades especiales psicosocial) que ha estado en pareja, ha sufrido violencia psicológica, física o sexual en algún momento de su vida adulta, pero el 42% de estas mujeres no la identifica como tal; en ello inciden los factores sociales y estructurales.

Por otro lado, para las personas con trastornos mentales, tomar la decisión de escoger entre la vida o la muerte, puede decirse que también es una forma de ejercer su derecho de libertad; sin embargo, el control estatal de las posibilidades o facilidades con las que cuenta la ejecución de un plan suicida como manifestación del deseo individual de morir -aún sin justificaciones aparentes-, en el marco normativo actual vinculado con la salud mental, implicaría ¿restricción de su derecho de libertad?, pues, nadie muere porque sí.

Colombia, el pasado 11 de mayo de 2022, con la Sentencia C-164 de 2022, se convirtió en el primer país de América Latina en legalizar el suicidio asistido, la Corte declaró inconstitucional la penalización de la asistencia médica al suicidio, cuando el paciente que padezca intensos sufrimientos derivados de lesión corporal o enfermedad grave e incurable así lo solicite, de forma libre e informada. Aun así, la sentencia no contempla esta posibilidad para el enfermo mental, se refiere a las lesiones corporales, enfermedad grave e incurable en el plano físico de la enfermedad. ¿Hasta qué punto un paciente en condiciones de depresión crónica, por ejemplo, tendría el derecho de escoger libremente morir a través de asistencia médica? Será fácil señalar, que los mecanismos del suicidio por trastornos mentales no requieren la asistencia médica ¿y si es decisión del enfermo que así sea?, entonces decide libremente escoger que su suicidio sea asistido.

Lo jurídico, es una herramienta que tiene su importancia, por cierto, pero el real cambio pasa por otros carriles. Es hora, y es urgente, que se empiece, con la ayuda del derecho, a recorrer el camino en serio. No es naturalmente jurídico -en realidad, en principio, no hay nada que lo sea- que la gente no tenga derecho a la alimentación, a la salud, a la vivienda, a la seguridad social, mientras que, en cambio, tenga derecho a las libertades fundamentales. En ambos casos se trata de construcciones jurídicas, es decir construcciones artificiales, como todo el derecho, que imponen este tipo de normas y su cumplimiento. Por tanto, no gozar y no tener garantizados derechos sociales no es algo natural, sino una decisión de quienes tienen el poder y no les interesa cambiar el hecho de su constante violación que lleva a la miseria, la pobreza, la desigualdad y la indigencia en la que se encuentra la mayor parte de la población mundial hoy.

Las personas con capacidades especiales pueden aportar a la sociedad en igual medida que aquellas que no tienen capacidades especiales, siempre respetando las diferencias y singularidades; teniendo presente los preceptos de los DDHH, la diversidad funcional, el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal; propiciando la inclusión social y sentando las bases de determinados principios; apuntando a la autonomía de la persona con capacidades especiales para decidir respecto de su propia vida. Toda persona tiene los derechos y libertades enunciados en

la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, sin distinción de ninguna índole, reafirmando la universalidad, indivisibilidad, interdependencia e interrelación de todos los derechos humanos y libertades fundamentales y la necesidad de garantizar que las personas con capacidades especiales los ejerzan plenamente y sin discriminación coexistente usualmente en la vida cotidiana, dentro de una variada gama de libertades bajo las cuales habitan derechos cuya única limitación reside en la prohibición de dañar a terceros. Así, la gestión del deseo de autoeliminación es reabsorbida por el imaginario del acto loco como reflejo de la carencia de libertad.

En esta línea, la legislación se muestra sintónica con la premisa de salud que postula aún sin renunciar a posturas ius-filosóficas de espíritu liberal y asumiendo por otro lado la vertiente garantista que admite injerencias estatales en derredor de los derechos individuales, el Estado con su bastión jurídico, puede, de todas formas, legalizar con absoluta legitimidad modos violentos y opresivos de dominio sobre los cuerpos, incluso cuando la libre circulación de estos no afecta de modo patente iguales derechos de otros. La caterva de precisiones y regulaciones que instaura en torno al plan suicida articulando el vector de la capacidad con el de la libertad y estos dos con el de la locura, dan cuenta de tal aseveración (Rossetti, et al, 2018).

La libertad comienza a convertirse en un instrumento político –jurídico, donde ya no supone un modo de ser, sino mejor de tener; tener algo propio: “el pleno dominio sobre sí, en relación con los otros” (Espósito 2011, p.15). Entonces, la estatalidad coarta la libertad individual con el disfraz de protección, para preservar la vida en el caso de los enfermos mentales y del colectivo social en general. El ejercicio del derecho a la libertad, implica el derecho de elección, interculturalidad de participación en la elaboración y veeduría de las políticas públicas etc. Es por esto que los estados van construyendo sus políticas legislativas conforme al contexto y época. En materia de salud mental, las políticas deben ir a tono con los derechos ya reconocidos, incluyendo todas las libertades surgidas de este momento histórico, así como la sociedad cuenta con derechos como tener servicio de agua, a la paz, a ver las estrellas, entre otros.

Curiosamente, en 1978 el hospital psiquiátrico de Trieste en Italia, tenía en su fachada el siguiente mensaje: “LA LIBERTAD ES TERAPÉUTICA”; no obstante, el temor con los enfermos mentales que no les ha permitido que ejerzan plenamente su derecho a la libertad, ha sido la concepción de ser incapaces para llevar las riendas de su propia vida, donde se exige “tomar decisiones, renunciar a unas cosas para conseguir otras, resolver conflictos, luchar por lo que se aprecia y quien reclame libertad debe reclamarla en toda su dimensión” (Santander, 2006, p.14).

La libertad es el hilo conductor de la trayectoria vital. A través del ejercicio de la libertad cada individuo configura su personalidad e identidad mediante la elección y la acción. En otras palabras, se hace cargo de su vida: piensa y se conduce por sí misma, y no por cuenta de otro, asumiendo su facultad de autodeterminación. Y lo hace de manera indiscutible, Si el reconocimiento de la libertad apenas plantea problemas, la experiencia demuestra que su ejercicio no es tan sencillo, sobre todo en el caso de las personas con trastornos mentales.

El ejercicio de la libertad exige que vaya acompañada de una característica adicional, la responsabilidad, sin cuyo complemento se destruye. Por consiguiente, libertad significa, en primer lugar, autodeterminación libre, esto es, la facultad de elección y decisión sobre las propias acciones y los medios para llevarlas a cabo. En segundo lugar, la autodeterminación responsable, es decir, ser consecuentes y hacerse cargo o responder de lo causado, de las acciones libremente escogidas. A través de las acciones y decisiones, libres y responsables, se configura la personalidad. No obstante, difícilmente resultará colmado este objetivo con el único concurso del principio de libertad. Es preciso apelar a un principio adicional: la igualdad (Santander, 2006). En este sentido, el ejercicio de libertad y autodeterminación representan el fundamento de un trato igualitario y horizontal en la atención de salud mental, la vida y la dignidad (Cea, 2019).

## **3.2.2 Igualdad, Dignidad Humana y Vida**

### **3.2.2.1 Igualdad.**

Claro está el derecho a la igualdad en la carta política de 1991, en su artículo 13, el cual ha sido uno de los sustentos normativos en Colombia para las personas con diversidad mental, pues, “los Estados deben garantizar la presencia, la disponibilidad, el acceso y el goce de servicios adecuados basados en las necesidades, así como en el consentimiento libre e informado de las personas con capacidades especiales intelectual (Arriagada, 2013.).

La igualdad es vista desde dos puntos de vista según la Corte constitucional (C-220/2017); la igualdad formal, según la cual todos los ciudadanos merecen el mismo tratamiento ante la ley y por tanto prohíbe cualquier tipo de discriminación o exclusión arbitraria en las decisiones públicas; y la material, donde el Estado colombiano debe adoptar medidas promocionales y dar un trato especial -de carácter favorable-, a las personas y grupos vulnerables o a los sujetos en condición de debilidad manifiesta. Así como existen libertades fundamentales, también es necesario aclarar que la igualdad en sentido formal y material, representa igualdad de condiciones, de oportunidades, a los derechos civiles, a ser ciudadanos. A propósito, explica Cohen (2009) que:

La gente que padece trastornos mentales ha quedado excluida de la mayor parte de los derechos normales de cualquier ciudadano, como el derecho a la privacidad, la libre comunicación o expresión, el acceso a la información, a casarse y hasta tener relaciones sexuales. En muchos nosocomios mentales del mundo entero, a las personas ni siquiera se les permite estar de novio o de novia. Todos los organismos de derechos humanos han dicho que debe existir el derecho a audiencias públicas y justas, para determinar si existen derechos civiles. En ello los dictámenes han sido correctos: los pacientes con trastornos mentales tienen derecho a gozar de una vida privada y familiar. (p. 24)

También hay que reconocer que los derechos sociales, tienen estrecha relación con la igualdad. En este sentido, la convención sobre derechos de las personas con capacidades especiales determina que estas gozan de todos los derechos en igualdad

de condiciones que todos los demás; sin embargo, por la discriminación histórica que han tenido, debe resaltarse para ellos este derecho y normativizar sobre él. La igualdad de oportunidades, es otro de los presupuestos para las personas con diversidad mental, la cual se efectiviza a través de políticas de inclusión social. La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), en su Artículo 27 - Trabajo y empleo, determina:

Los Estados partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad. (p.2)

La igualdad de la misma forma se reconoce en la capacidad jurídica como igualdad formal, igualdad ante la ley. En todo caso, el supuesto ideológico que subyace es la normalización, en búsqueda de la desaparición de las diferencias, ofreciéndole a la persona con capacidades especiales ser integrada en la medida que se asemeje a la norma; “pareciera que el objetivo perseguido no es la igualdad sino lo idéntico, y -a lo idéntico- se llega a costa de la igualdad” (Palacios, 2008, p. 99). Por ejemplo, tal como lo explican Rosetti, et al (2018):

Una persona que si alguien del colectivo de la normalidad lo hubiese visto diría “el loco que habla solo”, sin embargo, él realmente se estaba comunicando y yo sentí que estaba conversando con él. Pero esto hace a un tipo de comunicación que tiene que ver con la cercanía, y con dar vuelta esta exigencia del que es diferente tienen que parecerse a mí para que yo lo registre como más o menos parecido o igual. Y esto ya no es un análisis epistemológico, sino que es ley, esto es lo que hay que... Digamos internalizar en las prácticas; que cuando tenemos un proceso de consentimiento informado no es que nosotros graciosamente le concedemos el derecho a la información, es ley. No hay internación voluntaria si no hay consentimiento informado, y el consentimiento informado no puede ser nunca ese papelito que le hacen firmar; el que, desde acá mismo, de esta provincia, hace muy pocos días me dijeron lo tienen impreso. (p.37)



Esta percepción de la igualdad, también es una noción de igualdad anudada a la presunción de entregar la autonomía a un soberano para convivir en un pacto de igualdad, el cual lo positiviza mediante las normas. Todos pueden clamar acceder a los derechos en igualdad de condiciones; sin embargo, para las personas con padecimientos mentales todavía no están muy vigentes; aun afirmándose en la Declaración de Viena (1993), donde la igualdad es importante y relevante en medio de todos los derechos humanos, declarando que son universales, indivisibles e interdependientes e interrelacionados.

En resumen, todas las personas tienen igual reconocimiento ante la ley; es decir, todas están en un mismo pie de igualdad y para el ejercicio de esa igualdad se requieren apoyos, pero ¿dónde tienen que estar? Algunos dentro de la política pública y otros tienen que ser los apoyos formales para que alguien pueda ejercer los derechos, aunque no se exprese dentro de los cánones que las disciplinas dicen, porque a veces la preferencia no se muestra dentro de lo que es el modelo cognitivo, sino que se muestra dentro de otro modelo que también hay que saber escuchar, y que le da vuelta a la premisa y entonces son las personas quienes tienen que aprender a comunicarse. Esto quiere decir que, si uno quiere cambiar se cambia. Así como los procesos vienen desde las bases, también se cambia desde las bases y empuja ¿no? hacia arriba. Porque este paraguas ya está puesto, no es sólo la Ley de Salud Mental ni el decreto reglamentario de la Ley de Salud Mental (Rossetti, et al. 2018).

La igualdad además es un tema de justicia, donde se debe tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Igualdad no es parecerse, no es sinónimo de idéntico; por ello, el respeto por la diferencia. En atención a la disparidad de capacidades y aptitudes personales, una respuesta jurídica adecuada requiere reconocer y remediar, de forma justificada y razonable, las desigualdades que puedan derivarse de trastornos mentales, en la medida en que supongan un detrimento o perjuicio en sus relaciones con las demás personas. Por tanto, constituye un deber de justicia compensar ciertos desequilibrios derivados de las condiciones de salud mental que impidan el desarrollo personal. La igualdad se expresa en este escenario de la salud mental como una normativa de exigencia: la desaparición de discriminaciones injustas o arbitrarias. De

acuerdo con lo anterior, la conquista de la igualdad real reclama de los sujetos una doble actitud. Inicialmente, reconocimiento y respeto, esto es, que la salud mental no implique negar la consideración de sujeto digno e igual al resto de la sociedad en cuanto persona. Asimismo, significa aceptar la singularidad, diferencias y particular modo de ser de cada individuo. El corolario de esta igualdad originaria o esencial es el reconocimiento y respeto de todos en cuanto iguales y de cada uno como diferente. En segundo lugar, la sensibilidad jurídica ante la diversidad de situaciones y la desigualdad de trato conduce a una toma de posición activa encaminada a la equiparación e integración de las personas con trastornos mentales, que haga posible la satisfacción de sus necesidades básicas, el desarrollo de sus capacidades, el ejercicio de su programa personal y la participación en la vida social. El objetivo es eliminar las desigualdades en el punto de partida, adoptando determinadas medidas jurídicas en favor de las personas con trastornos mentales. En cualquier caso, la persona con problemas de salud mental padece limitaciones o restricciones en áreas o ámbitos diversos. Es por ello necesaria la intervención de un cuarto principio, de naturaleza subsidiaria, para equilibrar dichas limitaciones en el ejercicio de sus derechos a la luz de los dos principios dinámicos, la libertad y la igualdad (Santander, 2006).

Así, los servicios de salud mental deben ser prestados en condiciones de igualdad a todo el colectivo social y no solo al enfermo o diverso mentalmente. “se rompe la postura tradicional de los servicios de salud mental y se combate el estigma del enfermo mental al tratarlo de igual manera que al que padece otras enfermedades” (Rodríguez, 2007, p. 11), con el objetivo de lograr su recuperación respetando la dignidad de la persona con padecimiento mental.

### **3.2.2.2 Dignidad**

Para Cohen (2009), aquellos que padecen trastornos mentales han quedado sometidos a la indignidad, a violaciones de su integridad humana, a lo largo de toda su vida, aduciendo que:

Si una o dos instancias de violaciones de nuestra dignidad nos hacen sentir tan mal, imaginen ustedes lo que debe ser en aquellos que están en mayores desventajas

que nosotros. Entonces nos debemos asegurar que nuestra sociedad nunca maltrate a quienes padecen trastornos mentales, es un mínimo derecho que tienen las personas con trastornos mentales, un gobierno no puede decir: "le permito que esto suceda por una cuestión de salud pública o de seguridad nacional". Cuando el Presidente Bush se niega a prohibir la tortura, está cometiendo una clara violación de los derechos humanos internacionales, porque la peligrosidad no es justificación alguna. (p.72)

Considerar al enfermo mental sujeto de derechos es dignificar su vida, desde el concepto ético, político, social y cultural, pues la dignidad es el fundamento del orden político y de la paz social (Santander, 2006). Es así como Colombia se ha fundado en el respeto de la dignidad humana. Señala la Corte constitucional en sentencia C-147 de 2017, que el reconocimiento de la dignidad humana implica la concepción de la persona como un fin en sí misma y no como un medio para un fin. Aquí, respecto las personas con capacidades especiales, el sentir de significarse como una carga social tanto para su familia y comunidad, que no tienen nada que aportar a la sociedad, improductivos, alterando su concepción de dignidad, y no poder vivir una vida lo suficientemente digna.

Las personas con capacidades especiales son equiparadas a seres anormales, que dependen de otros y por tanto son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia. No sobra señalar que esta idea sobre la persona con capacidades especiales ha llevado a justificar prácticas de marginación social, fundadas en que a las personas con capacidades especiales se deben mantener aisladas de la vida social. La interpretación del concepto de dignidad de la corte comulga con la concepción Kantiana de la dignidad, entendida como un atributo de un ser racional que no obedece a ninguna otra ley que la que él mismo se da desde la autonomía. Sin embargo, para completar la noción de dignidad de las personas con diversidad mental, se debe apelar al concepto de dignidad de Nussbaum (2012), quien insiste en que para defender la idea de dignidad humana se debe hacer referencia a las capacidades y a los derechos como capacidades. Es preciso defender una visión de la vida humana de alcance universal. No obstante, queda por establecer si esto sí es posible, ya que por ejemplo Sen (2010) se ha abstenido de establecer lista de capacidades, precisamente porque considera que no se pueden

universalizar las ideas de vida buena, sin que con ello se atropellen nociones culturales y cosmológicas de algunas comunidades. Además, Nussbaum (2012) va a reevaluar algunas limitaciones del concepto de persona en los derechos humanos, particularmente en derechos estereotipados y su descuido para con los discapacitados (Sandoval, 2016).

Mientras tanto, en el concepto Kantiano de dignidad para el hombre racional, los enfermos mentales considerados histórica y culturalmente irracionales, no tendrían dignidad. De tal suerte que, a través del bloque de constitucionalidad, es de relevancia jurídica y constitucional, proteger y preservar la dignidad de las personas con padecimientos mentales y capacidades especiales, a través de la vinculación hermenéutica y como fuente de las convenciones y normas que integran el bloque en cuanto a las capacidades especiales, donde el concepto dignidad es mucho más amplio. Por eso, el lenguaje utilizado para referirse los enfermos mentales puede afectar su dignidad cuando es un lenguaje discriminatorio. En la actualidad, la forma más inclusiva de hablar de esta población dentro de los parámetros de su dignidad es hablar de ellos como personas con diversidad mental o con capacidades especiales más que de personas en situación de discapacidad como lo ha definido la Corte. Se trata de un principio sin contenido determinado, que más bien instituye una obligación universal de respeto incondicionado. La dignidad requiere el concurso de otros principios complementarios, de naturaleza dinámica, que actuarán a través de los derechos y libertades reconocidos y garantizados por el ordenamiento jurídico: los principios de libertad e igualdad, y con carácter subsidiario, el principio de protección, de particular importancia en el ámbito de la salud mental (Santander, 2006).

Este último principio proteccionista y paternalista estatal, ha dado paso al reconocimiento jurídico de los derechos y la dignidad de la persona con trastornos mentales, como un ciudadano más. Un contraejemplo se observa en Japón, dónde padecer un trastorno mental es una vergüenza. Señala (Cohen, 2009) que cuando visitó a un nosocomio en Japón, uno de los pabellones tenía un enorme agujero en el piso, donde cientos de pacientes tenían que ir para bañarse juntos. Retomando lo planteado por Pérez et al (2021):

Las personas con problemas de salud mental tienen derecho a que se respete su intimidad y privacidad. Esto es especialmente importante en los contextos asistenciales donde la confidencialidad es fundamental. Lo mismo, tienen derecho a recibir un tratamiento empático y humano que evite al máximo cualquier forma de reclusión o maltrato. Las Naciones Unidas han puesto de manifiesto que algunos de los “tratamientos médicos” que reciben las personas con problemas de salud mental pueden constituir tortura y malos tratos. Estas intervenciones incluyen: el ingreso involuntario - aislamiento y la contención mecánica- medicación forzosa y la sobre medicación- terapia electro convulsiva aplicada sin consentimiento informado- abuso de medidas incapacitación - tratamiento involuntario. Todas estas medidas aplicadas sin las garantías adecuadas y de manera arbitraria son contrarias a la normativa internacional en temas de derechos humanos y salud mental. (p.12)

Al analizar La constitución peruana, se reconoce en su artículo 1º: La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. Y en cuanto a las personas con enfermedades mentales, se resalta su dignidad en el artículo 7º de la misma carta, estableciendo que la persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental, tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Otro documento que se puede referenciar es la Declaración de Caracas, firmada en el año 1990 por los países de América Latina, donde se indica que los cuidados, recursos y tratamientos para personas con trastornos mentales deben salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos, ambos en este contexto.

Durante el período 2006 - 2016, la Asamblea General de la OEA, en la declaración del decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con capacidades especiales, bajo el lema: "Igualdad, Dignidad y Participación", presentó como objetivo lograr el reconocimiento y el ejercicio pleno de los derechos y la dignidad de las personas con capacidades especiales y su derecho a participar en la vida económica, social, cultural y política y en el desarrollo de sus sociedades, sin discriminación y en pie de igualdad con los demás.

Las categorías de los derechos deben proveer entonces las herramientas para la protección de la dignidad humana, los derechos personales y de subsistencia, los derechos, los derechos legales que protegen al individuo frente al Estado, los derechos civiles, sociales y culturales que aseguran la pertenencia a la sociedad, los económicos que se relacionan con el trabajo y los derechos políticos que permiten participar y construir la estructura de la sociedad (Donnelly, 1989)

En definitiva, todo derecho garantizado debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad; es decir, proteger los derechos fundamentales a ellos reconocidos, acorde a los nuevos paradigmas relativos a la dignidad de las personas. La defensa más clara de este concepto se llevó a cabo en la Conferencia de Viena de 1993. Allí hubo un pronunciamiento político en defensa de la unidad de los derechos humanos, la idea central fue sostener que no hay una jerarquía en los derechos humanos, sino que todos los derechos son importantes para cumplir su objetivo final: la dignidad humana. La integralidad se enfatiza, sobre todo, en los actos violatorios, cuando se violenta un derecho es muy probable que también otros sean vulnerados. La perspectiva de derechos en salud se refiere a que este es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud (Rossetti, et al, 2018).

Finalmente, en el ámbito de la salud mental, las personas con padecimientos mentales son titulares de todos los derechos y libertades fundamentales, que son los de cualquier persona por el solo hecho de serlo, como lo son el derecho a la vida, el derecho a la salud, al respeto, a la dignidad, a la libertad y al debido proceso,

### **3.2.2.3 Vida.**

Señala la Constitución Política en su artículo 11, que el derecho a la vida es inviolable y no habrá pena de muerte; y en el Artículo 12, que nadie será sometido a desaparición forzada, a torturas ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. De este modo, la Corte Constitucional ha resaltado en reiterada jurisprudencia que:

El derecho constitucional fundamental a la vida no significa la simple posibilidad de existir sin tener en cuenta las condiciones en que ello se haga, sino que, por el contrario, supone la garantía de una existencia digna, que implica para el individuo la mayor posibilidad de despliegue de sus facultades corporales y espirituales, de manera que cualquier circunstancia que impida el desarrollo normal de la persona, siendo evitable de alguna manera, compromete el derecho consagrado en el artículo 11 de la Constitución. (Sentencias: T444/99 T-499 de 1992; T-645 de 1996; T-322 de 1997; T-236 de 1998 y T-489 de 1998).

En el caso de las personas con diversidad mental, la primera acción para defender la vida es la prevención del suicidio. De ahí la importancia y la urgencia de contar con una estrategia nacional de prevención del suicidio, que permita proteger y cuidar la salud mental y las vidas de las personas, especialmente las más vulnerables (Muñoz, 2021). Pero también, garantizar el derecho a la vida, no solo biológicamente, sino desde la dignidad, derecho a la vida digna y eso incluye, los demás derechos, vivienda digna, educación digna, etc. Es decir, ocio, trabajo, reproducción y vivienda.

Para la Convención Americana que consagra el derecho a la integridad personal, el derecho a la vida y el derecho a la protección judicial a la luz de los Principios de Salud Mental, es el Estado quien debe garantizar el derecho a la vida y a la integridad personal. El artículo 4 de la Convención Americana se establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general a partir del momento de la concepción, nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. El valor de la vida de una persona con diversidad mental, es el mismo valor que para cualquier persona como su aporte a la sociedad.

Históricamente la vida del discapacitado ha sido considerada indigna desde los programas eugenésicos donde el lema para aplicarla era que estas personas no merecen ser vividas por lo que la sociedad debe prescindir de ellos pues más que aportar eran para la época percibidas como carga social. El Estado tenía la potestad o facultad sobre la vida de las personas, y determinaban quiénes eran o no ciudadanos; y ese era el parámetro, la utilidad para la comunidad- que resolvía la cuestión acerca del sentido de la vida de las personas (Rossetti, et al (2018). Para la Convención, es necesario

proporcionar a todas las personas la oportunidad de vivir la vida con la mayor plenitud posible, sea como fuere. Así lo expresa Cohen (2013):

Como desafío debemos reconocer y valorar el enfoque de vida independiente, donde la capacidad de tomar las propias decisiones en pos de una mayor autonomía e independencia, defina y promueva una mejor calidad de vida para las Personas con Discapacidad. La independencia tiene que ver con la toma de decisiones para su propia vida, aún si son dependientes para actividades de la vida diaria., las personas con discapacidad gozan del derecho a participar plenamente en todas las actividades económicas, políticas, sociales y culturales del mismo modo entre la vida en el hospital y la vida en la comunidad enfatizando el hecho de que la interacción social, con otros, es el camino para la dignificación de la persona. Es la vida cotidiana, con la plena vigencia de sus derechos, que de verdad permite la recuperación de la persona con padecimiento mental, al promover una vida humana plena. (p.64)

Por otro lado, la vida ha sido defendida por la (OMS,2004) para promocionar la salud mental como vida saludable, pues en la actualidad, a diferencia de la época cuando Illich y Foucault construyeron el concepto de medicalización en el cual el Estado tenía un fuerte protagonismo en cuanto a las decisiones ligadas a la salud pública, se presenta una expansión de las áreas de incumbencia de la medicina que se encuentran fomentadas por una industria creciente y poderosa, que está en manos de unos pocos privados, lo que ha dado lugar al proceso de medicalización de la vida (Iriart, 2008). Por esta razón, la biopolítica insiste en que el discurso jurídico más garantista y menos violento, puede eludir contradicciones apelando a injerencias coercitivas en la gestión de vida de los sujetos. Con ello, se busca reconducir el pensamiento hacia señales de alarma vinculadas con las sutiles formas de gobernar la vida mediante expresiones libertarias, utilizando al “derecho al suicidio” (o su negación) como una de tales alarmas.

Un bien como la vida sería objetivamente preservarle prescindiendo de las preferencias del sujeto, en tanto la vida es necesaria para el funcionamiento autónomo del individuo y para ejecutar cualquier proyecto o curso de acción que este considere valioso. El suicidio no se encuentra directamente punitivizado. Si un sujeto decide acabar con su vida y efectivamente lo hace, sin dudas ya no existirá, en términos de ley positiva,



pena plausible para él, pero tampoco para sus deudores o herederos (rige en este último caso la prohibición derivada del Principio de personalidad de la pena). Sin embargo, para que tal decisión (la de darse muerte) pueda ser materializada, sin interferencias, el sujeto debe administrarse con cierto secretismo, puesto que develar sus intenciones con escasa reserva habilitaría los mecanismos jurídicos coercitivos e impeditivos de dicho deseo, no solo para él, también, de manera oblicua, para sus afectos más próximos (Esposito, 2011).

El mismo autor para ejemplariza el tema, cita una película británico-estadounidense titulada “El descubrimiento” (The Discovery) dirigida por Charlie MacDowell, en la que se refleja un caos social donde un científico descubre vida más allá de la muerte tras haber publicado los resultados de su investigación, masivamente la población ha empezado a descender puesto que muchos infelices deciden acabar con su terrible existencia terrenal. Es decir, así mismo como se influye en las personas en su deseo de morir como se ve en la película, el Estado genera intervención positiva y paternalista en potencializar estrategias para incentivar el deseo de vivir y disminuir el suicidio en especial en las personas con estados mentales alterados; sin embargo, este paternalismo al impedir acciones contra la vida de las personas, podría de cierta manera inmiscuir en la toma de decisiones del enfermo frenando su autonomía, capacidad y normalidad. En palabras de Espósito (2011):

El Estado también podría proclamarse liberal y desde esta narrativa podría incluso entrometerse sin necesidad de mayor examen acerca de la correspondencia entre los diversos planes de vida del sujeto (si tenía proyectos futuros o no) y esta última decisión (matarse), puesto que bastaría con apelar a la anormalidad de tal determinación para dar por sentada la pérdida de capacidad y la inexistencia de autonomía. Luego, borrada la pervivencia de la autonomía ningún esfuerzo argumental se necesitaría para justificar la interferencia (incluso, como se dijo, la más desgarradora y violenta), en tanto el valladar en cuestión habría desaparecido. El “instrumento del riesgo” aceptado e incluso defendido por la actual regulación en materia de salud mental, absolutamente afín y empática con el modelo normativo universal de protección de Derechos Humanos. (p.33)

La intervención de lo político en la vida, implica *per se* la concepción social que se tenga del derecho a la vida o derecho a la muerte, en la mirada Hobbesiana del contrato social se ceden los derechos al soberano. Así, este tendría tanto la potestad de proteger como de quitar la vida, derecho de vida y de muerte, “entendido como prerrogativa soberana que no puede ser cuestionada, en tanto autorizada por el propio sujeto que la padece” (Esposito, 2011, p. 99). Lo que representa una relación de control y poder respecto de la vida blindada jurídicamente y los derechos humanos. “Nadie muere porque sí, es la señal semafórica que indica adelante, en la ruta de exploración acerca de los estatutos que gobiernan la vida (Rossetti, et, al, 2018).

Es por esto, que no se habla de vida sola, sino de vida digna o calidad de vida, entendida desde ocho dimensiones básicas: “bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos” (Schalock y Verdugo, 2003, p. 34). En términos de la OMS (2001), Bienestar personal. Así, cuando las personas se enferman, el curso de su vida es alterado en “su bienestar”. Al recibir tratamiento y curarse recuperan su bienestar. En el caso del enfermo mental, calmar la ansiedad o el delirio no es en sí la curación, entran otros aspectos de su vida que se han alterado como trabajo, ingreso económico, familia, amigos, relaciones sociales, Hay que atender toda esa complejidad para garantizar calidad de vida y vida digna. La “vida como bien instrumental pero liada ahora a la cualificación de consciente” (Rossetti, et al, 2018, p. 18). No obstante, tal percepción depende del universo jurídico y sus modalidades coercitivas de intervención en el curso de vida de una persona en el cuidado de su salud.

En Suma, la inmunidad no es únicamente la relación que vincula la vida con el poder, sino el poder de conservación de la vida. Desde este punto de vista, contrariamente a lo propuesto en el concepto de biopolítica –entendido como el resultado del encuentro que en cierto momento se produce entre ambos componentes-, no existe un poder exterior a la vida, así como la vida nunca se produce fuera de su relación con el poder. De acuerdo con esta perspectiva, Espósito (2011) afirma que:

La política no es sino la posibilidad o el instrumento, para mantener con vida la vida.  
En este sentido, la implementación de políticas intersectoriales implica la

coordinación de acciones y recursos entre los distintos sectores del Estado y la sociedad civil con el objetivo de promover el logro de la inclusión social y el desarrollo de una mejor calidad de vida. Ello se traduce en el diseño e implementación de políticas coordinadas y transversales entre las áreas de salud, desarrollo social, niñez, educación, vivienda, cultura y trabajo. (p. 74)

Un abordaje adecuado que incluya aspectos de cuidado y de promoción de la salud, facilita que la crisis resulte una oportunidad para favorecer el bienestar mental y las condiciones de vida preexistentes, evitando posiblemente, la ocurrencia o recurrencia de la urgencia en salud mental (Rossetti, et al, 2018).

Los derechos humanos ejemplifican la primacía de lo sustantivo -la persona- frente a lo adjetivo o calificador –el trastorno mental-, y representan el cauce jurídico, moral y político más poderoso para la obtención de los objetivos de la intervención jurídica en materia de salud mental. El reconocimiento jurídico, nacional e internacional, de los derechos requiere ser completado con medidas legislativas de desarrollo de carácter estatal y con documentos y textos jurídicos de carácter internacional de diferente alcance y grado de vinculación; es decir, avanzar en el necesario proceso de universalización de los derechos (*World Health Organization*, 2005). Asimismo, requiere ser completado con su garantía, no solo mediante los cauces jurídicos adecuados, sino también mediante políticas públicas que los fortalezcan. Una vida de calidad, también para las personas con trastornos mentales y para sus cuidadores, exige el respeto de la dignidad y el disfrute de un grado de autonomía y de un conjunto de apoyos suficiente para proponerse y desarrollar un programa de vida propio, libre y responsablemente escogido, en el marco de la comunidad (Schalock y Verdugo, 2003; Sen, 2010; Nussbaum, 2012).

Junto con ello, los conceptos de calidad de vida y bienestar se asocian al derecho a la prevención y promoción en salud mental, que refieren a prácticas y valores que se pueden desarrollar en comunidad para evitar que las personas expresen dificultades emocionales y terminen siendo atendidas en los servicios de salud mental. Hay un derecho a la calidad de vida y ese derecho es de antes, o sea, hay que prevenir los problemas de salud mental, y esas son conductas, son actitudes, aprender a resolver los

conflictos, aprender a comunicarse bien, aprender a solucionar los problemas (Cea, 2019).

Adicionalmente, para validar todos los derechos en salud mental, hay dos conceptos que se deben abordar: salud integral y capacidad.

#### **3.2.2.4. Salud integral y Capacidad**

La salud integral es la principal condición del desarrollo humano, es el estado del bienestar ideal y solamente se alcanza cuando existe un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida. No es la mera ausencia de alteraciones y enfermedades, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativos (Escuela de Nutrición y Dietética, 2009).

De allí, la importancia de ampliar y garantizar el acceso equitativo a la salud integral en todas las personas y comunidades, siendo la salud mental parte de la salud integral. En sentencia T-001/21, la corte señala respecto las personas en situación de discapacidad que estas tiene derecho a salud integral en cuanto a la rehabilitación integral como elemento del derecho a la salud. Este derecho se sustenta en el artículo 13 de la Constitución que prevé, por un lado, el deber estatal de proteger especialmente a personas que están en circunstancias de debilidad manifiesta por sus condiciones económicas, físicas y mentales y, por otro lado, adoptar medidas a favor de grupos marginados. También se funda en el mandato del artículo 47 Superior de adoptar una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos. Así mismo, la rehabilitación también se deriva de diversos instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos que reconocen el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Por otro lado, la ley 1616 de 2013 define la Atención Integral como la concurrencia de un equipo interdisciplinario especializado, con los recursos y medios suficientes para responder a la demanda de la población en promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación en salud e inclusión social. De este modo se determina que el sistema de referencia y contrarreferencia debe ser eficiente en los

distintos niveles de atención, velando que el paciente recupere la salud sin interrupciones ni demoras en su tratamiento por las complejidades que puedan presentar, de conformidad a las necesidades de salud que cada persona requiera como lo indica el artículo 5.

En el artículo 10 y 11 de la misma ley se establece que es competencia del MSPS implementar el MODELO DE ATENCION INTEGRAL E INTEGRADA, los protocolos de atención y las guías de atención integral en Salud mental, y se deben articular con la participación de las comunidades, cuidadores, pacientes y actores relevantes. Aunque la ley enmarca la necesidad de complementar el tratamiento con actividades con la integración familiar social y educativa, sin embargo, las estrategias y articulación con los diferentes sectores y la intersectorialidad aún evidencia grandes debilidades para la atención integral en salud mental

Por ejemplo, la medicación, el tratamiento hacen parte de la salud integral; sin embargo, también son decisiones que dependen de la voluntad, de la capacidad, del consentimiento informado del paciente. En este sentido, Pérez y Eiroá (2018) explican que:

Las medicaciones psiquiátricas pueden tener importantes efectos sobre nuestros cuerpos y experiencias. De hecho, cuando se nos medica en exceso experimentamos efectos secundarios tan intensos, que perdemos la capacidad para llevar una vida normal, ya que perdemos motivación y la posibilidad de emocionarnos o sentir placer. Todo esto perjudica nuestro proceso de recuperación. Queremos decidir, con el asesoramiento de los equipos profesionales, sobre la conveniencia de utilizar o no fármacos, así como su dosis, duración, o discontinuación, conservando el derecho a no medicarnos y escoger otras alternativas de tratamiento si esa es nuestra voluntad. Nuestro derecho a decidir sobre nuestro tratamiento debe ser el estándar de funcionamiento y no estar vinculado a la buena voluntad de la persona que nos atiende. (p. 46)

Parte de la discriminación de las personas con diversidad mental es considerarlas incapaces, puesto que, en algunas ocasiones, cuando se encuentran en estados

alterados puede verse afectada su capacidad para tomar decisiones. Es decir, que la incapacidad para esta población es una excepción no la regla general. Pérez y Eiroá (2018) refieren

Las personas con problemas de salud mental, incluso de los tipos más severos, podemos tomar decisiones relevantes para nuestra vida la mayor parte del tiempo. Nuestra capacidad para tomar decisiones, como la de cualquier otra persona, varía con el tiempo, generalmente está vinculada a aspectos concretos de la vida y se relaciona con la información de que disponemos. Disponer de información adecuada, es la única manera tomar decisiones pudiendo valorar sus verdaderas consecuencias. Por ello, en ningún caso perdemos la capacidad de forma permanente y absoluta para tomar cualquier decisión de nuestra vida. Incluso en las situaciones más extremas, si se potencia nuestra voluntad y recibimos apoyos flexibles y adecuados, hay aspectos de nuestra vida sobre los que podemos y queremos decidir. Recordemos, tal como indica el modelo social de la discapacidad, que la discapacidad “no reside en la persona sino en el entorno que no le permite desarrollar sus potencialidades. Nunca perdemos la capacidad de forma permanente y absoluta para tomar cualquier decisión de nuestra vida. (p. 28)

En el Código Civil Colombiano, la capacidad es definida como la facultad que tiene la persona para adquirir derechos y contraer obligaciones; puede ser de goce o de ejercicio. De goce consiste en la aptitud general que tiene toda persona natural o jurídica para ser sujeto de derechos y obligaciones, siendo el atributo esencial de la personalidad jurídica. Y la de ejercicio, es la habilidad que la ley le reconoce a aquella para poderse obligar por sí misma, sin la intervención o autorización de otra. “Implica, entonces, el poder realizar negocios jurídicos e intervenir en el comercio jurídico, sin que para ello requiera acudir a otro (C-983/02)

La incapacitación jurídica total supone una pérdida completa del ejercicio de los derechos de ciudadanía característicos de un país democrático y es contraria a los postulados de la Convención de los Derechos de las Personas con discapacidad. Lamentablemente los hábitos de cultura jurídica establecidos hacen que las personas

que dictan las sentencias se aventuren más fácilmente a incapacitar que a recapacitar (Pérez & Eiroá 2018).

El Derecho a la capacidad de tomar decisiones de la población con diversidad mental, es como el derecho a un tratamiento o el derecho a la atención médica en servicios de salud integral. Cuando se habla de igualdad ante la ley debe mirarse con hilo la referencia a la pérdida de capacidad legal para una persona con capacidades especiales mental, pues su derecho de la capacidad puede interrumpirse en casos excepcionales para tomar por sí mismo las decisiones de su vida y del tratamiento integral. Señala la OPS que en muchos Estados de la región este derecho es interrumpido arbitrariamente, sin revisión periódica de la tutela o de la curatela, lo cual significa que la persona muere civilmente y, obviamente, no es igual a las demás ya que no puede ejercer los mismos derechos que las otras personas. Por lo que el derecho de igualdad ante la ley, también establecido en la Convención Americana Artículo 24, tiene relación directa con la pérdida de capacidad jurídica de quien consideran incapaz por su condición mental. En todo caso, cualquier declaración excepcional de incapacidad debe estar protegida con todas las garantías del debido proceso.

Algo parecido, según lo explica Cohen (2009) es lo pasa con los fumadores:

Nosotros podemos estar de acuerdo o no con que una persona fume, tratar de que deje de hacerlo, pero no caben dudas de que la decisión final la tiene la misma persona en el momento de fumar o dejar de hacerlo. Ahora, si estructuramos la decisión de fumar y la trasladamos a una persona con padecimiento mental, quizás no pueda fumar, porque aquel que tiene el rótulo de guardián o apoderado determina que no puede hacerlo: como cuando el padre le dice al hijo "cuando estás conmigo no fumes", y punto. Entonces no es que todo el mundo tiene derecho a fumar. El derecho a decidir si fumo o no fumo tiene que ver con la toma de decisiones y el derecho a tomar una decisión. En realidad, uno no puede perder el derecho de tomar decisiones porque alguien tenga un padecimiento o trastorno mental. Puede haber circunstancias donde el padecimiento mental se interpone con la toma de decisiones que son importantes, y es en ese contexto donde uno necesita ayuda para tomar

decisiones vitales. El cuidador de una persona con padecimiento mental no está habilitado a privar de la libertad a dicha persona. (p. 24)

En otras palabras, no porque se tenga un padecimiento mental se es incapaz absoluto, debe identificarse el área de la vida donde se requiere ayuda para tomar decisiones y no extralimitarse a tomar todas las decisiones de sí mismos. Otro ejemplo son los niños, quienes se consideran incapaces; sin embargo, la experiencia ha demostrado que existen menores que toman decisiones mejores que cualquier adulto. Así lo ejemplifica Cohen (2009):

En el Distrito de Columbia, en Estados Unidos, la edad para tener esta capacidad y beneficiarse justamente de los servicios de salud mental en el tema de discapacidad es de 14 años. Es decir, se considera que la gente de más edad tiene experiencia y conocimientos suficientes para poder decir que necesitan recurrir a estos servicios. (p. 31)

Al pensar en la capacidad, esta garantiza otros derechos, derecho a la libertad y autonomía de tomar las propias decisiones respecto de la vida; derecho a la igualdad y ser tratados con la misma capacidad que los demás para el goce de los derechos civiles políticos; en general, todos los derechos y derecho a elegir la salud integral que quiere le sea dada (tratamiento, medicalización, hospitalización, internación, rehabilitación.); derecho también de todos y todas.

El Estado interfiere diariamente en las decisiones del colectivo social, al asumir como anormales-locos, a las personas con diversidad mental y por ende incapaces vulnerando sus derechos. Siendo la capacidad jurídica, la puerta de entrada a los demás derechos. Para Cohen (2009) se trata de:

La aplicabilidad del concepto de capacidad jurídica plena implica asumir la aptitud para adquirir derechos y al mismo tiempo garantizar el ejercicio del goce. Se trata de reconocer la personalidad jurídica en la persona con capacidades especiales- esto es reafirmar que se trata de defender los derechos, el acceso a la justicia en condiciones de igualdad siempre ajustado al tipo de capacidades especiales. (p. 27)



Es por esto que el nuevo paradigma propone una conceptualización más amplia de la definición y moderna de la persona humana, la cual es inclusiva donde hacen parte las personas con padecimientos mentales. De allí que las políticas públicas, sean proyectadas transversalmente en todas las áreas que integran el conocimiento jurídico. Incluso pero no es materia de este trabajo investigativo lo correcto es hablar de seres sintientes, para abarcar también los animales y la naturaleza como sujetos de derechos como lo explica Burundarena (2015).

Todo ello se encuentra en sintonía con lo que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Ley 26.378 (Promulgada el 6/06/08), establece en su art. 12 inc.4°, en tanto prevé que los Estados partes deberán disponer salvaguardias que aseguren que todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica 8...) Estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial. Teniendo como norte la presunción de capacidad y el derecho a que los padecimientos no sean considerados un estado inmodificable, se advierte que la “revisión periódica” de la sentencia, se erige como una garantía esencial. (p. 319)

Incluso en el ámbito penal, en el delito cometido por un paciente psiquiátrico, a través de la pericia, el juez debe revisar la capacidad del imputado; es decir, determinar si tuvo la consciencia de realizar el acto y haya podido discernir y tomar la decisión de cometer el delito, o de hacer daño a otra persona o a sí mismo. A esto lo definen como una persona peligrosa para la sociedad; y es ahí donde el Estado decide o no su internación. Con ello se entiende que, debe subrayarse que el criterio de excepción al principio de presunción de capacidad y el derecho a consentir cualquier intervención o tratamiento clínico, debe ser de carácter restrictivo. Sólo en situaciones puntuales podrán requerirse medidas extraordinarias como limitaciones a la libertad ambulatoria o a la capacidad jurídica mediante la internación involuntaria, las que deben ser sometidas a control judicial, y cumplir con una serie de recaudos legales orientados a asegurar que en todo momento se protejan los derechos fundamentales de las personas con capacidades especiales psicosocial y la vida.

Históricamente a las personas con padecimientos mentales se las reemplazaba en su voluntad de decidir de manera compulsiva. Cuando una persona entraba en una internación involuntaria casi automáticamente y por oficio se iniciaba un trámite de restricción a la capacidad jurídica (la antigua insania), y con esto se le impedía ejercer prácticamente cualquier derecho de la vida civil: votar, manejar sus bienes, contraer matrimonio, poder disponer de sus cosas poder, incluso ejercer la patria potestad de sus hijos. Para todas esas decisiones se le designaba a la persona un curador, que podía ser un familiar o un funcionario público (Rossetti, et al, 2018).

Como se ha visto hasta ahora, existe una estrecha relación entre derechos y capacidad; es a través de la capacidad que se ejercen los derechos, se aprehenden los valores y principios para una vida digna, positivizados en la norma y en ámbito jurídico y desde el ámbito moral y político en el contexto de la igualdad, autonomía y libertad para el ejercicio de las capacidades. Una lista de las capacidades centrales o básicas de las personas es la presenta Nussbaum (2012) quien refiere que éstas, corresponden a:

1) Vida. 2) Salud corporal. 3) Integridad corporal. 4) Sentidos, imaginación, pensamiento. 5) Emociones. 6) Razón práctica. 7) Afiliación. 8) Otras especies. 9) Juego. 10) Control del propio entorno: a) político; b) material. Y al reconocimiento de su titularidad a todas las personas con trastorno mental se añade la garantía de su disfrute. (p. 38)

Por ello, las personas con trastornos mentales en protección a su capacidad, deben utilizarse medidas dentro de su salud integral como documentos que manifiesten su voluntad anticipada en los momentos de tomar decisiones cuando carecen de capacidad para hacerlo autónomamente; es como cuando manifestamos la voluntad en un testamento, éste es un documento de voluntad anticipada a la muerte; para el enfermo mental sería un documento de voluntad anticipada a tomar decisiones en estados alterados de su enfermedad, sin que otros decidan por ellos. El consentimiento informado como extensión de la voluntad anticipada, es una forma de respetar la autonomía del paciente y sus derechos y no solo imponerse la voluntad del médico. El documento de voluntad anticipada es un instrumento de planificación ético-jurídico (Zaragoza, et al

(2020). Por ejemplo, las revisiones periódicas de su estado en cortos plazos, por parte de la autoridad competente, también es parte de su salud integral la cual, salvaguarda sus derechos.

En este sentido para la (OMS, 1996) en esos momentos de estados alterados sin existir documento de la voluntad anticipada, las medidas de protección elegida ha de ser la menos restrictiva o lesiva posible. Más que menos restrictiva o lesiva habría que aspirar a las medidas no lesivas o perjudiciales para sus derechos o capacidades. La Misma OMS (2003) haría referencia a que la salud mental es una de las capacidades básicas; es, además, condición para el ejercicio autónomo de nuestros derechos; es también, finalmente, un ingrediente básico de una vida de calidad. En tal sentido, una tarea primaria y universal es la promoción y el cuidado de la salud mental de todos los ciudadanos, a través de medidas jurídicas específicas y de medidas jurídicas no específicas, pero directamente relacionadas con ella, en materia de vivienda, educación o empleo.

Desde luego, los trastornos mentales no son deseables, así lo explica MacIntyre (2001), afirmando que:

En la medida en que limitan alguna(s) de nuestras capacidades, convierten en más vulnerables nuestros derechos e impiden una actuación y una participación adecuadas en la vida social. La prevención es el reflejo de que la posesión y ejercicio del mayor número de capacidades es la vía más adecuada para una vida plena, y que, por tanto, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación son circunstancias negativas que obstaculizan ese logro. En consecuencia, un primer objetivo es proporcionar los medios para prevenir la aparición y expansión de factores que causan problemas de salud mental; y, posteriormente, impedir que se agraven y atenuar sus consecuencias. No basta simplemente con hacer frente a los trastornos mentales existentes, sino que ha de hacerse lo posible para la disminución de situaciones que los producen, limitando nuestras capacidades y dificultando el ejercicio personal de los derechos. Además, simultáneamente, hacerse cargo de la dependencia y vulnerabilidad que genera una situación de trastorno mental. (p. 103)

Es decir, hay que esclarecer que, en el juego de la capacidad de las personas con diversidad mental, depender en ciertas ocasiones no significa pérdida de su autonomía y capacidad; esta dependencia es de forma positiva como forma de coadyuva en su recuperación y protección de los derechos. En términos de Santander (2006):

Tomarse los derechos de las personas con trastornos mentales en serio no equivale a abstenerse o descuidar su tratamiento jurídico; sí exige, en cambio, responder de forma prudencial y ajustada a sus necesidades, mediante la intervención subsidiaria del principio de protección. Este no implica la retirada de los derechos, sino que propicia que sean ejercidos de forma eficaz en todas las situaciones posibles, incluso allí donde no exista capacidad o autonomía para ello. (p.34)

En este sentido, cabe mencionar que, para el tratamiento jurídico de las personas con trastornos mentales, resulta de especial relevancia el principio de protección, que según MacIntyre (2001): tiene como misión:

Hacer efectivos, con carácter subsidiario, los derechos o facultades que por alguna razón no pueden ejercitarlos por sí mismas de forma autónoma. La intervención subsidiaria del principio de protección es consecuencia necesaria del modelo de principios basado en los derechos y las capacidades, asentado en el carácter inexcusable del principio de dignidad y la primacía de los principios de libertad e igualdad donde la persona con trastornos mentales no sea un “razonador práctico independiente. (p. 71)

En definitiva, de acuerdo a la OMS (2003 - 2020) en el Plan de Acción sobre Salud Mental, se debe garantizar un tratamiento integral atendiendo a los componentes a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación; es decir, brindarles una salud integral, como reconocimiento de sus derechos civiles, políticos y el derecho a ejercer su capacidad jurídica; permitiendo observar el contexto social en que se desenvuelven; por lo que, tal como lo explica la proposición de Ley de Derechos en el ámbito de Salud Mental del Grupo Parlamentario Confederal de Galicia España, “no sólo el nivel biológico, sino también los factores psicosociales y los determinantes de clase, etnia, orientación sexual y género, dan forma a los contextos de vulnerabilidad a

los que están expuestas estas personas” (p. 2). Se puede decir que, en Colombia en esta misma dirección, el artículo 13 de ley 1616 de 2013, donde se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones, determina las modalidades y servicios que garantizan el derecho a la salud integral en salud mental.

Sin embargo, los profesionales psiquiatras y psicólogos poco recomiendan estos servicios, por cuanto la respuesta de las IPS, generalmente, es que no cuentan con el recurso para brindarlo. Se vulnera entonces el derecho a la salud integral cuando está dispuesto en una ley estatutaria, que se recoge en la política nacional de salud mental. Aun así, se sigue negando el servicio. Existe incongruencia entre presupuesto y prestación de servicio. En palabras de Susntein y Holmes (2011), los derechos tienen costos y su eficacia depende de los impuestos

No dependen de la moral, ni mucho menos de la ética, sino de la economía y de las decisiones políticas (...) Prestar atención a los costos de los derechos no sólo conlleva cuestiones de cálculo presupuestario sino también problemas filosóficos básicos de justicia distributiva y transparencia democrática. (p. 153)

Dentro de los principios establecidos en la resolución 4886 de 2018. Política de salud mental en Colombia se encuentra:

**Tabla 15.** *Principios de la Política de Salud Mental en Colombia.*

Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento Integral)	Organización y complementariedad de las acciones de los actores de sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las personas, familias y comunidades	Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades	Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia
---	--	--	--

*Nota:* elaboración propia a partir de la Resolución 4886 de 2018.

Claramente, Derechos Humanos, capacidades, salud mental y calidad de vida son aspectos que merecen subrayarse, debido a la importancia de una relación armónica

entre los modelos teóricos de calidad de vida y los modelos de definición y clasificación de la salud mental y el modelo basado en las capacidades y los derechos, pues éstos son trascendentales para una vida de calidad. Sólo a través de la rehabilitación y la reinserción social podrá el enfermo tener oportunidades de libertad y, en definitiva, de dignidad (Rodríguez, 2007).

La dignidad como valor de todos los seres humanos, por esto, la ausencia de salud mental no puede ser motivo de discriminación y exclusión, ni mucho menos que los derechos dependan de la capacidad, sino de la dignidad. No es derecho del colectivo social quitarles derechos a las personas con diversidad mental; por el contrario, se reconoce un llamado para garantizar su ejercicio. De acuerdo con Santander (2006), “la normalización equivale a equiparación en el reconocimiento jurídico; y la integración ha de ser entendida como equiparación de oportunidades para desarrollar los distintos programas de vida” (p. 12). De igual forma, se pueden tomar las palabras de Rossetti, et al (2018).

La eliminación de barreras, una sensibilidad general que tiene que ver con cada una de las políticas públicas, o sea no es solamente un sistema sanitario, si uno lo ve en ese reduccionismo la verdad es que no podemos pensar en un éxito de ninguna política, porque esto sólo se puede ver a partir de una persona que es la que encierra todo, y además donde nadie puede saber el alcance de lo que una persona puede hacer ni puede llegar a realizar. (p.19)

Es necesario que la sociedad se involucre en el proceso de proteger y garantizar el derecho a la salud mental, los actores directos e indirectos en las políticas públicas y planes de desarrollo como proveedores, veedores y guardianes de este derecho que abarca todos los demás derechos humanos, fundamentales, sociales, civiles culturales, económicos y políticos del colectivo social en general y no solo de la persona con diversidad mental como se ha desarrollado en este trabajo.

### **3.3. Participación de actores sociales, administrativos, privados a nivel de cooperación internacional, nacional y local en el diseño e implementación de políticas públicas en salud mental**

El principal instrumento de protección y promoción de la salud mental es el derecho internacional partiendo del máximo organismo- Organización Mundial para la Salud- (OMS), la cual, en la búsqueda de la protección y promoción de la salud mental, ha emprendido la campaña “Sí a la atención, no a la exclusión,” con una serie de actividades desarrolladas en el mundo entero como la celebración del día mundial de la salud mental, las asambleas mundiales en salud mental, entre otras. También la Organización Panamericana para la salud (OPS), trabaja de la mano con la OMS, en el mismo objetivo proteccionista y de promoción de la salud mental en el mundo; así mismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se ha unido a esta causa, lo demuestra por ejemplo en su informe final Principios, Directrices y Garantías para la Protección de Personas Detenidas a Título de Padeecer Enfermedades Mentales o Desórdenes Mentales de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas,

A lo largo de esta investigación, se han citado varios de los instrumentos internacionales que salvaguardan el derecho de la salud mental entre ellos: la .Declaración Universal de Derechos Humanos; El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; La Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Europea para la Protección de Derechos Humanos y Libertades Fundamentales. En estos instrumentos, los principios son la base fundante de los derechos de las personas con enfermedades mentales y su ejercicio, como también de sus libertades fundamentales, sobre el gran presupuesto de la Dignidad Humana.

En contraste se ha visto que en la mayoría de los Estados, por ejemplo los miembros de la OPS, los servicios de salud mental disponibles, son escasos e ineficientes y su orientación es inadecuada. Esto se debe a que la atención psiquiátrica generalmente se ofrece en instituciones que funcionan con un presupuesto muy limitado y que se encuentran aisladas social y geográficamente (Jiménez & Vásquez, 2001). En esta

dirección, La Declaración de Caracas (2001) se constituye como un instrumento de gran valor en lo que se refiere a la promoción de servicios comunitarios y aboga por una atención psiquiátrica participativa, integral, continua y preventiva donde el hospital psiquiátrico no constituya la única modalidad asistencial principalmente porque:

Aísla al enfermo de su medio y crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo. En relación con otros derechos del paciente mental (...) Los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben salvaguardar invariablemente la dignidad personal y los derechos humanos y civiles (...) Las legislaturas de los países deben adoptar medidas, de manera que se aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales. (p. 5)

Al igual que la escasez de los recursos para proteger la salud mental, la salvaguarda de sus derechos ha tenido escasa promoción y no han sido incorporados en la mayoría de las políticas públicas, planes de desarrollo y leyes en general de los estados. Por este motivo, la OPS, como Oficina Regional de la OMS y agencia especializada de la Organización de Estados Americanos (OEA), estima esencial que estos estándares internacionales y normas generales sean diseminados entre autoridades gubernamentales, otras agencias de las Naciones Unidas, organizaciones intergubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), procuradurías de derechos humanos, instituciones nacionales de derechos humanos, profesionales de salud mental, abogados, jueces, estudiantes de derecho, usuarios, sus familiares y las demás personas involucradas en la promoción de políticas de salud mental (Jiménez & Vásquez, 2001).

Así mismo, con la Declaración de Helsinki, actualizada en Washington en 2002, y las propuestas de la Comisión Europea y la OMS, tal como lo afirma la Revista de Salud Mental en términos de futuro (2005):

Velando por la prosperidad, la solidaridad, la justicia social y la calidad de vida de los ciudadanos, se aprueba el Libro Verde para la Salud Mental que abre el debate entre diferentes sectores públicos –profesionales, investigadores y organizaciones de



pacientes— para examinar y avanzar en cuestiones éticas sobre los derechos fundamentales de los enfermos mentales y crear recursos de información para la identificación de las mejores prácticas. (p. 1)

A nivel nacional, Colombia intenta apostarle a brindar servicios de calidad a las personas con diversidad mental; no obstante, la visión de la calidad del servicio se ha centrado en lo administrativo y financiero y no el servicio en sí. Por ejemplo, según lo explican Hernández y Sanmartín (2018):

La mayoría de nuestros municipios solo cuentan con una psicóloga adscrita a la oficina local de salud para tareas administrativas y de vigilancia en salud pública, y a veces una en la comisaría de familia. Esta psicóloga, suele estar nombrada entre uno y tres meses al año [...] En muchos casos pueden pasar hasta tres psicólogas o psicólogos por año en el mismo municipio, pero se van por la mala remuneración y la excesiva carga laboral. (EAS) Hay departamentos completos donde no se cuenta con especialistas en psiquiatría. Más del 50% de los psiquiatras del país están en una sola ciudad que es Bogotá [...] (EC) Al profesional le toca mucho registro y le queda poco tiempo para el paciente y como lo miden es por el registro, se dedican más al registro que al paciente. (EAS). Otro ejemplo se da en un departamento de más de 40 municipios, los expertos dicen: No tenemos servicios hospitalarios de psiquiatría infantil. (EAS) ¿Cuáles son las necesidades en salud mental de niños y adolescentes? [...] Yo creo que muchas [...] o sea todas! No hay atención ¿sí? O sea no hay las posibilidades de atención, no hay el personal lo suficientemente formado, no hay la disponibilidad de recurso [...] (EC) Sin embargo, los derechos humanos no se violentan solamente a los usuarios, también al personal de salud que presta sus servicios. Para uno de los expertos: Al tiempo que los servicios de salud mental carecen de profesionales, muchos de ellos están desempleados. Es frecuente la contratación con intermediación laboral, inestabilidad, bajos salarios, demoras en el pago, y cargas laborales excesivas (EAS). (pp. 47-48)

Por esta razón, se insiste en que garantizar el derecho a la salud mental desde la atención integral, garantiza a su vez derecho a la libertad, derecho a vivir en comunidad, derecho al trabajo, derecho a la igualdad, etc. la libertad de tomar las propias decisiones,

consentimiento informado, la autonomía y la capacidad. Es decir, los servicios de rehabilitación que se les ofrezcan incluyan todos los procesos médicos y psicosociales conducentes a su inclusión laboral y social plena, respetando sus valores, vocación, capacidad, idiosincrasia y dignidad, con la participación de las organizaciones públicas y privadas que corresponda. (Rodríguez, 2005)

Finalmente, el llamado es que tanto el derecho como la sociedad bajo el imperioso principio de solidaridad, intervengan en la protección del derecho a la salud mental, el cual abarca un sinnúmero de derechos y que esa protección se convierta igualmente en un principio. Los sistemas jurídicos deben disponer de distintas instituciones con el objetivo de proteger y amparar los derechos de la salud mental. Mediante la adopción de medidas sociales, políticas o económicas diversas, canalizadas a través del Derecho, el principio de protección brinda un complemento, apoyo o compensación que hace posible la operatividad y eficacia de los principios de libertad e igualdad. Los gobiernos deben brindar condiciones decentes en el marco de los derechos civiles para dar bienestar a aquellos que padecen trastornos mentales. Brindar servicios humanitarios en los nosocomios y en la comunidad, y también hacer lo que llamamos "derechos de salud mental"; es decir, el derecho de un servicio de salud mental para la población en su totalidad (Cohen, 2009).

Colombia, junto con Paraguay, Ecuador, Argentina, Uruguay, Brasil y Perú han elaborado una política pública de salud mental, con base en las recomendaciones de las organizaciones internacionales de salud (OPS y OMS) desde el año 2000 como resultado de los procesos de reforma que se estaban dando en Suramérica en cuanto el derecho de la salud mental, incitando a los países a desarrollar programas nacionales de salud mental y a modernizar la legislación y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y sus familiares (Henaó, et al, 2016).

En Colombia se reconoce la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se adopta la Política Nacional de Salud Mental, que propone la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en término de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos, y reconoce la salud como un derecho fundamental en consonancia con lo establecido por

la Ley 1751 de 2015, que es la Estatutaria de Salud, que, junto a la Política de Atención Integral en Salud, adoptada mediante la Resolución 429 de 2016, acogen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para gestionar los trastornos mentales. Sin embargo, esta política aún no ha sido implementada en el país. De acuerdo con Rendón y Ruíz (2021), “la Salud Mental es una crisis inminente que de manera internacional y nacional se debe atender y no aplazar más su prevención y cuidado” (p.13).

A nivel local, según reporte de política y oferta de servicios de salud mental de los departamentos (2011), el departamento de Caldas, donde se encuentra ubicado el municipio de Aránzazu, cuenta con una autoridad de salud mental, que brinda asesoría sobre políticas y legislación de salud mental en los municipios y que está involucrada en la planificación departamental, existiendo una política de salud mental departamental desde el 2018, “Política pública de salud mental del departamento de Caldas- Un aporte al bienestar y la inclusión”, cuyos principales actores son la Gobernación de Caldas y la Dirección Territorial de Salud de Caldas (DTSC); no obstante, según lo manifiesta el reporte, la autoridad no está involucrada en el manejo y coordinación de los servicios de salud mental y en la supervisión y evaluación de la calidad de los servicios, de lo que se deduce y supone la ausencia en el municipio de Aránzazu de la inclusión de una política pública de salud mental en los planes de desarrollo, por cuanto no hay una coherente articulación entre la política departamental en salud mental y la condición *Sui géneris* de este municipio en los trastornos mentales y sus planes de desarrollo.

Adicionalmente, de acuerdo con este mismo informe, las cifras en el departamento en relación con la red de prestación del servicio, muestran que el número total de IPS departamentales es de 211, con una disponibilidad por 100000 habitantes 21,6; es decir que, para el total de habitantes Caldenses en un equivalente aproximado de 1000000, la disponibilidad de IPS sería de 2 de las 211 existentes, y de estas IPS solo 30 cuentan con servicio de psiquiatría con una disponibilidad 0,31 por cada 1000000 habitantes del departamento, mientras que las IPS con servicio de psicología son 67, con una disponibilidad de 0,68.

Asimismo, el número de hospitales psiquiátricos en el departamento es de 1 con disponibilidad de 0,01, además, este sería el mismo hospital con la misma disponibilidad para servicios ambulatorios, urgencias y con farmacia disponible. En cuanto a instituciones ambulatorias de salud mental, el departamento cuenta con 30 y una disponibilidad del 0,31. Equipos o profesionales móviles que realizan atención en salud mental en el departamento no se reconocen en el departamento, ni establecimientos o dispositivos de salud mental ambulatorios exclusivos para niños y adolescentes como tampoco establecimientos ambulatorios o de hospitalización que empleen una estrategia específica para garantizar que las minorías étnicas tengan acceso a los servicios de la salud mental. Finalmente, tampoco se cuenta con consultorios para atención psiquiátrica, ni psicológica (Observatorio Nacional de Salud Mental (2021).

Fue precisamente la variable oferta de servicios de salud mental presente en el reporte el indicador que permite realizar el reconocimiento y análisis de la problemática de la salud mental, toda vez que resulta bastante compleja, pues hay una alta vulneración de derechos, más aún, cuando según el Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio del ministerio de salud (2018), en Caldas el porcentaje de personas atendidas por trastornos mentales del comportamiento de 7,41%, en Risaralda 5,89%, y en Quindío 5,08%. Siendo Caldas el departamento del eje cafetero con mayor porcentaje. Es así que el departamento está de primero entre los territorios donde se concentraron el mayor número de casos de suicidio para el 2019.

En conclusión, con cifras de nivel municipal y nacional, a las que se agrega, los indicadores de la pandemia y la crisis económica, se alertó al mundo sobre la importancia de la salud mental; infortunadamente, esta alerta también desnudó las deficiencias en la atención y la crisis de salud pública que atraviesa el país. La vulneración al derecho de la salud mental, se ha percibido de una manera pasiva y oculta a la que no se le está prestando la atención debida y esta es una situación que viene creciendo diariamente y que en algún momento va a explotar (Rendón y Ruíz, 2021).

### **3.3.1 Cobertura, aseguramiento, afiliación, acceso, atención, salud pública en salud mental en el municipio de Aránzazu**

Para el año 2022, el Hospital Departamental San Vicente de Paúl Aránzazu Caldas única institución prestadora de servicios de salud del municipio contrata a través de la modalidad de prestación servicios profesionales 117/2022, los servicios de psicología con el fin de cumplir con actividades de implementación de estrategias intersectoriales de inclusión social y desarrollo comunitario para la generación de oportunidades para la población vulnerable del Municipio y para realizar programas formativos con la comunidad Aranzacita sobre la importancia de autocuidado y cuidados con personas de alto nivel de vulnerabilidad, con el propósito de evitar una sobre carga mental y mejorar la calidad de vida de la Comunidad; también, para fortalecer acciones que contribuyan a la participación activa en pro de la salud mental del Municipio de Aránzazu; desarrollar la conformación y acompañamiento de un grupo de apoyo mujeres que viven violencias; realizar procesos de fortalecimiento competencias sociales, cognitivas y afectivas de las personas con capacidades especiales del municipio, logrando un impacto positivo en la esfera biopsicosocial. Así mismo, La E.S.E San Vicente contrata mediante la modalidad de prestación de servicios profesionales 057 /2022, los servicios de psiquiatría para niños y adolescentes y psiquiatría en General, con el objetivo de dar continuidad al proceso iniciado desde el 2017 en el municipio, en Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en salud mental.

Esta estrategia se desarrolla con base en los lineamientos y directrices del Ministerio de Salud, el cual, expide en el 2016 el manual operativo en RBC en salud mental; al mismo tiempo, la rehabilitación basada en la comunidad (RBC) fue iniciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siguiendo la Declaración de Alma-Ata de 1978, como una estrategia que puede contribuir a la puesta en práctica de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y como parte del proceso de reglamentación de la Ley 1616 de 2013, que se define como una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la equiparación de oportunidades y la integración social de todas las personas con capacidades especiales (OIT, UNESCO, OMS).

Dentro de las actividades de la estrategia RBC, se encuentra la priorización de los pacientes con diagnóstico (DX) en salud mental y la clasificación del tipo de tratamiento de acuerdo a lo crónico del trastorno, y si existe en una sola familia dos o más pacientes, caracterizar las familias y el riesgo y posterior elaboración de un plan de intervención psicoeducativa en procura de disminuir el estigma y discriminación y por el contrario fortalecer la inclusión social desde la promoción de salud mental con los medios de comunicación y mediante jornadas de atención virtual y telefónica; reforzar la atención de primer nivel con capacitaciones del equipo médico y psicológico en los trastornos más prevalentes, a partir de los lineamientos y estrategias del Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (OPS) que tiene como objetivos principales: fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos MNS y lograr una cobertura mucho mayor con intervenciones clave en los países de ingresos medianos y bajos.

Este tipo de estrategias, permiten que las limitaciones que generan los trastornos, las dificultades en diferentes ámbitos de la vida y la interacción con el entorno (En los ámbitos emocional, personal, familiar, social, académico, laboral/ocupacional), puedan mejorar y que las personas recuperen su capacidad para cuidar de sí mismos, para desempeñar sus roles familiares, interactuar y mantener relaciones significativas, estudiar, trabajar y participar en las actividades de su comunidad (RBC, 2016). Sin embargo, la preocupación para el municipio es la inestabilidad e itinerancia de los servicios profesionales en psicología y psiquiatría, los cuales son contratos de prestación de servicios que tiene una durabilidad de un par de meses, ejemplo, el contrato de psiquiatría, tuvo vigencia hasta el 30 de junio de 2022 y el de psicología, va hasta el 30 de septiembre de 2022, lo que significa una discontinuidad en el proceso, al no tener profesionales de tiempo completo y en un número mayor. Tener un profesional en psicología y uno en psiquiatría para un municipio *Sui generis* en Salud Mental, impacta de manera negativa en la Cobertura, aseguramiento, acceso a la atención, y salud pública en salud mental.

De acuerdo con la información reportada por la Alcaldía municipal como insumo para este trabajo investigativo, en el Plan de intervenciones colectivas en salud mental: Estudios previos (2022) dentro del plan de desarrollo, 2020-2023 se plantea: la prestación del servicio de salud mental a por lo menos el 80% de la Población objeto durante este período de gobierno; gestionar un convenio para la atención en salud mental con un equipo interdisciplinario; aumentar en un 40% la cobertura de atención de primer nivel; la apertura a programas de PyP para la población urbana y rural en conjunto con la E.S.E de Aranzazu; aumentar en un 5% la cobertura de los programas de promoción y prevención en la zona urbana y rural del municipio; fortalecer la red comunitaria en Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental con 15 personas mayores de 18 años del sector villa nueva, realizar encuentros de reforzamiento formativo; la construcción de estrategias de promoción y prevención de la salud mental, y detección temprana de casos de trastornos mentales, violencia en sus diferentes modalidades, consumo de SPA, conducta suicida. Todo esto se proyecta con la ejecución de 12 encuentros de dos horas para realizar un proceso de formación para 20 personas de la población con capacidades especiales, en temas relacionados con las afectaciones psicosociales y problemas o trastornos mentales, creando espacios que generen habilidades y capacidades individuales y colectivas para el autocuidado, la educación del daño y la inclusión social, con la ejecución de ocho encuentros de dos horas cada uno.

Así, la cobertura, aseguramiento, afiliación, acceso, atención, salud pública en salud mental en el municipio de Aranzazu, se perciben deficientes para el nivel de problemática en salud mental que presentan. El esfuerzo es válido, no obstante, hablar de un 5% de cobertura de los programas de promoción y prevención en la zona urbana y rural del municipio y fortalecer la red comunitaria en Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) es un cifra mínima, contar con un solo psiquiatra y una sola psicóloga por prestación de servicios, sin estar tiempo completo, permite pensar que todavía falta mucho trabajo por hacer, y, que si bien se ha despertado conciencia tardía desde el año 2017 con estas estrategias, parece, aunque no se dimensiona con la responsabilidad del caso, que esta problemática municipal vulnera los derechos, no solo de esta población, también de todo el colectivo Aranzacita. Hay que empezar por quitarle la responsabilidad solo al psiquiatra, esto es una problemática de todos los actores sociales vinculados directa o

indirectamente a este colectivo y a este municipio; mientras se continúe abarcando la problemática con “las uñas” los pequeños esfuerzos van quedando en vano y el impacto es casi nulo. Tanto es así, que clínicamente la enfermedad en este municipio se ha identificado como relacional y no como principal, tal como lo manifiesta la Dra. Mónica Jaramillo, Gerente del Hospital municipal (2021):

Si un paciente es hipertenso y también tiene un trastorno, se reporta como paciente hipertenso y no como paciente con trastorno; es por eso que los datos respecto del aseguramiento, afiliación, acceso, atención, a los pacientes en salud mental en el municipio son confusas porque muchos pacientes con trastornos no tienen tal condición sino la de su enfermedad física. Aun así, en el 2020 la enfermedad mental aparece como la 5° causa de morbilidad en el municipio; siendo el trastorno bipolar la enfermedad más visible, teniendo diagnóstico sin tratamiento previo. Por ello, se intenta con el Equipo 10, un equipo interdisciplinario, la estrategia RBC, los canales comunitarios y líderes comunitarios capacitados, visibilizar la problemática y generar un cambio conductual en el colectivo social Aranzacita, reconociendo la existencia de una comunidad preparada en el tema y fortalecer el apoyo a los pacientes y sus familiares. (6:32)

Es muy lamentable que no exista una verdadera articulación entre las políticas nacionales, departamentales, planes de desarrollo municipal, los actores municipales (personería- comisaria de familia-hogares de paso, entre otros) conscientemente y el hospital como última instancia de materialización desde el punto clínico de la enfermedad, ni la perdurabilidad en el tiempo de los profesionales del área, ni la suficiente gestión de recursos para brindar a la comunidad Aranzacita los “derechos en serio” en términos de Ronald Dworkin para referirse a la salud mental

Actualmente, la estrategia RBC se encuentra suspendida en el municipio por decisión de la administración municipal, pues contaban con un lote en comodato donde desarrollaban las actividades y este contrato no fue renovado; la displicencia municipal al respecto “aterra”. Por otro lado, las instalaciones de infraestructura del hospital son absolutamente precarias, el espacio de internación de los pacientes con enfermedades mentales es literalmente una celda (Ilustración 1); en palabras del Dr. Felipe Agudelo,

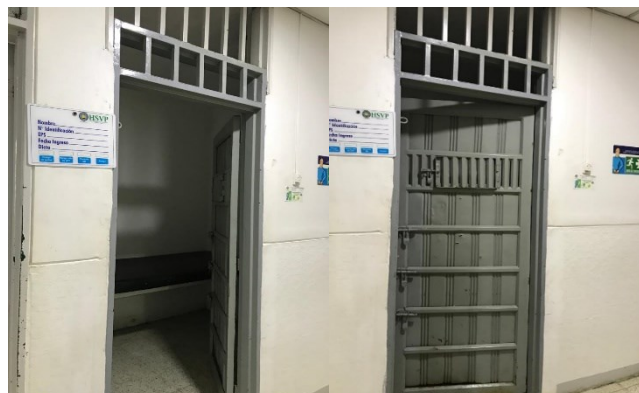


Psiquiatra contratista del municipio, son tristes las condiciones de trato de los pacientes (2021):

Es como si la angustia fuera un delito (...) En cuanto a los medicamentos ando con una maleta llena de ellos que los visitantes me regalan y otra con juguetes para realizar terapias a los niños y niñas. Con eso se sostuvo el programa porque la EPS no los asume, no les importa; ha sido un ente totalmente apático y distante a la problemática de salud mental. Lo que ha importado es la cobertura, es lo que los entes de control miden, más no la continuidad que es también un derecho (1:32).



*Ilustración 1.* Hospital Departamental San Vicente de Paul. Vasco (2022). Archivo fotográfico, Aranzazu, Caldas



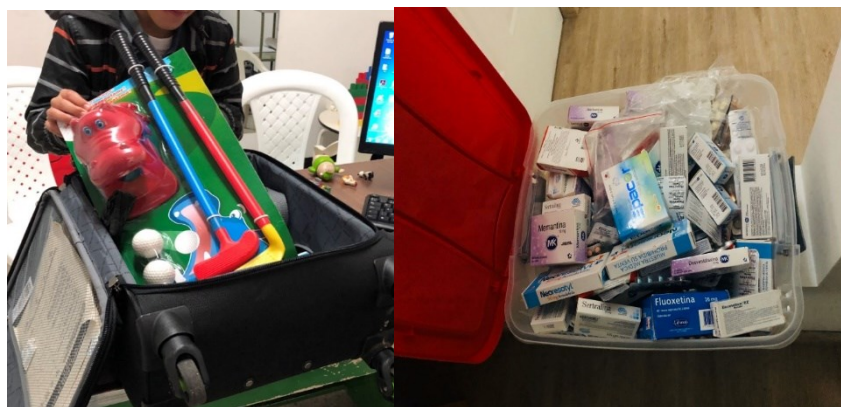
*Ilustración 2.* Instalaciones del Hospital Departamental San Vicente de Paul. Vasco (2022). Archivo fotográfico Aranzazu, Caldas



*Ilustración 3.* Cuarto de internación para pacientes psiquiátricos. Hospital Departamental San Vicente de Paul. Vasco (2022). Archivo fotográfico Aranzazu, Caldas



*Ilustración 4.* Juguetes para las terapias de niños y niñas con trastornos mentales. Agudelo (2022). Archivo fotográfico, Aranzazu, Caldas.



*Ilustración 5.* Cajitas de juguetes y medicamentos. Agudelo (2022). Archivo fotográfico Aranzazu, Caldas.

En definitiva, existe un total desequilibrio en cuanto a la equidad sanitaria, tal como señala el informe de análisis jurídico y seguimiento a la política nacional de salud mental en Colombia, presentado por la Defensoría del Pueblo (2022), que diariamente observa la insuficiente capacidad de respuesta y cobertura del SGSS, o en términos de la ley 1751 de 2015, la accesibilidad, disponibilidad, calidad, aceptabilidad. Se trata de una gran deficiencia en el sistema de salud, que se presenta en todo el territorio colombiano, olvidando que el deber ser es garantizar a todo ser humano los derechos fundamentales, por el hecho de ser de la especie humana y en consecuencia el derecho a la salud mental se debe promover y garantizar a toda la población colombiana.

La salud mental es una problemática como cualquier otro servicio de salud. Un ejemplo presentado por Ospina (2015) aduce que:

Tal como se estableció en el art. 365 de la constitución, si bien el Estado no está comprometido a la prestación directa de los servicios, si debe asegurar su prestación, bien sea que el servicio sea prestado por el mismo Estado si puede, su contratista, un particular o una sociedad o asociación, con la obligación sustancial de regularla, vigilarla y asegurarla, tal deber se evidencia con la regulación de la ley 142 de 1994 y la ley 1751 de 2015, que garantiza la salud como derecho constitucional fundamental. (p.18)

Es por esto pertinente, determinar la eficiencia en la implementación de políticas públicas en salud mental en el país, a partir del análisis comparativo.

### **3.3.2 Análisis comparativos de políticas públicas en salud mental implementadas en otras localidades del país.**

Una política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación a otras políticas sanitarias y sociales. Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo, por ejemplo, entre cinco y diez años. (Política, Planes y programas de Salud Mental, OMS, 2018)

Antes de presentar el análisis comparativo con otras localidades del país en la implementación de políticas públicas, brevemente se hará desde el derecho comparado y el derecho internacional.

En Argentina con la Ley nacional de salud mental N°26657 del 02 de diciembre de 2010, se considera un aspecto denominado “modalidad de abordaje” que consiste en las reglas para el desarrollo de la actividad médica y profesional relacionada con la salud mental, obligando a las autoridades a desarrollar dispositivos como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para las personas después de alta institucional; atención domiciliaria supervisada; servicios para la promoción y prevención en la salud mental; como principios básicos; la atención primaria; el consentimiento informado; la atención comunitaria y la prescripción médica como imperativo, solo respondiendo a las necesidades fundamentales del paciente, administrado exclusivamente con fines terapéuticos.

Según Ospina (2015) La percepción de la ley es, en términos generales, muy positiva, puesto que resulta práctica, aplicable y reconoce y entiende la problemática del trastorno mental y lo que implica para quienes lo padecen; y en especial porque promueve los medios de atención en la salud mental que menos afecten la vida del paciente para evitar las largas internaciones en instituciones psiquiátricas que terminen por aislarlos de la sociedad.

Por otro lado, Brasil, tiene extensa normativa en salud mental (leyes federales, decretos, portarías entre otras). Una de las novedades de la legislación en salud mental brasilera está la incluida en la ley 9.867 de 1999, que dispuso la creación de las cooperativas sociales, en las cuales uno de los principales objetivos es la inclusión de personas en desventaja en el mercado económico, dentro de las que clasifican las personas con deficiencias psíquicas y mentales, por medio del trabajo, con fundamento en la persona humana y la integración social de los ciudadanos.

Otra de las leyes es la ley 10.216 del 6 de abril de 2001 que dispone sobre la protección de los derechos de las personas que padecen trastorno mentales y re direcciona el modelo de asistencia social; incluso la ley 10.708 del 31 de julio de 2003,

reconoce un auxilio para la rehabilitación psicosocial; una vez el paciente se encuentre como es denominado por la ley “De Volta para Casa” acceden a 240 reales mensuales según criterio definidos por la ley.

En España, la ley general de sanidad mental del 25 de abril de 1986, tiene con fin la rehabilitación y reinserción social, la potencialización de los recursos asistenciales a nivel ambulatorio; y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio. Ha sido España un país adelantado en el tema mental, pues la ley aún vigente reza de 1986; mientras la colombiana es de 2013 y una política del 2018, más de dos décadas de ventaja.

México expidió en el 2011 su ley de salud mental mediante decreto del 23 de febrero, donde se resalta, de acuerdo con Ospina (2015) algo bastante importante y que coincide con la intención de este trabajo investigativo, y es declarar que:

Toda persona que habite o transite en el Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición social, condiciones de salud, religión, identidad étnica, orientación sexual o cualquiera otro, tiene derecho a la salud mental y que el Gobierno, las dependencias e instituciones públicas sociales y privadas, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de garantizar el cumplimiento de este derecho, mediante una política transversal, con respecto a los derechos humanos y con enfoque de género. (p. 14)

Con la ley 408 del 02 de octubre del 2000, Puerto Rico, presenta un enfoque asociado con el cuidado de la salud mental y una especial consideración y protección para las personas con trastornos mentales severos, así como la prohibición de hospitalización o tratamiento sin criterios clínicos para la protección y conservación de derechos constitucionales y la presunción de la competencia mental. Llama la atención también, que la ley 12-06 del 13 de diciembre de 2005 de la República Dominicana, defina la salud mental como bien público, que debe ser promovido y protegido por el Estado a través de políticas públicas, planes de salud mental y medidas de carácter administrativo, legislativo, judicial, educativo; las cuales serán revisadas periódicamente con el objetivo de la mejora continua de la atención en salud mental para todas las personas.

Lamentablemente, existe un número significativo de países latinoamericanos sin políticas específicas en salud mental: Cuba, Chile, Bolivia, Ecuador, Venezuela, Nicaragua, Perú, Uruguay, Paraguay, Costa Rica, El salvador, Honduras, Panamá, Guatemala. La OMS se ha encargado de realizar informes sobre el sistema de salud mental en estos países con el objetivo de evaluarlo, teniendo en cuenta aspectos como la política y el marco legislativo; el financiamiento de los servicios de salud mental; las políticas implementadas para la defensa de los derechos humanos; los servicios prestados para la atención en salud mental; la salud mental en la atención primaria de salud; entre otros lineamientos (Ospina, 2015).

En el documento Análisis Jurídico y Seguimiento a La Política Nacional de Salud Mental en Colombia (2022) de la Dependencia Delegada para el derecho a la Salud y la Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo, se pretende analizar qué tan efectiva ha sido la implementación de la Política Nacional de Salud Mental y de la Política Nacional de prevención al Consumo Sustancias Psicoactivas a partir de los objetivos por ellas propuestos entre el año 2020 y el año 2021. Esta tarea está a cargo de las secretarías de salud territoriales, las cuales han presentado dificultades en la implementación de las políticas a nivel territorial en tanto la naturaleza centralista del país, los recursos destinados a las localidades y el desarrollo del sistema y de la red de salud en cada departamento y municipio del territorio nacional.

El informe hace un comparativo a nivel departamental bajo la pregunta: ¿qué tan efectiva ha sido la implementación de la Política Nacional de Salud Mental y de la Política Nacional de Atención y prevención al Consumo Sustancias Psicoactivas en el territorio nacional con base en los objetivos que estas plantean? Y en él se encuentra que, de los 32 departamentos, solo veintitrés (23) tienen conformado el Consejo Departamental de Salud Mental que corresponde al 69% con acto administrativo a la fecha de reporte de la información, dentro de los departamentos se encuentra el departamento de Caldas con el acto administrativo decreto 0188 de 2018 para la política de Salud Mental de la que se ha hablado en este trabajo “sentido social incluyente”. La atención integral en salud, más allá del análisis, arroja como resultado que el 81% de los departamentos no incluyó en el Plan de Desarrollo Departamental la Política Nacional de Salud Mental, en

consecuencia, no se realizan acciones que impulsen la implementación de la PNSM esta meta no se ha logrado al 100%.

Dentro de las dificultades encontradas para el departamento de Caldas en cuanto a promoción y prevención es Alta rotación de personal de las ESE, no existe una complementariedad entre el PIC y el Plan de Beneficios, dado que en los primeros niveles no hay desarrollo de actividades en salud mental. Se reconoce un bajo nivel de recursos destinados a la salud mental tanto a nivel departamental como municipal. Los 26 municipios de Caldas en promedio destinaron entre 15 y 20 millones para las estrategias en salud Mental, lo que no alcanza a cubrir los eventos en salud pública (violencia de género, conductas auto lesivas, consumo de SPA, y trastorno mental). Faltan lineamientos nacionales para el desarrollo de la Ruta integral de Atención en Salud Mental, 'pues en Caldas se está en proceso de implementación de la RIA por consumo de SPA, que fue escogida como prioritaria.

Las estrategias comunitarias requieren continuidad y con la anualidad de los recursos y procesos de contratación necesarias; por el contrario, se reducen a menos de 10 meses y sin continuidad. Frente a las redes integrales con enfoque de atención primaria para la Salud Mental y epilepsia, en el departamento, no existe una red integral específica para la salud mental. Se pone de manifiesto que las EPS cuentan con red de servicios ambulatorios y hospitalarios en psicología y psiquiatría, pues identifican como fortalezas la atención por consumo de SPA en Manizales, donde se cuenta con servicio de hospitalización para trastorno mental y epilepsia de tercer nivel, teniendo en cuenta que la capital tiene urgencias psiquiátricas de tercer nivel. Como dificultad se expresa que la escasez de recursos impide ampliar la cobertura en todo el departamento, también se manifiesta que el ministerio de salud no ha reglamentado la RIA de salud mental.

Según el informe, 30 de los 32 departamentos han realizado estrategias y acciones sectoriales e intersectoriales en cumplimiento de la política pública de salud mental; sin embargo, manifiestan presentar dificultades en la implementación, ejecución y articulación con los diferentes sectores. Para Caldas estas estrategias y acciones son: la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades; atención integral de las personas familias y

comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas. Así mismo, cuentan con actividades que integran la comunidad, las Juntas de Acción Comunal y las organizaciones sociales, dando a conocer las diferentes acciones estrategias que se implementan para el desarrollo de los objetivos PNSM – SPA.

Finalmente, en cuanto a redes integrales con enfoque de atención primaria diseñadas para la atención en salud mental y epilepsia, de los 30 departamentos que reportaron la información, 25 la tienen conformada; no obstante, presentan deficiencias en la atención primaria. Y respecto los prestadores de servicio en salud mental con mayor proporción, se encuentran en los departamentos de Antioquia, Boyacá, Bolívar, Valle del Cauca, Norte de Santander, Santander, Cundinamarca y Córdoba. Una de las principales barreras es que la mayoría de los departamentos no cuentan con la identificación de los prestadores de servicios de salud mental.

Por ejemplo, de acuerdo con el documento Caracterización de las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013 2022, éstas presentan dentro de las dificultades para llevarse a cabo, que las entidades territoriales de carácter municipal no cuentan con instituciones prestadoras de servicios de salud habilitados para hospital día, por lo que el proceso que se efectúa es la remisión a hospitales insulares, no cuentan con grupos de apoyo por parte de las IPS y ESE en su territorio, no existen base de datos de los grupos de apoyo de pacientes y familias, y conectividad es reducida para la telemedicina. “En algunos departamentos y municipios en especial los que cuentan con gran extensión de área rural, no cuentan con unidades de salud mental, por lo tanto, recurren a los servicios de clínicas psiquiátricas del área metropolitana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Es el caso del municipio de Aránzazu, pese a la existencia de la problemática en salud mental, no se cuenta con un hospital mental, teniendo que recurrir los pacientes a la clínica San Juan de Dios del área metropolitana del departamento en la ciudad de Manizales. Estas barreras son susceptibles de mejora, puesto que implican el conocimiento de la estrategia, planificación para su desarrollo, conocimiento de los



servicios que se encuentran habilitados y la existencia de fuentes de financiación que permitan su implementación.

Como caso de éxito de referencia, en el departamento del Quindío en el municipio de Filandia, existe el Hospital Mental que ofrece servicios complementarios en salud mental en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, desde los servicios ambulatorios, hospitalarios y de internación parcial, que cuenta con cuatro sedes habilitadas en el departamento: dos en Filandia, una en Salento y otra en Armenia. El municipio cuenta con el Plan Territorial de Salud “Unidos por el Cambio para la Salud” 2020-2023, enfocado en cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, donde se incluye la dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, que integra todas las actividades relacionadas dentro de esta dimensión. Esto implica que al tener una ESE especializada en salud mental como lo es la ESE Hospital Mental de Filandia, se tiene el acceso a los servicios relacionados en salud mental con prioridad para las personas habitantes o residentes del municipio; por tal razón, siempre que se necesite activar una ruta en salud mental, se tiene como aliado a la ESE Hospital Mental para este tipo de atenciones en salud.

Y es que el municipio reconoce que se deben tener en cuenta diversos factores sociales, económicos y familiares que influyen en las conductas violentas, y de acuerdo a esto se deben generar estrategias que tengan efectos positivos en los asuntos de convivencia, que impacten los comportamientos individuales y en la seguridad ciudadana; es por ello que, priorizan la salud mental de las personas y sus entornos familiares, impactando en trastornos como la depresión y en emociones como la ira y la impulsividad, a través de la concientización, sumada al fomento de nuevas habilidades y nuevos patrones de pensamiento (ASIS, 2021), reconociendo que la primera causa de mortalidad son las agresiones (homicidios), la tercera las lesiones auto infligidas (suicidios) y la cuarta los trastornos mentales y de comportamiento, que en la primera infancia es la segunda causa de morbilidad, en la infancia la primera, en la adolescencia también la primera, debido al uso de sustancias psicoactivas (SPA), igual que en la etapa de la juventud, también es la primera en la adultez y en la vejez igual que en todos los cursos de vida anteriores.

La morbilidad por salud mental muestra un panorama similar en la mayoría de cursos de vida, en este grupo se analizan los trastornos mentales y del comportamiento los cuales representan la primera causa de consulta en todos los ciclos vitales, en la adolescencia y juventud se debe iniciar la intervención de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas (SPA), las cuales deben ser intersectoriales, desde la orientación para el uso adecuado del tiempo libre, tamización para detección temprana de alteraciones mentales, adherencia a tratamientos cuando se requiera, acompañamiento a familias y cuidadores y acceso a los servicios de salud de forma oportuna.

La disponibilidad de una institución de salud en el municipio es una oportunidad de fortalecimiento de la salud mental para la población, motivo por el cual los profesionales de dicha entidad pueden ser un apoyo importante para la estrategia de intervención, además del sector de educación, de protección social y de seguridad (ASIS, 2021). Bajo el lema “Salud mental posible para todos” y dentro de sus valores corporativos se encuentra la humanización, como garante de la dignidad y respeto de los usuarios, acogiendo sus necesidades desde la escucha.

Es así como de este análisis comparativo, tomando en cuenta lo planteado por González (2016) se desprende que:

Los hospitales generales se conciben como instituciones públicas y/o privadas oferentes de servicios de salud que deben realizar redistribuciones de espacio y lugares para los pacientes y usuarios, así también deben distribuir los lugares de servicios y recursos humanos para responder a las necesidades de atención de los pacientes con enfermedades mentales. (p. 11)

Esto implica, una reducción de los recursos en otras áreas del hospital, a cambio de destinar más fondos a la creación de espacios que garanticen la tranquilidad y el desarrollo de las actividades terapéuticas de los pacientes psiquiátricos tales como clases de música, teatro, charlas grupales, danza, entre otras. Si no disponen de partidas presupuestarias adicionales, esta movilización de recursos puede llegar a perjudicar la oferta de servicios para los pacientes que sufren otras patologías distintas a las

psicopatías (Van, 2020). Pero ello no es posible, si no existe una articulación entre los planes territoriales de salud con los planes de desarrollo municipales para el caso, no solo en cuanto a la cobertura, también a la continuidad del servicio en salud mental como parte integral de la salud.

### **3.3.2 Articulación Planes Territoriales de salud con planes de desarrollo territorial, en el componente salud integral que abarca salud mental.**

De acuerdo al Ministerio de salud y protección social Planes Territoriales de Salud (PTS) 2020-2023, el Plan Territorial de Salud es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública. En este sentido, la ley 1122 de 2007 ordena incluir acciones encaminadas a la promoción de la salud mental en los planes de salud pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial. Por eso, en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Decreto 3039) la salud mental es resaltada como prioridad nacional y se estimula para que sea incorporada en los planes territoriales de salud (PTS) y en el Plan Decenal de salud pública 2012-2021.

Sin embargo, de acuerdo a lo reportado por las secretarías de salud departamentales se encuentra que hay departamentos que manifiestan que las EAPB y la IPS no la han implementado y en otros casos manifiestan la deficiencia en la prestación del servicio (MinSalud, 2022), siendo competencia del Ministerio de Salud y Protección Social, evaluar y hacer el monitoreo a las EAPB para verificar el cumplimiento de lo trazado en la ley. Así mismo, de acuerdo con estos reportes, también se manifiesta que el personal especializado y la capacidad instalada son insuficientes como lo explica la Defensoría del Pueblo (2022), conllevando a un diagnóstico tardío y el deterioro de la salud mental de los usuarios que son sometidos a largas listas de espera para una consulta con un psiquiatra.

Así las cosas, evidenciando las deficiencias en la articulación de Planes Territoriales de Salud con Planes de Desarrollo Territorial, en el componente salud integral que abarca salud mental y en la implementación de los mismos, El Ministerio de Salud (2022), propone una línea acción para articular y ejecutar en los territorios la política e incluirse

en los planes territoriales de salud integrados a los planes de desarrollo, promoviendo la convivencia y salud mental en los entornos con estilos de vida saludables, involucramiento parental, educación en habilidades psicosociales para la vida propuestas por la OMS, el fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental; la prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia; la cualificación de los dispositivos de base comunitaria adaptándolos; la prevención de la conducta suicida, fortaleciendo las acciones de detección e intervención temprana de riesgos en salud mental y epilepsia en la atención de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna; la atención integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia, tratamiento integral y rehabilitación integral e Inclusión social, Identificando y caracterizando a las personas con trastornos mentales, sus familias, cuidadores y comunidad de referencia, remitiendo oportunamente los casos detectados a los servicios de salud y a otros sectores, para realizar seguimiento con la familia y la comunidad y de este modo apoyar y acompañar a las familias y cuidadores de personas con trastornos mentales, incluyendo el fortalecimiento de capacidades para el manejo del trastorno mental, conformando grupos de apoyo y de ayuda mutua que contribuyan al fomento de acciones de reducción del estigma y prevención de la exclusión social, y fortaleciendo redes socio institucionales para la gestión de oportunidades sociales, laborales, educativas, de recreación y cultura para las personas con trastornos mentales.

También es preciso fortalecer las organizaciones sociales y comunitarias para la planeación participativa en salud mental, la evaluación de servicios de salud, la movilización social y la incidencia política, así como la gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial, describiendo las acciones y estrategias dirigidas a la identificación y transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida con el diseño, implementación y evaluación de las acciones complementarias para la atención integral en salud mental, la promoción, fortalecimiento y gestión de lo necesario para garantizar a la ciudadanía su integración al medio escolar, familiar, social y laboral, como objetivo fundamental en el desarrollo de la autonomía de cada uno de los sujetos junto a la gobernanza multinivel; es decir, la responsabilidad compartida entre los distintos niveles de gobierno, que permite a las autoridades públicas

combinar sus experiencias para un mejor resultado del proceso de planificación e implementación de las políticas públicas.

En cuanto a los entes territoriales, dentro de las preguntas tabuladas para formalizar el registro de datos que configuran el Plan Decenal de Salud Pública, se encuentran: enuncie cuales estrategias y que acciones fueron priorizadas en su departamento en cumplimiento a la política de salud mental y sustancia psicoactivas; indique las dificultades presentadas durante el periodo 2020-2021; Indique el acto administrativo mediante el cual fue incluida la política de salud mental en el plan de desarrollo departamental; indique a que eje fue asignado; indique las acciones sectoriales e intersectoriales incluidas y desarrolladas en el plan de acción departamental para el desarrollo de las estrategias en la implementación de la política de salud mental y sustancia psicoactivas Periodo 2020-2021: anexe los indicadores de cumplimiento de la PNSM Y SPA, establecidos en el plan de acción departamental Periodo 2020-2021; indique de qué forma se han vinculado las comunidades, juntas de acción comunal y organizaciones independiente para alcanzar los objetivos de la PNSM Y SPA periodo 2020-2021; ¿cuáles han sido las redes integrales con enfoque de atención primaria diseñadas para la atención en salud mental y epilepsia?, enuncie fortalezas y dificultades; ¿cuál es la capacidad instalada actualmente de servicios de salud mental (psiquiatría y psicología) en su departamento?

Como resultado, observó el MinSalud que: “aunque se han realizado algunas acciones sectoriales e intersectoriales no se llegó al cumplimiento de las metas”. De ahí la importancia de fijar las metas de salud mental en los planes de desarrollo territorial, con el objetivo de que sean metas aterrizadas, medibles, cualificadas y cuantificadas y finalmente con resultados; adicionalmente, alinearlas con los ODS que tiene dentro del objetivo salud y bienestar como meta para el 2030: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar. En ese orden de ideas, la articulación intersectorial e interinstitucional conforme a los parámetros constitucionales y legales, con el fin de proteger el derecho a la salud mental y garantizar su eficacia, debe ser circular y no vertical, ni tampoco horizontal, porque en términos matemáticos un

segmento de línea tiene un principio y un fin, mientras que el círculo tiene un centro, en este caso la salud mental; también tiene un radio, con el cual se une el centro con cualquier segmento de la circunferencia; es decir, que ese centro, debe conectarse con cada entidad y estas a su vez, deben conectarse con el territorio.

Esto hace que se presenten dificultades en la implementación de la política en el país tales como ausencia de grupos de apoyo como una de las medidas del artículo 13 de la ley 1616 de 2013 por parte de las IPS y ESE, la inexistencia de programas creados para el apoyo a la salud mental en el territorio; ausencia de servicio y de una base de datos de los grupos de apoyo de pacientes y familias ya que los servicios habilitados no cuentan con esta modalidad. Estas dificultades podrían superarse, según los documentos de caracterización de las iniciativas territoriales con enfoque en las modalidades de atención presentado por MinSalud (2022), con el conocimiento de la estrategia, la planificación para su desarrollo, el conocimiento de los servicios que se encuentran habilitados y con fuentes de financiación que permitan su implementación.

**Figura 5.**

Contexto legal y operativo de la Salud Mental



Nota: elaboración propia

La revisión sobre salud mental en Colombia, subrayó la existencia de serias barreras de acceso a los servicios, relacionadas con diferentes factores del sistema de salud y de sus integrantes y dificultades económicas, geográficas, culturales, asociadas con la oportunidad y la percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades (Rojas-Bernal et al., 2018),

Ahora bien, como parte de las estrategias en respuesta a la implementación de política de salud mental, el departamento de Caldas, donde se encuentra ubicado el municipio de Aranzazu, contempla dentro de su Plan de Acción Departamental 2020-2023 las siguientes acciones:

Promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades, entendidos como sujetos individuales y colectivos, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia con la vinculación de comunidades J.A.C y Organizaciones independientes

Estrategias y Programas que se han diseñado para la prevención y mitigación de los eventos y problemáticas en salud mental tales como conductas auto lesivas y auto destructivas y la identificación temprana de problemáticas que afectan la salud mental. Estas estrategias, acompañadas de La Red de Veedores en Salud del departamento de Caldas. (p. 11)

Sin embargo, estas acciones presentan desatención y desarticulación con los planes de salud territorial y con las estrategias municipales, pues el municipio de Aranzazu, respecto a la salud mental, solo cuenta de manera materializada con el programa RBC y eso que no se extiende a toda la población, debido a coyunturas políticas y administrativas que determinaron no dar continuidad a los demás programas. Frente a estas dificultades, la OMS recomienda, aumento de los servicios comunitarios, la reducción de hospitales psiquiátricos y el uso de los servicios psiquiátricos dentro de hospitales generales; empero, cuando hay menor inversión en salud mental, mayor

porcentaje de esa inversión se destina a hospitales psiquiátricos puesto que éstos carecen de datos probatorios de eficacia (OPS, 2018).

El 28% de los países no tienen una inversión específica para la salud mental, la financiación de los servicios es baja; es decir, el porcentaje de gastos en salud mental equivale a menos del 1% del presupuesto sanitario, lo que evidencia el alto desequilibrio entre los recursos asignados a la Salud Mental y el impacto de los trastornos mentales (OMS, 2003, p.3).

En conclusión, la PNSM traza los lineamientos y los enfoques para el desarrollo de sus acciones a través de la sectorialidad e intersectorialidad, cuyo objetivo es alcanzar las metas del Plan Decenal de Salud Pública; sin embargo, no ha sido posible alcanzar dichas metas, por las múltiples dificultades que desde el territorio se enuncian, tales como presupuesto, la cultura organizacional de las entidades, y la omisión de los entes territoriales en tomar las acciones. Una de las mayores dificultades referenciadas desde las secretarías de salud departamentales es la alta rotación del Recurso Humano de las entidades de salud y entidades públicas administrativas, lo que dificulta la continuidad de los procesos (Defensoría, 2022).

A todo esto, también se agrega la poca asignación de recursos para materializar las estrategias que requiere la implementación de la política de salud mental. De acuerdo al informe de la defensoría es necesario expedir un nuevo CONPES que se ajuste a las necesidades de la implementación de las Políticas. El actual CONPES 3992 de 2020 se proyectó al 2023 y ha sido insuficiente para alcanzar las metas propuestas. En este sentido, la desarticulación sectorial e intersectorial hace que se ejerza poca asistencia técnica en salud mental en los territorios y que las Secretarías de Salud departamental y municipales no sean efectivas en el monitoreo, evaluación en la implementación de la Política. Y sobra reconocer los factores de tipo social, los cuales son un alto riesgo para el deterioro de la salud mental; por ello se propone como una de las esferas entre otras para el fortalecimiento de la salud mental, el arte como forma de expresión individual y colectiva y con enfoque de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) como terapia comunitaria.



### 3.4. Arte, Salud Mental y Locura

De- presión  
“Vivir la vida de otro es una bomba de tiempo  
que te explota en la cara tarde o temprano,  
Hacer feliz a los demás no compensa  
el sufrimiento de perderte a ti mismo”.

Rayada Mapu (2016)

El poema de rayada Mapu (2016) hace parte de un texto construido por pacientes con trastornos mentales a través de la Red Expresarte, una organización con fines de apoyo terapéutico, para personas con necesidades en salud mental, conformada por un grupo de profesionales con experiencia en atención de crisis psicológica y manejo de trastornos mentales con desarrollo humano y un enfoque comunitario por medio de creaciones artísticas de los pacientes, como propuesta de valor en su terapia comunitaria (Conversatorios, huerta, club de lectura y escritura, inglés artes y oficios). De acuerdo con las cifras que entrega la Red (2021), la promoción de la SALUD MENTAL general, y el apoyo a las personas que sufren trastornos psiquiátricos, reducen el absentismo en un 41%, generando un aumento en la productividad de un 59%, y un impacto en la imagen institucional, acompañado de la rentabilidad empresarial, en un 17%.

Las expresiones del arte han sido en el contexto de la enfermedad mental y en la historia una idea romántica, donde el paciente es llamado el “genio loco”. Actualmente las prácticas artísticas en el campo de la salud mental se definen con finalidades psicoterapéuticas o como prácticas sociales que puede tener incidencia en el mejoramiento de la salud de las personas que participan en ellas (Morales, et al, 2020). La danza, el teatro, la pintura, el dibujo, el canto, la fotografía, entre otros, son expresiones del arte que como cualquier “actividad o producto realizado por el ser humano, tienen una finalidad estética y/o comunicativa, mediante la cual se expresan ideas, emociones o, en general, una visión del mundo utilizando diversos recursos como los plásticos, lingüísticos, sonoros o mixtos”. (Tatarkiewicz, 2002)

En el año 1876 Max Simón sugirió la utilidad de las producciones artísticas de los enfermos para diagnosticar sus trastornos mentales o cerebrales (Ferigato, et al, 2011). En 1922 el Doctor en psiquiatría, Filosofía e Historia del arte, Hans Prinzhorn, publicó el

libro *“Die Bildneri der Geisteskranken”* (Creaciones de enfermos mentales), explicando que la creación artística les servía para expresar su experiencia de la enfermedad (Marxen, 2011). Para 1942, surge el término arte terapia, acuñado por el artista y educador Adrian Hill, para referirse al proceso mediante el cual las personas, al expresarse por medio de la actividad artística, experimentaban un mayor bienestar (Aranguren & León, 2011).

En el año 1970, el Doctor Franco Basaglia logra en Italia el cierre de los manicomios donde se recluía a las personas con padecimientos mentales. Basaglia pudo introducir una estructura comunitaria y una atención interdisciplinaria basada en la comunidad. Tales influencias promovieron el uso de actividades artísticas, como recurso terapéutico en los servicios de salud mental (Ferigato et al, 2011). El arte tenía entonces un potencial crítico para interrumpir los discursos psiquiátricos establecidos (Marxen, 2011).

Así, el arte era considerado una alternativa para las personas con diversidad mental y como una forma de aprehender el mundo a través de una estrecha relación entre el contacto afectivo y la realidad, promoviendo armonía, estimulación de la imaginación y elevando el potencial creativo, que, en últimas, genera bienestar, felicidad, dignidad. Por ejemplo, en los estudios realizados por Freire-Coqueiro (2010) con personas con capacidades especiales psiquiátrica, se pudo evidenciar que la utilización de cualquiera de los lenguajes artísticos puede establecer herramientas importantes para ayudar a los grupos de personas con trastornos mentales. Los espacios artísticos pueden ser percibidos como espacios de construcción y reconstrucción de la integración, la socialización, la libertad de experimentación y la expresión artística, con el objetivo final de minimizar el sufrimiento mental. La persona va apropiándose de sus propios contenidos, se conoce y va convirtiéndose así en un sujeto activo (Morales, et al, 2020).

El arte en las personas con padecimientos mentales permite que estos abandonen su condición de "enfermo psiquiátrico", "interno", "ex interno" o "discapacitado", para presentarse como artistas y ser reconocidos por su obra. Esta situación los coloca en un lugar diferente ante la sociedad, constituye la posibilidad de borrar la identidad históricamente producida para dar lugar a nuevas formas de pensarse y ser vistos (Ferigato, et al, 2011). Es así como las actividades artísticas tienen no solo una función

terapéutica, sino también como práctica social, que mejora su salud y la adaptación al colectivo social. En este sentido, Ferigato et al. (2011) plantean que se trata de prácticas que pueden ser un instrumento de lucha y transformación contra las prácticas en la atención de la salud mental hegemónicas que violentan los derechos humanos. Con base en las conceptualizaciones sobre los padecimientos mentales, es posible pensar en la importancia que tiene el arte para el desarrollo de capacidades y apoyos necesarios para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y en la integración social (Oyarzo, 2015).

A continuación, a partir de la lectura del artículo: Reflexiones sobre la relación entre Recreación Guiada y la Salud Mental, concebida desde un punto de vista integral, (2020), se presenta un ejercicio de transcripción de la descripción de un bello y a la vez trágico ejemplo entre el arte y la locura; cuyo protagonista es uno de los artistas más destacados del siglo XIX.

*“¿Qué sería la vida si no tuviéramos el valor de intentar algo? / A pesar de todo me levantaré de nuevo. / Voy a tomar mi lápiz, que he dejado en mi gran desánimo, / y voy a seguir con mi dibujo”.*

**Vincent van Gogh**

*- ¿Te disparaste?*

*-No lo sé. –*

*¿Tienes un arma?*

*-No, pero por favor, no culpes a nadie.*

*Esto último pronunciaba Vincent al doctor Gachet en el lecho de su muerte, dos días antes de morir. Sus palabras, tan incomprensibles como él lo había sido a lo largo de su vida, no daban certeza de lo que le había ocurrido en los campos de Auvers-sur-Oise, a las afueras de Paris aquel 27 de julio de 1890. Su hermano Theo se encontraba en camino por tren desde Paris al darse cuenta de lo sucedido. Vincent*

*había arribado a Auvers-sur-Oise dos meses antes; ya había pintado 75 cuadros y más de 100 dibujos. Esa tarde, antes de llegar caminando a la posada donde se hospedaba y caer sobre su cama, con una bala calibre 7 alojada en sus entrañas, se encontraba en los trigales pintando, como era habitual en sus días, porque eso es lo que él era, un pintor. La vida de Vincent van Gogh nos retrata el sufrimiento de muchas personas. Desde muy pequeño su lucha fue la de encajar para los demás, incluso para sus padres, quienes no veían en él virtud ni orgullo*



*Ilustración 6. Van Gogh (1890). Tres raíces*

*Cuando Vincent llegó a Arlés, su salud mental se encontraba fragmentada. Era un sujeto deleznable al que le costaba intercambiar palabra alguna con las personas y mucho más con las mujeres, de las que vivió enamorado pero incapaz de relacionarse. Incluso transcurrían semanas sin hablar con nadie. Esto hizo más difícil que Vincent se dedicara a pintar modelos, así que se distanció mucho más de la sociedad y se refugió en la naturaleza del campo y en la belleza de los días para retratar sus sentimientos.*

*Mientras vivió en Arlés, apartado de casi toda la esfera social, se comportaba como ermitaño. Lo llamaban el “loco de pelo rojo Salvo por pequeñas amistades con las pocas personas que logró retratar, era indeseado en el pueblo; causaba temor; se mostraba hostil en su relación con los demás. Empezó a tener episodios de paranoia*

*provenientes de visiones cada vez más frecuentes. Vivía atormentado por los recuerdos de su infancia y por lo insignificante que se sentía ante la poca aceptación en el gremio de los artistas. En ocasiones se comportaba violento. La gota que rebozó el vaso sucedió el 23 de diciembre de 1888, cuando en un ataque de ira y perturbación cortó su oreja izquierda con una hoja de afeitar y la dió envuelta en papel periódico a una camarera de un burdel para que se la entregara a su amigo Paul Gauguin, que por esos días lo había visitado y con quien había discutido; Gauguin le confesó que lo dejaría y retornaría a París, donde era famoso. En realidad, estaba exhausto y conmocionado de la frialdad en la que Vincent vivía. Empezó a dar en sus obras pinceladas turbulentas, de giros inesperados, tal vez contrastando con lo confusa que se encontraba su vida en esos momentos de depresión, ansiedad y cansancio mental. Luego de este episodio, se internó en el hospital psiquiátrico de Saint-Rémy-de-Provence, donde continuó pintando; su salud mental mejoró considerablemente*



*Ilustración 7. Van Gogh (1889). La noche estrellada*

Pudo más la noción de locura para definir a Vincent, que la de hombre pasional que ofrece una óptica de la realidad distinta a la que ven otras personas. Pero Vincent, el pintor, aunque sufre con sus comportamientos diferentes los adopta y los domina, llegando a considerar que sus obras no son retrato de su locura, sino más bien piezas

logradas a pesar de su locura. Actualmente, muchos rasgos de la psiquiatría clásica imperantes en tiempos de Van Gogh, persisten al momento de valorar la salud mental de las personas. No solo hay un diagnóstico sino tratamientos en los que la medicalización es protagonista del control y sometimiento de la mente ¿Pero que se está haciendo por el individuo y su dimensión espiritual y emocional? ¿Acaso la reclusión en instituciones de salud mental es la respuesta adecuada a estos casos de perturbación mental? Desde la medicina social y colectiva se proponen otras respuestas, en el que el acompañamiento y el apoyo emocional para los sujetos que sufren de algún cuadro patológico es el camino para su reinserción a la vida social y cotidiana.

Van Gogh es un representante de todas las personas que se encuentran bajo el sufrimiento psicosocial. Su historia es el símbolo de las batallas que libran por querer ser alguien en la vida a pesar de la perturbación y los trastornos mentales; por esta razón, se presenta como insignia para este trabajo de grado. Vincent nunca veía su sueño hecho realidad. La posibilidad de mostrarle al mundo la belleza innata de la naturaleza y la razón de ser de las cosas que sus ojos podían captar y de admirar las virtudes y la esencia del tiempo que el ser humano no puede observar; sin embargo, después de su muerte lograría convertirse en el artista que tanto había deseado, el más sensible, el más honesto. El 29 de julio de 1890, en un lecho frío moría Vincent van Gogh y a su vez nacería el más grande de los representantes del arte moderno, “*el loco de pelo rojo*”. Tal vez llegue el día en que nadie tenga que callar sus más naturales temores y mucho menos sus más ocurrentes locuras, porque a la postre el mundo se podría estar perdiendo de un gran artista y a la vez a una maravillosa persona (Morales, et al, 2020).

Termina este bello pero trágico y lamentable suceso, expresando que, en definitiva, todos tenemos “**DERECHO A LA LOCURA**”.

Ahora bien, se ha presentado el análisis del arte como el primer componente que debe ser incluido en la política pública de salud mental para el municipio de Aránzazu como propuesta de articulación con los planes de desarrollo del territorio; sin embargo, el espectro se amplía si se habla del término recreación, que no sólo abarca actividades lúdicas, sino que es entendido como un carácter polisémico por ser comprendida y

estudiada desde múltiples miradas (Mesa, 2004), que se construye dependiendo del contexto social, histórico y cultural en que se desarrolle.

En Congreso de la Republica (2021), según se establece en el Proyecto de Ley No. 400, refiere sobre las dimensiones lúdicas y artísticas:

Se trata de una experiencia realizadora producto de la participación activa, voluntaria y autónoma de sujetos y grupos en vivencias mediadas por el arte, el juego, las manifestaciones culturales de los pueblos, las relaciones sociales vitales, las relaciones con la naturaleza y los entornos, que construyen un modo de enfrentar y apropiar la vida que excluye la competencia y promueve el compartir como un modo de ser y estar, y, la relación con el mundo desde una dimensión lúdica que lo armoniza en su estar cotidiano, abriéndolo a otros mundos posibles. (Art. 4, No. 2)

La recreación, ha sido equiparada históricamente al Ocio, que incluso Aristóteles consideraba como un fin en sí mismo: “un fin a alcanzar que todo hombre y toda sociedad debían perseguir para garantizar sus momentos de paz” (Morales, et al, 2020, p. 17). También, como afirma De Gracia (1962) sobre el Ocio:

Las guerras se hacen para tener la paz, y la paz es necesaria para el ocio” -y continuó- “cuanto mayor sea la abundancia de bendiciones que caiga sobre el hombre (en tiempos de paz), mayor será su necesidad de sabiduría y la sabiduría es la virtud que no puede aparecer más que en el ocio (p.2)

Es así como el Ocio para los griegos “*Schole*”, es el estado donde el hombre puede pensar en paz y contribuir sabiamente a la construcción social e identifican como maneras de ejercer el Ocio, la música y la contemplación, las cuales cultivaban el bienestar mental. Curiosamente para ellos, que el hombre mantuviera ocupado en sus negocios particulares, le impedía pensar para participar en política. Por ello la definición griega de “*Schole*” u ocio era la de “estar libre de la necesidad de estar ocupado” y era una libertad deseada que permitía cultivar el espíritu y el cuerpo” (De Grazia, 1962). Posteriormente, con el establecimiento del Imperio Romano, en tiempos de Séneca, el Ocio pasó a ser una actividad secundaria de descanso, pues el mantener el imperio requería mucho trabajo y dedicación y a centrar dicha actividad en lugares y tiempos



específicos como el coliseo, transformándose en estrategia de control social de los ciudadanos y donde nació la populista y satírica fórmula “Panem et circenses” (De Grazia, 1962).

En la actualidad, varios autores han relacionado el Ocio; es decir, la recreación con espacios y condiciones de bienestar; para Iso-Ahola (2005), la participación en ocio contribuye a alcanzar estados óptimos de bienestar que afectan positivamente la salud de las personas y que contrarrestan los efectos de trastornos como el estrés y la depresión:

Los estudios sobre ocio que ha desarrollado se enmarcan en los componentes de “Libertad Percibida y Motivación intrínseca”. Cuando las personas se sienten capaces de controlar lo que hacen durante el tiempo libre o el tiempo de no obligación, tiene más posibilidades de percibir “autodeterminación”. Este último concepto se refiere a la capacidad de autonomía que puede lograr una persona. La autodeterminación y los vínculos sociales afectivos son categorías de bienestar que según Iso-Ahola se pueden alcanzar con la participación en ocio y se potencializa al realizar actividades con amigos o personas cercanas. (p. 72)

En otras palabras, estas actividades aportan significativamente en la salud física y mental, incidiendo en el humor y la emocionalidad, reduciendo los riesgos de estrés y depresión, pues la recreación es considerada una actividad ligada al deporte, el ejercicio, la construcción de vínculos afectivos y emocionales, en prácticas altruistas y desde luego, actividades. Por eso, el concepto de “Recreación” ha estado asociado con la idea de “Actividad”. De acuerdo con Gómez y Elizalde (2010):

La Recreación desde su origen norteamericano como “actividad placentera con potencial educativo”. En los Estados Unidos un movimiento conocido como “Recreacionismo”, que sistematizó conocimientos y metodologías de intervención para niños, jóvenes y adultos incentivando la práctica de actividades recreativas catalogadas como “saludables, higiénicas, moralmente validas, productivas y vinculadas a la ideología del progreso. (p. 5)



En Colombia existe el Plan Nacional de Recreación, 2020-2026- Estilos de Vida Recreación, asociado a la Ley 181 de enero 18 de 1995, que en su artículo. 5º, define la recreación como un proceso de acción participativa y dinámica, que facilita entender la vida como una vivencia de disfrute, creación y libertad, en el pleno desarrollo de las potencialidades del ser humano para su realización y mejoramiento de la calidad de vida individual y social, mediante la práctica de actividades físicas o intelectuales de esparcimiento. A este proceso Mesa (2003- 2004) lo nombra como “mediación semiótica”:

No son las actividades recreativas de por sí; recreativo es la sensación y la sensibilidad emocional que alcanzamos al sentirnos significados durante la realización de esa actividad. Una persona, sentada en su sofá, que se conmueve y llora al ver “Lo que el viento se llevó” el clásico de Víctor Fleming o quizás la famosa telenovela colombiana “Yo soy Betty la fea” del gran maestro Fernando Gaitán, se recrea de igual manera que la que practica salto boongie. Es la persona quien significa y le da sentido de recreativo a la actividad que ama realizar, por ello el atributo de semiótico en la Recreación como una movilización cognitiva-emocional que se activa en las personas cuando estas participan en prácticas recreativas provenientes de su entorno social. (p. 82)

Es así como en la ciudad de Cali en el 2020, exactamente en barrios altamente vulnerables como “Las Pampas del Mirador” y algunas zonas rurales como “Felidia y Villa Carmelo”, se realizó una práctica experiencial vinculando la salud mental con la recreación a partir de la modalidad Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) aplicada a la salud mental, cuya conclusión fue positiva, siendo posible vincularlas porque ambos campos propenden mismos alcances de tipo social: bienestar, participación, colectividad, e inclusión y fortalecimiento de vínculos; generando bienestar mental en los participantes y reduciendo las alteraciones del comportamiento. Adicional a esto, ese matrimonio, crea confianza entre la ciudadanía y las entidades estatales que brindan dichos programas. Para Malaver (2014):

La creación de ciudadanía, y la autonomía de los ciudadanos” son valores de la Salud Mental; de ahí la importancia que tiene para sus líderes el trabajar a favor de

sus comunidades. Participar en un escenario de construcción de política pública se convierte en una búsqueda que les permite sentir significación y satisfacción por la labor que emprenden a favor del entorno en el que conviven y en el que habitan sus familias. (p.12)

Se reconoce entonces, que la construcción de una política pública en salud mental, debe ser aterrizada en el territorio y en las realidades de la comunidad (Morales, et al, 2020). Así lo explica Orzuza (2014) cuándo hace referencia al caso de Argentina, donde una de las prioridades para la salud mental es la inclusión de la perspectiva intercultural, buscando la sensibilidad necesaria a la diversidad cultural para la generación de programas específicos, respetuosos de sus particularidades y diferencias con la cultura hegemónica.

Queda claro que, la salud mental, la cultura y la sociedad son una sola cosa que se regula y materializa a través de las políticas públicas integradas en los planes de desarrollo. Incluso, en el séptimo arte, se identifican películas como “*Yo Soy Sam*” (2001), donde se narra la historia de un padre con discapacidad mental. En el momento en que su hija llega a los siete años de edad, lo alcanza en el nivel intelectual; es decir, ella en cuanto avanza en edad, comienza a tener más capacidad mental que su padre; y el Estado, se cuestiona sobre la capacidad de Sam para educar a su hija, por lo que se enfrenta a un juicio que le puede hacer perder la custodia. Sin embargo, la lección para el Estado es reconocer la capacidad de Sam de amar a Lucy y cuidarla como padre, independientemente de sus capacidades especiales, quedando la custodia finalmente en manos de Sam.

En la película “*Milagro en la Celda 7*” (2019), también un padre con discapacidad intelectual es separado de su hija por culpársele de la muerte de una niña, siendo encarcelado y tratado indignamente en aquel lugar, golpeado y humillado. Otro clásico del cine arte es “*Forrest Gum*”, (1994), donde el protagonista sufre una discapacidad mental y a pesar de ella, se convierte en un testigo privilegiado, y en algunos casos actor decisivo, de muchos de los momentos más trascendentales de la historia de los Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XX, tras correr, producto de su discapacidad, maratónicamente por tres años luego que su novia Jenny no aceptara casarse con él.

También en la literatura, se reconocen obras como la novela “El Divino” (1987) de Gustavo Álvarez Gardeazábal, que transcurre en Ricaurte, un pueblo del norte del Valle del Cauca. El texto narra la cultura de esta pequeña población, donde a raíz de dos sucesos: el primero, el milagro de la aparición en una peña del ícono del divino *Ecce Homo* y el segundo la pesadilla de Mauricio Quintero, joven de la región que para salir de la pobreza entró al negocio del narcotráfico; ambos, venerados por los habitantes del pueblo, uno desde lo religioso, otro desde la codicia y el poder. Allí, el autor al narrar estos sucesos en medio de la idiosincrasia del pueblo, habla de los 39 bobos que tenía para referirse entre otras particularidades del municipio, el alto índice de trastornos mentales que sufren los habitantes de Ricaurte y en general del Valle del Cauca a raíz de los incestos y de la endogamia. Así lo describe Martínez (2019): “con sus solteronas que viven del chisme, sus bobos y sus maricas, Gardeazábal pinta el pueblo apacible y bucólico, incestuoso y endogámico como fueron la mayoría de los pueblos del valle hasta mediados del siglo pasado” (p. 15).

Se habla en la novela de “bobos en exceso” en el municipio y del reconocimiento de su incapacidad al mencionar que en el pueblo solo votaban 93 personas porque a los bobos no los dejaban, y se habla en particular de los bobos “Calixto” y “Maximiliano”, dirigentes de la tribu de intonsos, quienes hacían parte del “batallón de anormales” de Ricaurte. Mientras tanto, las familias se apegan al divino como justificación de sus hijos “bobos”; también aparece “Troilo” como el bobo gordo y peligroso por cuanto en una madrugada estranguló a alguien que buscaba violarlo; y “César Augusto”, el bobo rico del pueblo.

En este sentido, el mundo ha develado la relación intrínseca que existe entre el individuo, el colectivo social y la salud mental con todos sus derechos protectores y garantistas de la dignidad humana.

Hasta aquí, se ha presentado una propuesta de política pública en salud mental para el municipio de Aránzazu desde el arte, el deporte y la cultura en su sentido integral, lo que indica que es pertinente también alzar los cuestionamientos sobre espacios deportivos, lúdicos, culturales del municipio, que en la actualidad se encuentran en condiciones de deterioro.



*Ilustración 8.* Espacios Deportivos abandonados en el municipio de Aranzazu. Norte Noticias (2022).

Ahora, desde el punto de vista clínico, teniendo como base las modalidades establecidas en el artículo 13 de la ley 1616 de 2013 y los lineamientos de la política nacional de salud mental Resolución 4886 de 2018 a partir de la Atención, Tratamiento, Rehabilitación e Inclusión de las personas que presentan algún trastorno mental en su vida, lo primero que debe indicarse es la necesidad urgente de reestructurar la atención psiquiátrica, la cual debe darse desde la atención general; por ejemplo, ya se mencionó en este capítulo que el municipio de Aranzazu, no cuenta con un hospital adecuado para atención de psiquiatría; es más, ni siquiera para atención general, como tampoco existe

un centro de salud mental comunitario a lo que el MinSalud le apueste, desconociendo por completo su problemática en salud mental y vulnerando los derechos conexos de sus población.

Las experiencias internacionales muestran como, en últimas, son las condiciones históricas y culturales particulares de cada país las que determinan las líneas de acción a seguir en los planes de desarrollo, programas y proyectos específicos, para lo cual hay que conocer a profundidad las características diversas de la población y sus condiciones de salud. En general, puede afirmarse que la información existente dentro y fuera del país ofrece elementos suficientes relacionados con los componentes, políticas y elementos básicos a tener en cuenta en un diagnóstico de salud en general y de salud mental en particular y en la formulación de alternativas. Es consensual que en todos los países se organicen las acciones de salud mental a manera de programas; así mismo, coinciden en que la política pública en salud mental sea una política estratégica de Estado, en consideración a su importancia en la productividad y desarrollo del país (MinSalud, 2022).

En ese sentido, la atención debe ser primaria y de detección temprana de la enfermedad, con el fin de reorientar la prestación del servicio, abarcando todas las fases del proceso de salud: enfermedad a saber, promoción, prevención, atención y rehabilitación, pues este servicio es fundamental en el municipio, sobre todo porque las enfermedades mentales en Aránzazu de acuerdo al ASSIS, se registran como enfermedades relacionales y no de base, pues la enfermedad principal en su mayoría de casos es la enfermedad fisiológica; es decir, un paciente con trastorno que es diabético, será tratado como diabético y no por el trastorno. Adicional, el costo de tratar enfermedades mentales en su estado crónico es mucho más alto que haberle brindado una atención primaria evitando llegar a ese estado; también en páginas anteriores, se desarrolló el punto del costo de la enfermedad para el Estado. Para algunos autores, más allá de la atención primaria, lo fundamental es la prevención primaria que se refiere a actividades dirigidas a grupos vulnerables en una comunidad quienes no han sido catalogados enfermos siquiátricos y para quienes se pueden desarrollar medidas para evitar problemas emocionales y/o mejorar su nivel de salud mental positivo (Goldston,

1984). Otros, no limitan las intervenciones de prevención primaria a poblaciones de alto riesgo, sino que plantean acciones dirigidas a la población general, ya sea para promover el bienestar mental o para evitar que se desarrollen problemas de salud mental (Bower, 1963; Task Panel on Prevention, 1978). Siendo considerado el estrés la causa más común de la enfermedad mental.

De acuerdo al enfoque planteado por Bloom (1979), las acciones de prevención deben dirigirse a la población expuesta a eventos estresantes, modificando los factores que contribuyen al desarrollo de consecuencias indeseadas. Según la revisión de la literatura, estos factores corresponden a características de personalidad (percepción de las situaciones, autoestima, percepción de control, confianza en los demás, sentido en las cosas que hace, y flexibilidad) y al soporte social que percibe el individuo (Pulido et al (1989), siendo la pobreza uno de los mayores factores de estrés y por ende con desenlace en problemas y trastornos mentales. En Colombia como lo explican Rondón, et al (2016):

Conforme a la encuesta de salud mental de 2015, se entrevistaron en total a 13.200 hogares, el 13,5% de ellos en condición de pobreza; en estos, el 6,2% de la población adolescente reportó algún trastorno a lo largo de la vida y el 4,6% en los últimos 12 meses; en contraste, en el mismo grupo de edad, pero no en condición de pobreza, las tasas fueron del 7,2 y el 3,3% respectivamente. En adultos en pobreza, la prevalencia de trastornos a lo largo de la vida fue del 9,2 y el 4,3% en el último año; los no pobres mostraron prevalencias del 9,1 y el 3,9 respectivamente. En conclusión, existe una relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y la presencia de afecciones mentales en la población colombiana. (p. 16)

Así pues, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno, son modalidades de intervención efectivas en la prevención; sin dejar antes de estas modalidades, el análisis de las causales de los padecimientos que como se ha visto, en su mayoría de veces son de tipo social en todo su sentido. Martínez (2009) afirma que:

Sería difícil (por no decir imposible) imaginar modalidades de intervención efectivamente preventivas en ausencia de alguna teoría sobre las constelaciones

causales a las que podría atribuirse la ocurrencia del padecimiento. De manera que si desde el punto de vista sanitario más pragmático es innegable la importancia de la provisión de recursos para la atención adecuada, suficiente y eficaz de las distintas clases de trastornos mentales, desde la perspectiva de la investigación académica no podríamos renunciar a continuar en la búsqueda de elementos que nos permitan avanzar hacia la comprensión de un fenómeno indudablemente complejo, pero que se refiere a una dimensión tan fundamental y delicada de la vida humana como es la función psíquica. Desde esa convicción, exploraciones cualitativas como la que aquí se sintetiza podrían ayudar a profundizar en la comprensión de las circunstancias en las cuales estos problemas se originan, y diseñar nuevas medidas que enriquezcan las actuales modalidades de intervención que no renuncien a la posibilidad de encontrar caminos hacia alternativas verdaderamente preventivas. (p. 62)

Y en cuanto al tratamiento, son las EPS y las ARS, de acuerdo a la política nacional, las cuales contratan con las IPS públicas y privadas, las actividades requeridas frente a los procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, tales como las urgencias psiquiátricas, los trastornos psiquiátricos crónicos y la consulta externa garantizando la medicación de sostén de bajo costo prescrita por médico especialista en su defecto médico general, continuidad del tratamiento, controles que ameriten, e inclusión en contextos escolares, laborales, comunitarios y demás que apliquen para la recuperación de estos pacientes (Comisión Reguladora en Salud, 2010).

El tratamiento hace parte del derecho a la salud integral de quienes padecen enfermedades mentales y se debe tener en cuenta el contexto de la persona donde ella vive, piensa y siente, impulsando el intercambio de buenas prácticas y de datos, así como la realización de proyectos interdisciplinarios dentro de una política pública, en un Estado Social de Derecho (Tobón, 2005).

Debe ser óptimo individualizando a las personas con alteración mental, acompañando a esos seres humanos con empatía y comprendiendo que tienen su propia personalidad, así como sus características y conductas en el marco de un contexto particular, para buscar alternativas diferentes a los psicofármacos hasta donde sea posible, que permitan una mejor calidad de vida, porque si bien los medicamentos

pueden proporcionar salud, a la vez pueden desencadenar enfermedad o agravar una ya existente, por lo que deben ser usados con mucha precaución. Parte del tratamiento es la habilitación de camas hospitalarias en los hospitales generales; como se ha descrito, en el municipio de Aranzazu no se cuenta con condiciones adecuadas, ni camas hospitalarias para atender a los pacientes, quienes son sometidos en un cuarto, húmedo y la cama es una “colchoneta sobrepuesta en un muro”. Y se habla de contar con el servicio en hospitales generales porque las personas que presentan enfermedades físicas también requieren el acompañamiento en el área de la salud mental, pues es común que entren en estados de depresión o de angustia que afectan su salud mental y sus condiciones fisiológicas. Adicionalmente, los hospitales psiquiátricos por lo general se ubican cerca de cementerios y de moteles, en las afueras de la ciudad reforzando la estigmatización para las personas con algún tipo de trastorno mental (Defensoría del Pueblo, 2022), siendo excesivo el número de camas en los hospitales psiquiátricos y, por contraste, demasiado exiguo el número de servicios alternativos en la comunidad. Además, aún es insuficiente la capacidad de documentación, monitoria y evaluación (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Otro aspecto clínico, es la rehabilitación como método de reconocimiento y de inclusión social, a través de lo que Mora (2013) describe como:

Estrategias que impulsen y fomenten estilos de vida saludable en contextos como la escuela, atendiendo la perspectiva de ciclo vital. Programas para el desarrollo de actividades en la promoción de la salud mental, el desarrollo psicosocial y comunitario; educación y prevención de situaciones que pongan en riesgo la salud mental como lo son el consumo de SPA, a través de medios de comunicación que incluyan a toda la población y no focalizándolo en ciclos que se crean están en alto riesgo de vulnerabilidad; fortalecimiento de redes de apoyo social e incremento de la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud mental. (p. 55)

Adicional, el aumento de servicios comunitarios, la aplicación de la guía de intervención mhGAP, en los primeros niveles de atención por parte del personal de salud no especializado e involucrando a las comunidades para detectar los casos de angustia,



depresión, y planes suicidas en sus entornos con la conciencia de los determinantes sociales que les afectan. En este sentido, el Dr. Felipe Agudelo Hernández, médico psiquiatra, recomienda en el documento Análisis Jurídico y Seguimiento a La Política Nacional de Salud Mental en Colombia, de la Defensoría del Pueblo, la continuidad del cuidado como un proceso que implica una atención ordenada, un movimiento ininterrumpido de personas entre varios elementos del sistema de prestación de servicios, que además está establecida y garantizada en la normatividad vigente; un aumento de capacidades en salud mental en el primer nivel de atención; una mejoría en condiciones de vida con trabajo intersectorial, las cuales van de la mano con las recomendaciones de la OMS. Sin embargo, se reconoce que aún existen dificultades en el acceso al servicio como, por ejemplo, afirman González, et al (2016) añade a la lista:

Residir en áreas rurales, estar casado y padecer una enfermedad crónica con la decisión de consultar al médico o no, otras de índole geográfica y financiera y el desconocimiento de la oferta de servicios de atención a la salud mental; además, de las dificultades para reconocer la importancia de una posible enfermedad mental por diversas razones (como estigma, indiferencia, miedo, etc.), por desconocimiento mismo de lo que es y no es la salud mental, la falta de información o información distorsionada del tema. Estas razones se empeoran cuando la disponibilidad se reduce por los tiempos para llegar al servicio, la distancia y la pobre información sobre la oferta de servicios, y en ocasiones la necesidad de pagar del propio bolsillo como una barrera de índole financiera. (p.7)

Este significado de acceso debe observarse desde la cobertura, atención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, inclusión, continuidad del servicio, desde modelos de atención comunitarios y educativos, que se garantice en tres sentidos, que además permitan ampliar el acceso, sin limitaciones, también de tipo conductual por el estigma presentado tanto para el paciente como para el sistema; pues, estudios han demostrado, la importancia de fomentar la comunicación y autonomía, sobre todo materna, para elevar los indicadores positivos de salud mental; prevenir la ansiedad y la depresión, generando comportamientos de negación al tema y el desconocimiento de la

enfermedad y de la importancia de la salud mental, evitando la detección tardía de las enfermedades mentales, recaídas y cronicidad:

- a) político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud
- b) acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial y a la salida del sistema
- c) acceso real: relaciona determinantes objetivos (cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios) y subjetivos de la utilización de servicios (satisfacción).

Por último, se entiende que ampliar la cobertura de salud mental en el territorio nacional como uno de los mecanismos de rehabilitación, puede tomar un tiempo significativo frente a las dificultades encontradas hoy en día. No obstante, tampoco es pertinente dilatar decisiones o dejar de tomar acciones inmediatas que puedan favorecer el fortalecimiento de la Política Nacional de Salud Mental y de la atención y prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Frente a esto, sirve tomar de referencia la estrategia adoptada por la Secretaría de Salud de Bogotá para aumentar la cobertura en localidades y barrios de difícil acceso dentro del marco del modelo territorial “Salud a mi barrio, salud a mi vereda”. La estrategia consiste en una unidad móvil de atención primaria en salud, pero tiene un énfasis en atención a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Según lo anunciado por la Secretaría de Salud, dicha unidad tiene la capacidad de realizar mil atenciones al mes entre las distintas localidades que busca cubrir.

De esta forma, tal como lo explica la Defensoría del Pueblo (2022) se recomienda escalar esta solución a las zonas y los departamentos que presentan mayores dificultades de acceso por distintos factores como topografía y relieve del entorno; así, se favorece el enfoque territorial de la política y se amplía de forma pronta y ágil la cobertura con el fin de garantizar de forma integral el derecho a la salud de las

poblaciones con mayor dificultad para su acceso. Es decir, desarrollar planes, programas y proyectos dirigidos a promover el acceso la atención y la continuidad integral, promoviendo la salud mental, el desarrollo humano, la dignidad; involucrando en su deber de solidaridad a la familia, el estado y su entorno social; conformando un equipo interdisciplinario para llegar a acuerdos de la terapia individualizada óptima (MinSalud,2022).

En conclusión, la vida, la salud, el bienestar y el desarrollo humano integral, sostenible y diverso, funcionan y evolucionan bien armoniosamente si se cultivan las dimensiones de las relaciones sociales, culturales, espirituales, intelectuales, económicas, familiares y políticas, por una salud mental y física del individuo como sujeto (Tobón, 2005). Asimismo, se deben fomentar prácticas parentales, especialmente las maternas, por cuanto, desde la primera infancia, particularmente en la adolescencia, se genera control psicológico por parte de los padres, previniendo las conductas disociales e impulsando el control conductual.

Para la OMS (2004) son importantes los buenos hábitos alimenticios, el ejercicio periódico, las buenas relaciones con otras personas, entre otros. De particular importancia es el planteamiento sobre la relación entre la salud mental y posibles síntomas psicopatológicos, no necesariamente excluyentes. Además, se enfatiza en potencializar las fortalezas que permitan vivir bien, no obstante, se tenga determinada enfermedad. Es preciso abrir un paréntesis para señalar que, debido a la importancia de la salud mental y la regulación de la misma, en el campo del derecho, todos están llamados a ser psicólogos jurídicos, teniendo la fortuna de conocer, no solo del comportamiento humano en sí mismo, sino del comportamiento humano en y con consecuencias jurídicas (Hernández, 2010).

Es importante resaltar lo mencionado por Jiménez (2001) cuando refiere que la Comisión ha verificado que, en las Américas, los usuarios, sus familiares, personal de salud mental, abogados, jueces y demás personas involucradas en la promoción y protección de la salud mental tienen un conocimiento limitado de los estándares internacionales y normas convencionales que protegen los derechos de las personas con capacidades especiales y además que estos estándares y normas convencionales no

han sido, en la mayoría de los casos, incorporados en las legislaciones nacionales. La Declaración de Caracas también establece estándares de protección en materia de derechos humanos y salud mental, velando porque los recursos, cuidados y tratamientos protejan la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, la continuidad del servicio y la permanencia del enfermo en su medio comunitario a propósito de las condiciones inhumanas en que son tratados los pacientes en los hospitales como es el caso de Aranzazu, que reposan dentro de una celda en toda su literalidad, donde los medicamentos los lleva el médico psiquiatra contratista ocasional, de los que los visitantes le regala y la terapia de los niños se hace con juguetes que el mismo médico lleva en una “cajita”.

En esta Declaración también se recomienda que las legislaciones de los países se ajusten, de manera que aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales (Jiménez & Vásquez, 2001); en la misma línea, La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, propone entre otras medidas a aplicar en las políticas públicas la ratificación de los tratados y convenio internacionales que protegen los derechos de los enfermos mentales como, por ejemplo: Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de las Personas con Capacidades especiales, adoptada por la Asamblea General de la OEA el 8 de junio de 1999; articulación e intersectorialidad entre, autoridades gubernamentales, ONGs, profesionales de salud mental, abogados, jueces y otras personas involucradas en la promoción de políticas de salud mental a partir de acciones legislativas, judiciales, administrativas, educativas y psicosociales; reformar las leyes existentes en materia de salud mental y, si éstas no existen, crear leyes que garanticen el respeto de las libertades fundamentales y los derechos humanos de las personas con capacidades especiales y sus familiares, incorporando en las mismas los estándares internacionales y las normas convencionales de derechos humanos que protegen a las personas con discapacidad mental.

Para el caso del municipio de Aranzazu, las necesidades son crear la política pública, el PTS, y enfocar los planes de desarrollo en el derecho a la salud mental; promover e implementar a través de legislación y planes nacionales de salud mental la organización

de servicios comunitarios de salud mental cuyos objetivos sean la plena integración de las personas con capacidades especiales en la sociedad y la participación de organizaciones profesionales, asociaciones de usuarios y familiares, sus amistades, organizaciones de asistencia social y otros miembros de la comunidad en la rehabilitación del paciente mental; adoptar las medidas que sean necesarias para que en la institución de salud mental exponga los derechos del paciente mental en lugares visibles tales como salas de espera, servicios de admisión y otros lugares frecuentados por familiares y pacientes; apoyar la creación de organismos que supervisen el cumplimiento con las normas de derechos humanos, la prestación de servicios de atención psiquiátrica cuyas actividades involucren a pacientes, sus familiares, representantes de los pacientes y personal de salud mental; establecer mecanismos de concientización, educación pública (preparación y divulgación de material educativo, tales como folletos, afiches, videos, etc.) y acciones tendientes a combatir la estigmatización y discriminación de las personas con capacidades mentales especiales, a través de organizaciones estatales y ONGs, de conformidad con los estándares internacionales y normas convencionales que protegen a estas personas.

La OPS en el 2005, indica que la experiencia adquirida a lo largo de los últimos 27 años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria, se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados. Se observan entonces, suficientes herramientas para elaborar una propuesta de política pública en salud mental con base en los parámetros establecidos por la OMS y los demás organismos internacionales, los mandatos constitucionales y legales en Colombia, con el fin sea implementada en los planes de desarrollo del municipio de Aránzazu- Caldas.

### **3.5 Propuesta política pública en salud mental con base en los parámetros establecidos por la OMS y los mandatos constitucionales y legales en Colombia, con el fin sea implementada en el plan desarrollo del municipio de Aránzazu- Caldas**

Según El Centro de Recursos Científicos de Implementación de la Universidad de Washington, la ciencia de la implementación se diferencia de las otras investigaciones

clínicas en que se centra en las estrategias utilizadas para implementar las prácticas basadas en la evidencia, más que en la efectividad de la intervención, tomando como preguntas de investigación el escalamiento, la sostenibilidad, la replicabilidad, la integración de programas, la equidad, la efectividad en el mundo real; como objetivo, evaluar una estrategia de implementación; dirigiendo su intervención al comportamiento clínico o cambio de práctica organizacional; y tomando como resultados la aceptabilidad, adaptabilidad, idoneidad, viabilidad, fidelidad, costo de implementación, penetración y sostenibilidad; y para esto, la unidad de análisis se convierte en el equipo de salud o en una organización (Lewis y cols, 2018).

Esto quiere decir que, la implementación de la política pública es la materialización de las actividades, acciones propuestas con base en las evidencias y en la experiencia de la problemática de salud mental del municipio de Aranzazu, Caldas, la cual se pretende convertir en una fortaleza para el municipio y sus habitantes, “transformando una debilidad en fortaleza”, a través de la política pública. Como ejemplo, en el año 2009, gracias al acuerdo municipal 010 del 04 de abril, el Concejo de Pasto, aprobó la política pública de Salud Mental en el Municipio con los siguientes componentes: Respuesta Interinstitucional Permanente, Gestión de Base Comunitaria, Modelo de Atención Primaria en Salud Mental, Vigilancia y Seguimiento de eventos. Esto denota la aplicación de estrategias territoriales con apoyo comunitario, así como la realización de procesos para la gestión de recursos adopción en los planes territoriales coordinado con los planes territoriales de salud departamentales priorizando el municipio, generando alianzas público privadas entre las entidades de salud, las ONG`S y los entes gubernamentales. Por ello la importancia de establecer dentro de la implementación de la política pública, la consolidación de una red de veeduría en el municipio de la política conforme a la ley 850 de 2003, como instancia de participación y ejercicio democrático con el objetivo de ejercer control y a la vez generar espacios de comunicación, difusión de la política a través de talleres, capacitaciones encaminados a la concientización del derecho a la salud mental.

En esta dinámica no solo son partícipes los actores ejecutivos y legislativos, también lo son los judiciales; es el juez constitucional un actor en las políticas públicas, en razón

del ejercicio de acciones judiciales, demandas, tutelas, y acciones constitucionales; mecanismos jurídicos que también pueden utilizar los pacientes mentales y sus familiares para lograr el reconocimiento de sus derechos (Llinás, 2003), donde se evidencian situaciones socialmente relevantes, en las que se formulan posibles soluciones, se ordena su implementación y se evalúa todo el proceso. De acuerdo con Becker (2001):

Al existir un déficit en la implementación de las acciones por parte del Estado, del creciente involucramiento de la jurisdicción en los conflictos sociales o en temas políticos y sociales no resueltos (o mal afrontados) en su debido nivel político general. (p. 499)

Garantizar los derechos fundamentales de las personas, implica un vacío en el desarrollo de políticas públicas acordes con la Constitución, convirtiendo a la Corte en una instancia donde se toman decisiones de política pública. Por ende, a pesar de que se dice que la Corte Constitucional no puede participar en la construcción de las políticas públicas, es inevitable que el juez constitucional, por la naturaleza de su función participe, pero lo hace como juez (Henoa, 2013). Sin embargo, esta participación es limitada en tanto, solo actúan por fallas de otras instancias contra las que se interponen las acciones; en el caso de la salud mental por la responsabilidad frente a los enfermos mentales. Por ende, es tan importante la participación ciudadana como impulsores de las acciones y en la decisión del juez ver la materialización de los derechos, que no solo es un referente imperativo jurídico sino también político, se trata de una justicia rogada.

Un ejemplo según lo expresa Henoa (2013) son los grupos de LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales):

Quienes han visto truncados sus derechos por la omisión del legislador, a pesar del mandato constitucional de igualdad. Se trata entonces de la participación política de una comunidad que exige el cumplimiento de acuerdos fijados en la Constitución que se incumplen debido al déficit de implementación (p. 84)

Lo mismo pasa con la salud mental, por ello se busca un equilibrio entre los principios fundamentales de los derechos humanos como la universalidad, la indivisibilidad, la

interdependencia y, entre otros, la no discriminación y la promoción de las acciones afirmativas tendientes a garantizar los derechos de la población. Expresado en términos de Pérez (2007) “se trata de asegurar que las políticas públicas se constituyan en una herramienta para la realización de los derechos humanos de las personas para las que se diseñan e implementan” (p. 80)

La línea es delgada en cuanto, hoy la democracia no se entiende exclusivamente como el mandato de las mayorías electorales, más bien como un límite al poder que exige cumplir los imperativos definidos por el constituyente (Henaó, 2013), por lo que, la obligación de la Jurisdicción es asegurar el goce pleno de los derechos por sus titulares, y también en señalar las violaciones. Es así como “el Poder Judicial no puede sustituir al Poder Legislativo y al Ejecutivo en la formulación de políticas sociales, tanto menos si se trata de políticas de gran escala o de largo alcance temporal” (Ferrajoli 2002, p.13). La injerencia o no de las altas Cortes en el ámbito de las políticas públicas depende más de la postura del juez frente a su misión que de reglas formales (Cepeda, 2001).

Frente a los casos en que las Cortes ha intervenido en Políticas públicas por el déficit en la implementación de las mismas por parte del Estado y la vulneración a los derechos constitucionales, civiles y sociales, lo ha hecho según Sierra (2009) en:

Política carcelaria, desplazamiento forzado, vivienda, salud, regulación salarial y género hipotecario y la banca. En sí, la eficacia de un derecho depende de su exigibilidad, la gobernanza, la posesión de condiciones financieras y administrativas para transformar en realidad las decisiones que toma el Estado, ha entrado en crisis. (p. 11)

El juez constitucional colombiano ha actuado ante ciertos vacíos de poder, que recaen en la falta de satisfacción del contenido obligacional de los derechos; la cual se presenta cuando las autoridades estatales -primeras obligadas a afrontar una situación socialmente relevante- se abstienen de hacerlo o lo hacen en forma precaria e inefectiva. Es entonces ante esa crisis de gobernanza y ese déficit de implementación que la Corte ha sido llamada a intervenir (Henaó, 2013). En todo caso, la Corte ha buscado en salud la garantía de los de los principios de integralidad y continuidad; con una visión de la



salud más allá de la enfermedad que incluye velar también por el estado psíquico, emocional y social de la persona.

La tardanza en la implementación de la política pública en salud mental en el país, acarrea por parte del Estado responsabilidad por omisión para este derecho, a lo que atañe: falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional; restringiendo los demás derechos de las personas con un estado de diversidad mental. Por ejemplo: en la ley 100 de 1993, los pacientes psiquiátricos, tienen limitaciones para la prestación de los servicios dependiendo de su régimen contributivo o subsidiado

De acuerdo con Morales (2003), el campo de la salud mental quedó, de manera tácita, por no decir, casi excluida del actual SGSSS, y solo resoluciones posteriores entraron a reglamentar este tipo de servicio; sin embargo, la legislación continúa siendo ambigua y dependiendo de la interpretación que realice un asegurador o un ente territorial, se desarrollan los servicios o se ofrecen programas integrales que cubran las necesidades complejas de la población. Es por esto que, en palabras de Cea (2019) “estamos locos por nuestros Derechos” o de Parales, et al (2018) existe una “insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia.”

Esta es la razón para proponer la implementación de una política en salud mental en el municipio de Aranzazu, como forma de reivindicar los derechos de esta población. Además, como lo expresan Rojas, et al (2018) la salud mental continúa siendo la cenicienta en las políticas públicas. Es evidente la falta de coherencia entre lo que se propone y lo que ocurre por la inadecuada implementación e interpretación de las normas. La normatividad en salud mental no ha logrado cumplir sus objetivos, lo cual hace que la atención en salud mental en Colombia aun sea muy deficiente. Ante esta fragmentación de la salud en general; es necesario reestablecer y posesionar en la agenda del gobierno y de los gobiernos locales la salud mental con miras a la recomposición del derecho. Por ello, la mejor forma de brindar salud mental a la población es posicionar el tema de la salud mental en la agenda pública; y es que, como lo afirma De Vogli (2011) ante el dominio de la globalización, se ha superpuesto el concepto de salud global y la presencia global del capital trasnacional en el campo de la salud.

La recomendación de posicionar en la agenda pública es característica de las agendas multilaterales, las cuales imponen sus enfoques en los países y mantienen así la fragmentación de las personas, las sociedades y los sistemas de salud, dado que son acciones parciales que hacen parte de un marco general de acción que distraen la atención de los ciudadanos, a quienes confunden en medio de planes de beneficio que contribuyen a consolidar los procesos de medicalización, y que, adicionalmente, parecen más dádivas que derechos, y que centran la inclusión social y la eliminación del estigma en la aceptación de diagnósticos médicos y no en el abordaje integral e integrado, con un diálogo social que conlleve a la estructuración de una sociedad incluyente, justa y equitativa, en la que los ciudadanos disfruten en colectividad del bienestar, de la felicidad y de la salud como un hecho total. “Sin duda, entonces, la recomposición del concepto de salud se impone como un imperativo ético y político.” (Herazo, 2014).

La invitación a la administración municipal de Aranzazu es, en términos de Syed (2009) un camino hacía:

El empoderamiento local, para mejorar la importancia de la salud mental. Es decir, la apertura a la implementación de una política pública municipal en salud mental articulada a los planes de desarrollo teniendo en cuenta los parámetros y lineamientos hasta aquí propuestos; pues la investigación es una herramienta esencial para reducir la brecha entre la necesidad en la salud mental y los recursos disponibles. (p.13)

Los trastornos mentales no sólo son altamente prevalentes, sino también altamente discapacitantes (Saraceno, 2002.) La mayor parte de la carga global de enfermedad mental corresponde a las naciones más pobres, donde vive el 80% de población mundial (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002). Hay pocos recursos disponibles para enfrentar los retos de la salud mental en estos países. Un tercio de la población del mundo, es decir, 2.000 millones de personas, vive en países que invierten menos de 1% de su presupuesto de salud en la salud mental (Saraceno, 2004).

Para Colombia, indica el CONPES se desarrollará en un horizonte de cuatro años, con un costo estimado de 1.120.850 millones de pesos colombianos a la salud mental (Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES, 2020). Entendiendo que la salud mental debe estar al alcance de todos y todas en los distintos contextos sociales y culturales. “Este conocimiento de la situación permitirá diseñar, implementar y evaluar las acciones orientadas a favorecer la inclusión social y laboral y generación de bienestar de las personas que reúnen criterios de trastornos mentales” (Campo, et al, 2014, p. 27). Los gobiernos locales deben estar por tanto dispuestos como operadores defensores de los derechos de los habitantes de la población que representan y proponer para su municipio una visión del desarrollo más humana, de un proyecto de desarrollo territorialidad, endógeno, multidimensional, concertado, participativo, equitativo, y ecológicamente sostenible (Ospina, 2001). Deben primar, además, las características especiales de la población como en el caso de Aranzazu y sus problemáticas identificadas de salud mental en el logro de los objetivos municipales, la cooperación internacional como fuente para la gestión pública regional y local, y desde los planes de desarrollo territorial, tener la posibilidad de ordenar los esquemas de formulación institucional de los entes territoriales con miras a la evaluación y observancia internacional. Para Gutiérrez (2011) en la capacidad de gestión internacional está en gran medida el futuro de la dirección territorial de los entes locales y regionales, para lo cual:

Es necesario definir un plan estratégico de orden nacional y descentralizado, a través del cual puedan definirse las dependencias y los mecanismos que, de manera directa, contribuyan para materializar los alcances de la cooperación internacional descentralizada en cada nivel territorial. (p. 51)

El ejemplo más cercano es en el departamento de Antioquia, donde a través de los ODS, involucran la cooperación internacional en la consolidación de la cohesión social y el desarrollo local participativo con la inclusión de varios proyectos de cooperación financiados con recursos de la Unión Europea y del respaldo de múltiples actores locales, tanto públicos como privados. Además, en los países con ingresos medios, como es el caso de Colombia y de la gran mayoría de los países de América Latina, la cooperación

internacional se inclina cada vez más a dar apoyo a la adopción de políticas públicas orientadas al desarrollo social, al fortalecimiento de las capacidades de las instituciones y de las organizaciones de la sociedad civil y a la formación de los recursos humanos (Gutiérrez, 2011).

Si bien es cierto, la salud mental está dentro de las políticas de cohesión social y en el municipio de Aránzazu, es un gran desarrollo local y participativo; adicional, se encuentra conforme a la ley 152 de 1994, considerado un gasto público social de prioridad en los planes de desarrollo. Esto conlleva a la creación de alianzas, incluso entre municipios para el desarrollo local con impacto regional, buscando incrementar la eficiencia y la disponibilidad de bienes y servicios, y la participación activa de los ciudadanos a las decisiones públicas colectivas. En estos términos Blanco (2005) explica que:

Se debe trabajar con fuerza en la consolidación de una cultura de la asociatividad y la solidaridad territorial, pues allí no solo es fundamental la generación de sinergias entre organizaciones sociales, el sector privado y las instituciones territoriales, sino también entre los municipios vecinos o de regiones conformadas a partir de alianzas estratégicas de asociaciones subregionales para desarrollar proyectos de beneficio común. Estos acercamientos sólo se pueden dar bajo un marco institucional flexible y claro que respete la heterogeneidad en las condiciones sociales, políticas y económicas presentes en las regiones. (p. 33)

Estas alianzas entre los territorios se consolidan como “La teoría del desarrollo endógeno” (Blanco, 2005), con el fin de formar regiones con capacidad para interactuar en la esfera internacional, surgiendo así una nueva generación de políticas públicas que buscan aumentar la productividad y la competitividad de los territorios para atraer la inversión y valorizar el recurso local:

Las localidades y los territorios tienen un conjunto de recursos económicos, humanos, institucionales y de economías de escala no explotadas que constituyen su potencial de desarrollo. En las economías de mercado la condición necesaria para que aumente el bienestar regional y local es que exista un sistema productivo capaz

de generar economías de escala mediante la utilización de los recursos disponibles y la introducción de innovaciones. (p. 39)

El municipio constitucionalmente es la base política administrativa de la descentralización territorial, por lo que debe pensarse como la institución líder en el desarrollo local por cuanto son los más cercanos a las necesidades de los ciudadanos. De acuerdo con el principio de la subsidiariedad territorial, las asociaciones de municipios constituyen una forma de organización administrativa, institucional y de planeación gracias a la cual se pueden aprovechar las economías de escala y los efectos de aglomeración, pues disminuyen costos y optimizan los resultados de la gestión y la administración territorial. Las formas asociativas también son una expresión de democracia local, pues además de involucrar a los concejos municipales y a los equipos de gobierno, pueden desarrollar mecanismos de participación de los sectores productivos y las organizaciones sociales locales para la definición concertada y global del destino de un territorio (Blanco, 2005).

Es en este punto, donde el municipio de Aranzazu, debe avanzar en la consolidación de alianzas con los municipios de la región norte del departamento, donde se encuentra ubicado, como estrategia para la implementación de la política pública en salud mental, ya que, de acuerdo a este trabajo investigativo, si bien el municipio presenta una problemática en salud mental *Sui géneris*, el departamento Caldense contempla un alto índice de trastornos y enfermedades mentales. No obstante, hay que tener presente que no solo es la voluntad política municipal, también es importante la participación abierta y coordinada de todos los actores intersectoriales y de cooperación para alcanzar las metas propuestas y su financiación en busca de la protección del derecho a la salud mental en el municipio de Aranzazu. Esta política debe ser estable y no depender de compromisos político-administrativos que generan la discontinuidad en el proceso en cada cambio de gobierno, contener indicadores de evaluación, inclusión en los planes de desarrollo de forma explícita como política pública en salud mental, convirtiéndose en una guía de desarrollo municipal, que supera la barrera en la limitación del derecho fundamental a la salud mental y los demás derechos vulnerados; pues el mejoramiento de la infraestructura deportiva, de las vías tercerías para que la población rural tenga la

oportunidad de tener más acceso a los servicios, el aporte en recursos para actividades de recreación en sentido amplio como ya se vio (cultura- lúdica- arte- literatura-deporte), generando las condiciones físicas y humanas para adecuar el hospital específicamente a la salud mental. En sí, enfocar el desarrollo del municipio teniendo como prioridad las características especiales del mismo en Salud Mental.

Aranzazu ha sido un municipio que ha luchado tras su historia por el estigma del trastorno bipolar, incluso las familias han ocultado en la mayoría de las ocasiones, los casos de enfermedad mental vividos dentro de su núcleo familiar. Así lo expresa un documento de la Universidad del Valle (2017):

No querían que la gente se enterara de que tenían una persona mentalmente enferma; por eso, cuando se presentaban los eventos la gente los guardaba, y poco se sabía sobre los tratamientos” La hermana mayor de César López recibió medicamentos y terapias de electroconvulsión, pero nada le ayudó. La brillante mujer que estudiaba economía en la Universidad Libre de Pereira, era buena para los números y excelente persona, se fue perdiendo en su propia mente. (p. 19)

Al respecto, también señala Gloria Saldarriaga, coordinadora del Programa de Salud Mental de la Dirección Territorial (2017): “Nosotros lo que necesitamos es apoyo nacional; no es justo que estigmaticen a todo un municipio, cuando lo que debemos hacer es ayudarlos. Una persona atendida a tiempo es una persona que puede trabajar y ser útil para su sociedad” (2:27)

En el 2017, la Dirección Territorial de Salud de Caldas, presentó el Informe final del proceso de sistematización y el análisis de la implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aránzazu y Pacora Caldas, cuyos resultados se tomaron a partir de la metodología fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del plan de salud pública de intervenciones colectivas PIC, conforme a la Resolución 518 de 2015, encontrando que, entre los integrantes de las distintas redes existe consenso acerca de la necesidad de implementar acciones de proyección comunitaria en materia de salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas (DTSC, 2017), evidenciando que las acciones institucionales como lo señala el informe,

son de bajo impacto, pues para la población son de preferencia las acciones comunitarias que las institucionales; de hecho, la red de salud mental, en el municipio de Aranzazu, tiene un carácter barrial o vecinal, constituida por mujeres beneficiarias del programa de vivienda de interés gratuita del Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio de Colombia. No obstante, concuerdan en la importancia de incluir la red en los planes de desarrollo municipal. Para Rodríguez (2009) esta importancia está en:

la formación de redes de salud mental integradas por actores institucionales, comunitarios y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y del consumo de sustancias psicoactivas, tamizaje en salud mental, detección temprana, canalización, seguimiento y rehabilitación comunitaria. (p. 14)

Lamentablemente, en el caso Aranzazu, la suscripción del convenio interadministrativo de concurrencia entre la Dirección Territorial de Salud de Caldas y las ESE Hospital Departamental San Vicente de Paul del municipio, se hizo el mes de mayo de 2017 y se terminó de ejecutar el 30 de noviembre de 2017, con el objetivo de fortalecer la red comunitaria, la cual requiere tanto de las capacidades de las organizaciones como las de las comunidades para la gestión de la salud pública, y cuyo fin era lograr que las organizaciones, articuladas integralmente propendieran por una red de servicios de salud eficiente (DTSC, 2017). Dentro de las actividades desarrolladas en el marco del convenio de las sesiones programadas, que eran ocho, se realizaron cinco y en la primera asistieron 30 mujeres, en la segunda solo cinco, señala el informe. Esto denota una deficiencia en la dirección de la estrategia para lograr la continuidad del proceso, siendo uno los aspectos centrales a identificar en el concepto de Red de Salud Mental.

Básicamente fue definida como un espacio para la comunicación y el compañerismo. Junto a esto, una de las participantes señala que es una iniciativa para identificar si es necesario ir al hospital para la remisión al área de psiquiatría y para obtener orientación y ayuda profesional (DTSC, 2017). Así que, la modalidad RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad), es otra de las estrategias que deben acompañar la política pública en salud mental del municipio. Y recomiendan las mujeres pertenecientes a la red incluir temas como crianza para los hijos,

alimentación saludable, diálogo familiar, y que ojalá estuviesen presentes los niños, así como hacer deporte con ellos y muchas actividades recreativas, especialmente con los jóvenes consumidores, manteniéndolos integrados en estos programas. Finalmente, que también se traten temas como mejores relaciones con los vecinos, con la familia, y que la red ayude a que se tengan más a la mano recursos como el psicólogo porque a veces se demoran las citas, e incluso que el psicólogo llegue hasta la casa (DTSC, 2017).

Sin embargo, más allá de las acciones comunitarias, la institucionalidad debe integrar a la política, la ayuda en los casos de emergencias, lazos de cooperación, soporte emocional con actividades de convivencia social; actividades conjuntas con el núcleo familiar, y acciones institucionales con diversos actores del sector salud, incluso el apoyo jurídico en la violación de sus derechos en los casos, entre otros, de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, comisión de delitos, homicidios, suicidios. Como ejemplo de la necesidad de contar también con este apoyo cito la sentencia de la Corte Suprema de Justicia sala de casación penal, donde se declara: **CASAR PARCIALMENTE** la sentencia impugnada, de acuerdo con la parte motiva de la decisión. En consecuencia, CONDENAR a JOHANA DEL CARMEN MONTOYA ROSARIO como autora inimputable de tres injustos típicos de homicidio agravado a la medida de seguridad de veinte (20) años de internamiento en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada, de carácter oficial o privado, en donde se le prestará la atención especializada que requiera.

En este caso, la condenada mató a sus tres hijos, producto de alucinaciones recurrentes, consecuencia a su vez del entorno de maltrato, abusos y exclusión en que se desplegaba la vida de la procesada, abusos sexuales por parte de su padre desde los 9 años de edad; a raíz de ello abandonó su hogar a los 12 años cuando su madre no la apoyó y emprendió contra ella agresiones verbales y psicológicas quedando en la calle. A los 14 años tuvo su primer hijo y desde entonces alucinaba con voces que la incitaban a quitarse la vida. Volvió a casa y su padre nuevamente cometió abuso sexual, esta vez a su hija.



Por esos días, además de seguir oyendo las ya mencionadas voces que la instaban a suicidarse, JOHANA DEL CARMEN sentía pasos en el techo del inmueble y evitaba mirarse al espejo porque no veía su reflejo sino el de otra mujer. No dormía, lloraba persistentemente y padecía incesantes dolores de cabeza. Tenía ansiedad y depresión. (SP2649-2022 C.S.J-SCP)

Posterior, ella degüella sus tres hijos uno a uno y luego se corta sus muñecas y el cuello, narran los hechos de la sentencia. Al ingresar su pareja a la casa observa la tragedia y alcanza a llevar a Johana a un centro médico salvándole la vida.

Además del apoyo jurídico, es fundamental identificar los imaginarios que poseen los mismos profesionales del sector salud acerca de los que es la “salud mental” y su relación con áreas como la de salud sexual y reproductiva y prevención del consumo de SPA; resulta conveniente generar sinergias con sectores tales como la academia de manera tal que se construyan acuerdos básicos, tanto desde el punto de vista teórico y formativo como práctico. Esto es, sobre la responsabilidad que tiene la comunidad respecto al “bienestar”, y acerca del papel que deben cumplir los otros agentes del sector salud (DTSC, 2017). Pues, solo la tercera parte de los coordinadores PIC como lo relaciona el informe, conocen cuáles son los instrumentos metodológicos que se deben utilizar para el desarrollo de los componentes de la red de salud mental en el municipio, de lo que se deduce también la importancia de incluir parametros a establecer en la política pública de salud mental del municipio en cuanto al fortalecimiento del talento humano como parte del proceso permanente para darle continuidad a la prestación de los servicios de salud mental como derecho, y el cumplimiento por parte de estos actores del sistema, en articulación con las secretarías de salud departamental y municipal con las EPS e IPS.

Adicionalmente, El Ministerio de Salud Pública (2022), después de la pandemia recomendó tener en cuenta los siguientes aspectos:

Orientaciones para el cuidado y el autocuidado de la salud mental, teleorientación, formación en primeros auxilios psicológicos, psicoeducación comunitaria, rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), posicionar la salud mental como intrínseca al desarrollo y al bienestar, a nivel institucional y comunitario, una visión holística, de

la salud mental cultural y social, fortalecimiento de las competencias socioemocionales y parentales para enfrentar los retos de la vida cotidiana, cuidado de la salud mental del talento humano en salud y condiciones de trabajo digno. Atención integral y continúa centrada en las personas, las familias y comunidades con perspectiva comunitaria, reducción el estigma, el autoestigma y la discriminación en salud mental, promoción de la inclusión social efectiva para el desarrollo.

Así las cosas, la política pública en salud mental que se propone para el municipio de Aranzazu- Caldas, articulada a los planes de desarrollo, debe verse tanto desde el punto de vista social y cultural, desde las artes en todas sus expresiones como ya se vio en este trabajo investigativo como forma de inclusión social, de superar el estigma y la discriminación, de valorar los derechos de las personas con capacidades especiales como su autonomía, libertad, igualdad, vida y dignidad humana; desde el punto de vista clínico y terapéutico resaltando el derecho a la salud integral y capacidad, teniendo en cuenta todos los componentes, estrategias y actividades que se desprenden del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y de la prevención y atención primaria, el acceso y la continuidad del servicio como derecho. Desde el punto de vista económico en la búsqueda de recursos para la protección del derecho a partir de alianzas público privadas, de cooperación internacional, regional y local entre otros entes desarrollados en este trabajo. Pero, sobre todo, desde la integralidad de lo que abarca el concepto de salud mental para los “Aranzacas” y en general para todo el colectivo social, que involucra incluso la adecuación no solo de la infraestructura hospitalaria, sino también deportiva, vías, vivienda, educación y todo el desarrollo local del municipio, el cual es prioritario se desarrolle en los planes a partir de la base fundamental del derecho a la salud mental, teniendo en cuenta los parámetros establecidos por la OMS, OPS y todos los órganos internacionales que protegen el derecho, la política nacional en salud mental Resolución 4886 de 2018, PND, el CONPES 3992, los lineamientos del Ministerio de Salud, Defensoría del Pueblo, y toda la normativa relacionada en Colombia, así como los conceptos y jurisprudencia dados por la Corte Constitucional en garantía de la Constitución Política de Colombia y la protección del derecho a la salud mental como mandatos constitucionales; finalmente, la política pública

departamental de salud mental, el plan territorial de salud y el plan de desarrollo territorial.

### **3.6 Conclusiones**

La Salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental y que “la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario” (OPS, 1978, p. 1)

En cuanto al estigma y la discriminación, históricamente la enfermedad mental ha sido tratada con desprecio; al paciente se le ha asilado socialmente con construcciones de nosocomios enormes dejándolos, según Cohen (2009) “lejos de sus familias y comunidades, del resto de la sociedad e incluso se los ha tratado como "el otro", como "los otros", no como "nosotros". Por no ser gente como "nosotros", privándoles de sus libertades” (p. 22).

Para la OMS (2010) los padecimientos mentales son influidos por factores biológicos y sociales, especialmente por la pobreza y se presentan principalmente en la etapa de la primera infancia y en las mujeres, siendo la ansiedad y la depresión sus mayores padecimientos; estos van aumentando su cronicidad con la edad en general en todas las personas que padecen algún trastorno. El padecimiento mental constituye un riesgo social, familiar, individual (Homicidios- violencia-suicidios), lo que hace que el paciente se convierta en sujeto determinante de imputación de responsabilidad jurídica. En este sentido de acuerdo con la psicóloga María Elena Medina Mora, los factores que pueden ocasionar enfermedad mental son el miedo o estrés, asilamiento, violencia y pobreza, los cuales se agudizaron con la pandemia; por ello, se propone para superar los padecimientos, que se establezcan redes de apoyo entre las personas que presentan los trastornos, para motivar la empatía, fomentar la resiliencia y promover la ayuda mutua.

De esta manera, la salud mental debe verse desde el concepto positivo y no solo desde la enfermedad, que sería el concepto negativo; la salud mental como las capacidades y potencialidades del ser humano para alcanzar el bienestar y la felicidad,

pues para los ODS, lo que debe buscar el mundo es el estado de bienestar, el cual genera crecimiento económico, conciencia climática. “No hay desarrollo Sostenible sin salud mental” lo que hace que la felicidad deje de ser un asunto personal para convertirse en una política de estado como lo señala Malaver (2018).

Es el bienestar la representación de la solidaridad y la garantía de los derechos; la felicidad como principio básico de la salud mental. tal como lo indicó la Asamblea General de la ONU el 19 de julio de 2011 cuando mediante resolución 66/281 de 2012, declaró la felicidad objetivo humano fundamental e instó a los países miembros para que promovieran políticas que incluyeran medidas donde se reflejara la importancia de la búsqueda de la felicidad y el bienestar en los planes de desarrollo.

En contraste, es preciso mencionar, que el concepto de enfermedad depende del contexto cultural, histórico, político, filosófico social y no solo biológico; esto hace que deba estar plenamente definido en las políticas públicas, los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo; igual que el concepto de bienestar en la búsqueda de la protección y garantía de los derechos y la dignidad humana. La enfermedad se vive y se siente desde actitudes mentales del ser humano, y es vista como un fenómeno que genera impacto socioeconómico en la población, lo que podría entenderse para el futuro en una forma de establecer prioridades integrales en los trastornos mentales y determinar medidas óptimas de control y prevención de las mismas.

Los trastornos representan una gran carga a nivel mundial y lamentablemente existe una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental. Los trastornos MNS interfieren de forma sustancial con la capacidad de los niños para aprender y la capacidad de los adultos para funcionar adecuadamente en la familia, en el trabajo y en la sociedad en general. En Colombia, el 60,2% de las EPS, presentan dificultades para la prestación de servicios en trastornos mentales. Al menos dos millones de personas en el país padecen trastornos mentales graves (esquizofrenia-depresión aguda o trastornos bipolar) y sólo una de cada 10 recibe tratamiento (Ospina, 2015).

Por ello, la importancia de establecer una relación entre el Estado y las personas con diversidad mental basada en los derechos, considerándolas individuos dignos, libres, autónomos, iguales con capacidad para desarrollar su proyecto de vida, aunque dependientes de los demás, quienes coadyuvan en función del principio de solidaridad ordenado en la carta magna. Por tanto, surge en las políticas públicas la primacía de un principio de protección especial para esta población. Expresa Cohen (2009):

Quienes estudiamos derecho a veces nos sentimos desalentados, decepcionados, porque sabemos que los derechos humanos no son la panacea total; pero los derechos humanos son críticamente importantes. Los gobiernos históricamente han tratado a la gente con trastornos mentales de forma deplorable. Han fracasado, han fallado en cubrir sus necesidades de atención, apoyo, soporte o protección de sus derechos, de darles dignidad, de tratarlos de forma humanitaria. Esta negligencia histórica puede llegar a su fin si el movimiento de derechos humanos en el mundo tiene éxito. (p. 25)

El paradigma jurídico de los derechos humanos está cambiando, resaltando la presunción de capacidad de todas las personas y el respeto de sus derechos ciudadanos como requisito para el desarrollo y sostenimiento del bienestar mental. Desde 1970 se inició un proceso de colaboración interdisciplinaria, que validó tanto el enfoque biomédico, como el comunitario y el psicológico, condujo al surgimiento de una "nueva psiquiatría intercultural" (Kleinman, 1987). El enfoque biomédico fue considerado progresivamente como uno solo entre otras dimensiones de la salud mental, lo que permitió también el cambio progresivo de la atención institucional a la atención comunitaria, lo que denota también unas nuevas consideraciones éticas, sociales y administrativas relacionadas con la atención de salud mental, la disponibilidad de nuevos medicamentos y el crecimiento del movimiento de derechos humanos (Patel, et al, 2018).

La Corte Constitucional en sus diferentes pronunciamientos por tutelas entre 1992 y 2010, ha resaltado que la protección del derecho a la salud no solo se vulnera cuando se adopta una decisión que afecta el aspecto físico o funcional de una persona, se desconoce también cuando la decisión adoptada se proyecta de manera negativa sobre los aspectos psíquicos, emocionales y sociales del derecho fundamental a la salud. Es

decir, que la salud es un derecho integral en aras de garantizar la vida del paciente en condiciones dignas; sin embargo, surgen interrogantes como: ¿Hasta cuándo el sistema de salud colombiano garantizará la integralidad y la universalidad del servicio de salud por la vía de la judicialización del derecho? Si bien es claro, que con los pronunciamientos de la alta Corporación se ha consultado una dimensión comprehensiva del complejo salud-enfermedad, este solo tiene aplicación para el porcentaje de población que obtuvo su protección vía judicial, ¿pero ¿qué ha pasado con la población que no acudió a esta vía? Allí un componente de inequidad en el acceso a los servicios de salud y de vulneración abierta de los principios consagrados por la constitución para el goce efectivo del derecho (Vélez, 2012).

Por ejemplo, se evidencia un incremento de tutelas por pacientes mentales por alguna causal de falta de accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y calidad de los servicios en salud para cualquier tipo de trastorno mental. Así, El PNUD, en su informe del 2016, recomendó incorporar los principios internacionales de DDHH en las políticas públicas, como también la inclusión de la SM (Defensoría, 2008), Incluso, en el tema laboral, un trabajo digno para estas personas reivindica sus derechos y representan la culminación de un tratamiento sanitario y la mejor rehabilitación posible. La inmensa mayoría de estas personas no solo pueden trabajar, sino que desean hacerlo (*Schizophrenia Bulletin, Supplement, 2006*).

La salud mental debe pensarse en términos de prevención y atención en primer nivel, dejar que la enfermedad llegue a su cronicidad para brindarle atención, es generar un costo mayor cargado al tratamiento; sin embargo, hoy no existe suficiente recurso humano para atender preventivamente esta enfermedad en primer nivel si se cuenta con la infraestructura adecuada para ello como es el caso del municipio de Aranzazu y las condiciones de su E.S.E, junto con la precaria contratación de profesionales generales y especializados en el tema.

De acuerdo con la investigación sobre salud mental global y desarrollo sostenible realizada por la Comisión Lancet, el costo económico en salud mental a nivel mundial es abrumador. Cada año se pierden más de 12.000 millones de días hábiles debido a enfermedades mentales. Entre los años, esto le costará a la economía global 16 billones

de dólares en pérdida de rendimiento económico, más que el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias combinadas. Asignar recursos económicos a la salud mental presenta un alto retorno de la inversión, donde cada dólar estadounidense (USD) invertido en enfermedades mentales comunes, como la depresión, produce un retorno de 3-5 USD. Esta investigación demostró que existen soluciones rentables para la prestación de atención de salud mental incluso en entornos de bajos recursos. Con una inversión correcta, solo 2 USD per cápita se podría extender la atención de salud mental a casi la mitad de la población que vive con una enfermedad mental en países de ingresos medianos y bajos (Eaton, et al, 2018).

Entonces, no solo se trata de brindarles condiciones de protección de sus derechos desde el punto de vista clínico, también debe extenderse a las demás áreas de su vida, trabajo, educación, vivienda; para ello, en Colombia, el Ministerio de Educación Nacional promueve varias estrategias para identificar factores de riesgos y las principales problemáticas psicosociales que afectan la salud mental de los estudiantes. Esto se realiza con el fin de garantizar la inclusión y equidad en la educación, y promover el desarrollo integral y las trayectorias educativas completas (CONPES 2020). El Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, se compromete a brindar condiciones de vivienda y entornos de las personas con alguna condición de capacidades especiales que sean beneficiarias por las distintas intervenciones del programa Casa Digna, Vida Digna. Esta acción se orienta a la reducción de hacinamiento como un factor de riesgo para las violencias en el entorno hogar, así como a la promoción de la convivencia comunitaria y la seguridad en la tenencia (CONPES 2020).

Varios países latinoamericanos han elaborado una política pública en salud mental con base en las recomendaciones de la OMS y la OPS; sin embargo, no todos la han implementado como es el caso de Colombia; otros países como Bolivia, Cuba, Chile ni siquiera la han elaborado. En cuanto a lo departamental, Caldas cuenta con una política pública en salud mental; no obstante, existe una eminente desarticulación entre esta y los planes territoriales de salud municipales y los planes de desarrollo territorial, lo que preocupa al observarse que, del eje cafetero, Caldas es el departamento con mayores casos de trastornos mentales y suicidios para el año 2019.

Mientras tanto, el municipio que Aranzazu, presenta deficiencia en la atención a la salud mental; el personal profesional en psicología y psiquiatría está conformado por una sola persona para atender toda la población y su contratación es intermitente, lo que hace que la cobertura sea baja para la zona rural y urbana del municipio; adicionalmente, el hospital general presenta precarias condiciones de infraestructura, las camas para los pacientes con trastornos mentales están conformadas por un “colchón” en un cuarto húmedo y los espacios deportivos están absolutamente deteriorados.

La tardanza en la implementación de políticas públicas en salud mental, ha causado la vulneración de este y todos los derechos humanos y de la dignidad tanto del paciente, su familia y del colectivo social; esto conlleva a la generación de violencias, consumo de Spa, homicidios, suicidios, comisión de delitos entre otras circunstancias que impactan negativamente en la sociedad.



## Conclusiones Generales

Los planes de desarrollo promueven el desarrollo regional y del país, la formulación e implementación de políticas públicas conllevan a la superación de la pobreza y la desigualdad social en busca mejorar la calidad de vida y brindar bienestar general de sus habitantes. Por ello la importancia de una adecuada inclusión de derechos en las políticas y estrategias en los planes de desarrollo y asegurar una vida digna al colectivo social. Es la salud mental un derecho impajaritable en los planes, pues éste desde su concepto garantiza el bienestar y la felicidad de la población.

La articulación interinstitucional, y de cooperación internacional, la participación y la democracia en la búsqueda de recursos de inversión social, contribuyen al cumplimiento de los fines estatales, garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución, a la protección de la vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades del colectivo social; entre ellos la salvaguarda de la dignidad humana sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. Protege el trabajo y se funda en la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general como se resalta en el artículo primero- segundo y en el preámbulo constitucional. Y en virtud de la descentralización y la autonomía territorial, es deber del municipio de Aránzazu- Caldas, gestionar los recursos para proteger el derecho a la salud mental de sus poblados y abandonar el estigma y la discriminación que han sufrido los Aranzacitas a través de la historia “por los siglos de los siglos”.

Continuar con los “oídos sordos” frente a esta problemática, genera un desequilibrio para el país tanto social como cultural político y económico; atender la enfermedad es más costoso que prevenirla, la carga para el estado es altamente preocupante, las sentencias por tutelas en defensa de los enfermos mentales sus tratamientos son de alto costo; adicional la responsabilidad que se genera por los daños antijurídicos con ocasión de la enfermedad. En el sentido social, persiste el estigma, disminuye la capacidad laboral, generando el 50% de las incapacidades laborales, generando una reducción en el PIB de alrededor un 2%. De acuerdo a la OECD. En Colombia, la carga de enfermedad

de trastornos mentales, pasó de 4.6% en el año 2009 a 36.4% en el año 2019; más aún cuando el problema se ha agudizado evidentemente por la pandemia.

La protección al derecho fundamental de la salud mental, permite un desarrollo integral del ser humano en tanto también se garantiza, vivienda- trabajo- educación- recreación- deporte-arte-derecho a la naturaleza, pues la salud mental también genera desarrollo sostenible para el país que prioriza, invierte, protege y salvaguarda este derecho que no es más que la búsqueda del bienestar y la felicidad como principios básicos de una vida digna.

## Recomendaciones

Este trabajo investigativo busca visibilizar una problemática latente, en estos tiempos agudizada con la pandemia y alarmante en el ámbito social en el caso referente del municipio de Aranzazu- Caldas, el cual es la vulneración del derecho a la salud mental, que ha sido reconocido por la Corte constitucional como fundamental y todos los derechos conexos que, con este, se vulneran. Por tanto, se recomienda, la elaboración de una política pública en salud mental en el municipio, que sea incluida en los planes desarrollo como instrumento de planificación territorial. Esta política debe ir articulada de manera circular con los lineamientos y parámetros establecidos por la OMS y la OPS; la política nacional en salud mental (Resolución 4886 de 2018); los planes de desarrollo nacional, departamental y territorial; el plan de salud territorial; los estudios nacionales en salud mental adelantados por el Ministerio de Salud, incluyendo las recomendaciones de las veedurías de los órganos de control de la salud; además debe relacionar las políticas de datos y de la información del Ministerio de las Tecnologías e información (TIC), debido a la sensibilidad de la información en salud y por la conectividad con las zonas rurales del municipio, y con el Ministerio de Ciencias por el componente científico de la salud mental

Una vez elaborada y articulada la política pública, se busca su implementación a través de la gestión de recursos estatales y de cooperación internacional, así como a través de alianzas estratégicas entre sectores públicos privados y académicos, con el fin de desarrollar actividades de tipo artístico, recreativo, cultural, deportivo y programas de alimentación saludable, entendiendo que estas actividades tienen una función terapéutica y social, mejorando la adaptabilidad al colectivo social, disminuyendo el estigma, aumentando la autoestima en pro de mejorar su calidad de vida, desarrollando capacidades, protegiendo sus derechos y dignificando su existir. Esto requiere una adecuación y condicionamiento de las infraestructuras; es decir, un hospital general con enfoque en salud mental; mejoramiento de espacios lúdicos; adecuación de la administración para el acceso de personas discapacitadas, e inclusión de actividades basadas en la rehabilitación comunitaria (RBC) y en la guía de intervención para trastornos mentales (MhGAP); al mismo tiempo, se debe contar con profesionales en el

área de tiempo completo, para darle continuidad al servicio y atención por telemedicina para las zonas rurales, garantizando el acceso, en el marco de una atención preventiva y primaria para toda la comunidad, Es importante articular la política con el plan de desarrollo, porque también se requieren programas educativos, oportunidades laborales, vivienda, entre otros derechos para esta población vulnerada históricamente en el municipio, haciendo realidad que la **SALUD MENTAL SEA DERECHOS DE TODOS Y TODAS.**

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta la salud mental en las empresas, incluso en las mismas entidades estatales como política de estrategia del talento humano. La salud mental de las empresas Según Elsa Martí (2020), doctora y directora de la Escuela de Liderazgo Emocional (ELE), impulsora del 'Libro blanco de las emociones y valores 2020', se relaciona con las emociones, que son un factor determinante en la salud de los empleados y las empleadas, y, en consecuencia, de toda la organización; de ahí, la importancia de saber gestionarlas a fin de conseguir, no solo el propio desarrollo individual, sino también “una gestión más productiva a la vez que saludable, lo que sin duda revertirá en mejores resultados para las compañías y en mayores beneficios para los empleados” (p. 41).

## RESEÑA

### **Historia de la locura en Colombia: 10 años de “Marcha Fúnebre” en el tiempo (Ricardo Silva Romero, 2019)**

El libro hace parte de la obra del escritor colombiano Ricardo Silva Romero, quien desde el año 2009, publica en el periódico *El Tiempo* su columna “Marcha Fúnebre”, donde narra las mil y una historias políticas del país, dejando ver que Colombia es un país trastornado, convirtiendo el humor en su terapia, junto a la novela, la literatura, el arte, la música, el periodismo y en los últimos tiempos, el cine.

La obra se divide en tres partes: primero, se describen los factores desencadenantes de la locura en Colombia a través de la historia; en la segunda parte, se observa toda la narrativa de la historia de la terapia en Colombia, y finalmente, se recapitulan diez años de columnas de “Marcha Fúnebre”.

En la primera parte, la historia se cuenta a partir de dos bandos políticos: los liberales y los conservadores de los tiempos de la conquista Bolivariana; los unos llamados “asesinos” y los otros “ladrones”: “La única diferencia entre nuestros partidos consiste en que los conservadores son más ladrones que los liberales, y los liberales más asesinos que los conservadores” (Silva, 2020, p.20), Esto es denominado por el autor como el trastorno depredador, culpando al fanatismo religioso del país como uno de los síntomas de lo que llama la vocación religiosa de erradicar al otro y adiciona las prácticas de hechicería y brujería de los ancestros indígenas.

No tendremos un día que pedirle a un ejército de videntes que recorran este mapa en busca de los entierros de brujería- de los atados de azufre y de pelos y de fotografías y de huesos quemados de la magia negra- que nos tiene varados en los ritos de la barbarie. (Silva, 2020, p.20)

El autor relata que quien tenga dudas de que el hombre es su propio depredador hará bien en fijarse en el caso de Colombia. “Nacer aquí, es nacer en un manicomio tomado por los locos” afirma. Se trata entonces de una cultura trastornada, de lo contrario, como se puede explicar que seamos uno de los diez países más violentos del mundo según

Amnistía Internacional (2018), donde matan a los niños; el país más desigual, según el Banco Mundial de América Latina (2019), el sexto país más ignorante del mundo según la firma Ipsos Mori (2020), y uno de los más peligrosos para viajar ¿Cómo no pensar entonces en la esquizofrenia colombiana?

Los odios, las guerras, los desplazados, los secuestros, las violaciones, son el reflejo de un país que ha sido construido a punta de sangre y fuego, que ha dejado dolor, angustia, ansiedad, locura. Esto se refleja en la expresión de Silva (2020) cuándo afirma:

No sobra creerle a nuestra literatura, que al menos se ha preocupado por dar forma y dar belleza, y que algo de sanidad mental nos ha devuelto en estos siglos, que entonces la historia despojó y desplazó y sepultó al mito: que el pensamiento católico marginó y ocultó al pensamiento mágico sin piedad. Y Colombia, como cualquier tierra de espanto plagada de campanarios, fue levantada sobre cementerio indígena (...) Las tantas guerras que hemos sufrido, a manos de gobiernos de izquierda y de derecha, de colores azul y rojo, de fanatismos religiosos y místicos, han sentado la base de nuestra locura. “Dígame usted si no era claro desde entonces que esta no era una nacionalidad sino un trastorno. (pp. 23-37)

Para el año 1949, señala el autor, Colombia era un país de once millones de ciudadanos con estrés postraumático e histeria. Tras el bogotazo, con la muerte del líder liberal Gaitán, la guerra se convirtió en un síndrome de la enfermedad, que terminó por fundar los grupos al margen de la ley, dando origen al conflicto armado, la violencia, el terrorismo y la barbarie a mano de los mismos colombianos. Estas son manías de colonia como lo menciona Silva (2020): “dígame si usted recuerda, en la historia de la crueldad humana una tortura semejante” (p.60). Es precisamente una especie de odio patológico el que nos ha gobernado siempre y un trastorno llamado miedo, que nos ha convertido en sumisos al poder.

Ya en la segunda parte, Historia de la terapia de Colombia, el autor da inicio al capítulo reconociendo que los colombianos han sobrevivido por poco a una patria loca y a la cultura de aplastar la diferencia “porque ciertos ciudadanos han estado contando su historia de todos los modos posibles, han estado poniendo en evidencia esta VIOLENCIA

con mayúscula y riéndose de sí mismos para no morir de angustia” (p.69). También menciona que la locura es parte de una herencia de la conquista española.

Rosetti (2018) médico psiquiatra, presentó a finales de los sesenta la *Historia de la psiquiatría en Colombia*, recociendo que en el país se ha forjado una conducta maniaca desde las creencias en los chamanes, brujos, adivinos y hechiceros, que viene sosteniéndose en la cordura, desde las culturas indígenas, hasta publicaciones como la novela *Cien años de soledad*, “Entiende uno mucho de Colombia cuando se entera de que aquí solo hubo hospitales psiquiátricos y médicos pendientes de la salud mental hacia mediados del siglo XIX” (p.72). “Y también cuando las posesiones resultaron ser enfermedades mentales, empieza este manicomio a dar psiquiatras y a dar obras de arte como remedios y contravenenos”. (p.74). “Los Koguis usan la confesión para el alivio de la mente (...) y nosotros, con razón o sin ella, seguimos encendiendo velas y bañándonos en amasijos para librarnos del mal” (p.72)

En Colombia ha existido una doble locura, la de los españoles tercos, sanguinarios e injusto que nos conquistaron y los indígenas que, con la toma de yagé, las alucinaciones, la chicha conocida como la bebida de la depresión, y el delirio, emprendieron el camino de la venganza, dejando ese legado en el tiempo. A este síndrome mental llamado Colombia, se le ha impuesto como terapia la literatura. “No se da entre nosotros la solidaridad sino apenas la caridad y que engendró una sociedad en que es común reclamar por la buenas o por las malas, el derecho inexistente a mirar a los demás hacia abajo.” (Silva, 2020, p.75)

El señor Vargas Tejada satiriza las primeras discusiones sobre la salud mental en esta tierra, pero lo cierto es que solo hasta 1837 se llevó a cabo el primer peritazgo psiquiátrico, en Antioquia, a un cura de apellido Botero que promovía una revolución contra el Gobierno y contra el utilitarismo: una junta clínica conformada por cinco doctores dictaminó en tiempos en los que ya se hablaba de psicosis, de demencias, de manías, furiosas e idiotismo, que el sacerdote era un hijo de aberrados mentales atacado por “polimánia razonante intermitente”. Cuenta Rosetti (2018) que uno de los peritos, venezolano, ponía el oído en la tierra y daba alaridos “porque creía oír la trompeta del juicio” desde el terremoto de Caracas de 1812, pero asegura que el peritazgo fue serio

e imparcial. El doctor Rossetti recopila una serie de documentos para demostrar cómo era el trato que se les daba a los locos colombianos en el siglo XIX.

En el decreto de sanidad que expidió el gobernador Rufino Cuervo de 1835, nota que los locos no solo eran considerados enfermos contagiosos, sino que eran encerrados y azotados y sepultados en vida en calabozos como del infierno: el carruaje enrejado del hospital San Juan de Dios, que recogía los locos bogotanos, era llamado “La Jaula”. En la *Recopilación de Leyes de la Nueva Granada* de Lino de Pombo, de 1844, se encuentra el artículo en el que se obliga a los policías a mandar a “hospitales u otros establecimientos de caridad” a “locos o personas furiosas” que anden por ahí. (Silva, 2020, p.76)

Parece que Aranzazu se quedó en el siglo XIX, no solo por el reconocimiento de la enfermedad mental en el municipio a causa de la genética antioqueña, sino por considerarse la terapia en el hospital San Vicente de Paul, literalmente, un encierro en una “Jaula” o un “Calabozo” para los pacientes “furiosos” que andan por el municipio. De ahí la segunda terapia, “reír para no llorar” “Una búsqueda de la higiene mental por los atajos de la sátira, por las trochas de los textos literarios y por los pasillos de los hospitales” (Silva, 2020, p.77). También “la pintura y la caricatura le sirvieron a aquella sociedad- a esta – para no extraviarse del todo,” (p.78) en la guerra que conduce a la locura.

Sin duda, los locos eran importantes para una sociedad que insistía en la desigualdad, pero también, “como en la literatura barroca e irónica del siglo de oro, que el humor es un arma política que devuelve el mango de la sartén, reivindica lo humano antes de que sea aplastado por lo humano y hace imposible que el sometimiento sea total” (Silva, 2020, p.79). Llega entonces la novela como otra forma de terapia, la poesía, como una forma de ficción que reflejaba la liberación de la enfermedad. Esa conjugación entre la violencia y la locura, dio pie para el ingenio en la locura. “Se ha dicho de mil maneras que es sana la persona que es capaz de narrar su propia historia” (Silva, 2020, p.91)

Es por eso que, tenemos **DERECHO A LA LOCURA.**



En el capítulo se hace alusión a la locura del siglo XX en el país, asociándola con la fobia a la izquierda, la guerra civil, la violencia, los fusilamientos, las torturas, las bombas, los magnicidios, los secuestros, las masacres; una locura que fue encarada por los artistas, los periodistas y los historiadores, y que según el autor, en el siglo XXI la han heredado los creadores animados por las nuevas tecnologías y por las nuevas libertades, en una valerosa e ininterrumpida labor, que se ha transformado en obras literarias, telenovelas, películas, pinturas, reportajes, pero que lamentablemente no ha sido reconocida como se lo merece.

Esta tendencia y genética de la locura, ha llevado a que en los congresos nacionales de psiquiatría se estudie la familia colombiana. Para el autor, desde que el siglo XX fue el siglo de la ansiedad, donde se escribieron textos estupendos sobre nuestra realidad, que terminaron siendo verdaderas vacunas contra la pandemia colombiana. Es así como en las obras del ícono literario del realismo mágico, García Márquez, los psiquiatras rastrean nuestras patologías. El Dr. Rosetti (2018) habla de “amnesia” “psicosis” “demencia senil” “oligofrenia” e “incesto” porque sospecha que *cien años de soledad*, resume nuestra locura (p.101). Por ejemplo, en la novela *Delirio*, Laura Restrepo (2004) narra la historia de una mujer que ha enloquecido en Colombia “y parte de la idea de que tenemos que estar muy locos para adaptarnos a esta convulsión brutal” (p.104).

Mientras tanto, en el mundo de la poesía, María Mercedes Carranza con sus veinticuatro poemas brevísimos para veinticuatro masacres afirma “como lápidas sobre pueblos enterrados por esta locura, sobre pueblos que se vuelven pueblos fantasmas y que aparecen en el mapa de Colombia cuando sucede una tragedia” (p.105). Esto lo explica Silva (2020) cuando afirma que se está empezando a hablar seriamente de las cicatrices que ha dejado la guerra en la salud mental de millones de colombianos. De acuerdo a la organización médicos sin fronteras (2021), el 67% sufre trastorno por el conflicto, 34% vive en ansiedad, el 38% con la melancolía, el 90% padece depresión y dos millones de niños han sido afectados mentalmente por la guerra.

“Dígame usted en qué otro lugar del planeta “los libros de secuestrados” son un género literario. Dígame en qué otro país se ha dado el humor político como se ha dado en este” (Silva, 2020, p.115). Hoy varios periodistas cuentan con el valor humorísticos

como Matador, Vladdo y en otros tiempos, Tola y Maruja, Jaime Garzón, Santiago Moure, Martín de Francisco, para encarar la realidad del país, con esa locura que nos identifica como encargados de la sanidad mental; sin embargo, lamentablemente tarde o temprano han tenido que andar escoltados. ¡Esto es toda una locura!

También ha sido terapia el deporte, donde Colombia ha encontrado una identidad: “una narrativa” que nos reúne a todos más allá de aquella violencia política que poco a poco se fue volviendo violencia porque sí” (Silva, 2020, p.120). Por el contrario, el cine, haciendo parte de la terapia, ha sido sobre todo un medio de denuncia. La *estrategia del caracol* (1993), como lo expresa Silva (2020): en su representación de un inquilinato donde están juntos los arquetipos, los modos de ser colombianos, también se presenta una denuncia de la estafa, el clasismo y del abandono estatal que han sido síntomas de nuestra enfermedad” (p.121). Nuestras películas, como el resto del arte aquí en Colombia, solo dejarán de mostrar las patologías de esta sociedad, el dogmatismo, el machismo, el clasismo, el racismo, el ombliguismo, cuando mostrarlas deje de ser cuestión de vida o muerte.

Dígame usted si esto no está lleno de síntomas físicos y afectivos y cognitivos de trastornos mentales: de dolores y de insomnios, de miedos y ansiedades, de anarquías y de olvidos. Dígame qué más podemos hacer, aparte de narrarlo y narrarlo y narrarlo otra vez, hasta que un día se nos ocurra una terapia mejor. (Silva, 2020, p.122)

En su osadía, el autor propone crear una psiquiatría general de la nación, por donde todos deban pasar, empezando por los políticos que aspiran llegar a altos cargos, aduciendo que esto no parece una democracia, más bien una Plutocracia, en términos del ponerólogo polaco Andrzej Łobaczewski; es decir, un sistema de gobierno creado por una pequeña minoría patológica que toma el control de una sociedad de personas normales. “El pueblo colombiano, no ha sido más sano que su dirigencia. Es hora de tomarnos en serio la salud mental de quienes nos lideran. Nuestros líderes de hoy son hijos de la locura de la patria; líderes que emprenden el camino de los pactos por la convivencia” (p. 123); sin embargo, en todas las regiones siguen existiendo caciques psicopáticos enquistados en las instituciones; así lo plantea Silva (2020) trayendo a

colisión la teoría de la terapia primal del psicólogo americano Arthur Janov, en la que se considera necesario que Colombia pegue un “grito vagabundo”, pues los traumas profundos de Colombia, “requieren relatos rotundos, símbolos brutales al alcance de todos, versos con estatus de dichos populares” (p.124).

En la obra se va concluyendo que la democracia está a prueba y por tanto también para la salud mental de los padres y los hijos de país. “El 31% de los excombatientes del conflicto armado, sufren de estrés postraumático: ansiedad, descontrol, psicosis. Según la OMS el promedio de los colombianos deprimidos es de 4,7% de la población, es más alto que el promedio mundial”. (Silva, 2020, p.125)

Y bueno, en estos tiempos, las redes sociales también pueden ser una forma de terapia, para librarse de la locura, de acuerdo con Silva (2020):

Teniendo en cuenta que en medio de una cultura que sigue heredándose la violencia, las redes también pueden propagar el pensamiento de manada, darle al populismo reaccionario la oportunidad para fabricar enemigos y permitirles a los frustrados la posibilidad de aniquilar a los demás de un brochazo, contagiarles a los arrinconados el comportamiento de alguna barra brava como un mecanismo de supervivencia o un remedio peor que la alienación y revivirles a los incautos, a modo de trastorno, la megalomanía de la infancia: la ceguera al otro. (133)

La reseña está alineada con este trabajo investigativo, sus recomendaciones y preocupaciones sobre la salud mental, especialmente tomando como caso de estudio la situación mental del municipio de Aranzazu-Caldas.

## Referencias

Acosta V. (2015, 15 de marzo) *Educación para la Democracia-Conferencia de Carlos Gaviria Díaz en el Gimnasio Moderno*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=KdWIZ29BrkQ>

Agudelo, C. (1999). Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: Cobertura y Equidad. *Revista de salud pública*. 1(2), pp.117-127. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18955>

AhumadSa, J. (2002). Desarrollo, gobierno y fortalecimiento municipal: condiciones claves para la profundización y la gobernabilidad democrática. *Revista LIDER* (7). [http://ceder.ulagos.cl/lider/images/numeros/10/2.\[LIDER%20VOL10\] Desarrollo%20gobierno%20y%20fortalecimiento.pdf](http://ceder.ulagos.cl/lider/images/numeros/10/2.[LIDER%20VOL10] Desarrollo%20gobierno%20y%20fortalecimiento.pdf)

Aguilera, C. (2018). Incluir la salud mental en la agenda de los derechos humanos. *DOSSIER "REGÍMENES AUTORITARIOS, NUEVAS GEOGRAFÍAS Y ESPACIOS DE VIDA EN AMÉRICA LATINA"*, 5(9), 104. [https://www.ides.org.ar/sites/default/files/attach/clepsidra\\_09\\_simple\\_media-corregida.pdf](https://www.ides.org.ar/sites/default/files/attach/clepsidra_09_simple_media-corregida.pdf)

Aitken, M. (2011). Prólogo. In: Hernández, Nelly.; Méndez, Gilma.; Soto, Carolina. La salud mental: una cuestión de derechos humanos. Modelo pedagógico para intervención con grupos de población vulnerable. Ibagué: Universidad del Tolima

Alarcón R, Mazzotti G, Nicolini H. (2005). *Psiquiatría*. México, D.F., Organización Panamericana de la Salud en coedición con el editorial El Manual Moderno. [https://www.academia.edu/41920081/Libro\\_de\\_Psiquiatr%C3%ADa](https://www.academia.edu/41920081/Libro_de_Psiquiatr%C3%ADa)

Alcaldía de Aranzazu (2022) "pacto por la equidad"- Secretaria de desarrollo social y comunitario. Estudios previos, Plan de intervenciones colectivas en salud mental Estudios previos" <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GIPG26.pdf>

Alcántara, K (2021). Trastornos mentales: una epidemia silenciosa. *eIDinero*. <https://eldinero.com.do/178112/trastornos-mentales-una-epidemia-silenciosa/>

Álvarez, I. L. F., González, P. M., & Martínez, J. J. (2001). Derecho y Salud Mental. Criterios para la formulación de un sistema eficiente. *Director*, 6(1-2006). <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

Álvarez Gardeazábal, G. (2019). *El divino*. Programa Editorial UNIVALLE. <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/book/274>

Alzate Bedoya, N. A (2020). *Informe anual comportamiento de los intentos de suicidio en el departamento de caldas año 2020*. Dirección Territorial de Salud de Caldas – DTSC. <https://observatoriosocial.saluddecaldas.gov.co/wp-content/uploads/2021/12/40.INTENTOS-DE-SUICIDIO-CALDAS-2020.pdf>

Anzures, M. (1983). La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos. *IIA-UNAM, México*. [https://books.google.com .cu/books/about/La\\_Medicina\\_Tradicional\\_en\\_M%C3%A9xico. html?id=Q3AeAQAAIAAJ&utm\\_source=gb-gplus-shareLa](https://books.google.com .cu/books/about/La_Medicina_Tradicional_en_M%C3%A9xico. html?id=Q3AeAQAAIAAJ&utm_source=gb-gplus-shareLa)

Aranguren, M., León, T. (noviembre, 2011). Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis. En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-052/196.pdf>

Aramburo, K, Vivas B, Aristiabal L, Gómez E, (2017) Eso que llaman “locura”, Una Mirada desde las Creencias Familiares a Casos de Alteración de la Salud Mental en Habitantes del río Yurumangui Buenaventura. [https://www.academia.edu/74230565/La\\_ilusion\\_de\\_la\\_justicia\\_Transicional](https://www.academia.edu/74230565/La_ilusion_de_la_justicia_Transicional)

Ardila, S. (2010). La salud mental a la luz de la Constitución colombiana: análisis de algunas sentencias de la Corte Constitucional, 1992-2009. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39 (3), 493-509. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619187004.pdf>

Ardón-Centeno, N. & Cubillos-Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 11(23), 12-38. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23/v11n23a02.pdf>

Arias Ramírez, J. (1969). Poemas de Javier Arias Ramírez. *Boletín Cultural y Bibliográfico*, 12(07), 34-36. [https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin\\_cultural/article/view/3853](https://publicaciones.banrepcultural.org/index.php/boletin_cultural/article/view/3853)

Arias, B. (2010) Los derechos civiles de las personas con capacidades especiales mental en Colombia: una actualización tardía y restringida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 405-414. Bogotá, D.C. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615447013.pdf>

Arias López, B. E (2010). Los derechos civiles de las personas con capacidades especiales mental en Colombia: una actualización tardía y restringida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 405-414. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447013>

Arriagada, M., Ceriani, L., & Monópoli, V. (2014). *Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos de la nación* 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. [http://www.jus.gob.ar/media/1199853/pol\\_ticas\\_p\\_blicas\\_en\\_salud\\_mental.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1199853/pol_ticas_p_blicas_en_salud_mental.pdf)

Aristóteles (1987) *Ética Nicomaquea*. Ediciones Universales-Bogotá, [https://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Aristoteles\\_\\_Etica-a-Nicomaco-Etica-Eudemia-Gredos.pdf](https://www.posgrado.unam.mx/filosofia/pdfs/Aristoteles__Etica-a-Nicomaco-Etica-Eudemia-Gredos.pdf)

Arteaga, C. (2001). Una salud mental al alcance de todos. Entrevista con el profesor Norman Sartorius. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXX (1), 9-20. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80630102>

Arze, F. J & Martínez, J. (2004). Descentralización en América Latina desde una perspectiva de países pequeños: Bolivia, El Salvador, Ecuador y Nicaragua. *Gestión y Política Pública*.XIII (3), 619-661. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13313302>

Atienza, M. (2006). *Derecho y argumentación*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502006000200015](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502006000200015)

Aurenque, D; Espinosa, M; Lecaros, J. A; Loewe, D & Villarroel, R. (2020). Orientaciones ético-médicas para la atención de pacientes críticos en contexto de pandemia por COVID-19. *Revista de Bioética*. 39, 34-40. [https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2020-06-22-Bioe%CC%81tica%20Complutense%2039-\\_compressed%20\(1\).pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/1634-2020-06-22-Bioe%CC%81tica%20Complutense%2039-_compressed%20(1).pdf)

Balluerka Lasa, M. N; Gómez Benito, J; Hidalgo Montesinos, M. D; Gorostiaga Manterola, M. A; Espada Sánchez, J. P; Padilla García, J. L & Santed Germán, M. Á. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación.[https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticies/docs/Consecuenciaspsicologicas\\_COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuenciaspsicologicas_COVID-19.pdf)

Barros, S., Rodrigues, J., Alves, T. C., & Almeida, A. B. (2021). La enfermería y los derechos de las personas en el ámbito de la salud mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75.<https://www.scielo.br/j/reben/a/skhhrXXHzjkphwzW7nkdY9h/?lang=es&format=pdf>

Becker G. (2001). El papel de la justicia constitucional en el sistema político, El caso Paraguay. AA.VV. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-59962013000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962013000200005)

Begley, S. (2008). *Entrena Tu Mente Cambia Tu Cerebro: Como una Nueva Ciencia Revela Nuestro Extraordinario Potencial Para Transformarnos A Nosotros Mismos= Train Your M*. Editorial Norma. <https://www.buscalibre.com.co/libro-entrena-tu-mente-cambia-tu-cerebro-como-una-nueva-ciencia-revela-nuestro-extraordinario-potencial-para-transformarnos-a-nosotros-mismos-train-your-m/9789584512567/p/2107795>

Benavides Silva, F. L. (2016). *Entre la razón y la sinrazón: ¿enfermedades mentales o males del alma?* Universidad Santo Tomás. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/11547?show=full>

Berrios, G., y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia, clínica, metateoría*. Madrid, España: Trotta. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=298830>

Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. RIFOP: Revista interuniversitaria de formación del profesorado: continuación de la antigua Revista de Escuelas Normales, (66), 85-108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3098211>

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente 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. ISBN 978 92 75 32829 3 I. Título II. González, René – ed. III. CD-ROM,

Bioética y Derecho (2005). La salud mental en términos de futuro. *Revista de Bioética y Derecho*, (5),1. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339705001>

Blanco Cruz, Luis Armando (2005). Las alianzas municipales, el desarrollo local, y la perspectiva regional. *Revista Opera*, 5 (5),27-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67550503>

Bloom, B. L. (1979). Prevention of mental disorders: Recent advances in theory and practice. *Community Mental Health Journal*, 15, 179-191. [https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaBSLglzaUPUPdCn27HF0m4Onwi5uEOgl4ISrKYzLs-Qe6MenJd08CRoC3cEQAvD\\_BwE](https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaBSLglzaUPUPdCn27HF0m4Onwi5uEOgl4ISrKYzLs-Qe6MenJd08CRoC3cEQAvD_BwE)

Boletín de salud mental Análisis de Indicadores en Salud Mental por territorio Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental abril de 2018. Ministerio de Salud. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca Digital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Biblioteca%20Digital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-onsm-abril-2018.pdf)



Borri, N. (2020). Sopa de Wuhan, Pensamiento contemporáneo en tiempos de Pandemias, Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio), <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10038>

Bobbio, N. (1993). *Liberalismo y democracia*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. <https://fce.com.co/producto/liberalismo-y-democracia/>

Boeninger E. (1984). *Participación: oportunidades, dimensiones y requisitos para su desarrollo*. Documento de trabajo, Centro de Estudios del Desarrollo. Santiago, 16, 25 [https://books.google.com.co/books/about/Participaci%C3%B3n.html?id=fnA6HAAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.co/books/about/Participaci%C3%B3n.html?id=fnA6HAAACAAJ&redir_esc=y)

Boletín Oficial de las Cortes Generales (2019). *Proposición de Ley en el ámbito de la Salud Mental*. Presentada por el Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea. Congreso de los Diputados. [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-376-1.PDF](https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-376-1.PDF)

Borja, J. (1986). La descentralización: una cuestión de método. *Revista mexicana de sociología* (46)4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=109200>

Bower, E. (1963). Primary prevention of emotional and mental disorders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 832-840. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1939-0025.1963.tb01046.x>

Braunstein, N. (2013). Clasificar en psiquiatría. Ciudad de México, México: Siglo XXI. <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2015/08/braunstein-clasificar-en-psiquiatria3ada.pdf>

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist* (32); 513-531. <https://psycnet.apa.org/record/1978-06857-001>

Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev.*, 101(4), 568-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984707/>

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The Bioecological Model of Human Development. En W. Damon, & R. M. Lerner, Handbook of child psychology: Theoretical models of human development. 793-828). <https://www.childhelp.org/wp-content/uploads/2015/07/Bronfenbrenner-U.-and-P.-Morris-2006-The-Bioecological-Model-of-Human-Development.pdf>

Burundarena, A. (2015) Proceso declarativo de restricción a la capacidad y excepcional de incapacidad en el Código Procesal Modelo para la Justicia de Familia. *Revista de Derecho Procesal*. <https://www.rubinzal.com.ar/libros/procesos-de-familia/3886/?textobu=>

Caballo M., Vicente E., & Ruvalcaba-Romero, Norma A., & gallegos-Guajardo, Julia, & Villegas-Guinea, Diana (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33 (3),223-236.: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21349352001>

Caicedo, E. (2001). Planeación del territorio municipal, propiedad y derecho urbanístico. *Régimen de las Entidades Territoriales*. Bogotá: D` vinni Ltda. <http://www.scielo.org.co/pdf/vniv/n124/n124a02.pdf>

Calderón, C (2005). *Cuestiones de Derechos*. Bogotá: Digiprint editores. <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/17418?show=full>

Campo, A; Oviedo, H & Herazo, E. (2014) Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3),162-167. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80633732007.pdf>

Campos Marín, R. (2001). De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). *Frenia* 1(1), 37-64. <https://core.ac.uk/download/pdf/228845185.pdf>

Campos V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=241520>

Campo-Arias, Adalberto, & Herazo, Edwin, & Oviedo, Heidi Celina (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3),162-167. [fecha de Consulta 10 de septiembre de 2022]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633732007>

Campos Bernal, H. J. (2011). El Costo de los Derechos. Cass Sunstein y Stephen Holmes, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2011 *Revista de Economía Institucional*, vol. 15, núm. 29, 2013, pp. 343-348 <https://www.redalyc.org/pdf/419/41929178018.pdf>

Campoy Cervera, I. (2000). *Dos Modelos Teóricos sobre el tratamiento jurídico debido a los niños*. Madrid: Dykinson. <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/564>

Campus Unisabana (2020). Enfermedades mentales, la cuarta ola de la pandemia. Portal de noticias. <https://www.unisabana.edu.co/salud-mental/enfermedades-mentales-la-cuarta-ola-de-la-pandemia/>

Campusano Mena, E. (2011). Arteterapia en educación especial (Tesis de Pos título) Universidad de Chile. Santiago de Chile, junio de 2011. Recuperado de: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-campusano\\_e/html/indexframes.html](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-campusano_e/html/indexframes.html)

Cañón Buitrago, S. C; Castaño Castrillón, J; Hoyos Monroy, D. C; Jaramillo Hernández, J. C; Leal Rios, D. R; Rincón Viveros, R; Sánchez Preciado, E. A & Ureña Calderón, L. E. (2016). Uso de internet y su relación con la salud de estudiantes universitarios de la ciudad de Manzanales. *Archivos de Medicina*, 16(2), 312-325. <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273849945010.pdf>

Cárdenas Ramírez, E. (2013). Alcances del derecho a la salud en Colombia: una revisión constitucional, legal y jurisprudencial. *Revista de Derecho*, (40), 199-226. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-86972013000200008&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-86972013000200008&script=sci_abstract&tIng=es)

Cardoso Llinás J (2003). Acciones o Mecanismos Jurídicos que pueden utilizar los pacientes mentales y sus familiares para lograr el reconocimiento de sus derechos.

*Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII (1), pp.86-90. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80609611.pdf>

Carrión, F (1991). *Municipio y democracia – gobiernos locales en ciudades intermedias de américa latina*. Santiago. Editorial Latinoamericana. <http://www.sitiosur.cl/detalle-de-la-publicacion/?municipio-y-democracia-gobiernos-locales-en-ciudades-intermedias-de-america-latina>

Castell, M. (1985). *Crisis urbana y cambio social*. Madrid: Siglo XXI. [https://www.sigloxxieditores.com/libro/crisis-urbana-y-cambio-social\\_17019/](https://www.sigloxxieditores.com/libro/crisis-urbana-y-cambio-social_17019/)

Castro-Gómez, S. (2009). *Tejidos oníricos: movilidad, capitalismo y biopolítica en Bogotá (1910-1930)*, Bogotá: Universidad Javeriana-Instituto Pensar. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/41720>

Castro, Ximena. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *CS*, (11), 73-114. Cali: Universidad del Valle. [https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista\\_cs/article/view/1567](https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1567)

Castrillón Valderrutén, M. C. (2012). Enfermedad y cambios en el hospital psiquiátrico San Isidro de Cali. Programa Editorial Universidad del Valle. <https://socioeconomia.univalle.edu.co/index.php/2015-12-10-14-36-19/ciencias-sociales/castrillon-valderruten-maria-del-carmen>

Cea Madrid, J. C. (2019). " Locos por nuestros derechos": comunidad, salud mental y ciudadanía en el Chile contemporáneo. *Quaderns de Psicologia*, 21(2),

CEPAL (1998) *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/31142-la-descentralizacion-la-educacion-la-salud-un-analisis-comparativo-la>

Cepeda E., M. J. "La ubicación de la Corte Constitucional en el sistema político". 2001. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-59962013000200005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962013000200005)

Chávez BM, Arbeláez MP. La estrategia de municipios saludables como política pública, Antioquia, Colombia, 2007. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2008;26(1): 40-9. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2008000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2008000100005)

Chuaqui, J. (2007). Salud mental y derechos humanos. *Biblioteca Sede OPS-Catalogación en la fuente*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6235/2009-ARG-salud-mental-derechos.pdf?sequence=1>

Clínica Montserrat. (2012, 29 de marzo) Tres Agujeros negros de la psiquiatría en el siglo XX #1 [Video]. YouTube. [https://www.youtube.com/watch?v=OGpL4osTrk0&list=PLi9vCag3BI\\_kYQaKlcKljmLmoZLO1rdou&index=1](https://www.youtube.com/watch?v=OGpL4osTrk0&list=PLi9vCag3BI_kYQaKlcKljmLmoZLO1rdou&index=1)

Clínica Montserrat. (2012) Tres Agujeros negros de la psiquiatría en el siglo XX #2 [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=UptYWf9QNCA&t=163s>

Cobo M, (2019), Discursos legales y disciplinares que inciden en el abordaje de la locura y la enfermedad mental en Cali (1970 - 2000). Santiago de Cali-Valle, /Tesis de Maestría. [handle/10893/15218/CB-0600154.pdf? sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10893/15218/CB-0600154.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Cohen, H. (2009). Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales. *Representación OPS/OMS Argentina; 65*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6235>

Comisión Reguladora de Salud. (2010). Revisión de Orden Político y Jurídico con respecto de la Salud Mental de Colombia en salud mental de baja, mediana y alta complejidad. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20737/282776.2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1991). Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental. <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>

Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (2008). La Política Nacional del Campo de la Salud Mental: entre el escepticismo y la esperanza. *Revista*

*Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 302-303. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502008000300001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000300001)

Colegio Colombiano de Psicólogos. (2021). *Propuesta COLPSIC - Salud Mental COVID 19*. [https://issuu.com/colpsic/docs/propuesta-colpsic\\_-covid19](https://issuu.com/colpsic/docs/propuesta-colpsic_-covid19)

Confederación salud mental España (2021). *Manifiesto Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia*. <https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-salud-mental-covid-19/>

Contrato de Prestación de Servicios N° 117 (2022) E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl Aránzazu Caldas – contratista DAYANA VANESSA OCAMPO OCAMPO. <https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE>

Contrato de Prestación de Servicios N° 057 (2022). E.S.E Hospital Departamental San Vicente de Paúl Aránzazu Caldas- Contratista- Felipe Agudelo Hernández- C\_PROCESO\_22-4-12839594\_217050020\_100328969.

[https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=22-4-12839594&g-recaptcha-response=03ANYolqsDNfDmn4qkAzFMVYXws-JVY5IZ5XP4y9eFk5rz1uEJA3CzppXxY6\\_QxQr8QvhgbITRhA449vhWzYT0Bq\\_zxJBkMQ1-mxk2wlKMmcHd6ceWM1iC16SssB6fxlqBftuglqmL2-wTX9decV6jGkO4lvsr3cQOHUKSgdzfmRQiYo9LhpE8Hz-VgkW9onEGrCdZcti8ajsJ\\_fyapUHU-DQGYR9UmB0egg5n\\_SI7f\\_OOaU2dZ6r-NbRVJfJD3MdK3glWhSoCsx9o9mciitdPfjPzPmVH H6FC9TBClaWMcf3gc2elhDJZBS7d0FhGkvCmqNxq2pq30PQuMFlwMHLaV0yEPzgeb7FtWxCZMHhn0Afsf9CmsyRWT2kplmiPFBsJT6pV958SjyNgu5lltH4Otw1yhLifP2GfgHsmXpsbupFuJdb3i7Kmbj3fkioTcGBZOYVEUpn6wSE7gdhsiGmJ4s346e-m\\_UjEqrZaFOwrZFBgkOxTbNSgtOGPn94mDLSR0LBIY 4uBd3 xMjOguDwd1r89u g9B \\_M0Rtv71c\\_EagmESwOIIArJZm8Jok4hALHaEWTirgKUCuah7Q4kdMw6an1N6k0HIkTR9A](https://www.contratos.gov.co/consultas/detalleProceso.do?numConstancia=22-4-12839594&g-recaptcha-response=03ANYolqsDNfDmn4qkAzFMVYXws-JVY5IZ5XP4y9eFk5rz1uEJA3CzppXxY6_QxQr8QvhgbITRhA449vhWzYT0Bq_zxJBkMQ1-mxk2wlKMmcHd6ceWM1iC16SssB6fxlqBftuglqmL2-wTX9decV6jGkO4lvsr3cQOHUKSgdzfmRQiYo9LhpE8Hz-VgkW9onEGrCdZcti8ajsJ_fyapUHU-DQGYR9UmB0egg5n_SI7f_OOaU2dZ6r-NbRVJfJD3MdK3glWhSoCsx9o9mciitdPfjPzPmVH H6FC9TBClaWMcf3gc2elhDJZBS7d0FhGkvCmqNxq2pq30PQuMFlwMHLaV0yEPzgeb7FtWxCZMHhn0Afsf9CmsyRWT2kplmiPFBsJT6pV958SjyNgu5lltH4Otw1yhLifP2GfgHsmXpsbupFuJdb3i7Kmbj3fkioTcGBZOYVEUpn6wSE7gdhsiGmJ4s346e-m_UjEqrZaFOwrZFBgkOxTbNSgtOGPn94mDLSR0LBIY 4uBd3 xMjOguDwd1r89u g9B _M0Rtv71c_EagmESwOIIArJZm8Jok4hALHaEWTirgKUCuah7Q4kdMw6an1N6k0HIkTR9A)

Cordero, A. L. (2008). Derechos humanos y Salud Mental. *Revista electrónica de psicología política*, 6(17). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repp/v6n17/v6n17a02.pdf>

Corrigan, P. W.; Penn, D. L., «Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma», *Am. Psychol.*, 1999, 54, 9, pp. 765-776. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10510666/>

Corrigan, P. W.; Watson, A. C., «Understanding the Impact of Stigma on People with Mental Illness», *World Psychiatry*, 2002, 1, 1, pp. 16-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

Corrigan, P. W.; Watson, A. C.; Ottati, V., «From Whence Comes Mental Illness Stigma? », *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2003, 49, 2, pp. 142-157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12887048/>

Corrigan, P. W.; Markowitz, F. E.; Watson, A. C., «Structural Levels of Mental Illness Stigma and Discrimination», *Schizophr. Bull.*, 2004, 30, 3, pp. 481-491. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15631241/>

Crespo, M., Guillén, A., Izquierdo, S., Muñoz, M y Pérez-Santos, E. (2011). La Enfermedad Mental en los Medios de Comunicación: Un Estudio Empírico en Prensa Escrita, Radio y Televisión. *Clínica y Salud*, 22(2), 157-173, Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742011002200005&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011002200005&lng=es&tlng=es)

Cuideo, desencadenantes de enfermedades mentales (2022) <https://cuideo.com/blog/desencadenantes-enfermedades-mentales/>

DANE (2021). *Salud Mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia*. Bogotá, Colombia. [https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estado %C3%ADstica%20de %20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pandemia%202021%20.pdf](https://ascofapsi.org.co/pdf/Noticias/Estado%20de%20Salud%20mental%20en%20Colombia-%20pandemia%202021%20.pdf)

Declaración de Alma Ata (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria en salud*. URSS. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Defensoría del Pueblo, (2022) Análisis Jurídico y Seguimiento a la Política Nacional de Salud Mental en Colombia - Dependencia: Delegada para el derecho a la Salud y la

Seguridad Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Defensoría del Pueblo (2008) La Salud Mental en Colombia (Parte I) [http://politica%20salud%20mental%202022/i1\\_2008%20salud%20mental%20en%20colombia.pdf](http://politica%20salud%20mental%202022/i1_2008%20salud%20mental%20en%20colombia.pdf). Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social

De Grazia, S. (1962). Tiempo, trabajo y ocio. New York: The Twentieth Century Fund Editorial Tecnos. <https://www.iberlibro.com/buscar-libro/titulo/tiempo-trabajo-y-ocio/autor/grazia-sebastian-de/>

Delgado Jaramillo D, (2017) Política pública de salud mental del departamento de Caldas: un aporte al bienestar y la inclusión editado por Laura V. Obando Alzate — Manizales: UAM, 2017. <https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/3907/POL%C3%8DTICA%20P%C3%9ABLICA%20EN%20SALUD%20MENTAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Del Mar, M. (2009). Poemas de Meira del Mar. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/53710/Poemasdemeiradelmar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Departamento Nacional de Planeación (2020). Consejo Nacional de Política Económica y Social CONPES. <https://www.dnp.gov.co/CONPES>

De Rotterdam, E. (2011). *Elogio de la locura*. Editorial JG. <https://www.buscalibre.com.co/libro-elogio-de-la-locura/9786077359678/p/47455969>

De Vogli R. Neoliberal globalisation and health in a time of economic crisis. *Soc Theory Health* 2011; 9: 311-325. <https://link.springer.com/article/10.1057/sth.2011.16>

De Tena, T. L., & Vallejo-Nágera, J. A. (1997). *Los renglones torcidos de Dios*. Planeta. <https://www.planetadelibros.com.co/libro-los-renglones-torcidos-de-dios/160553>

Díaz, D. (2011). Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a través de la historia: II. Colombia, un sitio donde confluyeron varias culturas con su arte de curar. *latreia*, 24(2), 207-214. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v24n2/v24n2a10.pdf>



Dirección Territorial de Salud de Caldas (2017). Informe final del proceso de sistematización y el análisis de la implementación de las redes de salud mental en Viterbo, Aránzazu y Pácora, Caldas. Presentación y análisis de resultados (Ricardo Andrés Camargo Amezquita). <https://ciencia.lasalle.edu.co/2020.4.html>

Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC (2020). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas*. <https://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/2020/Asis-departamental-Caldas-2020.pdf>

Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC. (2020) Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas. <https://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/2020/Asis-departamental-Caldas-2020.pdf>. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/fundamentacion-de-la-metafisica-de-las-costumbres--0/>

Dirección Territorial de Salud de Caldas DTSC. (2021) Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud del departamento de Caldas. <https://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/asis/2020/Asis-departamental-Caldas-2021.pdf>

Dolores, M (2021) 4 factores que detonan problemas de salud mental. <https://tecreview.tec.mx/2021/09/23/liderazgo-1/problemas-de-salud-mental/>

Donnelly, J. (1989). Represión y desarrollo: la contingencia política de las compensaciones de derechos humanos. En *Derechos Humanos y Desarrollo* (pp. 305-328). Palgrave Macmillan, Londres. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27570.pdf>

Egenau Pérez, P., Cifuentes Fernández, L., Vásquez Miranda, C., Yermani Valenzuela, S., & Madariaga Araya, C. (2021). Salud mental, derechos humanos y ciudadanía. *Revista Chilena De Salud Pública*, p. 53–74. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2021.65298>

Escobar J, (2000). *Lo imaginario: entre las ciencias sociales y la historia*, Medellín Colombia, Fondo Editorial Universidad EAFIT Cielos de Arena. <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/73>

Escuela superior de administración pública - ESAP (1987) *Democracia local reforma política y descentralización administrativa*. Bogotá. <https://www.esap.edu.co/portal/index.php/publicaciones-esap/>

Espinoza, V., Rodríguez, A., & Rosenfeld, A. (1986). Poder local, pobladores y democracia. *Revista Mexicana de Sociología*, 48(4), 123–140. <https://doi.org/10.2307/3540393>

Esposito, R. (2011). Bíos. Biopolítica y filosofía [https://www.academia.edu/34225770/ROBERTO\\_ESPOSITO\\_Bi\\_os\\_Biopolitica\\_y\\_filosofi\\_a](https://www.academia.edu/34225770/ROBERTO_ESPOSITO_Bi_os_Biopolitica_y_filosofi_a)

Farina, A., «Stigma», en MUESSER, K. T.; TARRIER, N., *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia*, Boston, Allyn and Bacon, 1998, pp. 247-279. <https://www.worldcat.org/title/handbook-of-social-functioning-in-schizophrenia/oclc/851110598>

Ferrajoli L, (2008). *Democracia y Garantismo*. Madrid, Editorial Trotta - Edición de Miguel Carbonell. <https://www.marcialpons.es/libros/democracia-y-garantismo/9788498790054/>

Ferigato, S., Sy, A. & Resende Carvalho, S. (2011). Explorando las fronteras entre la clínica y el arte: relato de una experiencia junto al Frente de Artistas del Borda. *Revista Salud Colectiva*, 7 (3), 347-363. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2011.v7n3/347-363/es>

Fernández C, X., Jiménez García, R., Gil de Miguel, Esteban, MM, Puerto, ML A., & Hernández Barrera, V. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema de Salud de Navarra*, 35 (2), 229-240. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>

Ferrajoli, L (2002). *Los derechos sociales como derechos exigibles*, prólogo de V. Abramovich y V. Courtis, Madrid, Editorial Trotta, <https://www.trotta.es/libros/los-derechos-sociales-como-derechos-exigibles/9788481645071/>

Flores Miñano, K. D. (2016). El derecho a la salud mental y la protección de los derechos fundamentales de las personas con problemas mentales. <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1941>

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica. <https://gloriagduran.com/wp-content/uploads/2013/05/los-anormales-m-foucault.pdf>

Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica. <https://www.uv.mx/tipmal/files/2016/10/M-FOUCAULT-DEFENDER-LA-SOCIEDAD.pdf>

Foucault M, (1964) *Historia de la locura en la época clásica*. Paris. Editorial Plon, Paris. Fondo de Cultura Económica Ltda. Bogotá, <https://patriciolepe.files.wordpress.com/2007/06/foucault-michel-historia-de-la-locura.pdf>

Franco, A. (2012). Atención Primaria en Salud (APS) ¿De regreso al pasado? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(1), 83-94. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/7630>

Freire Coqueiro, N. (2010) Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Revista ACTA*, 23 (6), 859-862. <https://www.scielo.br/j/ape/a/9LVK4BKMMB5mrwXwjDbWgfh/abstract/?lang=es>

Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires: Paidós. [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/\(316\)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/(316)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf)

Gallo, J. (2012). La autonomía en la política distrital de salud mental: Del individuo al communitas. *Tesis Psicológica*, (7); pp. 40-47. <https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/258>

Gallo-Acosta, J., & Quiñones-Useche, A. (2019). Deconstruyendo lo ideológico de la salud mental en Colombia. *Revista de Psicología GEPU*, 10 (2), 07-21. <https://www.proquest.com/openview/0225e23c0b9012b615b8592cea2fea28/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=1246336>

García, B. (2020). La información caótica. *El Faro de Ceuta*. <https://elfarodeceuta.es/>

García Santos, A. (2017). Investigación sobre la violencia contra las mujeres con enfermedad mental. FEDEAFES (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental). [http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia\\_2017\\_final.pdf](http://www.fedeafes.org/wp-content/uploads/2017/12/Salud-Mental-mujer-violencia_2017_final.pdf)

Goberna Tricas, J. (2004). La Enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Index de Enfermería*, 13(47), 49-53. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-1296200400030011&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200400030011&lng=es&tlng=es).

Goldston, S. (1984). *Readings in primary prevention of psychopathology*. Hannover: University Press of New England. [https://www.chegg.com/textbooks/prevention-policy-and-public-health-1st-edition-9780190224653-0190224657?preSelection=Buy&c\\_id=sem&utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=tb--long\\_tail\\_Bath+Book\\_max+cpo+7.8\\_NA\\_Broad\\_2&utm\\_content=prevention&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaEz9yONd2ECL935qrolqY9LUmbNwV6wLM4JU2sTsvr2vl3UEGx2XEBoChDwQAvD\\_BwE&gclsrc=aw.ds](https://www.chegg.com/textbooks/prevention-policy-and-public-health-1st-edition-9780190224653-0190224657?preSelection=Buy&c_id=sem&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=tb--long_tail_Bath+Book_max+cpo+7.8_NA_Broad_2&utm_content=prevention&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaEz9yONd2ECL935qrolqY9LUmbNwV6wLM4JU2sTsvr2vl3UEGx2XEBoChDwQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds)

Goldberg, X, Ramírez, O, Van den Bosch, M, Liutsko, L & Briones, B, (2021). ¿Es la salud mental la pandemia después de la COVID-19? *Instituto de Salud global Barcelona ISGlobal. Serie.COVID19- y estrategia de respuesta*, 32, 1-10. <https://www.isglobal.org/-/es-la-salud-mental-la-pandemia-despues-de-la-covid-19>

González, L. (2015). Constitución del sujeto como empresario de sí: modos de subjetivación en el neoliberalismo. *Nómadas* N°. 42. abril de 2015. Universidad Central. Colombia. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75502015000100012&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75502015000100012&script=sci_abstract&tlng=es)

Gonzales G, (2016), Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, Editorial Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur, Buenos Aires. [https://issuu.com/cecilia213/docs/rcambb\\_2016-2](https://issuu.com/cecilia213/docs/rcambb_2016-2)

González, L. M; Peñalosa, E; Matallana, M. A; Gil, F; Gómez-Restrepo, C & Vega Landaeta, A. P. (2016). Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45, 89-95. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502016000500012](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502016000500012)

Gómez Restrepo, C. (2012). Psiquiatría y salud mental en el marco de la Ley 1438 y el Acuerdo 029. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 7-14. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80624093002.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. *Revista Virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 15(26). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8153458>

Gómez Restrepo, C. (2003). El planteamiento de políticas en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII (3), pp.219-220. [https://www.researchgate.net/publication/262544224\\_El\\_planteamiento\\_de\\_politicas\\_en\\_salud\\_mental](https://www.researchgate.net/publication/262544224_El_planteamiento_de_politicas_en_salud_mental)

Gómez-Restrepo, C; De Santacruz, C; Rodríguez, M. N; Rodríguez, V; Tamayo Martínez, N; Matallana, D & González, L. M. (2016) Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 2-8. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80650839002.pdf>

Gomes, C., & Elizalde, R. (2010). Ocio y Recreación en América Latina: conceptos, abordajes y posibilidades de resignificación. *Polis* (26). <http://journals.openedition.org/polis/64>

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>

Granados, K (2003). *El arte de reducir cabezas*. Sobre la servidumbre del hombre liberado en la era del capitalismo total de Robert Dufour. Buenos Aires: Paidós. [https://www.academia.edu/11004230/EL\\_ARTE\\_DE\\_REDUCIR\\_CABEZAS\\_SOBRE\\_LA\\_NUEVA\\_SERVIDUMBRE\\_DEL\\_HOMBRE\\_LIBERADO\\_EN\\_LA\\_ERA\\_DEL\\_CAPITALISMO\\_TOTAL\\_ANY\\_ROBERT\\_DUFOUR](https://www.academia.edu/11004230/EL_ARTE_DE_REDUCIR_CABEZAS_SOBRE_LA_NUEVA_SERVIDUMBRE_DEL_HOMBRE_LIBERADO_EN_LA_ERA_DEL_CAPITALISMO_TOTAL_ANY_ROBERT_DUFOUR)

Gutiérrez J, Herazo E. (2021) Recurso de la acción de tutela por derecho a la salud mental en la jurisprudencia colombiana, 2000-2019. *Tempo e Argumento*, Florianópolis, v. 13, n. 33, e0117, maio/ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.5965/2175180313332021e0117>

Gutiérrez Ossa, J. A. (2011). Cooperación internacional descentralizada para la gestión pública departamental y municipal en Colombia. *Revista de relaciones internacionales, estrategia y seguridad*, 6(2), 63-88. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1909-30632011000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1909-30632011000200004)

Hacking, I. (1986). *Reconstructing Individualism: Autonomy, Individuality in the Self Investigation Thought*, Stanford, England: Stanford University, pp. 161-171. <https://discoverarchives.library.utoronto.ca/index.php/making-up-people-ian-hacking-in-reconstructing-individualism-autonomy-individuality-and-the-self-in-western-thought>

Hadrón Henao, J. (1988) *El Poder Municipal*. Bogotá: Esap Publicaciones. <https://www.buscalibre.com.co/libro-el-poder-municipal/1047315/p/1047315>

Harris, M. (1989). *teoría sobre la cultura en la era posmoderna 1989*. [http://www.proarhep.com.ar/wp-content/uploads/Harris\\_Teor%C3%ADas-sobre-la-cultura-en-la-era-posmoderna\\_1989.pdf](http://www.proarhep.com.ar/wp-content/uploads/Harris_Teor%C3%ADas-sobre-la-cultura-en-la-era-posmoderna_1989.pdf)

Hayward, P.; Bright, J. A., «Stigma and Mental Illness: a Review and Critique», *Journal of Mental Health*, 1997, 6, 4, pp. 345-354. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638239718671>

Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2018). *World Happiness Report 2018*, New York: Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2018/>

Henao, S; Quintero, S; Echeverry, J; Rivera, E & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (2), 184-192. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2016000200007&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2016000200007&script=sci_abstract&lng=es)

Henao Pérez, J. C. (2013). El juez constitucional: un actor de las políticas públicas. *Revista de Economía Institucional*, 15(29), 67-102. <http://www.scielo.org.co/pdf/rei/v15n29/v15n29a05.pdf>

Herazo, E. (2014). La salud mental ante la fragmentación de la salud en Colombia: entre el posicionamiento en la agenda pública y la recomposición del concepto de salud *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 21-27. <https://www.redalyc.org/pdf/120/12058124003.pdf>

Herazo-Acevedo, E., Urrego-Mendoza, Z. C., & Parales-Quenza, C. J. (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>

Hermosilla, A. & Cataldo, R. (2012) Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *Psiencia Revista Latinoamericana de ciencia Psicológica*, 4 (2), 134-140. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382008.pdf>

Hernández, M; Gerardo, A. (2010). Los derechos humanos, una responsabilidad de la Psicología Jurídica. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 415-428. <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v6n2/v6n2a14.pdf>

Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://revistas.averiana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379>

Hernández-Holguín, D. M., & Sanmartín-Rueda, C. F. (2018). La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 43-56. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379>

Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/24379>

Hernández, M. (1992). El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. Bogotá: Zeus Asesores: 127-154. <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n67/n67a08.pdf>

Hernández, M. y Obregón, D. (2002). La OPS y el Estado colombiano: Cien años de historia. <https://www.paho.org/col/dmdocuments/OPS%20y%20estado%20colombiano100.pdf>

Herrera, W. (2002). Régimen Municipal en Colombia (Continuación del tema sobre Organización Territorial). *Revista de Derecho*, (18), 205-274. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85101813>

Herrera, M. (2001). Dilemas de la gestión pública: representación y planeación. En: Caicedo, E; Sabogal, A. (Coordinadores). *Régimen de las Entidades Territoriales*. Bogotá: D`vinni Ltda. 301-346

Herzberg I, Jasinska A, García J, Jawaheer D, Susana S, Kremeyer B, Duque C, Parra M, Vega J, Ortiz D, Carvajal L, Polanco G, López C, Palacio C, Levinson M, Aldana LL, Mathews C, Davanzo P, Molina J, Fournier E, Bejarano J, Ramírez M, Araya C, Araya X, Sabati Ch, Reus V, Macaya G, Bedoya G, Ospina J, Freimer N, y Ruiz A. (2006) La



evidencia de ligamiento convergente de dos aislamientos de población latinoamericana respalda la presencia de un locus de susceptibilidad para el trastorno bipolar en 5q31–34. *Revista Genética Molecular Humana*, 15(21). doi:10.1093/hmg/ddl254 Acceso anticipado publicado el 19 de septiembre de 2006

INFOCOP. (2019). OMS advierte del estigma de la salud mental en muchas partes del mundo. Migrantes y refugiados. [https://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7927](https://www.infocop.es/view_article.asp?id=7927)

Iso-Ahola, S. (1980a). Social Psychological Perspectives on Leisure and Recreation. [https://www.researchgate.net/publication/249701095\\_Modeling\\_Iso-Ahola's\\_Motivation\\_Theory\\_in\\_the\\_Tourism\\_Context](https://www.researchgate.net/publication/249701095_Modeling_Iso-Ahola's_Motivation_Theory_in_the_Tourism_Context)

Iso-Ahola, S. E. (1980b). The social psychology of leisure and recreation. Dubuque. <https://www.amazon.com/Social-Psychology-Leisure-Recreation/dp/0697071677>

Iso-Ahola, S., & Mannell, R. (2005). Leisure and Health. (A. Veal, & J. Haworth, Edits.) Library of congress. [https://www.researchgate.net/publication/27400198\\_Work\\_Leisure\\_and\\_Well-Being](https://www.researchgate.net/publication/27400198_Work_Leisure_and_Well-Being)

Jiménez, W. G; Angulo, L; Castiblanco, Y. P; Gómez, M L & Rey, L. J & Solano, L. T & Urquijo, Y. C (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Revista Colombiana de Cirugía*, 31(2), 81-90. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355545923002>

Jiménez, H. V., & Vásquez, J. (2001). El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9(4), 264-268. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v9n4/4830.pdf>

Jonas H. (1995) El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder. <https://doctoradohumanidades.files.wordpress.com/2015/04/jonas-el-principio-de-responsabilidad.pdf>

Kalawski, J. P. (2021). Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. *Cuadernos de Neuropsicología*, 15(1), 10-11. <https://www.cnps.cl/index.php/cnps/article/view/443>.

Kant I, (1999). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <https://www.cervantesvirtual.com/obra/fundamentacion-de-la-metafisica-de-las-costumbres--0/>

Kensey, K (1962) Alguien Voló sobre el nido del cuco. Título original: *One flew over the cuckoo's nest* Traducción: Mireia Botill Digitalizado por kamparina y Mago Tim para Biblioteca-irc en junio de 2.004 <http://>

Kleinman A. (1987) *Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross cultural research on illness. Br J Psychiatry; 151: 447–54.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3447661/>

Lagarriga, I. (1988). Concepción y terapia de la enfermedad mental en la medicina tradicional de México. In *EnOtra América en construcción. Medicinas tradicionales, religiones populares. Memorias del Simposio: Identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares, Amsterdam.* <http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/piuris/article/view/399>

Langdon EJ, Wiik FB., (2010) Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am.* <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwjTB/?lang=es&format=pdf>

León, C. A. (1976). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; Vol. 81 (2) pp. 122-138. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17545/v81n2p122.pdf>

Lewis, Metter, Dorsey & Weiner (2018). *Measures and outcomes in implementation Science. In Chambers, Vinson & Norton. Advancing the Science of Implementation Across the Cancer Continuum (57-77.* <https://impsciuw.org/implementation-science/learn/>

Llinás, J. C. (2003). Acciones o mecanismos jurídicos que pueden utilizar los pacientes mentales y sus familiares para lograr el reconocimiento de sus

derechos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(), 86-90. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80609611.pdf>

López C; Ospina M; Castro A & Sánchez S, (2018), *Debates sobre la discriminación: de la fundamentación teórica al derecho colombiano*. Bogotá D.C. Editorial Departamento de publicaciones de la Universidad Externado de Colombia. <https://publicaciones.uexternado.edu.co/gpd-debates-sobre-la-prohibicion-de-discriminacion-de-la-fundamentacion-teorica-al-derecho-colombiano-9789587729887.html>

Lopera, J. D. (2014). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 11-20 Universidad de Antioquia. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19792>

Lopera J, D. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 32(1) <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19792>

López, M.; Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas para el debate desde Andalucía», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, XXVII, 99, pp. 187-223

López, C. M. (2020). *Salud Mental: ¿La próxima pandemia?* <https://gacetamedica.com/investigacion/salud-mental-la-proxima-pandemia/>

López Lluva, M. T; Cepas Guillén, P. L; Muñoz, Martínez, V & Bueno, H. (2021). Impacto clínico, psicológico, formativo y profesional de la pandemia por COVID-19 en jóvenes cardiólogos españoles. *Revista Española de Cardiología*. 74(4). <https://www.revespcardiol.org/es-impacto-clinico-psicologico-formativo-profesional-articulo-S0300893220307120>

López, M; Laviana, M; Fernández, L; López, A; Rodríguez, A. M & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de*

Neuropsiquiatría, 28(1), 48-83. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es).MartaMiret.(2017).  
<https://lafelicidad.info/ser-feliz-contribuye-a-tener-una-mejor-salud/>

Lorenzetti, Ricardo Luis (2014) Código Civil y Comercial de la Nación.  
<https://www.praxisjuridica.com.ar/productos/codigo-civil-y-comercial-de-la-nacion-comentado-14-tomos-encuadernados-autor-lorenzetti-ricardo-luis-director/>

Lozano Rodríguez, F., Muñoz Muñoz, C. F., & González Martínez, E. (2020). La tutela del derecho a la salud mental en época de pandemia. *Opinión Jurídica*, 19(40), 369-392.  
<https://doi.org/10.22395/ojum.v19n40a18>

Lyubomirsky, S. (2008). La ciencia de la felicidad (Alejandra Devoto, Trad.). *Urbano*.  
<https://www.casadellibro.com/libro-la-ciencia-de-la-felicidad-un-metodo-probado-para-conseguir-el-b-ienestar/9788479536640/1179557>

Malaver, J. (2014). Salud Mental y Psiquiatría Social Comunitaria. Ensayo, 4.  
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/20345/3464%20M828.pdf?sequence=1>

Malaver, J. (2018). Nuevo Concepto de Salud Mental. París: Psiquiatría institucional y comunitaria. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/20345/3464%20M828.pdf?sequence=1>

Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW. (2010). Evolución de las definiciones de enfermedad y salud mental. *Prev Chronic Dis*. 7 (1):A19. <http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/090124es.htm>

Mangual, F. (1986). Política Pública, proceso de planeamiento y toma de decisiones. *Seminario centroamericano administración pública y planeación del desarrollo*. Bogotá. 45-58. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996\\_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf)

Martín-Baró, I. (1984). *Guerra y Salud Mental. Estudios Centroamericanos*, 429/430, 503514. <http://www.papelesdel psicologo.es/resumen?pii=585>.

Martínez, L; Guillen H, (2021). *Salud mental: El problema de largo plazo que deja la pandemia*. <https://www.elespectador.com/colombia/salud-mental-el-problema-de-largo-plazo-que-deja-la-pandemia/>

Martínez Aldunate, Daniel. (2016). La Felicidad en el Mes del Cerebro y la Salud Mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(1), 7-8 <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000100001>

Martínez S. C. (2009). La salud mental en un contexto de pobreza urbana: una aproximación cualitativa. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (1),61-65.ISSN: 0120-386X. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12027111>

Martínez J. (2013), *Nociones de Salud Pública*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499695037.pdf>

Massolo, A. (1988). La corriente hacia abajo: Descentralización y municipio. México: *Revista Mexicana de ciencias políticas*. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/71088/62803>

Marxen, E. (2011) *Dialogos entre arte y terapia. Del arte psicótico al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona, España: Gedisa Editorial. <https://www.casadellibro.com.co/libro-dialogos-entre-arte-y-terapia-del-arte-psicotico-al-desarrollo-d-e-la-arteterapia-y-sus-aplicaciones/9788497846677/1889506>

Mattieu Ricard. *En defensa de la felicidad*. Ediciones Urano: Barcelona 2005. <https://www.buscalibre.com.co/libro-en-defensa-de-la-felicidad/36018256/p/36018256>

Medina, R. M., & Jaramillo-Valverde, L. (2020). *El COVID-19: Cuarentena y su Impacto Psicológico en la población*. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/452>

Menéndez M, Lejarraga H., Menzano E, Guerra L., Biancato S, Pianelli P & Larigoitía D. (2008). PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención. *Archivos argentinos de pediatría*, 106(2), 119-125. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752008000200005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752008000200005)

Mendoza Bermúdez, C. (2009). Sociología y salud mental: una reseña de su asociación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3),555-573. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615422012.pdf>

Mesa, G. (2003). La recreación dirigida como mediación semiótica y práctica pedagógica. Cali: Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12775/3464-0525667.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mesa, G. (2004). La Recreación Dirigida: ¿Mediación Semiótica y Práctica Pedagógica? Una pregunta para el debate. Instituto de Educación y Pedagogía. Universidad del Valle. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/12775/3464-0525667.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

MHN (2018) *The Lancet Commission on Mental Health and Sustainable Development: Evidence for action on mental health and global development*. Mental Health Innovation Network, Centre for Global Mental Health, London, UK: London School of Hygiene and Tropical Medicine. [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/Lancet%20Commission\\_policy%20brief\\_MHIN2.v3.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/Lancet%20Commission_policy%20brief_MHIN2.v3.pdf)

Minciencias, (2022) Minciencias destinará \$40.500 millones para investigación y desarrollo en el sector salud. Minciencias destinará \$40.500 millones para investigación y desarrollo en el sector salud | Minciencias [https://minciencias.gov.co/sala\\_de\\_prensa/minciencias-destinara-40500-millones-para-investigacion-y-desarrollo-en-el-sector](https://minciencias.gov.co/sala_de_prensa/minciencias-destinara-40500-millones-para-investigacion-y-desarrollo-en-el-sector)

Ministerio de Salud y Protección Social Subdirección de Enfermedades No Transmisibles Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental (2022) *Caracterización de las iniciativas territoriales y nacionales, públicas o privadas o de la sociedad civil y organizaciones comunitarias relacionadas con modalidades de atención relacionadas con lo descrito en el artículo 13 de la Ley 1616 de 2013*. [https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%2020202211600954281%20de%202022.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%2020202211600954281%20de%202022.pdf)

Ministerio de Salud (2018). *Boletín de salud mental Conducta suicida Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Bogotá, Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>

Ministerio de Salud (2008), Informe de Salud Mental del Sub Sector del Ministerio de Salud en el Perú. [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1246\\_MINSA1502.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1246_MINSA1502.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental* (Tomo I). Bogotá, Colombia. [https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)

Miret M; Caballero F; Olaya B; Koskinen S; Naidoo N; Tobiasz-Adamczyk B; Leonardi M, Haro J. M; Chatterji S & Ayuso-Mateos J. L. (2017). *Association of experienced and evaluative well-being with health in nine countries with different income levels: a cross-sectional study*. *Global Health*. Doi: 10.1186/s12992-017-0290-0. Fuente: UAMGazatte <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5568061/>

Montecinos, G. (2008). Salud Mental: Factores de riesgo y resiliencia. [https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/material\\_docente/bajar?id\\_material=160652](https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSIQUI5/2/material_docente/bajar?id_material=160652)

Mok, K, & Lau, M (2002). Changing government role for socio-economic development in Hong Kong in the twenty-first century. *Policy Studies*. (2), 23-45 <https://www.dvv-international.de/fileadmin/files/aaaresearchingtheissuesno69.pdf>

Molina G & Roth A. (2008). Políticas públicas en salud. En: Molina G, Roth A. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, [http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2008\\_Li\\_Molina.pdf](http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2008_Li_Molina.pdf)

Molina, G; Álvarez, P & Oquendo T. (2014). La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, periodos 2008-2011 y 2012-2015. *Revista Gerencia Política Salud.*; 13(27), 2-85. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a05.pdf>

Montenegro Grisales, D. (2015). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Revista Electrónica Psyconex*, 6(9), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/22436>

Montoya C, (2010) *De aquí y de allá- Aportes a la historia de Aránzazu y Salamina*. Bogotá D.C. Koala Publicidad. Proyecto Cultural de: Gobernación del Departamento de Caldas Secretaría de Cultura de Caldas. <https://catalogo.ucaldas.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=38072>

Molina, C (1999) *Introducción a la criminología*. Bogotá, Leyer 3ra edición. <https://catalogosiidca.csuca.org/Record/UP.12790/Details>

Mora Valero, 2013 D. L. Revisión de orden político y jurídico con respecto de la salud mental de Colombia. Departamento de Salud Pública. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20737>

Morales, L. (2003). Los pacientes psiquiátricos en la ley 100 de 1993 (sistema general de seguridad social en salud). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32, 13-20. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v32s1/v32s1a02.pdf>

Morales-Borrero, C., Borde, E., Eslava-Castañeda, J., & Concha-Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista Salud Pública*, 797-808 <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>

Morales Paztas, J. D., Bolaños Santiago, L. F., & Umbarila Quintana, J. S. (2020). Reflexiones sobre la relación entre Recreación Guiada y la Salud Mental, concebida desde un punto de vista integral. <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/handle/10893/20345/3464%20M828.pdf?sequence=1>

Muñoz Escandell, I. (2021). Informe sobre el estado de los derechos humanos en salud mental 2020. <http://riberdis.cedid.es/handle/11181/6359>



Naciones Unidas. (2020) Informe de políticas de las naciones unidas: *la covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental*. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy\\_brief\\_-\\_covid\\_and\\_mental\\_health\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf)

Nelson, J. (2001). *Yo Soy Sam* [Film] Bedford Falls Productions Productora. [https://es.wikipedia.org/wiki/I\\_am\\_Sam](https://es.wikipedia.org/wiki/I_am_Sam)

Naveillan, P (1991), Textos Legales sobre salud y enfermedad mental. Santiago Chile. Editorial Alborada S.A. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-152961>

Nussbaum, M. C. (2002). Las mujeres y el desarrollo humano. El enfoque de las capacidades. Barcelona: Herder. Nussbaum, M. C. (2006). *Frontiers of Justice*. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/5483>

Nuusbaum, M. (2006). *Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species* Cambridge, Mass.: Harvard University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1c7zftw>

Observatorio nacional de salud mental y drogas (2011). Reporte de política y Oferta de servicios de salud mental en los departamentos, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>

OPS. (1978). Alma-Ata. Obtenido de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>

Organización Panamericana de la Salud (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9)

Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Serie de Informes Técnicos, N°. 31. OMS, Ginebra. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>

Organización Mundial de la Salud (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2007) *¿Qué es salud mental?* <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2001). *La salud pública al servicio de la salud mental. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020.* [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2001). *La salud pública al servicio de la salud mental. Informe sobre la salud en el mundo 2001.* Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004), Promoción de la Salud Mental, Editorial Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011) Países de las Américas enfrentan grandes desafíos en salud mental. Expertos en Consenso. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6170:2011-countries-americas-face-major-challenges-mental-health&Itemid=1001&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:2011-countries-americas-face-major-challenges-mental-health&Itemid=1001&lang=es#gsc.tab=0)

Organización Mundial de la Salud (OMS) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF), (1978) Atención primaria de salud. Informe de la conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Ginebra, Alma Ata, URSS, 6-12. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Oropeza, Abúndez, C. O; Nagore, Cázares, G; Reveles, Cordero, J. F; Domínguez, Zetina, D. A; Reyes, Angona, S; & De Voghel Gutiérrez, S. (2006). Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Ensanut2006.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OMS). (2019) Salud mental y COVID-19. <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19#:~:text=El%20miedo%2C%20la%20preocupaci%C3%B3n%20y,de%20la%20pandemia%20COVID%2D19>.

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [http://www.asmi.es/arc/doc/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1946). Official Records of the World Health Organization, N° 2. Proceedings and final acts of the Internatioanal Health Conference. Held in New York from 19 june to 22 july, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1950). Informe del Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la segunda reunión. Ginebra, 11- 16 de septiembre de 1950. Serie de Informes Técnicos, No. 31. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38043>

Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, [https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaNWSj6UyB2vSqMiYG5hdWp1CnFPnbYio6a6alpQmFqY2r\\_sxZDV3NRoCdAMQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaNWSj6UyB2vSqMiYG5hdWp1CnFPnbYio6a6alpQmFqY2r_sxZDV3NRoCdAMQAvD_BwE)

Organización Mundial de la Salud. (2003). El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental Asturias: Editores médicos S.A. EDIMSA; 2005. <https://www.unicef.org/es/salud-mental-en-mi-mente?gclid=CjwKCAjwka>

aSaBhA4EiwALBgQaJVRnUHHmM2lmahJ0eP\_TuWNxXSemolEsxeLfQg7yX7eP7p6lk  
WLHRoCkEUQAvD\_BwE

Organización Mundial de la Salud (2003). Fomento de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas en Salud Mental, versión en español. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/%28WHO%2C%202003%29.%20WHO%20Advocacy%20for%20Mental%20Health\\_Spanish.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/%28WHO%2C%202003%29.%20WHO%20Advocacy%20for%20Mental%20Health_Spanish.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [http://www.asmi.es/arc/doc/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

Organización Mundial de la Salud (1996). División de Salud Mental y Prevención del Abuso de Sustancias. Diez Principios Básicos de las Normas para la Atención de la Salud Mental principios 2, 4 y 5. [https://www.unicef.org/es/salud-mental-en-mi-mente?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaHcav-pIBwes7mxmjC97GYYJfq4F6V83zRpBnszyEf70lgLMIJrA-BoC6eUQAvD\\_BwE](https://www.unicef.org/es/salud-mental-en-mi-mente?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaHcav-pIBwes7mxmjC97GYYJfq4F6V83zRpBnszyEf70lgLMIJrA-BoC6eUQAvD_BwE)

Orzuza, S. M. (2014). Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), 40-47. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333132568005.pdf>

Ospina, Sonia Margarita (2001). Globalización y desarrollo local: hacia una perspectiva municipalista. *Revista de Estudios Sociales*, (8),0. [fecha de Consulta 10 de septiembre de 2022]. ISSN: 0123-885X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81500803>

Ostrom, E. (1990). Gobernando los comunes: La evolución de las instituciones para la acción colectiva. *Prensa de la Universidad de Cambridge*. [https://base.socioeco.org/docs/el\\_gobierno\\_de\\_los\\_bienes\\_comunes.pdf](https://base.socioeco.org/docs/el_gobierno_de_los_bienes_comunes.pdf)

Oyarzo, C. S. B. (2015). Intersecciones entre el Arte y el Campo de la Salud Mental. *Revista de Psicología GEPU*, 6(1), 188. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918883>

Öztekin, M. (Director). (2019). *Milagro en la Celda 7* [Film] O3 Turkey Medya Productora. <http://www.filmdreams.net/2020/06/milagro-en-la-celda-7-2019.html>

Palacio, C. (2017) La salud mental en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(4), 193. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v46n4/0034-7450-rcp-46-04-00193.pdf>

Palacios, Agustina (2008) El modelo social de capacidades especiales: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Capacidades especiales. España. Colección CERMI. <http://www.cermi.es/es/ES/ColeccionesCermi/>

PAHO. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/64/Elmodelosocialdecapacidades especiales.pdf>

Palma, E. (1985). La descentralización de la política social: participación intersectorialidad. *Documento CPS N° 48. ILPES/CEPAL*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/34458>

Parales Quenza, C. J; Urrego Mendoza, Z. C & Herazo Acevedo, E (2018). La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Rev Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1-15. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00081.pdf>

Pbro López J, (1960) Historia de Aranzazu. Medellín, Editorial Bedout. <https://www.banrepcultural.org/narrativas-digitales/eje-cafetero-caminos-que-forjaron-una-region/colonizacion-montanas/concesiones-realengas>

Pérez M., L. E. (2007). Desarrollo, derechos sociales y políticas públicas. Los derechos sociales en serio. Hacia un diálogo entre derechos y políticas públicas, Bogotá, DeJusticia, IDEP, Anthropos, [https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/08/fi\\_name\\_recurso.1631.pdf](https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2008/08/fi_name_recurso.1631.pdf)

Pérez, B., & Eiroá Orosa, F. J. (2018). Guía de Derechos en Salud Mental. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-derechos-salud-mental.pdf>

Perry, G. (1999). *Macroeconomic management in decentralized democracies*. Trabajo presentado an Annual World Bank Conference on Development in Latin American an the Caribbean. Valdivia. <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/10.13043/dys.77.1>

Pineda O. (2015). *La Salud pública como Función Estatal. Responsabilidad del Estado por omisión de políticas públicas de Sanidad Mental*. Bogotá. Leyer Editorial. <https://www.edileyer.com/tienda/literatura-juridica/derecho-laboral/la-salud-publica-como-funcion-estatal/>

Pinilla A, (2014) parlamentaria en pronunciamiento respecto de la ley 1616 de 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Piñar, A. (2021). *Salud mental y covid-19: la otra cara de la pandemia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/junior-report/20210920/7728894/salud-mental-covid-19-cara-pandemia.html>

Posada, José, A (2013). La salud mental en Colombia Biomédica. 4, 497-498. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2214>

Porlamar, M (2009) Congreso Nacional De Nutricionistas Dietistas De Venezuela Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad del Zulia. Margarita, Porlamar. Estado Nueva Esparta. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Nutricion%20y%20Dietetica\\_Octubre2014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Nutricion%20y%20Dietetica_Octubre2014.pdf)

Pulido, Camilo, & Peñaranda, Claudia Elena, & Arenas, Lourdes, & De La Cruz, Luis Carlos, & Rodríguez, Hernán, & Rincón, Mónica, & Garcia, María Claudia, & Arango, Patricia, & Estrada, Diana, & Klevens, Joanne y Vargas, Liliana (1989). Prevención primaria en salud mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21 (2),243-253. [fecha de Consulta 3 de septiembre de 2022]. ISSN: 0120-0534. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80521206>

Quinche M, (2010) El control judicial de las políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos. *Revista Vniversitas*. Bogotá, 121, 113-138. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/14424>

Quintero, J () *La pandemia aumentó 34% atención por salud mental en Colombia*. El colombiano. <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/aumenta-atencion-por-salud-mental-en-colombia-en-medio-de-la-pandemia-FD15255563>

Rahaman, M. S; Rahman, M.M &Moral, I. H (2020). Conocimiento informativo y desafíos de la cuarentena domiciliaria durante COVID-19 en Bangladesh. *Revista Internacional de Transferencia y Comercialización de Tecnología*, 17(4), 354-367. <https://www.redalyc.org/journal/104/10467403004/10467403004.pdf>

Ramírez, H. (2006). Descentralización y desarrollo institucional en Colombia: Análisis crítico. Ibagué: *Aquelarre* Centro Cultural Universidad del Tolima. <http://www.worldcat.org/title/1026062594>

Rangel, S. A & Escuela Superior de Administración Publica. (1993). El desarrollo regional. Santafé de Bogotá, DC: ESAP, Centro de Publicaciones. <https://www.esap.edu.co/portal/index.php/publicaciones-esap/>

Rawls J, (1971) Teoría de la Justicia. Estados Unidos, Editorial Harvard University Press. [https://etikhe.files.wordpress.com/2013/08/john\\_rawls\\_-\\_teoria\\_de\\_la\\_justicia.pdf](https://etikhe.files.wordpress.com/2013/08/john_rawls_-_teoria_de_la_justicia.pdf)

Read, J (2020) Las causas sociales del sufrimiento humano. <https://psikoanarko.wordpress.com/2020/06/05/john-read-las-causas-sociales-del-sufrimiento-humano/>

Rendón Zapata, M. C., & Ruiz Gómez, L. (2021). Derecho a la salud mental en Colombia: análisis sociojurídico de la Ley 1616 y el Decreto 658 de 2013. [http://repository.unaula.edu.co:8080/bitstream/123456789/2636/1/unaula\\_rep\\_pre\\_der\\_2021\\_derecho\\_salud\\_mental\\_colombia.pdf](http://repository.unaula.edu.co/8080/bitstream/123456789/2636/1/unaula_rep_pre_der_2021_derecho_salud_mental_colombia.pdf)

República de Colombia, Ministerio del Interior (1997). *Elementos para la formulación de programas locales de gobierno*. Bogotá. La imprenta Nacional de Colombia. <https://www.mininterior.gov.co/wp-content/uploads/2022/07/INFORME-CONGRESO-DE-LA-REPUBLICA-2021-2022.pdf>

República de Colombia, Vicepresidencia de la república (1995). *Proyecto de ley orgánica de ordenamiento territorial*. Bogotá. Graficas Ducal Ltda.

República de Colombia, Ministerio de Salud (2015). *Elementos para la formulación de programas locales de gobierno*. Bogotá. La imprenta Nacional de Colombia. <https://www.andi.com.co/Uploads/PL%20188-20%20Experimentacion%20Ordenamiento%20Territorial.pdf>

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Circular 000026*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Circular%20No.%2026%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%2026%20de%202020.pdf)

Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública, 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>

Restrepo-Espinosa, M. H. (2012). Biopolítica: elementos para un análisis crítico sobre la salud mental pública en la Colombia contemporánea. *Revista Gerencia y Políticas de*



*Salud*, 11(23), 39-55. [http://www.scielo.org.co/scielo.php? pid=S1657-70272012000200003&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272012000200003&script=sci_abstract&tIng=es)

Reyes, H. (2003). Los derechos de la persona con trastorno mental en el ámbito clínico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXII. Suplemento 1, 30-36 <https://www.redalyc.org/pdf/806/80609605.pdf>

Rico, J (2013) Salud y Felicidad: Relación Epistemológica. Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Santiago de Cali. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/salud%20felicidad.pdf>

Robles-Sánchez, JI. (2021). Salud mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar*, 77 (2), 69-72.[doi.org/10.4321/s1887-85712021000200001](https://doi.org/10.4321/s1887-85712021000200001)

Rodríguez J, (2011) Informe. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Países de las Américas enfrentan grandes desafíos en salud mental. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6170:2011-countries-americas-face-major-challenges-mental-health&Itemid=1001&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:2011-countries-americas-face-major-challenges-mental-health&Itemid=1001&lang=es#gsc.tab=0)

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. ISBN 978 92 75 32829 3 I. Título II. González, René – ed. III. CD-ROM

Rodríguez, D. (2009). El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS). Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, República de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/rea%20de%20trabajo%20colaborativo/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud%20-%20APS/ESTRATEGIA%20COMUNITARIA%20SM%20EN%20APS.pdf>

Rogers, A., & Pilgrim, D. (2014). A sociology of mental health and illness. United Kingdom: McGraw Hill. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-07797->

0?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaAzC6xoFqAjZdmr3ZMizWXhFvRxosQs0nCrj  
B1\_lfYfm7S814ugnLBoC2aIQAvD\_BwE

Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>

Rondón, Martín, & Gómez-Restrepo, Carlos, & Ruiz-Gaviria, Rafael E., & Quitian, Hoover (2016). Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45 (1), 31-38. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839006>

Rossetti, A., Monasterolo, N., & Yoma, S. (2018). Salud Mental y Derecho Derechos Sociales e Intersectorialidad. *Córdoba: Editorial Espartaco Córdoba*. [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15122/2018%20Salud\\_Mental%20y%20Derecho.%20Derechos%20Sociales%20e%20Intersectorialidad.pdf?sequence=1](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15122/2018%20Salud_Mental%20y%20Derecho.%20Derechos%20Sociales%20e%20Intersectorialidad.pdf?sequence=1)

Roth, André-Noël. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 67-91. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/1943>

Rueda, M. (2014). Depresión, la enfermedad mental que aún no está bien diagnosticada. *El Tiempo*. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es#gsc.tab=0)

Rüsch, N.; Angermeyer, M. C.; Corrigan, P., «Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma», *Eur. Psychiatry*, 2005, 20, pp. 529-539. [https://www.rockingmentalhealth.com/?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaOmp3CodWdLrC\\_rztIPvBDYoth76L0Xa2xt-fHIL0FNpOJBk7-UzBoC31wQAvD\\_BwE](https://www.rockingmentalhealth.com/?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaOmp3CodWdLrC_rztIPvBDYoth76L0Xa2xt-fHIL0FNpOJBk7-UzBoC31wQAvD_BwE)

Rousseau J, (1762). El contrato social. Amsterdam – Francia, Editorial Marc-Michel Rey. [https://www.secst.cl/upfiles/documentos/01082016\\_923am\\_579f698613e3b.pdf](https://www.secst.cl/upfiles/documentos/01082016_923am_579f698613e3b.pdf)

Ruvalcaba Romero, N. A (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21349352001.pdf>

Sandoval Sarrias, A. (2016). La noción de dignidad humana en la Corte Constitucional Colombiana. Una mirada alternativa desde Martha Nussbaum. *Derecho global. Estudios sobre derecho y justicia*, 2(4), 15-39. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-51362016000300015&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-51362016000300015&script=sci_arttext)

Santander, F. (2006). Tratamiento Ambulatorio Involuntario: tal vez si, pero... *Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 6(1), 47-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2386924>

Saldías, C. (1987). *Necesidades Básicas de los Municipios de Caldas*. Manizales: Imprenta Departamental de Caldas. <https://repositorio.artesantiasdecolombia.com.co/bitstream/001/5026/5/INST-D%202020.%2036.%204.pdf>

Sanín, A. (1977). Salud mental y enfermedad mental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(2), 337-339. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80590219.pdf>

Saraceno B. (2002). The WHO World Health Report. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 11(2):83-7. [https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaHGyjhQDAjMmiGwpZGrCmz2kstibHIY1hEW8GfzWXpSMkliA6GbdMxoCSBcQAvD\\_BwE](https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaHGyjhQDAjMmiGwpZGrCmz2kstibHIY1hEW8GfzWXpSMkliA6GbdMxoCSBcQAvD_BwE)

Saraceno B. Mental health: scarce resources need new paradigms. *World Psychiatry*. 2004;3(1):3-5. <https://www.chegg.com/textbooks/mental-health-crime-and-criminal-justice-1st-edition-9781137453877-1137453877>

Sen, A. (1998) Capacidad y Bienestar. La Calidad de Vida. México: Fondo de Cultura Económica. <https://journals.openedition.org/polis/8073>

Sharon, D. (1980). *El chamán de los cuatro vientos*. Siglo XXI. <https://www.casadellibro.com.co/libro-el-chaman-de-los-cuatro-vientos/9789682310065/356653>

Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con capacidades especiales intelectual. [https://inteligencialimite.org/2021/07/13/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaPg1pDHS3T2ZrbKoSH0-iCBHm5fx7y34d7lqDfuKnZNSDIrS66CAcRoCNUUQAvD\\_BwE](https://inteligencialimite.org/2021/07/13/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/?gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaPg1pDHS3T2ZrbKoSH0-iCBHm5fx7y34d7lqDfuKnZNSDIrS66CAcRoCNUUQAvD_BwE)

Schizophrenia Bulletin, Supplement October 2006 // “SRF Interviews Robin Murray”, October 2005, Robin Murray (Institute of Psychiatry & University of London) // “Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions from Meta-analyses”, Mario Pfammatter, Ulrich Martin Junghan & Hans Dieter Brenner, Schizophrenia Bulletin August 11, 2006 (advance access) 28 “Final Report to the President”, New Freedom Commission on Mental Health, EEUU, July 2003// “Recovery as Policy in Mental Health Services: Strategies Emerging from the States” Nora Jacobson & Laurie Curtis, Psychosocial Rehabilitation Journal, Spring, 2000 29

Sierra C., G. de J. (2009). El juez constitucional: un actor regulador de las políticas públicas. El caso de la descentralización en Colombia, Bogotá, *Revista de Economía Institucional*, 5(29), 67-102 <https://www.redalyc.org/pdf/419/41929178005.pdf>.

Silvia, I. (2002). Metodología para la elaboración de estrategia local. *ILPES/CEPAL: Serie Gestión pública*, 42-58. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7294>

Sonepsyn (2013), La Felicidad Evidencias y Experiencias para Cambiar Nuestro Mundo -04-11-2013 <https://www.sonepsyn.cl/web/noticia.php?id=4759>

Suarez, A. (1993). El desarrollo Regional. Bogotá. Editorial Guadalupe Ltda. [https://issuu.com/didaktica/docs/estudios\\_sobre\\_las\\_organizaciones\\_y\\_](https://issuu.com/didaktica/docs/estudios_sobre_las_organizaciones_y_)

Suárez N, y Manssur J.(1994) Resiliencia, en Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Mediterráneo, <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20OMS.pdf>

Syed Sheriff, Rebecca J (2009). Hacia el empoderamiento local para mejorar la importancia de la investigación en salud mental en los países de ingresos bajos y medios. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(1),12-14. [fecha de Consulta 10 de Septiembre de 2022]. ISSN: 0034-7450. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615419002>

Tamayo, J. (1997). El fortalecimiento del federalismo y la descentralización de los servicios de salud en México. *Federalismo y Desarrollo*; pp:10-60. <https://dspace.tdea.edu.co/bitstream/handle/tdea/1309/Gesti%C3%B3n%20organizacional%20y%20desarrollo%20responsable%20en%20las%20PYME..pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Task Panel on Prevention (1978). The president's commission on mental health. En D. G. Forgays (Ed.). *Primary prevention of psychopathology*. Vol. 2. Hannover: University of New England. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80521206.pdf>

Tatarkiewicz, Wladyslaw (2002) *Historia de seis ideas: arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética*. Madrid, España: Editoriale Tecnos. <https://marisabelcontreras.files.wordpress.com/2013/11/tatarkiewicz-historia-de-seis-ideas.pdf>

Tobón F, (2019) ¿Se hace lo suficiente en derechos para fomentar la salud mental integral? *Revista de la Facultad de Derecho de México*. Tomo LXIX, vol. 275, pp. 728-758 <http://dx.doi.org/10.22201/fder.24488933e.2019.275-2.71127>

Tobón F, (2005) La salud mental: una visión acerca de su atención integral. *Revista facultad nacional de salud pública*, 23(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023113>

Tranche Iparraguirre, S., Martín Álvarez, R., & Párraga Martínez, I. (2021). El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 14(2), 85-92. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v14n2/1699-695X-albacete-14-02-85.pdf>

Trejos, E; Gutiérrez, M. (2012) Salud Mental en la Niñez y la Adolescencia *CES Psicología*, 5(1), 1-5. <https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/3846/Salud-mental-en-v%C3%ADctimas-de-desplazamiento-forzado-por-la-violencia-en-C....pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Trillat, E. (2000). Una historia de la psiquiatría en el siglo XX. En: Postel, J, Quétel, J (coordinadores). Nueva historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 2000. Págs 319-346. <https://antipsiquiatriaudg.files.wordpress.com/2014/10/poste-jacques-y-quetel-claude-nueva-historia-de-la-psiquiatria.pdf>

Universidad de Barcelona (2005). La salud mental en términos de futuro. *Revista de Bioética y Derecho*, (5), 1 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78339705001>

Universidad Nacional de Colombia (2020) Salud mental en pandemia: ¿cómo están los colombianos? Periódico UNAL. <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/salud-mental-en-pandemia-como-estan-los-colombianos/>

Universidad Pontificia Bolivariana, (2008) Política y Economía de la Salud – Cendex datos básico *Revista De Salud Pública* ISSN: 0124-0064, 10, 71-84 <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/2374>

United Nations (UN). Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights[Internet]. 2016[cited 2021 Jul 19]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G16/135/78/PDF/G1613578.pdf?OpenElement>  
» <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G16/135/78/PDF/G1613578.pdf?OpenElement>

United Nations (2003). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects the 2002 revision. New York: United Nations. [https://www.undp.org/?utm\\_source=EN&utm\\_medium=GSR&utm\\_content=US\\_UNDP\\_PaidSearch\\_Brand\\_English&utm\\_campaign=CENTRAL&c\\_src=CENTRAL&c\\_src2=GSR&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaE2Gz6RrZv80CwiQ4SRzB2fIV\\_Lqv1g0jIQo6lpTi40FTnPbDlIpYxoCCrQQA\\_VD\\_BwE](https://www.undp.org/?utm_source=EN&utm_medium=GSR&utm_content=US_UNDP_PaidSearch_Brand_English&utm_campaign=CENTRAL&c_src=CENTRAL&c_src2=GSR&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaE2Gz6RrZv80CwiQ4SRzB2fIV_Lqv1g0jIQo6lpTi40FTnPbDlIpYxoCCrQQA_VD_BwE)

Universidad del Valle. Facultad de Salud-grupo de comunicaciones. (19 de diciembre, 2017) Aránzazu, *el pueblo que lucha contra el estigma del trastorno bipolar*. Diario el tiempo-Sala de Prensa. Pg.2.8 Bogotá. <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicando-salud/wp-content/uploads/2018/02/19.12.17-Aranzazu-el-pueblo-que-lucha-contra-el-estigma-del-trastorno-bipolar.pdf>

Universidad Internacional de Valencia – Viu (2018) La alegría y la felicidad: factores que promueven la salud física y psicológica <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/la-alegria-y-la-felicidad-factores-que-promueven-la-salud-fisica-y>

Uribe, R. (1910). *Origen del poder municipal. Obras Selectas*. Bogotá: Imprenta Nacional. [https://biblioteca.academiahistoria.org.co/pmb/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=4964](https://biblioteca.academiahistoria.org.co/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=4964)

Urrego, Z. (2007). Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI(2), 307-319. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80636210.pdf>

Van D, (2020), Problemas en la implementación de la ley de salud mental, *Revista de derecho Universidad Nacional del Altiplano de Puno* ISSN: 2313-6944; ISSN-e: 2707-9651 2020 - Vol. 5(2), 55–67. DOI: <https://doi.org/10.47712/rd.2020.v5i2.62>

Vásquez, T. MI. (2002). El cuidado cultural adecuado: De la Investigación a la práctica: el arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 1 ed. PP. 313. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28309811.pdf>

Vásquez-Barquero, A. (2000). Desarrollo endógeno y globalización. *Eure revista latinoamericana de Estudios Urbanos y Regionales*. 26-79. <https://www.redalyc.org/pdf/196/19607903.pdf>

Velasquez, F. (25 de agosto de 2022). *Espacios deportivos abandonados en Aranzazu*. (Nota). Norte Noticias. Noticiero. <https://www.facebook.com/nortenoticias>

com/NorteNoticiasCaldas/ videos/775822457205260/?extid=WA-UNK-UNK-UNK-AN\_GK0T-GK1C&ref=sharing

Vélez Arango, A. L. (2012). Salud y enfermedad: la contribución de la Corte Constitucional de Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 91-109. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772012000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200007)

Velez, A. (2007). Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, (12), 63.78. <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a05.pdf>

Vicepresidencia de la República de Colombia (1995) Documento CONPES 2779-DNP-UJS Santafé de Bogotá, <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3603.pdf>

Villarroel, S. (2020). Hilos virales y líneas epidémicas. Tecno-políticas del COVID-19 en salud pública. Cuadernos Médico Sociales, Especial Pandemia, 60(1), 31-36. <https://cms.colegiomedico.cl/especial-pandemiano1-2020/>

Vivas, M (2021). *Salud mental en Colombia: ¿Cómo impactó la pandemia?* <https://consultorsalud.com/salud-mental-en-colombia-como-impacto-la-pandemia/>

World Health Organization, World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, Ginebra, New Hope, WHO, 2001. [https://www.chegg.com/textbooks/health-11th-edition-9780321910424-0321910427?preSelection=Buy&c\\_id=sem&utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=tb--long\\_tail\\_Book\\_max+cpo+4.4\\_non-stem+frosch+medium\\_Broad\\_2&utm\\_content=health&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaJm94MjRtLC2P536jCcXT-ptvDzuC7NsLXYc\\_YSgzm5FuLLDB92-QxoCaLsQAvD\\_BwE&gclsrc=aw.ds](https://www.chegg.com/textbooks/health-11th-edition-9780321910424-0321910427?preSelection=Buy&c_id=sem&utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=tb--long_tail_Book_max+cpo+4.4_non-stem+frosch+medium_Broad_2&utm_content=health&gclid=CjwKCAjwkaSaBhA4EiwALBgQaJm94MjRtLC2P536jCcXT-ptvDzuC7NsLXYc_YSgzm5FuLLDB92-QxoCaLsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds)

Yoma, S. M. (2018). Capítulo 15. Derechos Sociales y Salud Mental: De la vulneración de derechos y la exclusión social a políticas públicas integrales. *Salud Mental y Derecho Derechos Sociales e Intersectorialidad*, 259.



[https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15122/2018%20Salud\\_Mental%20y%20Derecho.%20Derechos%20Sociales%20e%20Intersectorialidad.pdf?sequence=1](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15122/2018%20Salud_Mental%20y%20Derecho.%20Derechos%20Sociales%20e%20Intersectorialidad.pdf?sequence=1)

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., & Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. In *IX Jornadas Nacionales De Debate Interdisciplinario En Salud Y Población*. Instituto Gino Germani. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38.pdf>

Zaragoza-Martí, María Francisca, Julià-Sanchis, Rocío, & García-Sanjuán, Sofía. (2020). El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 25-40. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000200003&lng=es&tlng=es).

Zemeckis, R. (1994). *Forrest Gum* [Film] Wendy Finerman Productora. [https://es.wikipedia.org/wiki/Forrest\\_Gump\\_\(pel%C3%ADcula\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Forrest_Gump_(pel%C3%ADcula))

Zizek, S. (2008). Espectro de la ideología. En Zizek, S. (comp.) *Ideología. Un mapa de la cuestión*, Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica. <https://saberepsi.files.wordpress.com/2016/09/zizek-ideologc3ada-un-mapa-de-la-cuestion.pdf>

Žižek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En P. Amadeo, *Sopa de Wuhan* (pp. 21-29). ASPO. <http://iips.usac.edu.gt/wpcontent/uploads/2020/03/Sopa-de-Wuhan-ASPO.pdf>.

## Sentencias

República de Colombia Corte Constitucional:

T- 401/1992. (03 de junio de 1992) M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-401-92.htm>

T-406/1992. (05 de junio de 1992). M.P. Ciro Angarita Barón.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-406-92.htm>

C-478/1992. (06 de agosto de 1992) M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/C-478-92.htm>

T-484/1992. (11 de agosto de 1992). M.P. Fabio Morón Díaz.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-484-92.htm>

T-499/1992. (21 de agosto de 1992). M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-499-92.htm>

T-130/1993. (31 de marzo de 1993) M.P. Fabio Morón Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-130-93.htm>

T-235/1993. (22 de junio de 1993). M.P. Fabio Morón Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-235-93.htm>

T-494/1993. (28 de octubre de 1993 M.P. Vladimiro Naranjo Mesa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-494-93.htm>

C-408/1994. (15 de septiembre de 1994) M.P. Fabio Morón Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/c-408-94.htm>

T-013/1995 (17 de enero de 1995). M.P. Vladimiro Naranjo Mesa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-013-95.htm>

T-207/1995. (12 de mayo de 1995) M.P. Alejandro Martínez Caballero  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-207-95.htm>

T-304/1995. (12 de julio de 1995) M.P. Antonio Barrera Carbonell.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1995/T-304-95.htm>

T-645/1996. (26 de noviembre de 1996) M.P. Alejandro Martínez Caballero.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/T-645-96.htm>

SU-111/1997. (06 de marzo de 1997) M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/SU111-97.htm>

T-322/1997. (04 de julio de 1997) M.P. Antonio Barrera Carbonell.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/T-322-97.htm>

SU-480/1997. (25 de septiembre de 1997) M.P. Alejandro Martínez Caballero  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/SU480-97.htm>

T-236/1998. (21 de mayo de 1998.) M.P. Fabio Morón Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-236-98.htm>

T-248/1998. (26 de mayo de 1998) M.P. José Gregorio Hernández Galindo  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-248-98.htm>

T-328/1998. M.P. (03 de julio de 1998). Fabio Morón Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-328-98.htm>

T-428/1998. M.P. (18 de agosto de 1998). Vladimiro Naranjo Mesa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-428-98.htm>

T-489/1998. (11 de septiembre de 1998). M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/T-489-98.htm>

T-027/1999. (25 de enero de 1999) M.P. Vladimiro Naranjo Mesa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-027-99.htm>

T-177/1999. (18 de marzo de 1999). M.P. Carlos Gaviria Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-177-99.htm>

T-209/1999. (13 de abril de 1999) M.P. Carlos Gaviria Díaz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-209-99.htm>

T-414/1999. (09 de junio de 1999) M.P. Martha Victoria Sáchica De Moncaleano  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-414-99.htm>

T-444/1999. (10 de junio de 1999) M.P. José Gregorio Hernández Galindo -Pablo Enrique Leal Ruíz. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-444-99.htm>

T-851/1999. (28 de octubre de 1999) M.P. Vladimiro Naranjo Mesa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-851-99.htm>

T-101/2000. (03 de febrero de 2000) M.P. José Gregorio Hernández Galindo  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-101-00.htm>

T-128/2000. (17 de febrero de 2000) M.P. José Gregorio Hernández Galindo  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-128-00.htm>

T-398/2000. (06 de abril de 2006) M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-398-00.htm>

T-1237/2001. (22 de noviembre de 2001). M.P. Clara Inés Vargas Hernández  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-1237-01.htm>

T-124/2002. (22 de febrero de 2002) M.P. Manuel José Cepeda Espinosa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-124-02.htm>

C-802/2002. (02 de octubre de 2002). M.P. Jaime Córdoba Triviño  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-802-02.htm>

C-983 de 2002. (13 de noviembre de 2002). M.P. Jaime Córdoba Triviño  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/T-124-02.htm>

C-478/2003. (10 de junio de 2003). M.P. Clara Inés Vargas Hernández  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/C-478-03.htm>

T-025/2004. (22 de enero de 2004) M.P. Manuel José Cepeda Espinosa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-025-04.htm>

C-993/2004. (12 de octubre de 2004). M.P. Jaime Araujo Rentería  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/C-993-04.htm>

T-1090/2004. (29 de octubre de 2004) M.P. Rodrigo Escobar Gil  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1090-04.htm>

C-1088/2004. (03 de noviembre de 2004) M.P. Jaime Córdoba Triviño  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/C-1088-04.htm>

T-558/2005. (26 de mayo de 2005). M.P. Rodrigo Escobar Gil  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2005/T-558-05.htm>

T-652/2006. (09 de agosto de 2006) M.P. Humberto Antonio Sierra Porto  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-652-06.htm>

T- 464<sup>a</sup>/2006. (09 de junio de 2006) M.P. Jaime Córdoba Triviño  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/t-464-06.htm>

T-760/2008. (31 de julio de 2008) M.P. Manuel José Cepeda Espinosa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

T-1176/2008. (02 de diciembre de 2008) M.P. Humberto Antonio Sierra Porto  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2008/T-1176-08.htm>

T-548/2011. (07 de julio de 2011). M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-548-11.htm>

T-780/2012. (09 de octubre de 2012). M.P. Luis Ernesto Vargas Silva  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-780-12.htm>

T-979/2012. (22 de noviembre de 2012) M.P. Nilson Pinilla Pinilla  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-979-12.htm>

T-095/2013. (26 de febrero de 2013) M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-095-13.htm>

T-209/2013. (15 de abril de 2013) M.P. Jorge Iván Palacio Palacio  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-209-13.htm>

T-578/2013. (26 de agosto de 2013). M.P. Alberto Rojas Ríos  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-578-13.htm>

T-887/2013. (03 de diciembre de 2013). M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-887-13.htm>

T-933/2013. (09 de diciembre de 2013). M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-933-13.htm>

T-949/2013. (19 de diciembre de 2013). M.P. Luis Ernesto Vargas Silva  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-949-13.htm>

T-141/2014. (13 de marzo de 2014). M.P. Alberto Rojas Ríos  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2014/T-141-14.htm>

T-043/2015. (04 de febrero de 2015). M.P. Jorge Iván Palacio Palacio  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-043-15.htm>

T-045/2015. (11 de febrero de 2015) M.P. Mauricio González Cuervo  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/T-045-15.htm>

T-010/2016. (22 de enero de 2016) M.P. Luis Ernesto Vargas Silva  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2016/T-010-16.htm>

T-141/2017. (07 de marzo de 2017) M.P. María Victoria Calle Correa  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-141-17.htm>

C-147 de 2017. (08 de marzo de 2017) M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-147-17.htm>

C-220 de 2017. (19 de abril de 2017 M.P. José Antonio Cepeda Amarís  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/C-220-17.htm>

T -329/2018. (13 de agosto de 2018) M.P. Cristina Pardo Schlesinger  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-329-18.htm>

T-050/2019. (11 de febrero de 2019) M.P.-Alberto Rojas Ríos.  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/T-050-19.htm>

SU-016/2020. (23 de enero de 2020) M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/SU016-20.htm>

T-032 de 2020. (30 de enero de 2020) M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2020/T-032-20.htm>

T-001/2021. (20 de enero de 2021) M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-001-21.htm>

T-291/2021. (30 de agosto de 2021). M.P. Paola Andrea Meneses Mosquera  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/T-291-21.htm>

T-118/2022. (29 de marzo de 2022). M.P. Karena Elisama Caselles Hernández  
<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2022/T-118-22.htm>

C-164 de 2022. (15 de mayo de 2022) M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo  
[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-164\\_2022.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-164_2022.html)

República de Colombia sentencias Corte Suprema de Justicia: SP2649-2022.  
(Radicación 54044 Aprobado acta n° 171 27 de julio de 2022.). Sala de casación penal,  
M.P. José Francisco Acuña Vizcaya.

## **Normativas Legales**

Acuerdo 008 (1994). Ministerio de Salud Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Acuerdo 069 (2001). Departamento de Caldas Municipio De Aránzazu Concejo Municipal "Por medio del cual se establece el plan de desarrollo para el municipio de Aránzazu en el periodo 2001 - 2003."

Acto Legislativo 002 (2004), Por el cual se reforman algunos artículos de la Constitución Política de Colombia y se dictan otras disposiciones.

Acuerdo 171 (2008). Departamento de Caldas Municipio De Aránzazu Concejo Municipal "Por medio del cual se establece el plan de desarrollo para el municipio de Aránzazu en el periodo 2008-2011."

Acuerdo 029 (2011). Comisión de Regulación en Salud (CRES). Por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

Acuerdo No. 010 del 4 de Abril de 2009 POST- SCRITUM: EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL DEL HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL DE PASTO. HACE CONSTAR: Que el presente Acuerdo No. 010 del 4 de Abril de 2009, fue aprobado en dos debates distintos así: Primer Debate: 31 de Marzo de 2009, en Comisión de Acción Social. Segundo Debate: 4 de Abril de 2009

Asamblea General de la OEA (2006-2016) con el lema: "Igualdad, Dignidad y Participación" Ag/Dec. 50 (Xxxvi-O/06)

Constitución Política de Colombia. (1991). Congreso de la República. <http://www.secretariasenado.gov.co/constitucion-politica>

Circular externa 00018 (2004), Ministerio de Protección Social, Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004-2007 y



de los recursos asignados para Salud Pública. Diario Oficial 45.467, de 20 de febrero de 2004

Código Civil Colombiano Artículo 1502

Código de Procedimiento Penal (1983), Imprenta Cervantes(Chile)

Convenio Interadministrativo (2007). Municipio de Aránzazu Caldas- Hospital San Vicente de Paul- Gobernación de Caldas. Contrato 150.11.4, proceso 0546.

Conpes 3992 (2020), Consejo Nacional de Política Económica y Social - Departamento Nacional de Planeación, Estrategia para la Promoción de la Salud Mental en Colombia

Declaración Del Decenio De Las Américas: Por Los Derechos Y La Dignidad De Las Personas Con Capacidades especiales. (Aprobada En La Cuarta Sesión Plenaria, Celebrada El 6 De Junio De 2006)- [AG/DEC.50 (XXXVI-O/06)].

Declaración de Caracas, firmada en el año 1990

Decreto 2591 (1991). Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política.

Decreto 538 (2020). Por el cual se adoptaron medidas en el sector salud para contener y mitigar la pandemia.

Decreto 68 (1927), Ministerio de Higiene; Asistencia; Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo, Reglamento para los Servicios de Salubridad Mental (Chile)

Decreto-Ley 77 (1987), por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios. Diario Oficial. N. 37757. 15 de enero de 1987.

Decreto 1136 (1970). Por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social.

Decreto 3039 (2007), "Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Decreto 658 (2013). Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013.

Ley 14 (1983). Por la cual se fortalecen los fiscos de las entidades territoriales y dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 36.288 de 6 de julio de 1983

Ley 181 de enero 18 de 1995 por el cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la **NORMATIVA JURÍDICA DE COLOMBIA**

Ley 11 (1986). Por la cual se dicta el Estatuto básico de la administración municipal y participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales. Diario Oficial No. 37.316 de 17 de enero de 1986.

Ley 12 (1986). Por la cual se dictan normas sobre la Cesión de Impuesto a las Ventas o Impuesto al Valor Agregado (I.V.A.) y se reforma el Decreto 232 de 1983. Diario Oficial No 37.310 de 17 de enero de 1986.

Ley No. 400 de 2021 Senado, publicado en gaceta No. 138 de 17 de marzo de 2021 del Congreso de la Republica, ARTICULO 4°: DEFINICIONES Numeral 2. [http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2021/gaceta\\_138.pdf](http://leyes.senado.gov.co/proyectos/images/documentos/Textos%20Radicados/Ponencias/2021/gaceta_138.pdf)

Ley 100 (1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993

Ley 152 (1994). Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo Diario Oficial No. 41.450 del 19 de julio de 1994.

Ley 136 (1994). Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios. Diario Oficial No. 41.377 de 2 de junio de 1994.

Ley 388 (1997). Por la cual se modifica la Ley 9ª de 1989, y la Ley 3ª de 1991 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 43.127, de 12 de septiembre de 1997.

Ley 18.857 (1987), Ministerio de Justicia, Introduce Modificaciones al Código De Procedimiento Penal y al Código Penal (Chile)

Ley 489 (1998). Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 43.464, de 30 de diciembre de 1998.

Ley 715 (2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario Oficial No 44.654 de 21 de diciembre de 2001.

Ley 1306 (2009). Por la cual se dictan normas para la protección de personas con capacidades especiales mental y régimen de representación legal de incapaces emancipados. Diario Oficial No. 47.371 de 5 de junio de 2009.

Ley 1346 (2009). Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Capacidades especiales. Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

Ley 1438 (2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

Ley 1448 (2011). Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones

Ley 1551 (2012). Por la cual se dictan normas para modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios. Diario Oficial No. 48.483 de 6 de julio de 2012.

Ley 1616 (2013). Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013

Ley 1751 (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.427 de 16 de febrero de 2015.

Ley 1751 (2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49.427 de 16 de febrero de 2015.

Ley 812 (2003), Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, hacia un Estado comunitario"

Ley 1122 (2007), Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones

Ley 1306 (2009) por la cual se dictan normas para la protección de personas con capacidades especiales mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.

Ley 1450 (2011) Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014.

Ley 1955 (2019) Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad.

Ley 715 (2001) Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Resolución 4886 (2018). Por medio de la cual se adoptó la Política Nacional de Salud Mental

Resolución 777 (2021) del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual se definen los criterios y condiciones para el desarrollo de las actividades económicas, sociales y del Estado y se adopta el protocolo de bioseguridad.

Resolución 002417 (1992) Ministerio de Salud, por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastornos mentales

Resolución 2358 (1998) Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Resolución 4886 (2018), Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

### **Planes Nacionales de Desarrollo (PND)**

Desarrollo económico y social (1961-1970) - Alberto Lleras Camargo

Planes y programas de desarrollo (1969-1972) - Carlos Lleras Restrepo

Las cuatro estrategias (1970-1974) - Misael Pastrana

Para cerrar la brecha (1974-1978) - Alfonso López

Plan de integración social (1978-1982) - Julio César Turbay

Cambio con equidad (1982-1986) - Belisario Betancur

Plan de economía social (1986-1990) - Virgilio Barco

La revolución pacífica (1990-1994) - César Gaviria

El salto social (1994-1998) - Ernesto Samper

Cambio para construir la paz (1998-2002) - Andrés Pastrana

Hacia un Estado Comunitario (2002-2006) - Álvaro Uribe Vélez

Prosperidad para Todos (2010-2014) - Juan Manuel Santos

Todos por un Nuevo País (2014-2018) - Juan Manuel Santos

Pacto por Colombia, pacto por equidad (2018-2022)- Iván Duque Márquez

### **Planes de Desarrollo Territorial Aránzazu-Caldas**

Plan de Desarrollo para el Municipio de Aránzazu en el Periodo (2001 – 2003)- Luis Alberto Giraldo García

Más Unidos que nunca serviremos como siempre (2004-2007)-José Danilo Osorio Badillo

Futuro y Desarrollo Social nuestro compromiso (2008-2011)- Ovidio Salazar Serna Giraldo

Aránzazu un propósito común (2012-2015)- Gabriel Zuluaga Montes

Gobierno con resultados (2016-2019) Jorge William Ruiz Ospina

Pacto por la equidad (2020-2023) José Lisimaco Amador Cuestas