



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Análisis sociopolítico de las políticas nacionales de salud mental en Colombia 1998-2019**

**Edwin Herazo Acevedo**

Universidad Nacional de Colombia  
Doctorado Interfacultades en Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2022



# **Análisis sociopolítico de las políticas nacionales de salud mental en Colombia 1998-2019**

**Edwin Herazo Acevedo**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Doctor en Salud Pública**

Director:

Mario Esteban Hernández Álvarez MD, MSc, PhD

Línea de Investigación:

Políticas y sistemas de salud

Grupo de Investigación:

Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social

Universidad Nacional de Colombia

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá, Colombia

2022



## Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Edwin Herazo Acevedo

Fecha: 29/08/2022



## *Dedicatoria*

*Dedicado a todas aquellas personas que han contribuido a los cambios en el campo de la salud mental, porque paso a paso se hace camino.*





# **Agradecimientos**

A mi madre, a mi padre, a mi hermano, a mi hermana, a la maestra Judith Puello, a mis profesores, a mis amigos, a Mónica Vargas, compañía decisiva en este proceso, y a los consultantes que he conocido en este camino. Todas estas personas me enseñaron a ver, escuchar, leer y aprender.



# **Análisis sociopolítico de las políticas nacionales de salud mental en Colombia 1998-2019**

## **Resumen**

La presente investigación analizó la configuración de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019, desde un enfoque sociopolítico y con perspectiva histórica, teniendo en cuenta las dinámicas en las que estas políticas han estado inmersas y que responden a un régimen de expansión de capital, que afecta la materialización de la salud mental como derecho individual y colectivo. Igualmente, se analizó la manera como las prácticas del campo de la salud mental, regidas por el enfoque biomédico, se reflejan en las políticas públicas y, ambas, tanto prácticas como políticas, son subsumidas por un sistema de salud orientado por la rentabilidad financiera en un entorno de consolidación del complejo médico industrial y financiero. Se realizó una investigación documental que incluyó documentos de política, normas legales y documentos institucionales del sector salud del ejecutivo nacional. Se incluyeron publicaciones académicas y se entrevistaron 25 actores sociopolíticos, además de revisar otras fuentes primarias y secundarias, que dieron cuenta del proceso de estructuración de las políticas de salud mental en Colombia, el contexto, las coyunturas y las dinámicas sociopolíticas. Esta investigación permitió comprender los procesos sociopolíticos en la configuración del campo de la salud mental en Colombia, reflejados en las políticas de salud mental y la forma como las prácticas en salud mental, el sistema de salud y las políticas mismas continúan ancladas en la perspectiva biomédica, desatendiendo las diversidades humanas y sociales, refrendando la permanencia de una de las paradojas más visibles en este campo: la disociación entre el contenido discursivo de las políticas de salud mental y lo que sucede en la realidad en las prácticas en el campo de la salud mental y el sistema de salud, a las personas y comunidades.

**Palabras clave:** Salud mental pública, políticas públicas, trastorno mental, enfoque sociopolítico, salud mental

# **Sociopolitical analysis of national mental health policies in Colombia 1998-2019**

## **Abstract**

This research analyzed the configuration of national mental health policies in Colombia between 1998 and 2019, from a sociopolitical approach and with a historical perspective, considering the dynamics in which these policies have been immersed and that respond to a regime of expansion of capital, which affects the materialization of mental health as an individual and collective right. Likewise, the way in which practices in the field of mental health are governed by the biomedical approach, reflected in public policies and both practices and policies, are subsumed by a health system oriented by a financial profitability in an environment of consolidation of the medical industrial and financial complex. Documentary research was carried out, that included policy documents, legal regulations and institutional documents of the health sector of the national executive branch; academic publications were also included and 25 socio-political actors were interviewed. In addition to reviewing other primary and secondary sources, which gave an account of the process of structuring of mental health policies in Colombia, the context, the conjunctures and the sociopolitical dynamics. This research allowed us to understand the sociopolitical processes in the configuration of the field of mental health in Colombia, reflected in mental health policies and the way in which mental health practices, the health system and the policies themselves continue to be anchored in the biomedical perspective, neglecting human and social diversities, and endorsing the permanence of one of the most visible paradoxes in this field: the dissociation between the discursive content of mental health policies and what actually happens in practices in the field of mental health and the health system, individuals and communities.

**Keywords: Public mental health, public policies, mental disorders, sociopolitical approach, mental health**

# Contenido

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Antecedentes de la Investigación</b> .....	<b>4</b>
1.1 Problema de investigación .....	4
1.2 Justificación .....	15
1.3 Objetivos.....	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos .....	17
1.4 Marco Conceptual .....	18
1.5 Diseño Metodológico .....	33
1.5.1 Tipo de estudio .....	33
Periodo de estudio.....	34
Fuentes primarias .....	36
Fuentes secundarias .....	37
1.5.2 Mecanismos e instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de la información .....	38
Instrumentos de recolección.....	38
Recolección de la información.....	38
Análisis de la información .....	39
Aspectos éticos.....	39
<b>2. Etapa inicial de las políticas de salud mental en Colombia (1946-1997)</b> .....	<b>41</b>
2.1 La llegada de la salud mental.....	44
2.2 Presencia de la salud mental en el Estado colombiano .....	52
2.2.1 Antes de 1946.....	52
2.2.2 La higiene y la higiene mental (1946 – 1962).....	61
2.2.3 El paso a la salud mental (1963 – 1974) .....	72
2.3 La salud mental en el Sistema Nacional de Salud. (1975-1997).....	92
2.4 La Constitución Política de 1991, nuevos vientos corren en el país. ....	114
2.5 Nuevo sistema de salud: mayores coberturas, viejas inequidades y fragmentaciones en la salud mental.....	122
2.6 Nuevos estudios de salud mental, viejas perspectivas .....	127
<b>3. La salud mental en Colombia a partir de las políticas nacionales de salud mental..</b>	<b>133</b>
3.1 La Política Nacional de Salud Mental de 1998: un esfuerzo frustrado.....	134
3.2 Lineamientos de política de salud mental para Colombia: resurge el impulso en el contexto de consolidación del aseguramiento en salud. ....	168
3.3 Política del campo de la salud mental: otra apuesta perdida. ....	179
3.4 Ley de Salud Mental de 2013: un esfuerzo colectivo. ....	183
3.5 Nuevo intento, renace la esperanza: documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia, 2014 .....	195
3.6 Política Nacional de Salud Mental de Colombia de 2018: de nuevo, la esperanza.....	200
<b>4. Capítulo 4. Discusión y reflexiones finales.</b> .....	<b>221</b>
<b>5. Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>227</b>

<b>Anexo A: Guía de entrevista con informante clave.....</b>	<b>235</b>
<b>Anexo B: Formato de Consentimiento informado escrito.....</b>	<b>237</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>239</b>

# Lista de figuras

Pág.

<b>Figura 1-1</b> Procesos sociopolíticos y fuerzas intervinientes .....	31
<b>Figura 2-1</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1423 de 1960 .....	74
<b>Figura 2-2</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 3224 de 1963 .....	75
<b>Figura 2-3</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 621 de 1974. ....	87
<b>Figura 2-4.</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud, Decreto 121 de 1976 .	95
<b>Figura 2-5.</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1471 de 1990 .....	113
<b>Figura 2-6.</b> Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1292 de 1994. ....	131
<b>Figura 3-1.</b> Reestructuración del Ministerio de Salud. Decreto 1152 de 1999.....	171
<b>Figura 3-2.</b> Organización administrativa del Ministerio de la Protección Social, Decreto 205 de 2003. ....	174
<b>Figura 3-3.</b> Organización administrativa Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 4107 de 2011. ....	184

# Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 2-1</b> Establecimientos Prestadores de servicios de Salud Mental.....	80
<b>Tabla 2-2</b> Proporción de prevalencia por mil del consumo de sustancias en el último año que producen dependencia según sexo.....	108
<b>Tabla 2-3.</b> Proporción de prevalencia por mil del nivel de depresión clínica y el intento de suicidio según sexo .....	109
<b>Tabla 2-4.</b> Proporción de prevalencia de consumo por grupos de edad.....	109
<b>Tabla 2-5.</b> Síntesis resultados uso de alcohol y otras sustancias, Estudio Nacional de SM 1993 y 1997 .....	130
<b>Tabla 2-6.</b> Epidemiología de los trastornos mentales, 1997 .....	130



# Introducción

La presente investigación se originó desde el interés particular en la salud mental pública, desde una perspectiva crítica de la psiquiatría, como actor del campo de la salud mental, educador, investigador y ciudadano, y tuvo por objetivo analizar la configuración de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019, desde un enfoque sociopolítico y con perspectiva histórica con el fin de comprender las fuerzas y las dinámicas que rodearon esta configuración e identificar los cambios y las permanencias presentes en las políticas públicas del campo de la salud mental.

Para esto, se seleccionó un enfoque metodológico cualitativo a través del cual se recolectó información de fuentes primarias, entrevistando 25 actores institucionales que fueron seleccionados teniendo en cuenta su participación en los procesos de formulación de las políticas de salud mental o su papel en el sistema de salud, bien sea en calidad de funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones de profesionales de la salud, asociaciones de pacientes y familias, organizaciones sindicales del sector salud, empresas promotoras de salud o porque hacían parte de la academia, así como analizando los documentos de política y otros documentos normativos relacionados con estas. Adicionalmente, se consultaron diversas fuentes secundarias que permitieron explorar la información disponible, las investigaciones, los análisis documentales sobre el sistema de salud y el campo de la salud mental en Colombia y a nivel internacional.

Esta investigación pretende aportar al entendimiento de los procesos sociopolíticos de las políticas de salud mental de Colombia, ante el hecho reiterativamente señalado por las autoridades sanitarias de que los problemas y trastornos de salud mental se vuelven más relevantes en relación con la carga de enfermedad, los años de vidas potencialmente perdidos y los años de vida ajustados por discapacidad, y se asume que las políticas públicas en salud

mental son las herramientas para afrontar la problemática identificada. Sin embargo, las políticas de salud mental no han transformado las prácticas del campo de la salud mental del país, ni se observan cambios positivos en la mayoría de los indicadores trazados por el mismo Ministerio de Salud y Protección en el Plan Decenal de Salud Pública. Como producto de esta investigación se pretende aportar a los futuros ajustes de la política pública de salud mental, en los que debe quebrarse la disociación persistente entre el contenido discursivo de los contenidos de política pública de salud mental y las prácticas en el campo de la salud mental y en el sistema de salud en general, de tal manera que se pueda trascender la perspectiva individual y biomédica.

El presente documento se encuentra dividido en cinco capítulos; en el capítulo 1 se presenta el problema, sus antecedentes, la pregunta de investigación, la justificación, los objetivos, el marco conceptual y el diseño metodológico utilizado para dar respuesta a la pregunta de investigación.

En el capítulo 2 se encuentra la etapa inicial de las políticas de salud mental en Colombia la cual fue enmarcada en el período 1946-1997, con el fin de comprender los precedentes de la construcción y publicación de la primera política nacional de salud mental, seleccionando el año 1946 debido a la constitución del Ministerio de Higiene con el que inicia la consolidación institucional del sector salud en el país. De esta manera en este capítulo se narra la llegada de la salud mental a Colombia y como fue el desarrollo de la presencia de la salud mental en el Estado Colombiano en tres momentos, antes de 1946, entre 1946 y 1962 cuando se instaura la higiene y la higiene mental y de 1963 a 1997, periodo en el cual se da paso a la salud mental. Este capítulo permite concluir que a pesar de los cambios nominativos en el nivel organizacional de la estructura de la rama ejecutiva del poder público a cargo de la salud y en el sistema de salud, persisten en el campo de la salud mental las estrategias higienistas, preventivistas, individualistas y fundamentadas en la perspectiva biomédica.

En el capítulo 3 se aborda la Salud Mental en Colombia a partir de las políticas Nacionales de Salud Mental de 1998, la ley de Salud Mental de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental de Colombia de 2018. En este capítulo se analizan los diferentes procesos sociopolíticos que dieron contexto al diseño y publicación de estas políticas, en medio de un sistema de salud con profundo interés en los aspectos financieros más que en los sanitarios. Igualmente, se visibiliza el hecho de que independientemente de las categorías conceptuales que se utilicen y el interés en ampliar

la mirada para la comprensión, acercamiento y atención en el campo de la salud mental, es el enfoque biomédico el que sigue liderando las prácticas en este campo, anclado en la psiquiatría como categoría ordenadora y, en este sentido, se mantiene la enorme dificultad de transformar las prácticas en salud mental que materialicen el contenido discursivo de las políticas de salud mental y permanece la orientación hacia el trastorno mental.

En el capítulo 4 se discuten diversos cuestionamientos que surgen de los análisis de la configuración de las políticas nacionales de salud mental tales como la invisibilidad y subestimación a las diversidades humanas y sociales al momento de entender los comportamientos humanos, la permanencia de los dispositivos de exclusión y aislamiento para intervenir los problemas y trastornos de salud mental, entendidos desde la anormalidad y la anomalía, centrados en los individuos, desconectados de la comunidad y sin considerar plenamente el papel que lo colectivo juega en la salud mental, por lo que se requiere una transformación en la forma como se concretan las prácticas en salud mental, de tal manera que sean prácticas liberadoras y reivindicadoras de los derechos y la dignidad de las personas y comunidades, lo cual debe reflejarse en el sistema de salud más allá de la provisión de medicamentos y camas hospitalarias.

Se finaliza con el capítulo de conclusiones y recomendaciones, en el cual se hace evidente cómo el campo de la salud mental en Colombia tiene unas permanencias que lo ligan a la perspectiva biomédica y que se hacen visibles en las paradojas que se encuentran en los discursos de las políticas de salud mental, pero que no se verifican en la realidad del sistema de salud y de las prácticas de salud mental.

# 1. Antecedentes de la Investigación

## 1.1 Problema de investigación

Ha sido permanente la dificultad para definir y entender el campo de la salud mental. Aunque este problema puede enmarcarse en lo conceptual, siempre se materializa en la vida cotidiana de las personas, bien sea por el disfrute de la salud mental o la pérdida de ella (Henderson, 2012). Las raíces del problema se remontan incluso a la histórica dicotomía cuerpo-mente y alcanzan el concepto mismo de salud (McGinn, 1989; Porter, 2003).

La conocida definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera la salud no sólo como la ausencia de enfermedades sino como un “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948), no resultó ser suficiente para incorporar la salud mental a la salud como concepto integral, por lo que en 1999, la OMS elaboró una declaración sobre promoción y atención en salud mental en la que puntualizó que “no hay salud sin salud mental” (OMS, 1999). Esta afirmación tajante pone de presente que insistentemente en las últimas décadas se ha intentado integrar, con poco éxito, la salud mental al concepto de salud.

El origen de estas dificultades podría radicar en que la misma denominación de salud mental, al pretender ganarse un lugar en el campo de la salud, termina fragmentándolo. Esta escisión, sin duda, ha conducido a la exclusión de la salud mental. Probablemente, por eso algunos autores afirman que el mayor logro de la salud mental sería su desaparición como concepto aislado, porque ello sería indicativo de que se integró totalmente al concepto mismo de salud, quedando, por tanto, resuelta la fragmentación (Stolkiner & Ardila, 2012).

Es claro que la salud mental ocupa un sitio importante en el discurso de las autoridades y agencias nacionales y multilaterales de salud; sin embargo, ese sitio no ha sido suficiente para impedir la fragmentación de la salud y ha hecho que sea necesario referirse constantemente a “salud” y “salud mental” como términos distintos que se encuentran en una tensión permanente que desemboca en la exclusión de la salud mental del concepto integral de salud, indicando implícitamente por salud, lo físico, lo biológico, lo tangible, en otras palabras, lo biomédico (Novoa-Gómez, 2012).

Los pronunciamientos hechos por la OMS buscan, en parte, enmendar esta ruptura (OMS, 1999), pero, ha sido difícil concretar en la realidad que la salud mental se integre a la concepción y prácticas reales de salud como un todo.

El proceso de fragmentación del concepto de salud se tradujo en políticas de salud mental que pretendiendo resolver problemas relacionados en este campo, responden a la lógica biomédica y desconocen las interacciones individuos-sociedad-Estado, dinámicas comprensibles a través del enfoque sociopolítico (M. Hernández, 2001) . Si existe un campo de la salud en el que es indispensable desmarcarse de la lógica biomédica hegemónica, ese es el campo de la salud mental, de lo contrario permanecerá atada por lazos reduccionistas y desconocerá la autonomía y particularidad de las personas y las sociedades y la capacidad que tienen para gestionar la felicidad y el sufrimiento.

La salud mental tradicionalmente se concibe en negativo y en forma restringida, es decir, como la ausencia de trastornos mentales (Hannigan & Coffey, 2011). Esta visión contrapuesta entre salud y trastorno mental, que no es otra cosa que la proyección del conflicto salud-enfermedad, facilita que las personas con trastornos mentales se consideren como peligrosas para la sociedad, lo que conduce en el ámbito sanitario a prácticas sistemáticas de reclusión y aislamiento en instituciones que contribuyen a la estigmatización y exclusión de las personas que reúnen criterios para un trastorno mental severo (Barcia, 2007; Beer, 2007, 2009; King, 1999; Van Young, 2001).

Históricamente, en el mundo se ha tratado de articular la atención de las enfermedades mentales y la promoción de la salud mental a los esquemas curativos de la práctica médica y a los sistemas

de salud (Rasmussen, 2003) , lo que se traduce en un diseño de políticas, planes y programas de salud mental, en los que siempre prevalecen las intervenciones centradas en los individuos, desconectados del entorno social y político (Retolaza, 2004), y deja implícito que el disfrute de la salud mental o la aparición de la enfermedad mental es una decisión, un riesgo o una consecuencia que deben asumir los individuos desde su fuero interno, olvidando que está en relación con procesos sociales, políticos y económicos (Benítez, 2010; Galende, 1983; Petras, 2003).

En el proceso de asunción de la salud mental por parte de la comunidad académica y por las sociedades, en general, es importante tener en cuenta que con la llegada del siglo XX y sus dos guerras mundiales, se comenzaron a hacer visibles enfermedades distintas a los trastornos psicóticos, de la mano del desarrollo de la medicina, y de la consolidación de la psiquiatría como disciplina científica (Faria & Castro, 2011; Kubie, 1968).

Sin embargo, en el ambiente de posguerra permaneció aún la dificultad para establecer definiciones y conceptos en relación con la salud y la enfermedad mental. Con el fin de superar parcialmente ese escollo, se trabajó en la unificación del lenguaje, conceptos y criterios diagnósticos. En tal sentido, el Ejército de los Estados Unidos de América y la Asociación Psiquiátrica Americana intentaron organizar la nosología psiquiátrica, y publicaron en 1952 la primera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), el cual con el paso del tiempo se volvió hegemónico (Brown, 1987; Office of the Surgeon General, 1946) y punto de referencia para la definición de tratamientos y realización de ensayos clínicos conducentes a la experimentación de nuevos medicamentos, y confinó la Clasificación Internacional de las Enfermedades a un papel marginal, bajo el dominio de las autoridades de salud de los países miembros de la OMS y para la conformación de los sistemas de información. Sin embargo, todos estos esfuerzos por comprender las enfermedades mentales reforzaron los criterios deterministas, con intensificación del estigma y repercusiones negativas en el acceso a los servicios de salud, poca oferta y baja calidad de los servicios, aislamiento y exclusión social (Arboleda-Flórez, 2008; Stengel, 1956).

Las consecuencias del estigma que avasalla a las personas con trastornos mentales promovieron la realización de esfuerzos para reducir el rechazo hacia esas personas con resultados aún

inciertos (Byrne, 2000; Collins et al., 2012; Corrigan & Watson, 2002). Paradójicamente algunos autores han alertado acerca de la posibilidad de que los programas de reducción del estigma hacia las personas con trastornos mentales terminen por incrementarlo (Penn & Couture, 2002).

En el proceso de cambios en la concepción y desarrollo de las estrategias de intervención de los trastornos mentales, un hecho relevante que se constituyó en un hito fue la aparición de nuevos medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos depresivos en la segunda mitad del siglo XX (Hess, 2011; Müller et al., 2006), que fueron por una parte de gran ayuda terapéutica, pero por otra, contribuyeron notoriamente a consolidar la medicalización de la salud mental (Novella, 2008), con ampliación del número de camas hospitalarias y de psiquiatras (Huertas, 1991) y el establecimiento de los vínculos entre la industria farmacéutica y la atención de los trastornos mentales a través de la práctica psiquiátrica, claro ejemplo de lo que se denominó “*complejo médico industrial*” y posteriormente “*nuevo complejo médico industrial*” (Gadelha et al., 2012; Relman, 1980), omnipresente en la consolidación de la psiquiatría como especialidad médica principalmente responsable de la atención de los trastornos mentales en los ámbitos hospitalarios, ambulatorios e incluso comunitarios. La industria farmacéutica logrará establecer un fuerte vínculo incluso con los psiquiatras en formación, nicho importante de mercado para las farmacéuticas, ya que serían los futuros prescriptores de sus medicamentos.

El momento en que inicia la consolidación de la industria farmacéutica vinculada a la psiquiatría fue propicio, ya que para esta misma época se inició el cambio de orientación en la formación de los médicos y el aumento de las especialidades médicas, entre ellas la psiquiatría (Eslava, 1996). En medio de ese cambio en la educación médica colombiana surge en 1955 el primer departamento de psiquiatría al interior de una universidad y en 1959 el primer programa de especialización en psiquiatría (Rosselli, 1968), al tiempo que se constituyó la Sección de Higiene Mental del Ministerio de Salud Pública en 1960 (Presidencia de la República, 1960; Rosselli, 1968) y la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1961, a la par del primer Congreso Colombiano de Psiquiatría<sup>1</sup>, realizado en la Universidad de Cartagena, bajo la organización y auspicio de

---

<sup>1</sup> El nombre que recibió esta actividad fue “Primeras Jornadas de Psiquiatría”, en la que se hizo el lanzamiento del antidepresivo Nialamida por parte de Laboratorios Pfizer, bajo la fachada de un evento académico, realizado en el Paraninfo del Claustro de San Agustín de la Universidad de Cartagena, principal salón de reunión de la Universidad de Cartagena, desde ese entonces, con el respaldo de su

Laboratorios Pfizer para introducir al mercado nacional un nuevo antidepresivo (Universidad de Cartagena, 1961).

Es también la segunda mitad del siglo XX testigo de la apertura de grandes hospitales psiquiátricos, que emulaban la tendencia de los hospitales franceses de finales del siglo XIX y algunos latinoamericanos de principio de siglo XX, como el Manicomio de La Castañeda en México (Ríos, 2009; Van Young, 2001). Fue así como aparecen en Colombia el Hospital Julio Manrique de Sibaté, el Hospital Mental de Antioquia y el Hospital San Pablo en Cartagena. Este último tuvo la particularidad de estar dividido en dos grandes bloques, uno para los locos y otro para los tuberculosos (Rosselli, 1968).

Esta forma de intentar resolver los problemas generados por las personas con enfermedades mentales terminó por excluir aún más a los pacientes, ya que en muchas ocasiones las explicaciones mágico-religiosas que las comunidades les daban a las manifestaciones de las enfermedades mentales (Porter, 2003; Soru et al., 2012) permitían la convivencia con el enfermo mental en su propio medio. En cambio, estos grandes hospitales vestidos con el aval de la ciencia, en lugar de facilitar la solución de las enfermedades mentales, terminaron por expulsar al enfermo mental de la comunidad y darle el estatus de enfermo mental (Goffman, 2007), como quien barre la sala y esconde el mugre debajo del tapete. Así se estatuyó definitivamente el “loco” como un subalterno (Van Young, 2001).

Con el paso de los años aumentó en Colombia el número de universidades que ofrecían a los médicos la especialidad en psiquiatría, llegando a 16 programas en el año 2013, con la idea de que se necesitaba mayor recurso humano y mejor preparado para resolver los problemas de salud mental de la población, en la línea con lo señalado por las agencias multilaterales (OMS, 2006, 2009, 2011). Por su parte, la Sociedad Colombiana de Psiquiatría se transformó en Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), y agremió alrededor de la mitad de los psiquiatras que ejercen la especialidad en Colombia, es decir, unos 600. Esta asociación, además de

---

tradicional Facultad de Medicina, en una ciudad que para la época ya empezaba a configurarse como sede de congresos, especialmente de medicina, en la que la ciudad es utilizada sólo como un escenario bonito de trasfondo.



continuar al frente de la organización del Congreso Colombiano de Psiquiatría, incursionó, aunque tardíamente, en otros ámbitos, como la política gremial, el debate sobre el sistema de salud colombiano y sus reformas, derechos humanos, con una salida tímida de los clubes sociales y de sus pretensiones ilustradas (Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2011)

Desde la orilla de la institucionalidad nacional, hay que decir que en 1975 se creó en Colombia el Sistema Nacional de Salud, el cual tuvo entre sus propósitos la integración de servicios y el afrontamiento de problemas concretos de salud (M. Hernández et al., 2002a; República de Colombia, 1975). En medio de este nuevo Sistema se crearon “Divisiones” de salud mental en las entidades territoriales<sup>2</sup>, con la idea de que esta clase de reorganización administrativa de esta área del Estado permitiría aterrizar en las regiones programas y prácticas que facilitarían resolver lo que hasta ese momento no se había resuelto; pero, la realidad fue que esta forma de organización administrativa regional de la salud mental tuvo desempeño marginal, escasa inclusión social y la continuación de las instituciones psiquiátricas tipo manicomio (M. Rodríguez, 2003).

Posteriormente, al iniciar la década de 1990, se promulgó la Ley 10 de 1990 que reorganizó el Sistema Nacional de Salud y consagró la salud como un servicio público (Congreso de Colombia, 1990). En ese mismo año, el Decreto 1471 transforma la División de Salud Mental en División de Comportamiento Humano, interesante cambio de denominación que refleja los procesos que se daban al tratar de delimitar un campo en el que había diferencias hasta en el nombre que debía recibir (Presidencia de la República de Colombia, 1990). Cabe resaltar que entre las funciones adjudicadas a la naciente División de Comportamiento Humano aparecía por primera vez de manera explícita la de “Diseñar o participar en la formulación de políticas nacionales”, pero dentro de una perspectiva de gestión del riesgo, expresada a través de otra función, la cual era “Proponer y participar en la formulación de planes, programas y proyectos, dirigidos a la prevención y control de los principales factores de riesgo derivados del comportamiento individual y social”.

---

<sup>2</sup> En 1974 la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública se transformó en División de Salud Mental (Presidencia de la República de Colombia, 1974a). El cambio de denominación de “Sección” a “División”, parece representar que la salud mental de ser una parte, a quedar definitivamente escindida del concepto de salud.

Durante ese mismo decenio, inmersa Colombia en la lucha contra las drogas, predominó en los programas de salud mental, la focalización en el consumo y dependencia de sustancias ilegales (Aristizabal, 2006; Congreso de Colombia, 1986), y se dejaron de lado otras enfermedades, como aquellas asociadas al conflicto armado interno, a pesar del gran impacto que tiene en la sociedad fenómenos de grandes dimensiones como el desplazamiento forzado (Bell et al., 2012; L. Lima, 2000). Esa misma sociedad vivió ajena a esas circunstancias. Incluso, la misma ACP solo a finales de 2005, por iniciativa de algunos de sus miembros, constituyó un Subcomité de Derechos Humanos (Herazo, 2011).

La Constitución Política de Colombia de 1991 le brindó al país una expectativa de transformación y la ilusión de la finalización de la violencia asociada al conflicto armado con las guerrillas, los paramilitares y los carteles de las drogas. La nueva carta política define a la República de Colombia como un Estado social de derecho, fundada en el respeto a la dignidad humana e incluye en el artículo 49, la salud como un servicio público a cargo del Estado, con organización descentralizada y garantía de la promoción, protección y recuperación de la salud (Presidencia de la República, 1991d). En el entorno internacional, para este momento ya se había emitido la Declaración de Caracas, que abogaba por la inclusión social de los enfermos mentales y la desinstitucionalización (OMS & OPS, 1990).

En el nuevo marco constitucional surgió la reforma del sistema de salud a través de la Ley 100 de 1993, la cual introdujo cambios en las responsabilidades del Ministerio de Salud y de las entidades territoriales, que se centró en la atención médica curativa tradicional, el subsidio a la demanda, el aseguramiento con competencia regulada y la instauración de las entidades promotoras de salud (EPS) como intermediarios financieros (Congreso de Colombia, 1993b).

El nuevo sistema de salud tuvo efectos contrapuestos: por una parte mejoró el acceso a los servicios de atención en salud mental, pero por otra, sometió la práctica clínica de la atención en salud mental a los derroteros mercantilistas, con restricción de intervenciones, del número de consultas, asignación de tiempo limitado para las intervenciones, con las consecuentes deficiencias en la atención de las personas con trastornos mentales y el casi abandono de las actividades de promoción de la salud mental, pues lo que pagaba era la enfermedad, no la salud:

a mayor cantidad de enfermos y hospitalizaciones, mayor facturación; la atención ambulatoria era el peor de los negocios. Puede afirmarse que la implementación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud provocó cambios que condujeron la salud mental al cuarto del olvido, en armonía con las políticas neoliberales de reducción del tamaño del Estado. Los ciudadanos, para recibir una mínima atención en salud mental, debieron recurrir a los amparos brindados a través de la “acción de tutela”, figura jurídica contemplada en la Constitución Política de 1991 para la exigibilidad de derechos fundamentales (Ardila Gómez, 2010).

En el nuevo sistema de salud se generó un mayor número de consultas o servicios, pero la calidad y la eficacia de estos resultaron altamente cuestionables. La implementación de este nuevo esquema excluyó la atención de personas con algunos diagnósticos, como, por ejemplo, las adicciones, con el mensaje implícito de que se trataba de un “mal buscado” o de una mala autogestión del riesgo; y se marginaron actividades de profesionales de terapia ocupacional, terapia de lenguaje e incluso psicología (Gómez-Restrepo, 2003; Morales, 2003; Posada, 2003).

Es en este contexto que el Ministerio de Salud expidió la Resolución 2358 del 18 de junio de 1998, por medio de la cual adoptó la Política Nacional de Salud Mental, con un valioso enfoque sobre derechos ciudadanos y derechos de los pacientes, desinstitucionalización, cobertura y acceso a servicios; pero, aún con una visión biomédica de la salud mental y asignación de responsabilidades a los individuos, con esfuerzos por armonizarla con lo que describe en su contenido como “proceso de modernización del Estado”, a pesar de estar orientada hacia la promoción de la salud (Ministerio de Salud, 1998) a sabiendas de que la proclamada modernización incluía reducción del Estado y prácticamente desaparición de aquellos programas y servicios que no eran de interés por su escasa rentabilidad a los aseguradores y prestadores de servicios privados. Esta política adoleció de difusión adecuada, poca implementación por parte de las entidades estatales y escaso empoderamiento de los funcionarios del campo de la salud, en pocas palabras, fue letra muerta (Arrivillaga & Collazos, 2009).

Con el advenimiento del siglo XXI y el recrudecimiento del conflicto armado interno, el país conocería las secuelas relacionadas con el desplazamiento forzado, masacres, torturas, homicidios selectivos y genocidios, que fueron sometidos a la medicalización bajo categorías diagnósticas como el “trastorno por estrés postraumático” (Flink et al., 2013; Pérez-Olmos et al.,

2005). En ese momento las escuelas de medicina se percataron de que no era necesario recurrir a las escenas de Hollywood que mostraban los “*flashbacks*” (reminiscencias)<sup>3</sup> de veteranos estadounidenses de la guerra de Vietnam. El peso de la medicalización en estos aspectos también permea las políticas públicas (Naranjo, 2006), en tanto que se mueven en torno a diagnósticos médicos como requisito para el reconocimiento del daño ocasionado en las víctimas, como es el espíritu de la Ley 1448 de 2011, más conocida como la Ley de Víctimas (Congreso de Colombia, 2011c).

Los esfuerzos del Estado para reparar a las víctimas del conflicto armado en lo concerniente a la salud de las personas se plantean en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) vigente, a pesar de las limitaciones y restricciones que tiene, tanto en la concepción de salud mental, como en los servicios a los que se puede acceder. Las modificaciones posteriores del SGSSS en torno a la salud mental se relacionaron con ampliaciones mezquinas de los planes de beneficio, en lo que tiene que ver con días de hospitalización, medicamentos e intervenciones aisladas (Comisión de Regulación en Salud, 2011).

Estas modificaciones cimentan la visión individual de la salud mental, con exclusión de una salud mental colectiva como vía de mayor bienestar para la sociedad. La visión individualista no es extraña en el sistema de salud colombiano, pues el Estado, bajo la influencia de las élites en el poder, promueve el mantenimiento de modelos de inspiración liberal, donde prima el criterio individualista (Montenegro, W., 1980). A la fecha, los procesos de rehabilitación basados en la comunidad (OIT et al., 2004), no han logrado permear del todo el sistema de salud colombiano.

En 2007, la ACP diseñó la segunda Política Nacional de Salud Mental, por encargo del Ministerio de la Protección Social<sup>4</sup> (anterior Ministerio de Salud), en el marco de la Atención Primaria de

---

<sup>3</sup> De acuerdo con los criterios del DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), los flashbacks son trastornos perceptivos caracterizados por la reexperimentación a través de alucinaciones y falsas percepciones, entre otras.

<sup>4</sup> Nombre dado en 2002 a la fusión del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud a través de la Ley 790 de 2002 (Congreso de Colombia, 2002a). Esta fusión se revirtió mediante la Ley 1444 de 2011, creándose el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud y Protección Social, nombres que aún conservan (Congreso de Colombia, 2011b).

Salud, la cual nunca se reconoció a través de algún acto legal o administrativo y, en consecuencia, no se adoptó por parte del Ministerio, permaneciendo como un documento preliminar (Ministerio de la Protección Social, 2007), a pesar de que el Estudio Nacional de Salud Mental del 2003, aún con sus limitaciones y en concordancia con estudios previos, (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2003; Urrego, 2007), indicó que 40% de la población colombiana había padecido un trastorno mental alguna vez en su vida, que ocasiona un sufrimiento silencioso en las personas, que a veces se materializa en los más de 2.400 suicidios anuales que suceden en Colombia y que han llegado a representar más del 10% de las muertes por lesiones fatales de causa externa en un año (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2022).

El documento preliminar de la política nacional de salud mental de 2007 reveló importantes elementos políticos, con un marco conceptual anidado fuertemente en las ciencias sociales. Hay que reconocer en la política de salud mental propuesta por la ACP un esfuerzo por mostrar que los aspectos médicos disciplinares están entrelazados con fenómenos sociales y políticos y que una política de salud mental en Colombia debía trascender los aspectos biomédicos y adentrarse en las dinámicas sociopolíticas. Esta propuesta de política de la ACP intentó reconocer también que las profesiones relacionadas con la salud mental, y la psiquiatría en particular, hacían parte de un sistema económico en donde las personas con trastornos mentales son excluidas del sistema productivo hegemónico y por tanto de la sociedad. La ACP puso sobre la mesa la idea de que los actores vinculados a esta política eran actores políticos y no sólo instituciones de salud, funcionarios, médicos o pacientes, con roles restringidos por el sistema político y económico imperante en donde en últimas terminan siendo agentes del sistema de acumulación de capital a través de la industria de la salud. La concepción de ciudadano con derechos fue fundamental en esta propuesta de política. Sin embargo, esta propuesta de política quedó como producto de la comunidad de las ideas, del discurso. Tanto en la política de 1998 como en la propuesta de 2007, confluyen posiciones teóricas, lineamientos de agencias multilaterales, concepciones de Estado y formas como se asumen los conceptos de salud y bienestar, que entran en disputa y que participan en la estructuración de las políticas, camufladas como parte de los intereses del Estado, circunstancia que ya había advertido Skocpol (Mann, 1997).

Por otra parte, la producción normativa del Estado y las sentencias de las altas cortes continuaron. Así, en 2008 la Corte Constitucional expidió la Sentencia T-760, con un llamado para que el Estado tomara las medidas necesarias encaminadas a que los ciudadanos disfrutaran efectivamente del derecho a la salud (Corte Constitucional de Colombia, 2008). En 2009, se promulgó la Ley 1306, por medio de la cual se dictaron normas tendientes a brindar protección a las personas con discapacidad mental (Congreso de Colombia, 2009b). En 2011, se expidió la Ley 1482, que penalizó actos de discriminación por varias razones; pero, no incluyó la discriminación hacia las personas con trastornos mentales (Congreso de Colombia, 2011d). El Acuerdo 029 de 2011 expedido por la Comisión de Regulación en Salud, amplió los beneficios del Plan Obligatorio de Salud; no obstante, nuevamente circunscrito a imponer límites al número de días de hospitalización o de consultas (Comisión de Regulación en Salud, 2011).

A pesar de que el Estado colombiano incorpora la salud mental en las políticas de salud (Ministerio de la Protección Social, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y en los planes de desarrollo (Congreso de Colombia, 2011a) esto no se refleja en acciones por parte de los agentes estatales, como sí ha sucedido en otros países. Ese es en gran parte el problema que motivó esta investigación, pues la salud mental tiene una relevancia en el discurso estatal y colectivo que no se observa en las prácticas y en las actividades que terminan implementándose.

El 21 de enero de 2013 el presidente Juan Manuel Santos Calderón sancionó la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), bautizada como “Ley Esperanza”<sup>5</sup>, la cual ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social que en el término de 16 meses ajustara y expidiera mediante acto administrativo una nueva Política Nacional de Salud Mental. Esto no ocurrió sino 70 meses después. El 15 de noviembre de 2018 se expidió la nueva Política Nacional de Salud Mental de 2018, adoptada mediante la resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b), que mantiene una gran centralidad en la promoción de la salud mental y pretende tener un gran alcance que trasciende la perspectiva biomédica, sin embargo, persiste la posibilidad de que el contenido discursivo no

---

<sup>5</sup> La Ley Esperanza fue promovida por la Representante a la Cámara Alba Luz Pinilla Pedraza, quien con el acompañamiento del senador Mauricio Ospina Gómez como ponente en el Senado, ambos del minoritario partido de oposición Polo Democrático Alternativo, lograron la aprobación de esta Ley.

se materialice en las prácticas de salud mental de conservarse la misma estructura y operación del SGSSS y una intersectorialidad retórica.

Aun cuando en Colombia la salud mental es un asunto prioritario de salud pública (Ministerio de la Protección Social, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013; Royal College of Psychiatrists., 2010), los cambios en la salud mental pública colombiana parecen haber sido más de forma que de fondo, sin que se hayan dado los pasos necesarios para que los actores involucrados en la atención de la salud mental asuman responsabilidades acordes con los desafíos impuestos (OPS & OMS, 2005). De allí la importancia de realizar un rastreo sociopolítico a través del tiempo que dé cuenta de las configuraciones institucionales (Pierson & Theda, 2008) en torno a este campo y que permita comprender el porqué de la incongruencia entre los discursos gubernamentales, parlamentarios y sociales en los que la salud mental es un asunto prioritario e importante para la colectividad, y las acciones y prácticas que finalmente se implementan y que terminan siendo limitadas para dar cuenta de las finalidades de estos discursos.

Surge entonces la pregunta que orientó el desarrollo de esta investigación ¿Cómo han sido los procesos sociopolíticos en torno a la formulación e implementación de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019?

## **1.2 Justificación**

Las políticas nacionales de salud mental diseñadas requieren que se conozcan las fuerzas y disputas que configuran el campo de la salud mental, es decir, los procesos sociopolíticos en que están inmersas, en un sistema económico de acumulación de capital, como forma de entender los mecanismos, acuerdos, coaliciones y coyunturas en las que surgen, se implementan, se consolidan o se desechan estas políticas (Ferreira, 2006).

El conocimiento y entendimiento de estos procesos sociopolíticos puede encaminar futuras políticas nacionales de salud mental hacia el logro de un mayor bienestar de la población, con la

incorporación real y efectiva de la salud mental a la salud pública, como parte del disfrute del derecho a la salud, como parte inseparable de la salud, más allá de las escisiones provenientes de la perspectiva biomédica hegemónica, lo que obligará a una reconceptualización de la salud mental y de los trastornos mentales (Stolkiner & Ardila, 2012) y la manera como se han asumido en el país, para que no persista únicamente la visión en negativo y la salud mental sea mucho más que la ausencia de trastornos mentales y un patrimonio que trascienda la individualidad hasta llegar a constituirse en un patrimonio colectivo que se refleje en las personas y en la sociedad.



## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Comprender los procesos sociopolíticos asociados a la formulación e implementación de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

1. Analizar la configuración y desarrollo del campo de la salud mental y sus prácticas en Colombia hasta 2019.
2. Describir la normativa relacionada con la institucionalización del campo de la salud mental y de las políticas en salud mental en Colombia, desde 1998 hasta 2019.
3. Establecer el tipo de participación de los actores sociopolíticos en torno a la formulación e implementación de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019.

## 1.4 Marco Conceptual

El desarrollo de este proyecto giró en torno a las políticas nacionales de salud mental realizadas en Colombia entre 1998 y 2019. Este período coincide con la adopción de la primera política explícitamente denominada Política Nacional de Salud Mental en 1998 y se extiende hasta 2019, pasando por la promulgación de la Ley de Salud Mental en 2013 y la adopción de la Política Nacional de Salud Mental de 2018.

En Colombia existe una serie de normativas relacionadas con salud mental que, si ser abundantes, ayudan a definir desde la institucionalidad el campo de la salud mental (Ardón & Cubillos-Novella, 2012). Algunas de estas normas expedidas a partir del siglo XIX no hacen referencia explícita a salud mental, pero serán consideradas en esta investigación como parte de las políticas estatales del campo de la salud mental debido a que su temática giran en torno a la materia que hace parte del campo.

Como lo señala Roth, es en la medida que se configura ese campo denominado salud mental, en que aparece como un campo específico objeto de políticas públicas, producto también de la intervención del Estado en diversos asuntos de las sociedades. Una de las formas como se pronuncia el Estado respecto a las políticas públicas es a través de la promulgación de textos jurídico-administrativos que dan cuenta del desarrollo de los individuos, la sociedad, la economía y del Estado mismo, en una constante interacción, en donde los resultados se convierten a su vez en orígenes para nuevas políticas: es un proceso dinámico e inacabado que se desarrolla cíclica y reiterativamente, conformando el “*ciclo de política*” (Roth Deubel, 2003).

Las políticas públicas desde la perspectiva de Roth pueden entonces entenderse como:

*“un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, de medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”* (Roth Deubel, 2002).

De acuerdo con Roth, la Política Pública puede descomponerse en cinco fases (Roth Deubel, 2003):

- Fase I: identificación de un problema.
- Fase II: formulación de soluciones o acciones.
- Fase III: toma de decisión.
- Fase IV: implementación.
- Fase V: Evaluación.

Aunque esta forma de plantear las políticas públicas resulta útil para la elaboración de documentos institucionales, corre el riesgo de abordar el problema a resolver de manera aislada, sin conexiones explícitas con el sistema económico y político en el que el problema está inmerso. De hecho, tradicionalmente una forma frecuente de analizar las políticas públicas por parte de entidades estatales y agencias multilaterales se ciñe a la fase V descrita por Roth, es decir, la evaluación de las políticas.

En palabras de Roth, el análisis de las políticas públicas consiste en “examinar una serie de objetivos, de medios y de acciones definidos por el Estado para transformar parcial o totalmente la sociedad, así como sus resultados y efectos” (Roth Deubel, 2003). Este análisis puede hacerse desde un enfoque basado en la sociedad, en el Estado o en una combinación de estas (Roth Deubel, 2002).

Sin embargo, la evaluación es sólo una parte en el proceso de la política pública, así se muestre en los informes de gobiernos, agencias multilaterales y otras diversas entidades como el eje y la forma de mostrar objetivamente la conveniencia o no de una política pública. La OMS desarrolló incluso manuales para monitorear y evaluar las políticas de salud mental, con el objetivo de contribuir a la mejora de los servicios, tratamientos y atención de la salud mental (OMS, 2007).

Esta clase de manuales son puntuales y no engloban de manera comprehensiva los procesos que deberían darse al interior de una política pública. Por eso, debe irse más allá y realizar el análisis de las políticas de manera integral, compleja y dinámica. De allí que la presente investigación se enmarque desde el enfoque sociopolítico como forma de entender y analizar los procesos sociales, políticos, económicos, culturales e históricos que subyacen a la formulación e implementación de las políticas públicas de salud mental en Colombia.

En lo concerniente a políticas de salud mental, cabría preguntarse desde las fases enunciadas previamente ¿cuál es el problema identificado? Una respuesta podría ser la pérdida o menoscabo de la salud mental que no permite el disfrute de la vida en sociedad y la realización de las metas individuales y colectivas, lo que se traduciría en un grado variable de infelicidad o sufrimiento. Sin embargo, desde la medicalización de la vida cotidiana de las personas y sus problemas, estas situaciones son planteadas como una enfermedad, es decir, un trastorno mental (Foucault, 1996).

Quiere esto decir que las políticas de salud mental en la mayoría de los países, incluido Colombia, provienen desde la enfermedad o terminan dominadas por ella (Henaó et al., 2016), por lo que antes de adentrarme en el trastorno mental es necesario retroceder hacia conceptos más básicos. En ese orden de ideas, es necesario y oportuno hacer una consideración previa sobre la noción de “salud” y “enfermedad”. La definición de “salud” y “enfermedad” es un asunto problemático y controversial en el contexto de la filosofía de la medicina. En general, existen tres aproximaciones para la comprensión de este proceso, ninguna de las cuales aborda de manera directa el lugar que ocupan la “salud” y la “enfermedad” en el sistema económico-político (Ereshefsky, 2009).

La perspectiva más cimentada es la que se conoce como “naturalista” que se fundamenta en principios biológicos en la que existe una “clase funcional de referencia” uniforme, según el sexo o la edad de las especies. Existe una función normal con una distribución estadística típica que garantiza la supervivencia y la reproducción de las especies. En consecuencia, “enfermedad” es un funcionamiento anormal del organismo y “salud”, la ausencia de enfermedad (Ereshefsky, 2009).

Desde la postura que se denomina como “normativista” se piensa en las enfermedades como un distanciamiento del funcionamiento que se estima deseable e implica una separación entre un comportamiento y una norma socialmente establecida. La salud implica un juicio, una norma, de lo que es posible hacer y se puede aceptar en tanto que la “enfermedad” es la situación que no refleja el estado natural de la norma. De tal suerte, que el uso de los conceptos de “salud” y

“enfermedad” es distinto para los profesionales de la salud y para las personas del común que llevan implícitos un juicio de valor (Ereshefsky, 2009).

Y finalmente, existe una postura híbrida que recoge los aspectos a favor, y las limitaciones, de las perspectivas naturalista y normativista para explicar la salud y la enfermedad dado que en la actualidad ninguna de estas posturas satisface la definición en todos los casos. No obstante, existe un problema con estas aproximaciones, que consideran la definición de salud a partir de la negación de la presencia de enfermedad (Ereshefsky, 2009).

Dado que el concepto de “enfermedad” asume la existencia de una alteración en el cuerpo que se caracteriza por síntomas y signos que siguen un curso predecible, la enfermedad produce un daño estructural o altera la función de un órgano, desde la perspectiva naturalista; y la enfermedad no es una cosa palpable, su esencia es tanto conceptual como inferencial, relacionada con el concepto de “normalidad”, desde la visión normativista. Esto es un problema en relación con los “trastornos mentales” en los que generalmente no se evidencia un daño o alteración funcional cerebral; no obstante, se asume que las manifestaciones son indicador indirecto de daño o disfunción. Aún más, los síntomas de los trastornos mentales son comunes a varias categorías diagnósticas (McHugh & Slavney, 1998).

Además, es necesario considerar la tensión o el problema que se generó y aún persiste, entre humanismo y ciencia, al separar el cuerpo de la mente (Brendel, 2006). Con frecuencia, se ignora que, aunque muchas de las manifestaciones de los trastornos mentales se originan en el sistema nervioso central (enfermedades del cerebro y órganos relacionados), no significa que carezcan de historicidad; los procesos mentales relacionados en el contexto cultural, social, político e histórico desempeñan un papel importante en la interpretación de los síntomas (Campo, 2003). Esta integración es importante porque a pesar de los avances en neurociencia, en muchas circunstancias, los conceptos psicológicos son necesarios y relevantes para la comprensión de los trastornos mentales (Brendel, 2006).

Por su parte, el concepto de salud mental ha tenido mucha dificultad en ser definido, lo que se refleja en la variedad de abordajes teóricos utilizados (Urrego, 2007). Sin embargo, la intersección de la mayoría de los abordajes se sitúa en ubicar la salud mental con criterios de

normalidad, lo cual se encuentra implícito en el contenido discursivo de las políticas públicas de salud mental del país.

Para la OMS, la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales y la 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*” (OMS, 2007). Resulta llamativo que esta definición ponga de relieve el hecho de ser “productivo y fructífero”. Esto no es gratuito. Al ser puesta la salud mental en negativo, puede entonces afirmarse que aquella persona que no es “productiva y fructífera” no goza de salud mental. Una pregunta surge inmediatamente: ¿Qué es ser productivo y fructífero? Necesariamente el análisis de la relación entre salud mental, trastorno mental, estigma y medios de producción deberá ser un área para abordar.

La nueva Ley de Salud Mental colombiana (Ley 1616 de 2013) define la salud mental de una manera que puede ser tachada de idealista, pero llama la atención que la referencia a lo productivo queda inmersa en el llamado a lo vivencial, al disfrute y a lo colectivo, al considerarla como:

*...un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. La Salud Mental es de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas” (Congreso de Colombia, 2013).*

En el curso de la historia reciente de la psiquiatría la definición de “trastorno mental” ha variado en forma importante, las clasificaciones más usadas en la actualidad son: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, de la sigla en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2013).

En las dos primeras ediciones de los DMS, no sólo se propuso la clasificación de los síntomas sino también explicar la etiología, los que se supusieron de origen netamente psicológico (American Psychiatric Association, 1952). El DSM-I se basó en la teoría psicobiológica de Adolf Meyer, en la que el mayor número de trastornos mentales se consideraron una respuesta (reacción) frente a los estresores ambientales (Brendel, 2006).

De igual manera, en el DSM-II se consideró que los trastornos mentales eran un intento de los pacientes para controlar o una defensa psicológica frente a la ansiedad, relacionada con conflictos intrapsíquicos inconscientes no resueltos. El término “neurótico” se usó para explicar los trastornos mentales asociados a conflictos intrapsíquicos y el término “funcional” u “orgánico” para aquellos trastornos en lo que se explicaron por una disfunción cerebral de diferentes etiologías (Brendel, 2006).

Las versiones posteriores de DSM trataron de eliminar la explicación teórica de los trastornos mentales y se centraron en la fenomenología clínica; desde esta visión lo más importante para el diagnóstico es la revisión cuidadosa de las manifestaciones clínicas y se deja en segundo plano la etiología o causa de los trastornos (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994, 2000, 2013). A partir el DSM-III desaparece el término “neurótico” de la clasificación y se propuso un diagnóstico multiaxial (Brendel, 2006). Este diagnóstico multiaxial intentó recoger los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el trastorno mental y darle una visión integral y diferencial, dado que las personas que reúnen criterios para un mismo trastorno mental presentan singularidades (Campo, 2003).

La definición más reciente de la Asociación Psiquiátrica Americana para “trastorno mental” es

*...un estado de salud caracterizado por disfunción significativa en cognición, las emociones o el comportamiento que reflejan una alteración en los procesos psicológicos, biológicos o desarrollo subyacente al funcionamiento mental. Algunos trastornos sólo se diagnostican una vez generan malestar clínicamente importante o causan deterioro en funcionamiento. Un trastorno mental no es simplemente una respuesta esperada o culturalmente aceptada para un evento vital específico, como la muerte de un ser querido,*

*ni un comportamiento culturalmente desviado (político, religioso o sexual), tampoco un conflicto entre el individuo y la sociedad, a menos que la desviación o el conflicto generen una disfunción en el individuo” (American Psychiatric Association, 2013).*

En esta definición de la Asociación Psiquiátrica Americana se sigue la perspectiva naturalista de la medicina general: en un primer momento, los síntomas hacen parte de un síndrome; en un segundo, a los mismos se da una explicación etiológica y fisiopatológica; y en un tercero, se establece una medida de tratamiento o prevención a partir de ese conocimiento (McHugh & Slavney, 1998). Incorpora también la perspectiva normativista al considerar aspectos culturales y contextuales en la definición (Ereshefsky, 2009). La comprensión de estos referentes permitirá aproximarnos a lo que se ha entendido por salud mental en la política pública nacional en cada momento histórico.

De la misma forma, la definición y clasificación actual de los trastornos mentales establece una división en categorías de síntomas y le resta importancia a la naturaleza dimensional de muchas de las manifestaciones emocionales y comportamentales humanas que en sí mismas carecen de connotación patológica. Esta perspectiva entiende que cada trastorno mental es una entidad clínica plenamente diferenciada con unos síntomas característicos, una etiología posible y curso discretamente predecible y desconoce explícitamente la visión dimensional de los trastornos dado que el conocimiento y las investigaciones en epidemiología y neurociencia no apoyan esta posición (Adam, 2013; Pierre, 2012).

Puede afirmarse que el concepto de enfermedad aplicado tradicionalmente en psiquiatría (McHugh & Slavney, 1998), deja por fuera el rol que la medicalización de la enfermedad mental, las emociones y el comportamiento humano han jugado dentro del capitalismo contemporáneo al ser constitutivos del nuevo complejo médico-industrial y de la “financiarización”<sup>6</sup> de la salud. La psiquiatría ha estado íntimamente ligada a la economía desde los inicios de la revolución industrial, pasando por las distintas formas de capitalismo y se ha anidado en las políticas

---

<sup>6</sup> Financiarización entendida en los términos de César Giraldo, indica que la lógica financiera se sobrepone a la lógica productiva en el proceso económico (Giraldo, 2005).



neoliberales a través de teorías como la de los desbalances químicos en la génesis de los trastornos mentales, muy útiles a la industria farmacéutica y el mercado de la prescripción de medicamentos que se ha trazado como objetivo principal es corregir el desbalance y no mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que sufren (Moncrieff, 2008).

De otro lado, los trastornos mentales son generadores frecuentes de estigma. Esta situación ha propiciado el desarrollo de políticas, planes y programas, por lo que dedicaré el siguiente aparte al abordaje de este tema.

### **Estigma, prejuicio y discriminación a las personas con trastorno mental**

La medicalización de la diversidad, el malestar y el sufrimiento psíquicos juegan un rol importante en los procesos de construcción de políticas, planes y programas. Las personas o grupo de personas que se perciben como amenazantes o peligrosas, por lo general, ostentan ninguno o escaso poder político o económico y gozan de escasa reputación en el contexto en que viven (Mechanic et al., 2013). Por lo tanto, la sociedad y los Estados consideran que las personas con trastornos mentales son ciudadanos de segunda categoría con poco poder político y no merecen que se invierta en su salud o bienestar (Lister, 2005). Sin embargo, en la medida en que se reconoce un mayor número de personas con trastornos mentales formales y aparecen en los círculos de amigos y familiares, empieza a surgir el interés colectivo en el tema.

Es frecuente que las personas que reúnen criterios para trastorno mental se les etiquete con calificativos peyorativos que implican estigma, prejuicio y discriminación (Rose et al., 2007) y, en consecuencia, se puede esperar que este grupo de personas sean víctimas de maltrato (N. Hernández & Escobar, 2004; Sartorius et al., 2010).

Dado que las personas que reúnen criterios para trastornos mentales se consideran peligrosas es frecuente que sean víctimas de exclusión sistemática, lo que implica una limitada inversión para respetar sus derechos y atender sus necesidades en diferentes contextos: social, laboral, etc. (N. L. Hernández, 2007; Mechanic et al., 2013).

No obstante que los trastornos mentales más severos y asociados a alguna discapacidad pueden afectar al 10% de la población general (Campo-Arias & Cassiani, 2008), muchas personas no consultan debido al estigma asociado a los trastornos mentales (Sartorius et al., 2010). La falta de financiación de los servicios en salud y el estigma representan la mayor barrera para el manejo integral (y adherencia al tratamiento) de las personas que reúnen criterios para trastornos mentales (Eaton & Fallin, 2012), por lo que debe ser un componente de las políticas públicas de salud mental pero no restringido a actitudes compasivas y acciones de bondad que nos dividen entre enfermos y sanos, locos y cuerdos.

En forma sencilla, discriminación significa el señalamiento de una persona o un grupo. Este señalamiento puede tener intenciones y/o consecuencias negativas, e implica la práctica de un trato diferencial, desigual e injusto, implica exclusión y restricción del disfrute de los derechos fundamentales políticos, económicos, sociales, culturales, civiles y otros (Callard et al., 2012).

El estigma se desarrolla al interior de una matriz de relaciones e interacciones sociales y se entiende desde una visión tridimensional que se compone de los ejes: perspectiva, identidad y reacción (Arboleda-Flórez, 2008). La perspectiva alude la identificación de amenaza y la necesidad de distinción negativa o separación. La identidad se refiere a que se llega a un consenso grupal de considerar amenazante a las personas o grupos que se perciben como peligrosas. La reacción es la forma como las personas que se sienten amenazadas afrontan y tratan de protegerse (Arboleda-Flórez, 2008; Callard et al., 2012).

Entre los griegos, *estigma* se usó para denotar las características corporales o morales que se consideraban como negativas o malas. Las características eran señales de quemaduras o cortes en el cuerpo que evidenciaban que la persona era criminal, esclava o corrupta. Posteriormente, con la aparición del cristianismo, se denominó estigma a las marcas en la piel que mostraban la naturaleza divina. En el mismo sentido, en el contexto del campo médico se utilizó para indicar los signos físicos de algunas enfermedades (Arboleda-Flórez, 2008; Goffman, 1963).

Aunque aparente ser contradictorio, el estigma se convierte en causa y consecuencia de la exclusión social, producto del marginamiento del aparato productivo enmarcado en un sistema

de acumulación de capital, en el que el disfrute y el bienestar están ligados, como lo vimos anteriormente en la definición de salud mental de la OMS a ser “productivos” y “fructíferos”.

Hoy día, la palabra se utiliza para denotar tanto características emocionales como comportamentales que se evalúan en sí mismas como negativas, indeseables o malas. Un estigma envuelve una relación particular entre una característica y un estereotipo (Goffman, 1963).

Existen tres tipos de características que pueden convertirse en estigma. Las primeras, son aquellas características físicas que se toman como abominables, sin incluir las deformidades físicas; las segundas, son aquellos atributos de la personalidad que se califican como negativas, deshonestidad, consumo de sustancias, etc.; y las terceras, incluyen atributos grupales como raza, religión u origen (Arboleda-Flórez, 2008; Goffman, 1963). El proceso de estigmatización sigue la secuencia que se muestra a continuación:

Percepción inicial de una amenaza real o simbólica



Distorsión perceptiva de la característica que sobreestima las diferencias con el grupo



El grupo comparte la percepción y la amenaza

Sin embargo, la descripción anterior es funcional a la perspectiva de que fenómenos como el estigma tiene que ver con sujetos particulares interrelacionados (estigmatizador-estigmatizado), ajenos a un contexto social, económico y político dados.

El prejuicio implica una impresión, negativa o positiva, sin base en la experiencia, en relación con un una persona o grupo de personas. Es una opinión equivocada sin base alguna en la realidad que lleva una posición hostil que lleva a la intolerancia y la exclusión de los sujetos negativamente evaluados (Collo & Sessi, 2001). Un prejuicio es una antipatía emocional hacia algo o alguien que se basa en una generalización falsa e inflexible que es difícil de modificar con un nuevo conocimiento o experiencia (Stuart et al., 2012).

En la mayoría de los contextos culturales, los trastornos mentales se consideran una amenaza real dado que generan temor. El trastorno mental también puede significar degradación social, pecado, degeneración o lesión cerebral, (Stuart et al., 2012). El primer temor se relaciona con el eventual e inmediato asalto físico; y el segundo, guarda relación con el potencial efecto de contagio de los trastornos mentales (Arboleda-Flórez, 2008). Asimismo, mientras las personas con enfermedades 'físicas' contraen o sufren una enfermedad; las personas que reúnen criterios para trastornos mentales son la enfermedad, es su identidad, 'esquizofrénico', 'depresivo' u 'obsesivo' (Stuart et al., 2012).

El estigma, el prejuicio y la discriminación implican un evento negativo más, un estresor, en la vida de las personas con trastorno mental que lesiona su salud (Meyer, 2003), con consecuencias negativas para la persona, la familia, la comunidad y las políticas de salud pública (Uribe et al., 2007). De la misma forma, la discriminación suma sufrimiento a los pacientes y al grupo familiar, reduce la búsqueda formal de tratamiento médico y se relaciona con la alta tasa de incumplimiento en los tratamientos psiquiátricos (Livingston & Boyd, 2010).

La Ley de Salud Mental colombiana (Ley 1616 de 2013) (Congreso de Colombia, 2013) menciona vagamente el estigma y deja ver como si al proporcionarse mayor cantidad de servicios de atención en salud mental, éste disminuirá. Asume como hechos sincrónicos la mayor disponibilidad de servicios de atención en salud mental, la reducción de estigma y la inclusión social, olvidando la percepción negativa sobre los trastornos mentales en la comunidad general y en los profesionales de la salud (Campo-Arias & Herazo, 2015; N. Hernández & Escobar, 2004; N. L. Hernández, 2007; Sartorius et al., 2010) y una limitada inversión en salud mental pública (Lister, 2005).

## **El Enfoque Sociopolítico**

Esta investigación está orientada desde el enfoque sociopolítico. En este sentido, es fundamental diferenciar el “enfoque” del “método”. El enfoque alude a una vía de acceso, a la forma cómo se abordan y se entienden los elementos esenciales de una cuestión o asunto (Badía, 1973).

El enfoque sociopolítico empieza con un concepto general de las sociedades (M. Hernández, 2004). Desde este enfoque de análisis, las sociedades se conciben como un conjunto de redes sociales y espaciales de poder que se imbrican y articulan en forma compleja (M. Hernández, 2001, 2004). Las redes a su vez se estructuran o consolidan en ‘organizaciones’, es decir, un grupo de medios institucionales orientados a la consecución de objetivos de grupos humanos. El logro de los objetivos implica ejercer algún tipo de fuerza, presión o coacción, en suma, un ejercicio del poder (Badía, 1973; M. Hernández, 2004). Este enfoque va muy de la mano con la concepción de Estado de Robert Jessop, quien considera al Estado una relación social (Jessop, 2008).

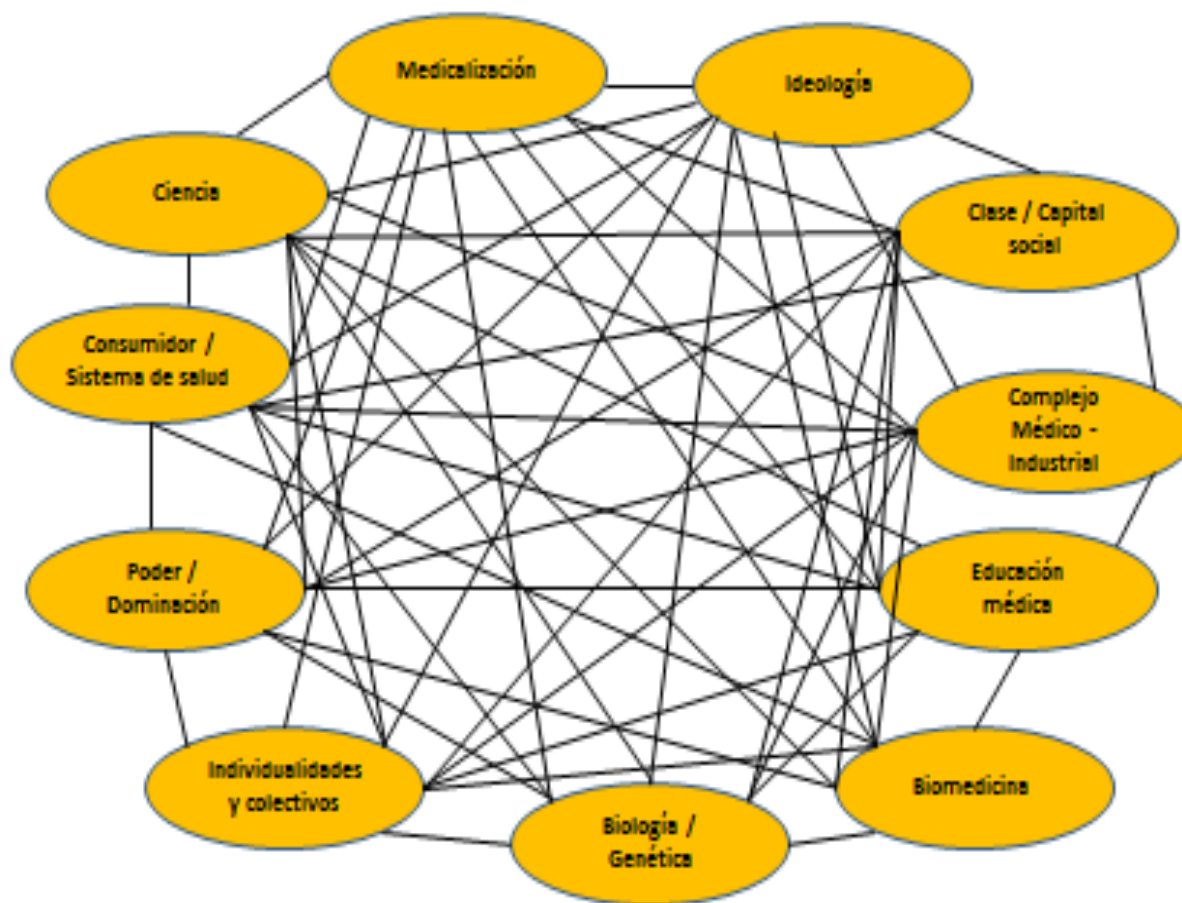
En el enfoque sociopolítico, estas redes de poder están inmersas en un contexto económico que alimenta los regímenes de acumulación de capital y juegan un papel fundamental al momento de determinar la relevancia o no de la salud mental, por parte del Estado, como quiera que el disfrute o no de la salud se relaciona con la capacidad de producción y con la posibilidad de contribuir al mayor enriquecimiento de los dueños de los medios de producción y de las entidades financieras (M. Hernández, 2001, 2004; Jessop, 2008). En esencia, según Hernández (2004) “el discurso y las prácticas del modelo hegemónico se inscriben inevitablemente en el proceso sociopolítico que constituyen los aparatos y las decisiones públicas de los Estados nacionales” (M. Hernández, 2004), es decir, se necesita de la comprensión clara y amplia de este proceso para dar cuenta de la singularidad de la política pública de cada nación.

Es importante para la comprensión de las relaciones entre las redes el conocimiento de la compleja y amplia imbricación de las fuentes más relevantes de ‘poder social’ (económica, ideológica, militar y política). La organización de las relaciones sociales es la expresión de las distintas fuentes de poder. No obstante, a pesar de que las redes mantienen interdependencia entre ellas, conservan un alto grado de autonomía (Ver figura 1-1). Al final, los cambios profundos en las sociedades son consecuencia de la imposición o aceptación de una o varias fuentes de poder (M. Hernández, 2004).

La perspectiva de redes de redes de poder social permite el análisis de las políticas públicas en salud y las conexiones y vínculos económicos, políticos y sociales en una sociedad dada. Esta perspectiva posibilita estudiar las imbricaciones que se dan en forma objetiva, explícita, sin abordar lo complejo de la causalidad (M. Hernández, 2004).

Las políticas, decisiones y acciones estatales reflejan las características de ese poder: central, coercitivo y territorial. El Estado regula o vigila las condiciones macroeconómicas de la sociedad, con la inclusión de las economías del mercado (Gamboa Cáceres & Arellano Rodríguez, 2007; Molina & Ramírez, 2013), y siempre las redes de poder rechazan las decisiones que dificultan u obstaculizan el logro de sus objetivos y la persistencia de la acumulación como “principio dominante de la organización social” (Jessop, 2008). De tal forma, que el Estado está en construcción y transformación permanente debido a la disputa entre las redes de poder social. En consecuencia, el análisis de las políticas de salud mental debe hacerse en el contexto del proceso de transformación permanente de los Estados (M. Hernández, 2004).

**Figura 1-1** Procesos sociopolíticos y fuerzas interviniendo



### **Procesos sociopolíticos y fuerzas interviniendo\***

\*Fuente: Adaptado de Cohen, C.I., Timimi, S., & Thompson, K.S. (2008, p. 275)

Los actores sociopolíticos en el contexto de la salud involucran no sólo a los profesionales de la salud y de administración de recursos de dicho sector, sino también lo representan todas aquellas fuerzas o grupos que compiten por el capital simbólico y material conocido como salud y que tienen capacidades e intereses que defender en ese mercado; de tal suerte que aparecen diferentes tipos de relaciones económicas (M. Hernández, 2004).

Adicionalmente, es fundamental tener presente que existen predominios políticos que se traducen en predominios económicos e incluso en arreglos económicos. A los predominios se le conoce también como 'hegemonías' (M. Hernández, 2004; Soto, 2012). En salud mental la

hegemonía se manifiesta por la manera dominante de entender todo lo relacionado con el bienestar general de las personas, calidad de vida global, y los trastornos mentales formalmente consignados en los manuales diagnósticos prevalentes, en una concepción y estructura particular de Estado (M. Hernández, 2004). La salud mental, desde la perspectiva limitada de la psiquiatría, siempre ha mantenido una relación cercana con la economía (Moncrieff, 2008). Un ejemplo de lo anterior es la participación notoria de la nosología psiquiátrica, los psicofármacos y la tendencia a mantener las camas de los hospitales psiquiátricos ocupadas, en una evidente representación de los alcances del complejo médico-industrial, en un área de la salud que se caracteriza por la cronicidad de sus pacientes.

En la estructura de los Estados actuales es necesaria distinguir la existencia de dos poderes, el ejecutivo, relacionado con el proyecto de gobierno; y el legislativo, más vinculado con el sistema político; ambos representan actores principales en este enfoque (M. Hernández, 2004). Estos actores defienden la permanencia de un Estado liberal proclive a los regímenes de acumulación capitalista (Jessop, 1999, 2008).

Finalmente, para llevar a cabo este análisis y comprensión de los procesos sociopolíticos, es necesario recurrir al análisis de contenido que es una alternativa de investigación objetiva y sistemática para la descripción y cuantificación de fenómenos (Elo & Kyngäs, 2008).



## 1.5 Diseño Metodológico

### 1.5.1 Tipo de estudio

Se llevó a cabo una investigación documental desde una perspectiva cualitativa con enfoque sociopolítico. En la investigación documental, se utilizan diferentes documentos que se seleccionan con el propósito de ampliar la comprensión respecto a un objeto de estudio a partir del relacionamiento entre ellos como fuentes primarias y que permite además establecer relaciones entre el pasado y el presente, lo público y lo privado (McCulloch, 2004), los cambios y las permanencias.

Se entiende como 'investigación cualitativa' toda aquella en la que el componente principal del análisis es de carácter interpretativo sobre la vida cotidiana de las personas, las experiencias vividas, los comportamientos o emociones, como también de los grupos, como organizaciones, movimientos o grupos sociales y otros fenómenos resultados de la cultura (Arteaga, 2006; Strauss & Corbin, 2012).

El diseño cualitativo se caracteriza por acercarse a los problemas de la condición humana desde un enfoque holístico que tiene siempre en cuenta el contexto en que se desenvuelven los hechos y las relaciones o interrelaciones que se presentan entre los mismos (Arteaga, 2006). Esta aproximación aborda las relaciones que se dan al interior de un sistema con el único propósito de hallar los significados que tienen los hechos y lograr comprender la dinámica (Prado et al., 2008).

El enfoque sociopolítico, como ya fue explicado en el marco conceptual, entiende los fenómenos sociales como un conjunto de redes, tanto sociales como espaciales y de poder que se articulan entre sí (M. Hernández, 2001, 2004). De esta manera, en esta investigación se tuvieron en cuenta los procesos y actores sociopolíticos que hicieron parte de la configuración del campo de la salud mental y de la formulación e implementación de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2019.

## Periodo de estudio

En la presente investigación se estudiaron las políticas nacionales de salud mental presentadas en Colombia entre el año 1998, con la expedición de la Política Nacional de Salud Mental a través de la Resolución 2358 del 18 de junio de 1998 (Ministerio de Salud, 1998), hasta el año 2019, con la expedición de la PNSM-2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

El lapso de estudio se periodizó de manera preliminar para un análisis más detallado y profundo:

Primer periodo 1946 a 1997: Este período con la creación del Ministerio de Higiene Pública por medio de la Ley 27 de 1946 (Congreso de Colombia, 1946a) y llega hasta el año previo a la adopción de la Política Nacional de Salud Mental de 1998 (Ministerio de Salud, 1998). Para un mejor estudio de este amplio y determinante período para la configuración de las políticas públicas de salud mental y para la configuración del campo de la salud mental, este período se subdividirá de la siguiente manera:

- Antes de 1946: En este segmento del período se exploraron y analizaron las normativas que fueran utilizadas como primeros instrumentos de política pública en lo que vendría a ser posteriormente el campo de la salud mental, muchas de ellas relacionadas con el consumo de bebidas embriagantes destiladas y fermentadas, así como de otros comportamientos censurados por la sociedad y las autoridades del momento. De la misma manera, se encuentran en este período la aparición de varias de las instituciones de base manicomial.
- 1946-1962: Este período que inicia con el Ministerio de Higiene, surge en este período, el cual jugó un importante papel en la consolidación institucional del sector salud en Colombia. En este período surge la constitución de la Organización Mundial de la Salud y el inicio de la salud mental como parte del campo de la salud y en 1960 la Sección de Higiene Mental como primera dependencia específica para el campo de la salud mental en la estructura de la rama ejecutiva del poder público en Colombia. También surgieron en este período importantes cambios derivados de fenómenos sociales, la aparición de

los psicofármacos y de nuevos hospitales psiquiátricos, además del desarrollo inicial de las especialidades médicas, entre ellas la psiquiatría.

- 1963-1974: El inicio de este período coincide con la creación de la Sección de Salud Mental en la estructura del Ministerio de Salud Pública y el interés en que el Estado expidiera una política pública que proporcionara soluciones al problema de salud mental en el país, el cual ya vivenciaba el azote de la violencia sociopolítica. Igualmente, en este período se intensificó la preocupación por la calidad de atención y el trato brindado a las personas con trastornos mentales. La institucionalidad de la salud mental comienza a tener importantes logros, uno de los más significativos fue la realización de los macrodiagnósticos de salud mental de 1973 y 1974.
- 1975-1997: Una de las más importantes transformaciones del sector salud dan inicio a este período: la creación del Sistema Nacional de Salud y posteriormente la División de Salud Mental, con una ubicación de alta jerarquía en el organigrama del Ministerio de Salud. La estrategia de la atención primaria en salud marcará el desarrollo de este período y acompañará el ascenso del campo de la salud mental en Colombia con importantes desarrollos en modalidades de atención y servicios de salud mental, en un esfuerzo por desprenderse de la atención de base manicomial, para lo cual se fomentó la investigación a través de estudios nacionales de salud mental. El último trecho de este período verá el nacimiento de la nueva Constitución Política de 1991, la reforma del sistema de salud con la Ley 100 de 1993, el agravamiento del conflicto armado interno y todas las formas de violencias y el proceso de adelgazamiento institucional y el aparato de protección social del Estado que empezaba a gestarse con la nueva Constitución. Este período finaliza con el declive institucional del campo de la salud mental en Colombia.

Segundo periodo 1998-2019: La adopción de la Política Nacional de Salud Mental da la apertura de este período, en un momento difícil para el país por el incremento del número de personas en situación de desplazamiento forzado como consecuencia de la violencia sociopolítica y la crisis social derivada de cambios económicos y políticos en las políticas estatales. El sector salud empieza a sentir con mucha fuerza las consecuencias de un sistema de aseguramiento, que aunque mejoró las coberturas, producía insatisfacción, frustración y sufrimiento en la ciudadanía por las dificultades de acceso a los servicios en parte debido a las barreras erigidas por las

corporaciones que administraban los planes de beneficios en salud. Al no implementarse adecuadamente la política de salud mental de 1998 el Ministerio de la Protección Social inició las gestiones para formular una nueva política alimentada con los datos de los estudios de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera, este período verá la publicación de los lineamientos para la formulación de la nueva política en 2005 y las propuestas de política de 2007 y 2014, cuando ya se había expedido la Ley 1566 de 2012 para la atención a personas con consumo problemático y dependencia a sustancias psicoactivas y la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental). Finalmente, este período cierra con la formulación de la Política Nacional de Salud Mental de 2018, en un entorno posterior al acuerdo de paz de 2016 con las FARC-EP.

### **Fuentes primarias**

Se incluyeron como fuentes primarias los documentos oficiales relacionados con la construcción de las políticas nacionales de salud mental y también la entrevista a informantes clave.

En relación con los documentos oficiales relacionados con la construcción de las políticas nacionales de salud mental, de la Sección de Salud Mental, Dirección de Salud Pública y del Ministerio de Salud o su equivalente para la fecha, se tomaron:

- Escritos o documentos internos de trabajo disponibles relacionados con las políticas nacionales de salud mental.
- Correspondencia archivada sobre el asunto.
- Borradores de las leyes, decretos y resoluciones promulgados en relación con las políticas nacionales de salud mental.
- Leyes, decretos, resoluciones, acuerdos y demás actos administrativos relacionados.
- Informes y memorias de los ministros de Salud Pública o sus equivalentes al Congreso de la República, en los temas relacionados con la creación y reorganización de las dependencias de salud mental o sus equivalentes.
- Actas de las sesiones de las comisiones y plenarias del Congreso de la República relacionadas con el trámite de la Ley 1616 de 2013.
- Artículos de prensa nacional como editorial o columnas que discutieron las implicaciones de las normativas.

En cuanto a los informantes clave, se llevó a cabo un muestreo por conveniencia, intencional (Sandelowski, 1995) de actores individuales y de colectivos clave que desearon participar en el estudio, es decir, aquellas personas que participaron en el proceso de construcción de las políticas nacionales de salud mental, entre los años 1998 y 2019, y que cuentan con conocimiento sobre el proceso de desarrollo y construcción de las mismas o que desempeñaron un rol importante en relación con el sistema de salud (Goering & Streiner, 1996). Entre estos informantes clave se encontraban:

- Directores de la sección de salud mental o equivalente para la fecha
- Funcionarios o asesores en salud mental del Ministerio de Salud o su equivalente
- Revisores de los proyectos o propuestas de las políticas nacionales de salud mental
- Asociaciones de profesionales y gremiales relacionados con el campo de la salud mental
- Asociaciones de pacientes con trastorno mental
- Clínicas y hospitales psiquiátricos
- Partidos políticos reconocidos legalmente en el país
- Sindicatos del área de la salud

### **Fuentes secundarias**

Se revisaron fuentes secundarias que en el momento histórico revisaron, analizaron o discutieron el conjunto de políticas que se presentaron durante el período de estudio (Ballén, 2007). En este grupo de fuentes secundarias se incluyeron:

- Artículos publicados en revistas científicas nacionales e internacionales y libros sobre las políticas nacionales de salud mental de Colombia y demás países de América Latina.
- Trabajos de grado y tesis doctorales.

La localización de fuentes primarias y secundarias se realizó en:

1. Archivo del Congreso de la República de Colombia.
2. Periódicos nacionales.
3. Bases de datos electrónicas de publicaciones académicas nacionales e internacionales
4. Archivo del Ministerio de Salud o su equivalente.

5. Archivo General de la Nación.
6. Imprenta Nacional de Colombia.

## **1.5.2 Mecanismos e instrumentos de recolección, procesamiento y análisis de la información**

### **Instrumentos de recolección**

Para el análisis de los documentos que hacen parte de las fuentes primarias y secundarias, se construyeron fichas de trabajo que resumieron la información más pertinente e importante que incluyó fecha, fuente, contenido, motivación problemática y normativa, fundamentos conceptuales y valorativos, objetivo, resultados esperados, participantes individuales e institucionales.

Respecto a la información proveniente de entrevistas semi-estructuradas se contó con un diario de notas, una guía para la entrevista (Anexo A) y el formato de consentimiento informado (Anexo B). De la misma forma, se realizaron grabaciones de las entrevistas.

### **Recolección de la información**

En cuanto a las fuentes primarias documentales, primero se realizó un listado preliminar de los documentos asociados a la formulación de las políticas públicas relacionadas con salud mental en Colombia y la normativa vinculada al campo de la salud mental. Durante el acceso y lectura de estos documentos, se fue ampliando la base de datos documental a otros que inicialmente no eran visibles y que no habían sido tampoco registrados en los estudios de los que se tuvo conocimiento previamente.

Respecto a las entrevistas, se elaboró un listado de 16 actores sociopolíticos a contactar. Las entrevistas se realizaron en los años 2015, 2016, 2017 y 2018 en espacios y fechas previamente concertados con las personas a entrevistar. A partir de los hallazgos en estas entrevistas, el número de participantes se amplió a 25.

Se llevó a cabo una transcripción automatizada de las entrevistas a textos. Seguidamente, se realizó una revisión y depuración manual de la información recolectada.

### **Análisis de la información**

Para el análisis de las fuentes documentales se inició por el documento de Política Nacional de Salud Mental de 1998 y al profundizar en su contenido se identificó la necesidad de indagar en profundidad los antecedentes que llevaron a la configuración de las políticas públicas relacionadas con el campo de la salud mental y al campo mismo. Esta investigación documental permitió conocer que desde el siglo XIX en Colombia, a través de diferentes normativas se trazaron políticas estatales dirigidas a lo que conocemos hoy como campo de la salud mental. Conocer esta trayectoria puso al descubierto cambios y permanencias en las políticas públicas de salud mental colombianas, aun cuando previo a 1998 no llevaran el nombre de políticas nacionales de salud mental. De esta manera, se analizaron los documentos de 1946 a 1997 haciendo un acercamiento a finales de siglo XIX, y se continuó en un bloque de 1998 a 2019. En relación con la información recolectada con las entrevistas, esta fue leída y se extrajo de ella el contenido que ayudó a comprender el proceso sociopolítico de formulación de políticas públicas de salud mental en Colombia. En los resultados se incluyeron “códigos in vivo” (Strauss & Corbin, 2012) que ejemplifican los análisis realizados. Para la presentación de los resultados se siguió la trayectoria histórica de los hechos, mostrando las permanencias y los cambios.

### **Aspectos éticos**

Se trató de una investigación respetuosa de los derechos humanos, la dignidad de las personas y del medio ambiente. Aunque no se trata en sentido estricto de una investigación en salud, en los términos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se trata de una investigación sin riesgo (Ministerio de Salud, 1993).

La información proporcionada por los sujetos entrevistados se utilizó única y exclusivamente para los propósitos señalados en el proyecto. La manipulación de la información estuvo a cargo del equipo investigador.

Se aseguró la confidencialidad para los sujetos participantes en la investigación, mediante la utilización de códigos. La información acerca de a quién le pertenece cada código sólo es conocida por el investigador principal. Cuando la naturaleza de la información suministrada hizo imposible el ocultamiento total de la persona que la proporcionó, se le enfatizó esta situación a dicho participante (por ejemplo: en el caso de los jefes de las dependencias de salud mental del Ministerio de Salud, entre otros) y se les dio a conocer cómo se registraría la información.

Para todos los casos, a los participantes en esta investigación se les solicitó suscribir un consentimiento informado (Anexo B), el cual fue aprobado por un comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, al igual que el proyecto en su totalidad.

Los resultados de la investigación fueron dados a conocer a los participantes, a la comunidad académica y a las instituciones vinculadas al proyecto.



## **2. Etapa inicial de las políticas de salud mental en Colombia (1946-1997)**

Aunque el primer documento con el título de Política Nacional de Salud Mental aparece en 1998, es necesario comprender los precedentes de su construcción y publicación, lo cual nos lleva a 1946, con la constitución del Ministerio de Higiene, como inicio de la consolidación institucional del sector salud en el país.

Durante este período (1946-1997) el Estado trataba de tomar decisiones y formular políticas plasmadas en normas de distinto rango que buscaban afrontar y resolver los problemas identificados. Para conseguir el reconocimiento de los asuntos objeto de políticas públicas en salud mental se avanzó desde el predominio de la subjetividad, las ideologías políticas y religiosas o las consideraciones morales, a intentar aferrarse en la ciencia para la toma de decisiones, expresada a través de cifras (frecuencia de diagnósticos o condiciones, cantidad de camas y hospitales psiquiátricos o número de psiquiatras, por ejemplo), asumiendo que en la medida en que se tuviera un acervo de información (cifras) se podría diagnosticar la situación en salud mental, identificar los problemas y plantear alternativas de solución recogidas en recomendaciones (inicialmente) y políticas públicas.

En este período, el campo de la salud mental se va configurando de la mano del fortalecimiento institucional de la rama ejecutiva del poder público relacionado con la salud, de la academia, la formación del recurso humano, como se denominaba, y la expansión de dispositivos de atención (hospitales) que terminaban siendo dispositivos de exclusión que se mantenían en una permanente interrelación paradójica.

En el año 1946 se expidió la Ley 27 (Congreso de Colombia, 1946a) por medio de la cual se creó el Ministerio de Higiene, dependencia del poder ejecutivo que tenía a su cargo de manera exclusiva la atención de los asuntos derivados de los problemas de salud, los cuales venían siendo atendidos desde el siglo XIX en cabeza de diferentes ministerios del poder ejecutivo y a través de la beneficencia pública, dirigida a los pobres, la atención por parte de médicos particulares para los más pudientes y la higiene pública y privada (Gutiérrez, 2010). La consolidación de la administración estatal de los asuntos de la higiene y la salud en una

institución de orden ministerial comenzó a marcar la pauta de la institucionalidad que serviría de base para la formulación e implementación de las políticas que se harían cargo de la salud y como parte de ella, de lo que se configuraría como el campo de la salud mental en Colombia, en medio de expansiones y contracciones institucionales.

Dentro de este periodo de estudio, surgieron en las Universidades los departamentos de psiquiatría en las facultades de medicina, así como también la especialidad médica en psiquiatría, las facultades de psicología, trabajo social, profesiones como terapia ocupacional y se vinculó al campo de atención de la salud mental a las facultades de enfermería. Así mismo, en este periodo, el país vivió la creación de la Sección de Higiene Mental en 1960, primera dependencia a la cual se le asignó como función específica lo concerniente a la salud mental, lo que incluía la lucha antialcohólica y formulación de normas sobre el uso y control de estupefacientes. Aunque esta Sección no operó en la práctica, constituyó un hito desde la perspectiva de la administración pública, ya que por primera vez se le concedió un lugar a lo “mental” en el organigrama ministerial, lo cual implicaba el reconocimiento de un campo específico en el área de la salud.

Institucionalmente al interior del Ministerio de Salud Pública y luego en el Ministerio de Salud, la salud mental pasaría por múltiples cambios. En 1963, la Sección de Higiene Mental desapareció del organigrama del Ministerio de Salud Pública y en su lugar se creó la Sección de Salud Mental (1963), que terminó siendo un cambio nominativo a través de un decreto, que no se reflejó en una modificación al enfoque de las políticas públicas relacionadas con salud mental. Posteriormente recibiría otras denominaciones como División de Salud Mental (1974), División del Comportamiento Humano (1994), y luego en un adelgazamiento de su presencia institucional, Programa de Comportamiento Humano (1994 - 2003).

Este período de estudio también fue testigo de la creación de nuevos hospitales y unidades psiquiátricos y de salud mental al interior de hospitales generales, dispositivos alternativos como hospitales día, hospitales noche, granjas-talleres, entre otros. La oferta de servicios tradicionales y aún más los diversos que no encajaban muy bien en la perspectiva biomédica hegemónica, se vería seriamente afectada al final del presente período de estudio con la reforma al sistema de salud, especialmente por medio de la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993b).

Una paradoja central es la manera como se daban las prácticas dentro del campo de la salud mental, en medio de una conceptualización amplia y comprehensiva de la salud mental, desarrollada alrededor de los postulados y propuestas de la OMS y la OPS, agencias multilaterales que en gran medida se constituían en puntas de lanza que marcaban el devenir del campo de la salud mental en los países del Tercer Mundo. Esta conceptualización de la salud mental se inserta al interior del sistema de salud desde una plataforma sustentada por la perspectiva de la medicina preventiva (incluyendo su concepto de promoción), la cual permitió profundizar el concepto de higiene mental, utilizándose en ocasiones de manera intercambiable con la categoría salud mental, a pesar de las diferencias teóricas que ellas tienen.

El distanciamiento del concepto de salud mental de la OMS en la práctica no era una simple desatención, sino la resultante de la hegemonía de la perspectiva biomédica, de fácil acople al complejo médico-industrial y financiero, en un período en el que se dan transformaciones económicas y políticas impulsadas por la presencia determinante del neoliberalismo y los ejes de poder geopolítico. Este contexto irrumpió notoriamente en la manera como se daban las prácticas en salud y en los sistemas de salud, que no lograron dirigir a la sociedad hacia un abordaje amplio e integral de los elementos que determinan las condiciones de salud y del proceso salud-enfermedad. Durante este período se observa tanto el nacimiento de dispositivos alternativos como su ocaso, debido a que se entronizaban medidas de corte neoliberal en el manejo de las instituciones y redes de servicios de salud en la década de 1990, profundizada con la implementación de la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993b), en un diálogo desigual y contestatario con la nueva Constitución Política de 1991 (Presidencia de la República, 1991b). De esta manera en Colombia continuó el predominio de la psiquiatría y los psiquiatras en el desarrollo del campo de la salud mental, y las instituciones psiquiátricas como el escenario donde se daban mayoritariamente las prácticas en salud mental, lo que puede explicarse desde el acrecentamiento de la perspectiva biomédica.

Este período estará marcado por la introducción, de categorías teóricas especiales, como la atención primaria en salud (Litsios, 2015; OMS, 1978) y la promoción de la salud (OMS, 1986, 1988, 1991, 1997); igualmente, se presencié el crecimiento en número y especialización de los dispositivos de atención y del talento humano en salud, con los que se hacía frente a los

principales problemas planteados en el campo de la salud mental, y que correspondían a varios de los que ya venían: cuadros clínicos de base psicótica, afectiva, adicciones y una mayor presencia de diagnósticos relacionados con síntomas depresivos y ansiosos, asociados con una mayor urbanización de las sociedades, y las transformaciones de las condiciones laborales, las relaciones interpersonales y las familias. Cuadros clínicos que eran atendidos en su mayoría en instituciones de base manicomial, en medio de un sistema de salud fragmentado, en el que convivían el subsector oficial, el subsector privado, las instituciones de beneficencia y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales.

Quizás dos de los principales hitos relacionados con la salud mental acontecidos en Colombia durante el último siglo tuvieron lugar en el período que nos ocupa en este capítulo: la nueva Constitución Política de Colombia de 1991 (Presidencia de la República, 1991b) y la expedición de la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993b) que reformó el sistema de salud, en medio de una acentuación del conflicto armado interno, con un incremento inusitado del desplazamiento interno de personas y violencias de distinta índole, muchas de ellas vinculadas con el narcotráfico y otros fenómenos sociopolíticos de larga data en el país, que redundaron en la salud mental de las personas y comunidades. Estos hechos y condiciones harían de este, un período de transformaciones en el campo de la salud mental, en medio de un cúmulo de paradojas, cambios y permanencias.

Para abordar lo que permaneció y lo que cambió en torno a lo que podría entenderse como política pública en salud mental en este periodo, se ha estructurado el capítulo iniciando por el significado que se asumía para la categoría salud mental, el problema en salud mental que se buscaba resolver o que era de interés para el Estado, la estructura estatal para dar respuesta al problema, los actores involucrados y finalmente, las aproximaciones propuestas para resolver los problemas de salud mental identificados.

## **2.1 La llegada de la salud mental**

Es en este período cuando se hace un reconocimiento oficial a la categoría Salud Mental desde la OMS, bajo la cual se agruparía lo que por centurias estuvo cobijado por denominaciones relacionadas con la locura, y dentro de marcos explicativos que abarcaban la presencia de espíritus, problemas humorales, posesiones demoníacas, maldiciones y acciones punitivas por parte de diversas divinidades (Aitken de Taborda et al., 1976; Costa, 2004; Porter, 2003; Trimboli, 2019).

Previamente se había designado lo relacionado con el nuevo campo de la salud mental con términos como enajenación mental, alienación mental, enfermedad mental y trastorno mental. Las denominaciones se desarrollaban alrededor de lo enfermo, lo anormal, lo patológico, en pocas palabras, en torno a la anomalía, entendida en sus diferentes acepciones<sup>7</sup> (Real Academia Española, 2014). Los marcos explicativos asumidos han sido la base para la expedición por parte de los Estados de normas que se configuran en lo que hoy conocemos como políticas públicas de salud mental. Por esta razón, resulta fundamental entender cómo asumían la salud mental los tomadores de decisiones en cada periodo histórico ya que de allí se han derivado las normas y políticas públicas que se han encargado de afrontar y pretender resolver los problemas del campo de la salud mental. En pocas palabras, es necesario entender de qué hablamos cuando hablamos de salud mental.

En los siglos XX y XXI se ha presenciado la consolidación de la globalización de los capitales y de su mano, la globalización de la salud mental, con el propósito de establecer soluciones estandarizadas para que las personas mantengan o recuperen su salud mental, asumiendo una cierta homogeneidad, tanto en los sujetos como en las estrategias de intervención o solución, lo que deja a la vista una tensión permanente entre la necesidad y utilidad de clasificar para comprender los fenómenos relacionados con la salud mental y las propuestas de intervención, versus el respeto a la diversidad inherente a la especie humana. El no reconocimiento de la diversidad en salud mental puede constituirse en un medio violento hacia aquellas personas y comunidades que no siguen los lineamientos globalmente impuestos. Así como no hay salud sin salud mental, no hay salud mental sin diversidad.

---

<sup>7</sup> De acuerdo con el diccionario de la Lengua Española, anomalía puede significar: 1. Desviación o discrepancia de una regla o de un uso; 2. Defecto de forma o de funcionamiento; 3. Malformación, alteración biológica, congénita o adquirida.

A pesar de lo anterior, el común denominador ha sido la expedición de normas homogeneizadoras a través de las respuestas encaminadas a la atención y solución de los problemas de salud mental. Tanto en el actual período de estudio (1946-1997), como en el tiempo previo a este, en la vida republicana de Colombia, las políticas de salud mental estaban dadas por leyes, decretos y acciones de las ramas ejecutiva, legislativa y judicial, que, como anteriormente se manifestó, reflejaban las concepciones imperantes relacionadas con lo que hoy conocemos como el campo de la salud mental.

En 1946, a la vez que se crea el Ministerio de Higiene en Colombia, a nivel internacional se estaba estructurando alrededor de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la construcción de su concepto de salud. Este hecho, de que en Colombia se hablara de higiene cuando ya se estaba hablando de salud en el mundo, es representativo de una tensión que puede pasar desapercibida como un simple desfase conceptual en el tiempo. Es decir, como si los países más empobrecidos o, con menos poder geopolítico o, como serán llamados en otros momentos, en “vías de desarrollo”, siempre fueran unos pasos atrás en los “adelantos” impuestos por las naciones dominantes. Sin embargo, el lector podrá constatar, que la tensión que se vive en el campo de la salud entre conceptos higienistas, preventivistas y salutogénicos persiste a través del tiempo y también está presente en el campo de la salud mental y nos muestra que los cambios nominativos y discursivos no siempre se verifican en los hechos ni en las prácticas.

En el caso de la categoría salud mental, el concepto formalmente se adoptó en 1948 con la creación de la Federación Mundial de Salud Mental (Bertolote, 2008; Brody, 2004) y su incorporación oficial en las concepciones de la OMS durante 1953<sup>8</sup> (OMS, 1954), en lo que Emiliano Galende ha denominado el giro hacia la salud mental (Galende, 2015). Este fue un giro que pretendió mostrar y allanar caminos que estaban siendo obstruidos por el abordaje del sufrimiento emocional, el malestar psíquico y los síntomas y signos a partir de una mirada desde la patología y la anomalía biológica o psicológica. La salud mental se planteaba como esa

---

<sup>8</sup> El concepto de salud mental había sido propuesto previamente por el Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (World Health Organization, 1951)

perspectiva que podría solucionar los problemas derivados del comportamiento humano, las violencias y las transformaciones geopolíticas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, sumadas a siglos de colonización, sometimiento y expoliación de muchos de los pueblos del mundo por parte de poderes imperiales, la profundización del capitalismo global, la urbanización y la industrialización.

En el recorrido por los conceptos que se han asociado al campo de la salud mental (ver marco teórico) se puede constatar que un problema central es la dificultad para definir la salud mental y delimitar el campo mismo de la salud mental. Hemos observado que estos conceptos son variados, vagos y sin consenso sobre sus definiciones, además se han movido en una lógica dicotómica moral-inmoral, positivo-negativo, alterado-normal, deseable-indeseable, una lógica muy propia de la dicotomía presente en la perspectiva biomédica salud-enfermedad, salud física–salud mental, lo que nos muestra que no sólo se restringe a la dicotomía tradicional mente-cuerpo<sup>9</sup>. Esta dicotomía salud física-salud mental, de alguna forma también se reflejó en la construcción de los conceptos de salud y salud mental. El primero, producto del trabajo liderado en sus inicios por la Comisión Económica y Social de la Organización de las Naciones Unidas, que dio origen a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946); y el de salud mental derivado del trabajo del Comité de Expertos en Higiene Mental<sup>10</sup> de la OMS que publicó su informe en español en 1953<sup>11</sup> (OMS, 1953) de la primera sesión llevada a cabo en 1949, y que, en el informe

---

<sup>9</sup> En el siglo XVII René Descartes abordó el dualismo mente-cuerpo, planteando que los seres humanos están conformados por dos sustancias diferentes, la mente que es inmaterial, y el cuerpo que es material, sigue leyes mecánicas y no tiene la capacidad de pensar (Descartes, 1911).

<sup>10</sup> Como recordará el lector, en el capítulo previo se expuso la definición de higiene mental de la OMS: “las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental. Su práctica requiere que grupos e individuos examinen y vuelvan a valorizar las modalidades de las relaciones interpersonales, a la luz de su influencia sobre el desarrollo de la personalidad y la salud mental (...)” (OMS, 1952). Este Comité puso de relieve que el término “higiene mental” se utilizaba eufemísticamente para referirse a la implementación de tratamientos psiquiátricos en forma temprana, y en este sentido dado que el mismo comité de expertos asume la higiene como las actividades y técnicas que promueven y mantienen la salud mental, indirectamente, los tratamientos psiquiátricos vienen siendo entendidos como acciones e intervenciones para la promoción y mantenimiento de la salud mental, aunque en la definición de salud mental que promueve el mismo comité de expertos, el alcance sea distinto, planteando una relación paradójica entre los dos términos.

<sup>11</sup> Se cita el informe en español, aunque el informe en inglés fue publicado en 1950 (World Health Organization, 1950).

de la segunda sesión llevada a cabo en 1950, da a conocer su definición de salud mental<sup>12</sup> (OMS, 1952)<sup>13</sup>

La conceptualización alrededor de la salud mental ha estado rodeada del ejercicio de poder de la medicina y específicamente de la psiquiatría, el cual ha sido visible incluso en los momentos en que se hizo uso de los conceptos de alienación mental, higiene mental y por supuesto cuando se hablaba de enfermedad mental y posteriormente de trastorno mental y en todos esos momentos la perspectiva biomédica lideró las políticas en salud mental y se plasmaban en las prácticas de salud mental al interior de los sistemas de atención en salud.

En el devenir de la conceptualización de la salud mental y de la configuración del campo de la salud mental, el poder psiquiátrico ha delimitado desde sus inicios este campo más desde la autoridad derivada del poder de la biomedicina que desde el saber mismo (Foucault, 2005), en el transcurso de estas conceptualizaciones se introdujo una transición en el discurso desde lo alterado, es decir la enfermedad, lo anormal, lo diferente, a un concepto positivo de la salud mental en la línea del trabajo de Marie Jahoda (Jahoda, 1958) que de alguna manera da pie a convertir la salud mental en un atributo deseado para las personas y de carácter individual, muy en la línea de la pretensión/presión de alcanzar la perfección humana. Esta pretensión ha ido consolidándose a través de los años y ha desembocado en una crisis ontológica en la que las personas terminan sometidas a la imposición externa e interna de autoeficiencia, autoeficacia,

---

<sup>12</sup> Como recordará el lector, en el capítulo previo se expuso la primera definición de salud mental de la OMS: “La salud mental, tal y como la comprende el comité, es influenciada por factores tanto biológicos como sociales. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; el concepto del comité 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 en 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.

Implica, además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad de modo que le permita hallar para sus impulsos instintivos, susceptibles de hallarse en conflicto, expresión armoniosa en la plena realización de sus potencialidades” (OMS, 1952).

<sup>13</sup> Se cita el informe en español, aunque el informe en inglés fue publicado en 1951 (World Health Organization, 1951).



autosuficiencia, y casi que carente de errores y fallas. Tema que ha dado pie a los estudios sobre las crisis humana y existencial de la época contemporánea como lo plasma Byung-Chul Han en su texto *Psicopolítica* (Han, 2012, 2014).

La acentuación dada a lo individual en la configuración del campo de la salud mental, se reflejan en las prácticas y políticas de salud mental, y contribuye a intensificar el malestar y el sufrimiento psíquico de las personas, lo que a su vez facilita que cuando estos sufrimientos y malestares provienen del entorno, es decir de los sistemas sociales, económicos y políticos, encuentran el camino despejado para que sean endilgados al individuo en forma de un diagnóstico psiquiátrico, consolidándose así la medicalización, psiquiatrización y psicologización de los problemas sociales, económicos y políticos. Este juego entre lo individual y lo colectivo implica que los fenómenos sociales terminan recargados sobre los individuos.

Las personas nacemos, crecemos y morimos en comunidad, entonces ¿por qué señalar a las personas como únicas responsables de sus malestares y de sus diagnósticos psiquiátricos? Generalmente, se echa mano de la perspectiva biomédica para resolver esta pregunta, pues si la explicación biológica, genética, neuroquímica es la preponderante, sería ese individuo con esas características a su vez el responsable de su propio trastorno mental negando la posibilidad explicativa de la interacción del individuo con sus entornos y el poder que tienen las condiciones sociales, políticas, económicas e históricas en la generación del sufrimiento psíquico y en el recrudecimiento de los denominados trastornos mentales. El que este fenómeno se asuma así permite también que las intervenciones sobre los diagnósticos, el malestar o el sufrimiento, se realicen a las personas de manera individual, fenómeno que ha prevalecido en las prácticas del campo de la salud mental en Colombia en el marco del sistema de salud, en las disposiciones legales y en la implementación de las políticas públicas, así en el contenido discursivo se diga lo contrario y se abogue por lo comunitario. Debe ser una aspiración desde la salud mental pública recuperar las funciones aliviadoras y por qué no, sanadoras, de lo colectivo y lo comunitario.

Las agencias multilaterales de salud y los gobiernos nacionales han introducido de manera acomodaticia la categoría de Determinantes Sociales de la Salud Mental para vincular los entornos y algunos fenómenos sociales y económicos en los marcos explicativos y resolutivos de los trastornos mentales. Los Determinantes Sociales de la Salud Mental pueden considerarse

unos factores de riesgo desde la teoría clásica de la prevención que deben ser controlados, con la fantasía de lograr interrumpir la historia natural de la enfermedad mental (Leavell & Clark, 1958) y constituyen una versión contemporánea de la higiene mental, la cual utiliza también el conocimiento y las prácticas desde la psiquiatría como fundamento de su accionar, persistiendo así el dominio de la perspectiva biomédica, la cual ayuda a soportar la consolidación del complejo médico industrial y financiero, abriéndose ya no sólo a los medicamentos, a las clínicas, hospitales y otras intervenciones biomédicas, sino también a la industria de la felicidad y de la gestión de sí mismo (Bedoya, 2018).

La teoría de los Determinantes Sociales de la Salud Mental ha tenido un entendimiento y aplicación restringidos, funcionales al statu quo, que facilita que los sistemas económicos y políticos permanezcan inalterados en su estructura y se dirijan las acciones a los individuos como causa y consecuencia a la vez, es decir son ellos los causantes de sus malestares y sufrimientos y en quienes se manifiestan sus efectos. La teoría de los Determinantes Sociales de la Salud se queda en los resultantes, lo que contribuye a enriquecer el discurso de las políticas de salud mental y evaden lo que ampliamente ha estudiado y explicado Jaime Breilh (Breilh, 2013; Moreno, 2020) a través de la Determinación Social de la Salud, dirigiéndose a la causa de las causas.

Las dificultades conceptuales identificadas, y que se reflejan en las prácticas del campo de la salud mental, se ha propuesto que se resuelvan a través de la investigación en salud mental, bajo la presunción de que la investigación científica, de predominio biomédico, podrá solventar estas dificultades. De tal manera que se profundiza en el campo de la salud mental, sin saber muy bien en qué consiste. En parte, el deseo de llenar esos vacíos de conocimiento ha estimulado la realización de diversos estudios como los Macrodiagnósticos de Salud Mental y los Estudios Nacionales de Salud Mental, los cuales terminan siendo rehenes del dominio de la perspectiva biomédica y de los aspectos individuales.

El discurso de la salud mental, pletórico de afirmaciones positivas y de categorías aspiracionales, cubre con un velo todo aquello que desde la locura, la alienación, la enfermedad o el trastorno mental ha canalizado lo alterado, lo anormal, lo diferente y el abandono, la opresión y expropiación de los sistemas económicos, políticos y del mismo sistema de salud, a los cuales se somete a

las personas y comunidades y que como ya se había mencionado, se trata de resolver de manera parcial y fragmentada a través de los Determinantes Sociales de la Salud y bajo el pretexto de una corresponsabilidad de ciudadanos y comunidades, que no es otra cosa, que el desentendimiento del Estado y su búsqueda de un hombre normalizado en el neoliberalismo (Bedoya, 2018). En ese mismo marco neoliberal, y en un sistema de salud guiado por la rentabilidad financiera y por la perspectiva biomédica, el discurso positivo de la salud mental vuelve al closet y se echa mano nuevamente a la visión dominante de la enfermedad mental y su tratamiento.

En la historia del campo de la salud mental, la definición y delimitación del concepto de salud mental ha sido problemática. En 1958 la comisión Joint Commission on Mental Illness and Health (1958) afirmó que así como no era posible definir con claridad la salud o la enfermedad física, tampoco resultaba factible elaborar una definición sobre salud mental o enfermedad mental pero, que los programas de salud mental o contra la enfermedad mental no podían supeditarse a que se lograra una definición consensuada. Esto reafirma un hecho fehaciente en el campo de la salud mental y es la dificultad para saber de qué hablamos cuando hablamos de salud mental y ha primado el hacer programas, planes, estrategias, actividades, políticas, leyes bajo unos supuestos de salud mental sin que exista un consenso sobre el tema y sin que la sociedad a los que van dirigidos tenga claridad, convirtiéndose esto en un escollo, muchas veces subestimado, ignorado o desconocido que no permite que se resuelvan las paradojas que se develan en esta tesis doctoral.

Estos señalamientos acerca de la definición de salud mental no son meras inquietudes académicas o semánticas, sino que son el canal a través del cual se manifiestan las paradojas que se derivan de los sistemas económicos, políticos y de la concepción de la salud a través de la hegemonía biomédica y se materializan en las políticas prácticas del campo de la salud mental dentro del sistema de salud.

## **2.2 Presencia de la salud mental en el Estado colombiano**

### **2.2.1 Antes de 1946**

En Colombia, antes de 1998 la presencia institucional en la estructura del Estado de lo que actualmente se conoce como campo de la salud mental, estuvo representada de distintas maneras en las tres ramas del poder público, la ejecutiva, el legislativo y la judicial (Presidencia de la República, 1991b).

Previo a la creación de una institución dedicada a atender de forma exclusiva los temas relacionados con la salud humana, desde el siglo XIX el Estado colombiano estuvo presente en el campo de lo que sería la salud mental, principalmente desde una perspectiva de control moral que servía de marco explicativo a algunos de los comportamientos indeseados que se observaban en personas, como el consumo y comercio de estupefacientes, drogas de diversa variedad y las bebidas alcohólicas, además de otros comportamientos expresados a través de la violencia, comisión de delitos o prostitución. Estos eran temas que ocuparon al gobierno nacional en el espectro de lo que hoy se denomina campo de la salud mental y que para la época se reconocían como enfermedades mentales y diversos cuadros de degeneración moral y social, para cual se apalancaban en una disciplina como la psiquiatría, la cual contribuyó, desde la medicina, a fortalecer ese vínculo entre control estatal, justicia, derecho, moral y comportamientos de las personas y comunidades, por medio de un soporte basado en el conocimiento y en las prácticas imperantes en el momento y que servían de base a las interpretaciones y decisiones que se tomaban desde el Estado en un marco geopolítico dominado por potencias colonialistas, en un primordio de políticas públicas relacionadas con el campo de la salud mental (Rosselli, 1968; Stolkiner & Ardila, 2012).

Como vía para cumplir con esas políticas estatales, antes de que existiera un ministerio dedicado al campo de la salud de manera exclusiva, en la nación existieron otras estructuras que asumían las funciones relacionadas con el tema de la higiene, los asuntos sanitarios y la atención de las enfermedades y los enfermos. Como ya se mencionó, a finales del siglo XIX se imponía una

visión de higiene y salubridad atravesada por aspectos morales que se reflejaban en las decisiones que tomaba el Estado y la forma como se afrontaban las enfermedades y se proveía la atención de los enfermos.

Uno de los primeros esfuerzos de largo alcance para la administración del campo de la salud nos lleva a 1886, cuando la Ley 30 crearon las Junta Central de Higiene y las Junta Departamentales de Higiene, adscritas al Ministerio de Fomento, las cuales tenían entre sus funciones “obtener los datos científicos necesarios para resolver las cuestiones que se rocen con la salubridad pública” (Congreso de Colombia, 1886). Para esta labor científica se estableció que las juntas deberían integrarse por tres profesores de medicina, con lo que observamos el lugar de poder de la medicina y de los médicos de manera temprana en la organización del Estado colombiano.

Posteriormente en 1918 a través del Acto Legislativo 1 y también el Acto Legislativo 1 de 1921, habría otra manifestación de cómo el Estado controlaba la salubridad pública, la seguridad y la moralidad y era precisamente por medio del control de las profesiones que participaban en ello y también se planteaba la posibilidad de que el gobierno pudiera restringir la producción y consumo de licores y bebidas fermentadas.

El control estatal se iría consolidando en el campo de la higiene, la salubridad y posteriormente en el campo de la salud y la salud mental. Todo aquello que se considerara vulnerara la moral y se vinculara a la degeneración personal y social debía ser controlado o prohibido. Por ejemplo, en el caso de las personas con hábitos perniciosos -como los llamarían más adelante- derivados del consumo de alcohol, chicha y estupefacientes, así como también en el caso de los enfermos mentales, no sólo se entendía como un problema de salubridad, sino también de moralidad y de seguridad, siendo estas dos últimas categorías las que ganarían el protagonismo quedando la salubridad como una categoría que servía de instrumento para que prevalecieran las otras dos. Es decir, los problemas de salubridad que no afectaran la moralidad y la seguridad en sentido amplio (convivencia, trabajo y desarrollo), no tendrían la misma relevancia.

En cuanto a la chicha, desde muy temprano en la vida republicana de Colombia, aparecen referencias sobre sus efectos dañinos y se restringió en ocasiones su uso, como relata Jorge Bejarano en su “Reseña histórica de la higiene en Colombia” (Bejarano, 1962), por lo que en el

país se desincentivaba el consumo de la chicha. En 1889 al iniciar la empresa Bavaria la producción de cerveza el Estado favoreció la ingestión de cerveza en detrimento de la chicha (Castro, 2014), aduciendo a las condiciones higiénicas de su elaboración, es decir, era como si importara más la higiene y salubridad en la fabricación del producto que los efectos deletéreos que pudiera causar en la salud de las personas. El alcoholismo se incrementó de tal manera que se formularon campañas educativas como parte de las políticas estatales, que se extendieron a las escuelas que incluyeron la cartilla antialcohólica diseñada por el pedagogo Restrepo Mejía en 1913 (Mejía, 1913).

Desde la higiene, liderada por profesionales de la medicina, bajo criterios médicos, se planteaba la enfermedad, la degeneración, y en general el daño ocasionado por el alcohol, a la persona, su descendencia, y en el ámbito social y laboral, en una imbricación entre salud, religión católica y moral. Este panorama, hacía pensar a los médicos y las élites de la época que se vendrían tiempos de decadencia que amenazaban el desarrollo del país y hasta la subsistencia de la sociedad (Salazar Bermúdez, 2017) por el vínculo asignado al consumo de chicha y alcohol con la criminalidad, la violencia, la enfermedad mental, el embrutecimiento:

“(...) es en efecto un hecho innegable el cambio de nuestras antiguas costumbres sobrias y hábitos temperante, el aumento de la mortalidad, de la criminalidad, de la locura, del suicidio y de la evidente degeneración colectiva, fenómenos sociales todos que guardan relaciones íntimas con el alcoholismo” (Salazar Bermúdez, 2017).

Esta era una forma de entender las políticas dirigidas a la evitación o atención de las enfermedades mentales, comportamientos reprochables o indeseados y sus consecuencias a nivel individual y colectivo. Este tipo de preocupaciones provenientes del estamento médico hacía relevante el problema identificado para la sociedad y por lo tanto objeto de una intervención por parte del Estado. El poder, la autoridad, la capacidad y la idoneidad de los médicos para el manejo de la higiene eran reconocidas institucionalmente (así como la asunción de la perspectiva biomédica), desde su vinculación a las Juntas de Higiene y en las prácticas cotidianas al interior del Estado. Eliseo Montaña en 1919, refiriéndose al problema del alcoholismo en Colombia y a la Lucha Antialcohólica afirmó:

“(…) tratándose de un asunto de interés general, todo el que se preocupe por el bien público tiene la obligación moral de aportar a su solución su concurso, por modesto que éste sea. Consideramos también que para los médicos esta obligación es, si se quiere, más imperiosa, como que en la sociedad moderna y tratándose de problemas de higiene social, como lo es el de la lucha contra el alcohol, el médico, tutor natural de la humanidad en materias de higiene -como que él habla en nombre de la ciencia y de la experiencia,- tiene el deber indeclinable, siempre que se presente la ocasión, de ilustrar y de premunir a sus semejantes contra toda causa que pueda comprometer su salud y la de la raza, no hay ninguna otra que supere en importancia al alcoholismo” (Salazar Bermúdez, 2017).

En este contexto, el poder del estamento médico en conjunto con el poder político, presionan al gobierno para regularizar o incluso prohibir la fabricación, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, especialmente aquellas fermentadas como la chicha por su relación con envenenamientos derivados de procesos de producción pútridos, favoreciendo el desarrollo de la industrialización de las bebidas alcohólicas con especial incentivo a la industria cervecera. Además, se advirtió que las *chicherías* se habían convertido en escenarios de reunión del campesinado, las clases populares y obreras, con la aparición de fenómenos de violencia entre las personas y de beligerancia de los consumidores contra el régimen gobernante por condiciones de trabajo y de vida dignas. Estas discusiones, justificaban las respuestas represivas del Estado (Castro, 2014), que llevaron a la prohibición de la chicha. El país daba muestras de la vinculación que existía entre el peligrosísimo asociado a comportamientos derivados del consumo de bebidas embriagantes.

Luis Cuervo Márquez en su trabajo “Estadística de consumo de alcohol en Colombia”, presentado en el II Congreso Médico Nacional, Medellín, 1913 (Cuervo Márquez, 1913), nos introduce en otra paradoja aún vigente: la obligación del Estado de proteger a la sociedad mediante la vigilancia de la producción y expendio de sustancias alcohólicas y el no incremento del consumo de alcohol y a su vez el interés del Estado por incrementar sus rentas mediante impuestos al consumo de alcohol. Seis años después, durante el IV Congreso Médico Nacional reunido en Tunja en 1919, Eliseo Montaña (Montaña, 1921), retomando las ideas de Rafael Uribe Uribe en un proyecto de ley presentando al Senado en 1912 sobre la reglamentación de bebidas alcohólicas, también hace el señalamiento de esta paradoja:

“(…) nuestro absurdo y suicida régimen fiscal que hace del consumo de las bebidas alcohólicas la principal renta del Gobierno y que convierte a éste en el principal propagador e instigador del alcoholismo.” (Montaña, 1921)

Los efectos nocivos de las bebidas alcohólicas dan pie a la implementación de la Lucha Antialcohólica, que buscaba reducir el alcoholismo y el chichismo y lo que se consideraban efectos deletéreos producidos por las sustancias alcohólicas, según médicos, científicos, pastores, sacerdotes, líderes religiosos y gobernantes, quienes eran asumidos como líderes para la “civilización” y desarrollo del país (Castro, 2014) y en línea con la “Ley Seca” de otras latitudes<sup>14</sup>, con la cual se buscaba reducir el crimen, la corrupción, resolver problemas sociales y mejorar la salud y la higiene (Thornton, 1991). Hubo así confluencia de la política, la higiene, la ciencia y la religión, como parte de los lineamientos de política pública que realizaba el Estado para intervenir el problema identificado vinculado tanto a problemas sociales como a enfermedades mentales.

Esta preocupación premonitoria proveniente también del estamento médico hacía relevante el problema, sin que necesariamente esto, se plasmara en reformas estructurales. Los poderes en juego en el Estado podían asumir el discurso médico a su conveniencia, hasta cuando tocaba intereses económicos de las élites como veremos en algunas de las propuestas de reformas fiscales asociadas al consumo de bebidas alcohólicas.

Por ejemplo, la Ley 88 de 1923 sobre “lucha antialcohólica” (Congreso de Colombia, 1923) implantó la enseñanza antialcohólica de forma obligatoria en todos los establecimientos educativos y de ordenar a la Dirección Nacional de Higiene la redacción de:

---

<sup>14</sup> La Enmienda XVIII de la Constitución de los Estados Unidos de América, permitió el establecimiento de la Ley Seca, entendida como la prohibición de comercializar bebidas alcohólicas la cual estuvo vigente entre 1920 y 1933 (Mennell, 1969).



“una cartilla de enseñanza antialcohólica, en la que se hagan resaltar los funestos efectos del consumo de licores embriagantes, cartilla que será editada por el Gobierno y repartida profusamente en el público y en los establecimientos de educación”. (Congreso de Colombia, 1923).

Y también abordó la posibilidad de que los Departamentos que eliminaran la renta derivada del alcohol y prohibieran la producción de alcohol en su territorio, también podían prohibir el ingreso de alcohol proveniente de otros territorios, en una forma de prohibicionismo absoluto en línea con la “Ley Seca” en otras latitudes<sup>15</sup>.

La Ley 88 de 1928 “por la cual se adiciona y complementa la 88 de 1923, sobre lucha antialcohólica” (Congreso de Colombia, 1928) en los temas concernientes a impuestos, distribución de las rentas, regulación y castigo al contrabando de bebidas alcohólicas (incluyendo chicha y guarapo), y además ordena que las bebidas gaseosas sean fabricadas solamente con azúcar y prohíbe que estas sean fabricadas con dulcina o sacarina. Como puede observarse la vinculación entre regímenes fiscales y financieros, a los cuales se supeditan algunas decisiones en salud en Colombia datan de hace al menos casi un siglo.

La ley 88 de 1928 fortalece la normativa de lucha antialcohólica establecida previamente en 1923 y en ella podemos observar también los vínculos estrechos entre los distintos poderes, la higiene, la moral, la religión, la política, prohibiendo el consumo de las bebidas alcohólicas, guarapo y chicha en ciertas fechas, como Jueves Santo y Viernes Santo de la iglesia católica, en otras celebraciones civiles y en elecciones (medida aún vigente en el código electoral<sup>16</sup> para bebidas embriagantes en Colombia) (Congreso de Colombia, 1928; Presidencia de la República, 1986).

---

<sup>15</sup> La Enmienda XVIII de la Constitución de los Estados Unidos de América, permitió el establecimiento de la Ley Seca, entendida como la prohibición de comercializar bebidas alcohólicas la cual estuvo vigente entre 1920 y 1933 (Mennell, 1969)

<sup>16</sup> El Código Electoral colombiano (Presidencia de la República, 1986) en su artículo 206 prohíbe la “venta y consumo de bebidas embriagantes desde las seis (6) de la tarde del día anterior a aquel en que deban verificarse las votaciones hasta las seis (6) de la mañana del día siguiente a la elección”.

Como puede observar el lector, el interés en el control del consumo de bebidas embriagantes y otras sustancias que ocasionaban dependencia y que se identificaban como desencadenantes de los cambios de comportamiento y transgresiones morales, era compartido tanto por los distintos estamentos estatales como por los médicos que atendían estos cambios comportamentales y las degeneraciones de la moral, convirtiéndose en un punto central de lo que se consideraba era el campo de la salud mental para la época.

Además de las bebidas embriagantes y otras sustancias que ocasionaban dependencia, otras preocupaciones de los médicos del campo de la salud mental eran la atención de las personas con cuadros clínicos de características psicóticas, trastornos de base afectiva y maniaco-depresiva, así como también los cambios de comportamiento que acompañaban a las personas con diagnósticos de epilepsia y retardo mental, como se le llamaba en la época.

Los escenarios en los que se proporcionaba atención a los problemas relacionados con el alcohol y demás sustancias, así como a las enfermedades psiquiátricas, eran los dispositivos de base manicomial que comenzaron a observarse en Colombia desde mediados del siglo XIX, con la apertura del primer manicomio para varones, en el que además de enajenados mentales se incluían indigentes (Rosselli, 1968). Luego, en 1870 y 1874 se abrieron en Bogotá los asilos para locos y locas, respectivamente, y el manicomio de Medellín en 1875. A estos manicomios se fueron sumando establecimientos como el Sanatorio Frenopático de Varones de la Beneficencia de Cundinamarca en Sibaté en 1937, entre otros.

En estos dispositivos se hacía lo que se sabía hacer: excluir, aislar y encadenar a los enfermos, en condiciones insalubres y en medio de un atropello permanente a la dignidad humana, con mala alimentación, descalzos y a veces a la intemperie. En las primeras décadas del siglo XX iniciaron tratamientos nuevos que incluían insulino-terapia, psicocirugía y terapia electroconvulsiva. En estos momentos, la psiquiatría participaba más en procesos penales y de medicina legal, como herramienta al servicio del control estatal y de la idea que se tenía de preservación de la moral que, en la atención directa a las personas internadas en estos lugares.

La lógica de los dispositivos de atención estaba anclada principalmente en la beneficencia y caridad cristiana, donde más que sitios de tratamiento médico, buscaban proporcionar cuidados

básicos, techo, alimentación y vestido, pero quizás una función importante era reducir la indigencia en las ciudades y el malestar que ello provocaba, además de librar a las poblaciones de los peligros que consideraban representaban los locos, los alcohólicos, los adictos a diversas sustancias y los transgresores de la moral pública. Esos temores de los habitantes de las ciudades eran manejados por las autoridades estatales haciendo uso del poder médico y más específicamente del poder de la psiquiatría.

En Colombia la psiquiatría desde finales del siglo XIX se ha configurado como un campo del saber y de la práctica médica a cargo de la locura, más que de los locos y como auxiliar de la justicia, lo cual profundizó y validó la configuración del “loco” como alguien que podía ser peligroso y que debía ser apartado de los demás como medida de protección para los otros y que siempre estaba bajo la *sombra de la sospecha* como lo denomina Ricardo Campos (Campos, 2021).

En la primera mitad del siglo XX la psiquiatría era una disciplina de pocas décadas de historia en Colombia y algo de mayor trayectoria en el mundo occidental. Como disciplina, la psiquiatría ha liderado el campo de la atención de las enfermedades mentales desde inicios del siglo XIX. Fue Johann Cristian Reil quien empezó a utilizar el término “psiquiatría” como un área específica de la medicina (J. E. G.-A. García & Albea, 1992), que tenía como fin, la atención de las anormalidades o alteraciones de la mente. Una disciplina que, para mantenerse como disciplina médica, ha tenido la constante necesidad de enmarcar su objeto de estudio y de práctica bajo el enfoque biomédico, especialmente la neurología y las neurociencias, como validadores de su conocimiento, el cual, ya configurada como una especialidad médica, ha sido el soporte conceptual de la higiene mental y sus prácticas.

La psiquiatría, además de líder del campo de la atención de las enfermedades mentales, también ha sido vista como una especialidad médica capaz de ejercer control y poder sobre las personas a quienes sirve, en la medida en que termina por demarcar el límite entre normalidad y anormalidad (Foucault, 2005), lo cual le da maniobrabilidad de los dispositivos de poder y control (Foucault, 1996), además de facilitar la negación de la diversidad humana y la diferencia como parte inherente de la salud mental.

Previo a 1946 la enseñanza universitaria formal de la psiquiatría inició a través de la cátedra de medicina mental y nerviosa, la cual fue una recomendación del Segundo Congreso Médico Nacional (Medellín, 1913), creada por ley en 1913, aunque finalmente ve la luz en 1916 con la lección inaugural de Miguel Jiménez López, en la Universidad Nacional, titulada “La locura en Colombia y sus causas” (Rosselli, 1968). Como puede apreciarse, el vínculo entre psiquiatría, como líder de la atención de las enfermedades mentales y, a su vez, como pilar fundamental de las políticas que trazaba el Estado para el campo de la atención de las enfermedades mentales, adicciones y transgresiones morales y éticas que se consideraba se reflejaban en el comportamiento individual y colectivo.

Aunque la psiquiatría se enseñaba predominantemente de forma directa en hospitales, comenzaba a abrirse paso la enseñanza universitaria de la psiquiatría continuó impartida a través de las llamadas cátedras en las tres Facultades de Medicina que existían previo a 1946 en el país (Universidad de Cartagena, Universidad Nacional y Universidad de Antioquia), constituyéndose en el centro de la introducción y desarrollo del conocimiento que se iba incorporando al campo de la atención de las enfermedades mentales y las políticas estatales sobre el tema y se empezaba a delinear la profundización de la inserción de la psiquiatría en la medicina, en un claro interés por hacer parte de las ciencias biomédicas y darle el soporte científico que a su vez serviría de respaldo técnico de lo que eran las decisiones de Estado y pasarían posteriormente a ser las políticas públicas formales.

Como ha podido apreciarse, antes de la creación del Ministerio de Higiene en Colombia y de la llegada oficial del concepto de salud mental a la OMS, la manera como se entendían y asumían las enfermedades mentales, el consumo problemático de bebidas embriagantes y otras sustancias psicoactivas, así como las transgresiones morales a las cuales se les asociaba y la indigencia, era a través del aislamiento, el ejercicio del control estatal, bien sea por medio del sistema penal o de las prácticas psiquiátricas, enmarcando el aislamiento y la exclusión en un entorno de atención de la patología y de la anormalidad en dispositivos sanitarios guiados por una aparente lógica higienista, que buscaba eliminar y prevenir las enfermedades mentales y las degeneraciones morales con la vulneración a la dignidad y los derechos humanos, la exclusión y el aislamiento como formas de tratamiento en dispositivos con diseños y operación funcionales a esas maneras de manejar la enfermedad y de controlar, no la enfermedad si no a las personas.

Era la persistencia de las cadenas de las que se supone la humanidad había empezado a liberarse más de un siglo atrás, pero que resultaron muy difíciles de desatar porque las afianzaban los conocimientos y las prácticas del campo de la atención de las enfermedades mentales, en medio de una organización estatal de la salud basada en la beneficencia y la caridad, en la que se ratificaba que la mayoría de la población empobrecida no podía recibir el manejo y tratamiento al que sí podían aspirar quienes poseían recursos económicos o un capital social que le permitía acceder a un trato más digno. La fragmentación de la atención en salud mental seguía el curso que iba demarcando la salud en Colombia, amparada por una cubierta tecnocientífica que respaldaban las políticas estatales en el campo de la atención de las enfermedades mentales y que condicionaría el desarrollo y configuración del campo de la salud mental en Colombia.

### **2.2.2 La higiene y la higiene mental (1946 – 1962)**

La creación del Ministerio de Higiene en 1946 surge en un momento en el que comienza a estructurarse el campo de la salud a nivel global, de la mano del proceso de constitución de la ONU y de la OMS, luego de la Segunda Guerra Mundial. La definición del concepto de salud en el que se cumplía el bienestar mental facilitaría el que se gestara un trabajo arduo a través del Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS. La OMS, a la vez que se adentraba en la conceptualización de la salud mental, advertía de la inconveniencia de que el campo de la salud mental estuviera circunscrito a la atención de las enfermedades mentales, con las restricciones obvias que esto implicaría en las prácticas dentro del campo de la salud mental y por tanto llamaba a que este campo de la salud mental no fuera liderado por la psiquiatría sino que por el contrario vinculara otras disciplinas como la enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, psicología, sociología y antropología. Aun así, continuó la psiquiatría, como disciplina de la medicina, liderando el campo de la salud mental, manteniendo un enfoque biomédico, alejada en la práctica del anhelado enfoque más social que buscaba el Comité de Expertos de la OMS, y más cercana a las dinámicas económicas que seguiría la práctica y el conocimiento médicos, encaminados a lo que iría configurándose como el complejo médico-industrial y financiero (Berrios, 1993; Engstrom, 2006).

El año de 1946 también sería testigo de la expedición de la Ley 90 de 1946 (Congreso de Colombia, 1946b), a través de la cual se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y se estableció el seguro social obligatorio de los trabajadores contra los riesgos de enfermedades no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y muerte. El ICSS profundizó la fragmentación del sistema de salud colombiano y facilitó la constitución una serie de servicios privados, algunos de propiedad de médicos asociados, a los cuales otros ciudadanos no tenían acceso, ya que no tenía cobertura para todos los trabajadores debido al componente de progresividad que tenía incorporado.

Las personas con diagnósticos de trastornos mentales serían atendidas bien fuera en los hospitales públicos, los dispositivos asociados a la beneficencia pública, centros de atención de caridad, en establecimientos privados o en el ICSS a través de la naciente seguridad social, de la manera como venía haciéndose en las décadas previas: aislamiento, insulino-terapia, psicocirugía y electrochoques. Sólo hasta 1952 el mundo vería el arribo de la psicofarmacología como parte de los tratamientos, a través de la clorpromazina, neuroléptico señalado de protagonizar la Cuarta Revolución Psiquiátrica<sup>17</sup> (Caponi, 2021). El sitio de atención podía favorecer unas mejores condiciones de estancia y la posibilidad de tener acceso a intervenciones adicionales al simple aislamiento, como el ser escuchado, el diálogo y los nuevos medicamentos, que no necesariamente eran garantía de una mejor evolución. Al respecto Sandra Caponi en su artículo “Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura”, cuestiona de que este hallazgo se constituyera verdaderamente en una revolución psiquiátrica, ya que pareciera haber favorecida primordialmente la gestión de la locura por parte de quienes estaban a cargo en los hospitales y asilos psiquiátricos, más que la solución de los problemas de los enfermos, en lo que denominó la búsqueda de “una sala tranquila” por parte del personal que trabajaba en las instituciones psiquiátricas. El medicamento producía en los pacientes una indiferencia, letargia, somnolencia, quietud y docilidad, equiparables a los

---

<sup>17</sup> Las revoluciones psiquiátricas han sido descritas así: la primera revolución corresponde a la liberación de las cadenas liderada por Pinel en 1795 y su tratamiento moral mediado por la palabra. La segunda revolución fue establecida a finales del siglo XIX por las descripciones clínicas de los trastornos mentales y la nosología psiquiátrica de Emil Kraepelin, publicadas en 1883 en su Tratado de Psiquiatría. Finalmente, la tercera revolución psiquiátrica se ubica entre finales del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, representada por el desarrollo del psicoanálisis de Sigmund Freud.

resultados esperados de una psicocirugía, llegando a recibir el nombre de “lobotomía farmacológica” por parte del psiquiatra Henri Laborit, quien realizó las primeras pruebas de la clorpromazina en humanos. Caponi en el texto reprodujo un fragmento de la entrevista que Jean Noel Missa le realizó en 1999 a una enfermera de un hospital psiquiátrico, quien habló acerca del vínculo terapéutico con los pacientes luego que se empezaran a utilizar los neurolépticos. Recuerda la enfermera que antes del uso de los medicamentos los pacientes bailaban, cantaban y se podía hablar con ellos, pero que ahora tenían una “gente que babosea y tiembla”, dejándolos en un “estado aterrador”, “ya no son los mismos. Prefiero ver los enfermos vivos, aun cuando deliren” (Caponi, 2021).

No obstante, la llegada de los psicofármacos fue aplaudida la psiquiatría mundial y, en efecto, se asumió como una revolución y, sobre todo, un alivio para una disciplina que estaba ávida de incorporarse plenamente a las ciencias biomédicas. Este era su pase de entrada.

La clorpromazina en apariencia resolvería el tratamiento de los trastornos psicóticos, especialmente la esquizofrenia y seis años después, en 1958, sería el turno para la depresión con el advenimiento de la Imipramina. Se iba cerrando, aparentemente, el círculo de la desesperanza para el tratamiento de los trastornos mentales y, lo que era mejor, en los términos de la biomedicina, otorgándole credenciales científicas a la psiquiatría, en medio de lo que Francisco López-Muñoz denomina la “década de oro de la psicofarmacología” (López-Muñoz et al., 2000). Que la psiquiatría se haya centrado de manera preponderante en la psicofarmacología y peor aún, que la asumiera como la plataforma de consolidación científica, se reflejará en la enseñanza al interior del campo de la salud mental, en las prácticas, en la forma como se brinda atención en el sistema de salud y en la formulación e implementación de las políticas de salud mental, sin que el Estado y los tomadores de decisiones se detengan a pensar sobre este proceso de estructuración de los conceptos dominantes y de las prácticas estructuradas alrededor de hechos importantes, pero que no necesariamente rompían los paradigmas en que se movía la psiquiatría en la comprensión y abordaje de las personas con diagnósticos de trastornos mentales. En este sentido, el debate que nos planteó Sandra Caponi cuestionando los efectos de la llamada Cuarta Revolución Psiquiátrica resulta más que pertinente, habida cuenta de que el hallazgo de una cura milagrosa se desdibujaba en el horizonte, sumergido en el deseo de que los problemas y trastornos de salud mental tuvieran una evolución y manejo como se hacía con las enfermedades físicas (Moncrieff, 2013).

La generación de nuevo conocimiento en psiquiatría en este período terminó condicionada por el desarrollo de la medicina, la biología, la fisiología y especialmente, las neurociencias (Barcia, 2007), en desmedro de aspectos psicosociales. Esto no debe perderse de vista, ya que la psiquiatría como especialidad médica, ha sido el soporte conceptual y de la práctica de la higiene mental y posteriormente de la salud mental, a pesar de los llamados, esfuerzos, normativas y documentos de política pública y académicos que reiteradamente han manifestado que la salud mental deje de ser copada por la enfermedad y por la psiquiatría (Miranda Hiriart, 2018). La presencia de la enfermedad en la salud mental es tan poderosa que incluso disciplinas distintas a la psiquiatría han terminado por refrendarla.

Así las cosas, a inicio de la década de 1960, en medio de la búsqueda afanosa de avales científicos, los psiquiatras debían “elegir entre la neurología o convertirse en consejeros médicos” (J. E. G.-A. García & Albea, 1992). Si se carecía de un soporte científico robusto que afianzara sus conocimientos, las políticas públicas que de allí se desprenderían y sus prácticas reflejadas en un sistema de salud precario y fragmentado, signado aún para este momento por la beneficencia y la caridad, los líderes del campo de la salud mental, es decir, los psiquiatras, solo podían aspirar a ser consejeros, una manera cortés de llamarlos charlatanes. Sólo hasta que hubo suficientes avances en neurociencias, pudo afianzarse la psiquiatría con un fundamento científico, aunque otras especialidades seguían viéndola como una ciencia menor, sin herramientas claras para resolver los problemas de salud mental.

Mientras esto sucedía en el trasfondo, en la vida real y cotidiana, el naciente campo de la salud mental en Colombia se movía entre gobierno y gobierno, atado a los vínculos que desde el siglo XIX se han trenzado entre la enfermedad mental, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, las violencias y la protesta social, asumidas muchas veces como representación de transgresiones y degeneración moral, a pesar de haber transcurrido un siglo. Estos nexos permanecen como una constante en el campo de la salud mental. La prohibición del alcohol en elecciones, nos da un indicio de la permanencia en el imaginario de los gobernantes del vínculo entre alcohol, violencia, revuelta social y enajenación mental del que ya hemos hablado, y que ha dado pie a marcos explicativos en el sentido de que si el pueblo se manifestaba era parte no de las críticas a los poderes o de la insatisfacción hacia sus gobernantes y las condiciones de vida a las que estaba sometido el pueblo, sino producto del embrutecimiento asociado al



consumo de las bebidas embriagantes y la consecuente alteración del orden público; ejemplo de ello es la referencia que hace Armando Neira en su texto “¿Por qué se decreta la Ley Seca en situaciones especiales en el país?” en el que cita al historiador Fabio Zambrano, docente de la Universidad Nacional de Colombia, quien recuerda que “(...) en el imaginario de los mandatarios en el país está intacto el mito de que “el pueblo borracho destruyó a Bogotá el 9 de abril de 1948<sup>18</sup>, la quemó y desde entonces, en ocasiones la aplican” (refiriéndose a la Ley Seca)” . (A. Neira, 2019)

Antes de que se cumplieran dos meses de “El Bogotazo”, el presidente conservador Mariano Ospina Pérez, amparado en el Estado de Sitio decretado al día siguiente del asesinato de Jorge Eliécer Gaitán, expidió el Decreto 1839 del 2 de junio de 1948 “Por el cual se fijan las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas y se dictan otras disposiciones” (Presidencia de la República, 1948). La justificación para la expedición de este decreto, la cual se encuentra en sus consideraciones iniciales, refrendó el vínculo indisoluble que las élites, los gobernantes y poder médico, consideraban que existía entre el consumo de bebidas embriagantes con enfermedad mental, vulneraciones a la moral y violencia social y política:

“(...) CONSIDERANDO: Que uno de los principales factores que contribuyen a mantener un estado de exacerbación política y de criminalidad, es el uso de bebidas alcohólicas, especialmente de aquellas que por su pésima calidad como por los lugares donde se expenden y consumen determinan más fácilmente conflictos de toda naturaleza; Que tanto la Constitución Nacional como la leyes, imponen al Estado el deber de velar por la salubridad, la moralidad, la seguridad y la tranquilidad pública; Que es un hecho de notoria observación, confirmado por los Médicos Legistas, que en los Departamentos donde se consumen bebidas alcohólicas cuya fabricación no está sometida a reglas higiénicas y técnicas, y cuyo alto grado de toxicidad y contenido alcohólico, las hacen eminentemente peligrosas, la criminalidad y las manifestaciones mentales y la frecuencia de sucesos de carácter político son de más impresionante ocurrencia; Que con base en repetidos

---

<sup>18</sup> El 9 de abril de 1948 fue asesinado en Bogotá el político liberal colombiano Jorge Eliécer Gaitán, en momentos en que se realizaba en la ciudad la IX Conferencia Panamericana en la cual se creó la Organización de los Estados Americanos (OEA). El asesinato de Gaitán generó una serie de revueltas populares, en lo que se ha conocido como “El Bogotazo” (Jack, 1969; Sáenz Rovner, 1998).

análisis químicos practicados en laboratorios oficiales, está demostrada la gran nocividad de bebidas como la chicha; Que a esta prueba o argumento puede agregarse el concepto de hospitales y asilos de alienados; Que bebidas de esta naturaleza son factores influyentes en el bajo nivel moral y material de vida de las clases trabajadoras (...)" (Presidencia de la República, 1948).

El contenido de este Decreto sería acogido meses después por la Ley 34 del 5 de noviembre de 1948 (Congreso de Colombia, 1948), ingresando de esta manera al ordenamiento jurídico nacional. El año de 1948 de hondas repercusiones en el panorama político nacional también se constituyó en un punto de quiebre a partir del cual se excluyó la posibilidad de producción comercial de chicha y guarapo y se le abrieron ahora sí las puertas de par en par a la industria cervecera que venía consolidándose desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, en la que se dieron múltiples fusiones y adquisiciones de pequeñas y medianas cervecerías en gran parte facilitado por la precaria situación de estas cervecerías debido a la disminución de sus ventas y por lo tanto los impuestos que generaban. En este proceso el gobierno nacional se alió con estas cervecerías, las que a su vez representaban una de las puntas de lanza de la industrialización en el país y que recibió el favorecimiento estatal a través de rebaja de impuesto al consumo de la cerveza y restricción al consumo de otras bebidas fermentadas con la idea de ir reemplazando el consumo de chicha y guarapo por cerveza, como puede observarse en el Decreto 2197 del 21 de diciembre de 1932 "por el cual se rebaja el impuesto de consumo sobre la cerveza" el cual en su considerando expone:

"(...) 1. Que el Gobierno Nacional celebró en el mes de septiembre último con las empresa denominadas Consorcio de Cervecerías Bavaria S.A. y Cervecería Unión, dos contratos cuyas finalidades fueron las siguientes: Procurar una restricción paulatina del consumo de licores destilados y de bebidas fermentadas de mala calidad, sustituyendo dicho consumo por el de cerveza fabricada en condiciones higiénicas; salvar de la ruina aquellas empresas seriamente afectadas por la disminución de las ventas y por el alto impuesto que grava sus productos (...)" (Presidencia de la República, 1932).

Este Decreto se constituyó en una tabla de salvación para la industria cervecera en crisis (Martínez Rey, 2006) la cual se convertiría progresivamente en un oligopolio, en el que Bavaria

era la principal representante de este segmento económico, cuya participación en el Producto Interno Bruto (PIB) nacional ha ocupado un lugar destacado y por ende una gran capacidad de lobby e incidencia política (Parra R., 2001; Rodríguez Romero & Duque Oliva, 2008). La presión de las cervecerías se efectuaba sobre el mismo punto en el que se ha debatido históricamente la normativa estatal colombiana relacionada con las bebidas alcohólicas: los impuestos, dejando de lado el interés de las políticas estatales ligadas a la reducción del consumo de bebidas embriagantes por su efecto negativo en la salud, el comportamiento y la moral de las personas y las sociedades.

El interés de la industria cervecera dada su amplia penetración de mercado por todos los rincones del país (Restrepo, 2004), ha sido que la carga impositiva no convierta su producto en un bien de difícil adquisición, es decir, que no se dificulte su consumo, en franca contradicción con los propósitos provenientes desde la salud pública, que buscan un consumo moderado, que no sea nocivo para la salud de las personas y comunidades. Adicionalmente, en cuanto a la proporción de población alcanzada, la industria cervecera ha sido más eficiente que el Estado con sus políticas de reducción de consumo de bebidas embriagantes, pues las ventas cerveza crecían, pero el alcoholismo continuaba siendo un problema relevante.

Mientras se promueve el consumo de bebidas embriagantes para mayor lucro de la industria cervecera y demás bebidas alcohólicas y de mayor recaudo de impuesto por el consumo de bebidas embriagantes, puede recordar el lector que este mismo consumo es utilizado como una explicación de comportamientos individuales y colectivos relacionados con degeneración, enfermedad mental, vulneraciones a la moral y violencia social y política, sumado a otras interpretaciones, como algunas en la historia de la psicología social, que consideraron que la multitud “es irracional y su comportamiento se asemeja a los estados anormales de la mente” (Parales Quenza, 2020).

Estas perspectivas además de confluir en tesis peligrosistas, le niegan a las comunidades la posibilidad de que sus manifestaciones contra los poderes sean consideradas genuinas y en cambio, lo sean producto del “embrutecimiento” con el que se asocia el consumo de bebidas embriagantes, anulando su posibilidad de agencia, tal como sucede también con las personas que han sido objeto de un diagnóstico de trastorno mental o un problema de salud mental, en

quienes se pone en duda su capacidad mental para razonar y tomar decisiones, llegando incluso a extenderse a su capacidad legal, en una clara vulneración de derechos, plasmados en el Código Civil Colombiano del siglo S. XIX (Presidencia de la República, 1873), aún vigente en gran parte, y que nutre otra paradoja en el campo de la salud mental, ya que se normatiza sobre las consecuencias de no tener salud mental o tener una enfermedad o trastorno mental sin que exista claridad en el concepto de salud mental, de enfermedad o trastorno mental. La interdicción por demencia, regulada en Código Civil de 1887 fue un ejemplo de ello, abolida por la Ley 1996 del 26 de agosto de 2019 “Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de las personas con discapacidad mayores de edad” (Congreso de Colombia, 2019), al reconocer la capacidad legal plena de las personas con discapacidad, en las que se incluyen las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o mental.

No hay duda de que los problemas relacionados con el consumo de bebidas embriagantes y estupefacientes, así como los problemas y trastornos mentales están cobijados bajo la sombra del estigma individual, social e institucional (Campo-Arias & Herazo, 2015). Por lo tanto, ambas condiciones comparten no sólo el campo de la salud mental sino también, el estigma asociado, el cual se refleja en una vulneración sistemática de los derechos de las personas (Cassiani-Miranda et al., 2019).

Al final de este periodo, la organización institucional del Estado inicia una transformación en la rama ejecutiva del poder público para la atención de los asuntos relacionados con la salud. De tal manera, el sector salud en la República de Colombia estuvo representado en la rama ejecutiva a través del Ministerio de Higiene (1946) y el Ministerio de Salud Pública (1953).

La presencia institucional específica de la salud mental para este momento, en la estructura ministerial del sector salud, se dio cuando se reorganizó el Ministerio de Salud Pública en 1960 (Presidencia de la República, 1960) y se creó, en el papel, la Sección de Higiene Mental<sup>19</sup> (Ver

---

<sup>19</sup> La Sección de Higiene Mental se creó a través del decreto 1423 del 9 de junio 1960 (Presidencia de la República, 1960) bajo la presidencia de Alberto Lleras Camargo (1945-1946 y 1958-1962) y siendo ministro de Salud Pública José Antonio Jácome Valderrama, como parte de una reorganización del Ministerio de Salud Pública (1953). Esta sección se ubicaba organizacionalmente en la Rama Técnica del ministerio, como parte de la División de Servicios de Salubridad.

**Figura 2-1**), la cual nunca se implementó, no tuvo funcionarios ni asignación presupuestal (H. Roselli, comunicación personal, 25 de marzo de 1964). En esta reorganización también aparece, pero en un nivel independiente, el Comité de Lucha Antialcohólica el cual se encontraba en una posición superior del organigrama como entidad asesora de la Dirección del Ministerio de Salud Pública y el Fondo Rotatorio de Estupefacientes aparecía incorporado a la División de Provisiones en la Rama Administrativa.

En esta reforma del Ministerio de Salud Pública, hay que resaltar dos asuntos: uno, que se haya escogido la denominación de Sección de Higiene Mental, cuando a nivel internacional ya hacía carrera la categoría “salud mental”, lo cual muestra a su vez las dificultades conceptuales presentes en el campo de la salud mental y el uso intercambiable de los términos higiene mental y salud mental, usándolos como sinónimos, teniendo significados e implicaciones distintas; y dos, se mantiene la separación entre higiene mental y lo referente a consumo de alcohol y control de estupefacientes, aunque el vínculo con la higiene mental fue útil para nutrir esas campañas para el control del consumo del alcohol, bebidas fermentadas como la chicha<sup>20</sup> (Martínez, 2015) y estupefacientes (Piedrahita, 2019). Dentro de las funciones de la Sección de Higiene Mental, el peso de lo relacionado con alcohol y estupefacientes es tal, que abarcó cuatro de las cinco funciones asignadas:

- “(...) - **Planear la lucha antialcohólica** en coordinación con el comité asesor respectivo;*  
*- **Estudiar** las condiciones de vida de la comunidad, su nivel cultural y moral, y dar las normas para las **campañas de prevención del alcoholismo** y las enfermedades mentales;*  
*- **Dar normas para el uso y control de estupefacientes;***

---

<sup>20</sup> La chicha es una bebida alcohólica tradicional, no destilada, producida en Colombia y otros países suramericanos y Panamá desde antes del siglo XIV, a partir de la fermentación de diferentes sustratos (principalmente maíz), mezclados con agua. Durante la colonización los españoles la llamaron “vino indígena” y se le empezó a agregar azúcar. La chicha tiene un contenido alcohólico que varía entre 2 y 12%. Produce los efectos fisiológicos de cualquier otra bebida alcohólica y altera el pensamiento y el juicio (Cuervo Márquez, 1913; Echeverri, 2006; López-Arboleda, 2010).

- **Fijar requisitos y dar normas** para el adecuado funcionamiento de entidades rehabilitación e higiene mental, en coordinación con la Sección de Administración de Entidades Asistenciales;
  - **Preparar proyectos de material de propaganda de instrucción sobre temas de alcoholismo e higiene mental** (...) (Presidencia de la República, 1960)
- ” (Las negrillas son del autor).

En lo inmediato no hubo grandes cambios estructurales para el abordaje y manejo de lo relacionado con las bebidas alcohólicas y demás estupefacientes. A nivel institucional del sector salud como se mencionó previamente, aun en la reforma de 1960 permanecía en la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública el Comité de Lucha Alcohólica como órgano asesor del Ministerio y se creó la Sección de Higiene Mental, dependencia en la que la mayoría de sus funciones se relacionaban con la prevención y manejo del alcoholismo ( Ver **Figura 2-1**) En ese momento existía también dentro del Ministerio de Salud Pública una dependencia para el control de estupefacientes situación, que se mantendrá en la reforma de 1963 en la cual la Sección de Higiene Mental se transforma en Sección de Salud Mental.

En este período también acontecen transformaciones en otros aspectos del campo de la salud mental: la expansión de los hospitales y clínicas psiquiátricas, el inicio de los departamentos de psiquiatría y de la formación universitaria de psiquiatras como especialistas médicos, la constitución de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría en 1961 con sus congresos nacionales de psiquiatría y la aparición de nuevos medicamentos como la Clorpromazina y la Imipramina.

La búsqueda de mejores formas de atención en la práctica no cambiaba de rumbo, persistiendo los esfuerzos dirigidos a la creación de hospitales y clínicas psiquiátricas, con un ingrediente nuevo: se incrementa la presencia de instituciones privadas que proporcionarán, dependiendo de la naturaleza de sus fundadores, atención a los pobres, en el caso de las instituciones de base religiosa, y a personas con mayores ingresos económicos si se trataba de aquellas fundadas especialmente por psiquiatras. Por el lado de los hospitales públicos y de beneficencia, continuaban focalizados en la atención de los pobres y desprotegidos, erigiéndose los hospitales psiquiátricos en muchas circunstancias en albergues vitalicios de las personas que tocaban a sus puertas por presentar alguna de las enfermedades que eran foco de atención, como las

psicosis esquizofrénicas, psicosis maniaco-depresiva, cuadros de melancolía y depresión, así como las complicaciones comportamentales del alcoholismo y otras adicciones, la epilepsia y el retardo mental, como se conocía en ese momento.

Quienes atendían las personas que llegaban a estos hospitales y clínicas eran los mismos psiquiatras, con la misma formación y los mismos procedimientos, algunos de los cuales ya comenzaban a caer en desuso por su baja eficacia: insulinoterapia, psicocirugías, electrochoques y se recibía con expectativa y devoción la llegada de los medicamentos, los que de paso le daban a la psiquiatría el tiquete de ingreso a la medicina clínica y la ciencia médica. Ya con medicamentos, hospitales, clínicas, diagnósticos de enfermedades psiquiátricas presentes en la nosología médica, especialidades médicas universitarias, asociaciones de médicos especialistas (llamadas de manera poco ingenua asociaciones científicas) y medicamentos, el campo de la salud mental a través de la psiquiatría comenzaba a quedar inmerso en la biomedicina, con la instauración de obstáculo para el desarrollo de los aspectos sociales que pretendía el campo de la salud mental en sus inicios con el Comité de Expertos. El inicio de la especialidad médica en psiquiatría al interior de las universidades brindaba la esperanza de que se transformarían las prácticas dentro del campo de la salud mental, pero realmente los cambios eran pocos. Se hacía casi lo mismo en un sistema de salud que también se movía poco.

La Sociedad Colombiana de Psiquiatría se constituyó a partir de 1961 en un actor importante para la configuración del campo de la salud mental en Colombia, a pesar de que cada paso implicaba una labor ardua por parte de esa naciente organización. Se creó en el Ministerio de Salud Pública la Sección Higiene Mental, pero sin persona al frente de la dependencia y sin presupuesto, siendo un saludo a la bandera, lo que motivaba las protestas de la SCP, sin mucho éxito hasta el cierre de este período en 1962.

Casi en paralelo, en Colombia se dieron dos eventos de corte académica trascendentales, que a la vez que ahonda en la configuración del campo a través del conocimiento, servía de puente para la entronización del complejo médico industrial y financiero a través de la introducción de nuevos medicamentos, como es el caso de los antidepresivos Imipramina y Nialamida, de Laboratorios Geigy el primero y de Pfizer el segundo. Algo que resulta interesante es la rapidez con que se introdujo la Imipramina en Colombia en 1960, luego de ser lanzada al mercado

europeo en 1958, para lo que utilizó el Simposio Nacional de los Estados Depresivos realizado en Bogotá en 1960 en las instalaciones y con el auspicio del Ministerio de Salud Pública. Por su parte, Pfizer utilizó otro evento, las Primeras Jornadas Psiquiátricas, que tuvieron lugar en 1961 con el apoyo de la Universidad de Cartagena, dando inicio también a los eventos psiquiátricos mediados por laboratorios farmacéuticos en diversas ciudades, lo que podríamos denominar turismo de congresos, tan cercano a la psiquiatría, lo cual resulta relevante, ya que como líder fáctico del campo de la salud mental en Colombia, el afianzamiento de la psicofarmacología como eje de las intervenciones, marcaría el rumbo de las políticas estatales en el campo de la salud mental y de las prácticas al interior del sistema de salud, en el que la prioridad estará en este tipo de intervenciones por encima de aquellas de corte psicosocial.

### **2.2.3 El paso a la salud mental (1963 – 1974)**

En 1963, tres años después de creada la sección de higiene mental, se reorganizó nuevamente el Ministerio de Salud Pública, a través del Decreto 3224 (Presidencia de la República, 1963) y se estableció la prestación del servicio de salud en tres niveles funcionales que pretendían cubrir todo el territorio nacional: a) Nivel Nacional, b) Nivel Regional y c) Nivel Local. Esta norma, nos muestra el esfuerzo e intención de que la salud, se abriera paso a lo largo y ancho del territorio nacional a través de una estrategia de descentralización funcional de los servicios, así mantuviera el poder en el mando central.

Dentro de la reforma de 1963, en el campo de la salud mental, sin mayores desarrollos, la Sección Higiene Mental pasó a llamarse Sección de Salud Mental<sup>21</sup>, (Ver **Figura 2-2**) la cual tenía dos funciones: a) “Estudiar los factores y mecanismos que inciden en la salud mental y determinar sus consecuencias sobre el individuo, la familia y la colectividad”; b). “Elaborar las

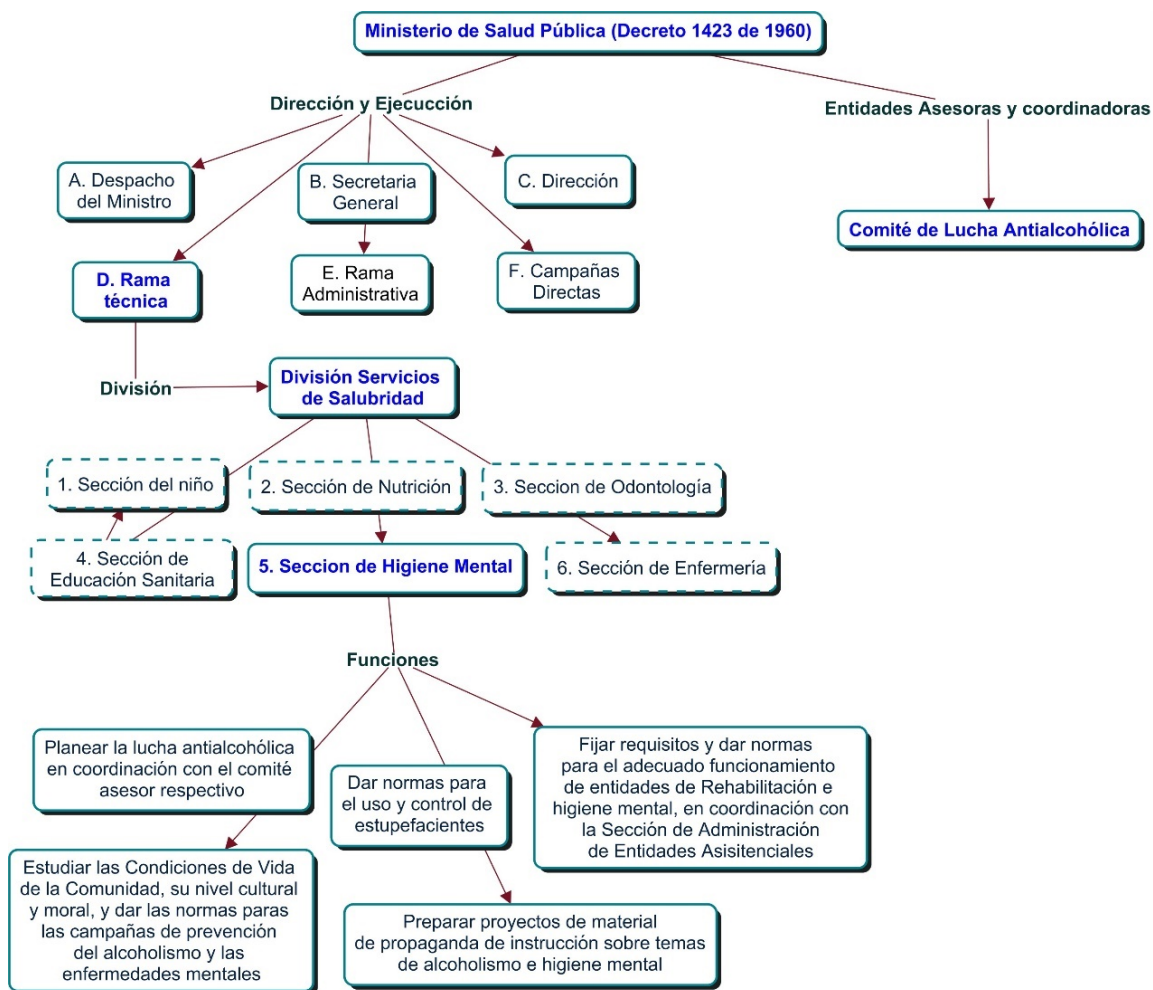
---

<sup>21</sup> La Sección de Salud Mental fue creada mediante el decreto 3224 del 19 de diciembre de 1963 (Presidencia de la República, 1963), durante el gobierno de Guillermo León Valencia y siendo ministro de Salud Pública Santiago Rengifo Salcedo y ministro del Trabajo Castor Jaramillo Arrubla, en medio de una nueva reorganización del Ministerio de Salud Pública. Esta sección hizo parte de la División de Atención Médica, la cual a su vez se encontraba ubicada organizacionalmente en la Dirección Técnico-Administrativa. En esta reorganización del Ministerio de Salud Pública aparecen de manera explícita los niveles de actuación del servicio de salud pública del ministerio: nivel nacional, nivel regional y nivel local.



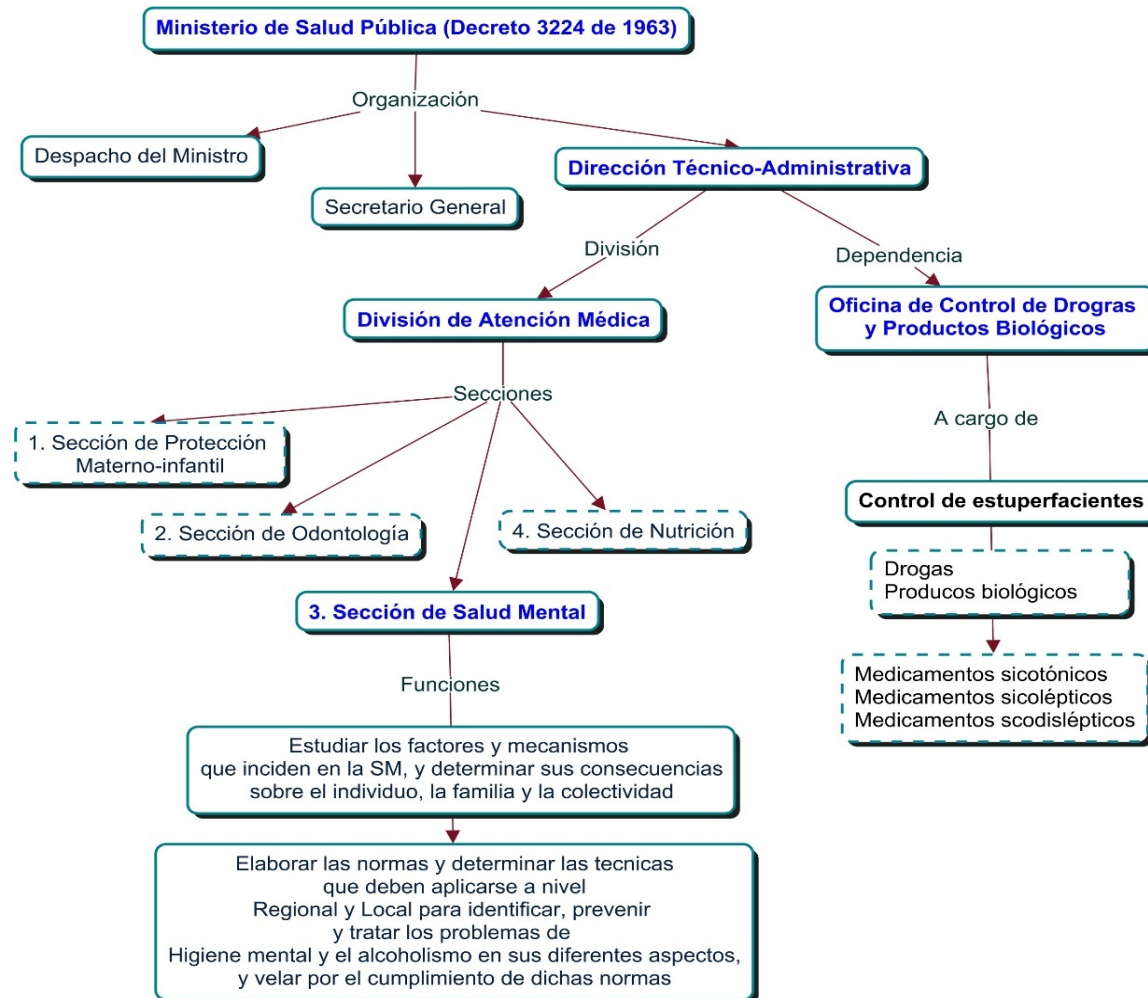
normas y determinar las técnicas que deben aplicarse a nivel regional y local para identificar, prevenir y tratar los problemas de higiene mental y el alcoholismo en sus diferentes aspectos, y velar por el cumplimiento de dichas normas” (Presidencia de la República, 1963).

**Figura 2-1** Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1423 de 1960



**Fuente:** elaboración propia a partir del decreto 1423 de 1960

**Figura 2-2** Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 3224 de 1963



**Fuente:** elaboración propia a partir del decreto 3224 de 1963

La incongruencia existente entre el nombre de la sección (Sección de Salud Mental) y la función asignada referida a la higiene es un reflejo de que la transición entre Sección de Higiene Mental a Sección de Salud Mental era más de forma que de fondo. La perspectiva higienista seguía prevaleciendo, lo que por supuesto quedaba plasmado en las prácticas dentro del sistema salud. Esta Sección de Salud Mental tuvo un avance institucional con respecto a su predecesora, ya que se designa por primera vez un jefe, aunque sin presupuesto para la ejecución de actividades, situación que motivó reclamos por parte de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría<sup>22</sup>.

El interés en el desarrollo institucional de la salud mental al interior del Estado colombiano resulta paradójico, pues se realizan reformas estructurales que incorporan el campo de la salud mental, pero terminan siendo ineficaces, ya que éstas no van de la mano de verdaderos cambios estructurales que se reflejen, al menos, en asignaciones presupuestales adecuadas y en una disposición institucional proporcional a las pretensiones de los documentos formales.

Esta última afirmación, parte de hechos como que por un lado, los psiquiatras reclamaban al Ministerio de Salud Pública la no materialización en la práctica de las funciones asignadas a la naciente Sección de Salud Mental, pero por otro lado el Estado continuaba expidiendo normas en las que se hacían cargo de intervenciones en torno a las personas con enfermedades mentales, consumo de estupefacientes y alcohol, la mendicidad y la vagancia, enfocando estas condiciones como una manera en la que el Estado entendía, intervenía y pretendía resolver tanto problemas de salud mental, enfermedades mentales, farmacodependencia y situaciones sociales derivadas del desempleo, la precariedad, el empobrecimiento, la exclusión social y política y las inequidades sociales. En este contexto, el 16 de Julio de 1964 el presidente de la República y su Ministro de Justicia, Alfredo Araujo Grau, expidieron el decreto 1699 “por el cual se dictan disposiciones sobre conductas antisociales” (Presidencia de la República, 1964), para reglamentar el artículo segundo de la ley 27 de 1963 que reorganizó la rama jurisdiccional y el

---

<sup>22</sup> En carta del presidente de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría (actualmente Asociación Colombiana de Psiquiatría), Humberto Rosselli, le reclama al ministro de Salud Pública por esta razón: “...Desde 1960 se creó en el Ministerio de Salud Pública la Sección de Higiene Mental como Dependencia de la División de Salubridad. Sin embargo, solo hasta 1963 se le dio un director encargado, en la persona de un antiguo y meritorio funcionario del Ministerio, pero sin asignársele ningún presupuesto por lo cual no ha podido desarrollar labor alguna...” (Rosselli, 1964).

Ministerio Público, y como producto de la comisión asesora creada por esta misma Ley, la cual fue conformada con un perfil jurídico, integrada por el Ministro de Justicia, el Procurador General de la Nación, dos Senadores, dos miembros de la Cámara de Representantes y dos profesores de derecho penal. Nadie del Sector Salud.

El enfoque sancionatorio del Decreto 1699 de 1964 (Presidencia de la República, 1964) resultaba claro. Así, el artículo 20 del capítulo 3 (*de las conductas que atentan contra el orden social*) dispone:

(...) Al intoxicado crónico por alcohol o por cualquier otra sustancia o al enfermo mental que fomente riña, produzca grave escándalo, o en cualquier forma perturbe la tranquilidad social se le impondrá internación en casa de reposo u hospital hasta obtener su curación, de acuerdo con el dictamen parcial. En tal evento, podrá imponerse libertad o vigilancia hasta por dos (2) años (...). (Presidencia de la República, 1964).

En este momento de la historia de la salud mental en Colombia persiste un nexo atávico entre los problemas de salud mental, las enfermedades mentales y la farmacodependencia con los asuntos penales y la sospecha y desconfianza permanente hacia aquellas personas relegadas al margen de la sociedad o que viven su vida de una manera distinta al estilo de vida dominante. Las personas con problemas o enfermedades mentales siempre están bajo la “sombra de la sospecha” (Campos, 2021).

Paradójicamente, el mismo presidente Guillermo León Valencia, pero esta vez acompañado no sólo del ministro de Justicia sino de los ministros de Educación y de Salud Pública, expidió el Decreto 3060 del 16 de noviembre de 1965 (Presidencia de la República, 1965), mediante el cual se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, considerando:

(...) Que los problemas ocasionados por las enfermedades mentales en el país se han agudizado en forma notoria y constituyen un factor que debe tenerse en cuenta, para mantener un equilibrio social en la comunidad:

Que es necesario velar por la salud mental de los asociados, en el territorio nacional;

Que es indispensable coordinar las actividades en salud mental que actualmente desarrollan los Ministerios de Salud Pública, Educación Nacional y Justicia;

Que es necesario vincular a los programas de Salud Mental instituciones como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Asociación Colombiana de Hospitales, Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Liga de Higiene Mental, etc.;

Que debe existir un organismo a nivel nacional que estudie y coordine las actividades relacionadas con la salud mental y resuelva los problemas de orden técnico y administrativo que se presenten (...)" (Presidencia de la República, 1965).

Con los antecedentes del Decreto 1699 de 1964 (Presidencia de la República, 1964) no queda claro en este Decreto 3060 de 1965 (Presidencia de la República, 1965) a qué se refieren con "equilibrio social en la comunidad". Una forma de entenderlo es que se convirtió en norma legal el estigma, el prejuicio y la discriminación, pues al concatenar estos dos decretos es como si se asumiera que las personas con enfermedades mentales y farmacodependencia desequilibrarían las comunidades. De hecho, en el Decreto 3117 de 1966 (Presidencia de la República, 1966), que derogó el Decreto 3060 de 1965 (Presidencia de la República, 1965), asevera en sus consideraciones iniciales que las personas con enfermedades mentales perturban el equilibrio social y las asumen como individuos ineficientes, no entendiéndose bien cómo el Gobierno cumplirá con la función de velar por la salud mental de los ciudadanos. Las siguientes son algunas de las consideraciones iniciales del Decreto 3117 de 1966:

"(...) Que los problemas ocasionados por las enfermedades mentales constituyen factor que perturba el equilibrio social;

Que es función del Gobierno velar por la salud mental y física y la eficiencia de los individuos de la comunidad (...)" (Presidencia de la República, 1966).

El Consejo Nacional de Salud Mental estaba constituido por un representante del Ministerio de Salud Pública; un representante del Ministerio de Educación Nacional; un representante del Ministerio de Justicia; un delegado de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; un delegado de la Asociación Colombiana de Hospitales; un delegado de la Sociedad Colombiana

de Psiquiatría; un delegado de la Liga de Higiene Mental<sup>23</sup> y el Jefe de la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública. Nótese la presencia del Ministerio de Justicia en este Consejo, inevitable habida cuenta del nexo atávico descrito previamente entre sistema judicial, control policivo, enfermedad mental y consumo de estupefacientes y alcohol. Esta configuración duró poco; en el año siguiente se expidió el Decreto 3117 del 30 de diciembre de 1966 (Presidencia de la República, 1966) mediante el cual “se organiza de nuevo el Consejo Nacional de Salud Mental y se Deroga el Decreto 3060 de 1965 (16 de noviembre)”, en el que se excluye el jefe de la Sección de Salud Mental como miembro del Consejo y se le asigna únicamente funciones de secretario del mismo.

Una de las misiones encargadas al Consejo Nacional de Salud Mental y la cual es reiterativa en señalar la necesidad de estudiar e investigar acerca de la salud mental, necesidad que se ha mantenido a lo largo del desarrollo institucional del campo de la salud mental, dando la impresión de estar detenidos en el tiempo y persistiendo en reiteraciones de la relevancia, prioridad y trascendencia que tiene la salud mental para el desarrollo de las personas, las familias, las comunidades y la nación misma, sin que ello logre materializarse en la realidad nacional. La perspectiva higienista y el enfoque biomédico siguieron prevaleciendo en las formulaciones alrededor de la salud mental, al centrarse en las enfermedades y en estrategias de control social y moral como lo muestran los debates suscitados en Congresos y reuniones de las sociedades relacionadas académicas relacionadas con la salud mental y la psiquiatría<sup>24</sup>.

La creación del Consejo Nacional de Salud Mental terminó recogiendo parte de las recomendaciones consignadas en el Informe Esquibel, realizado por el brasileño Augusto J. Esquibel (Esquibel, 1966), consultor de la OPS. Entre las recomendaciones realizadas se destacaban: a). Creación de una Junta Asesora Nacional de Salud Mental que estableciera los

---

<sup>23</sup> En 1953, la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia, organizó el Primer Congreso Nacional de Neurología, Psiquiatría y Medicina Forense, en el cual se declara constituida la Liga de Higiene Mental de Colombia (Gutiérrez Avendaño, J, 2019).

<sup>24</sup> Ejemplo de cómo se mezcla la psiquiatría y el control moral y social fueron debates como el suscitado en la sesión del 19 de noviembre de 1952 de la Sociedad de Psicopatología, Neurología y Medicina Legal de Colombia en la que deciden acoger lineamientos dados por el Papa, censurando los tratamientos psicoterapéuticos contrarios a la moral cristiana y aquellos dirigidos al estímulo de la libido (Rosselli, 1968).

programas nacionales de salud mental; b). Mayor desarrollo de la Sección de Salud Mental; c). Mejorar el entrenamiento de los médicos residentes que cursaban la especialización de psiquiatría, enfocándolos más hacia la psiquiatría comunitaria y la integración al hospital general; d). Establecer programas de especialización para psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales; e). No crear más grandes hospitales psiquiátricos sino más bien centros comunales de higiene mental; f). En lugar de formar más médicos generales como psiquiatras, educar al público general en aspectos de salud mental (Esquibel, 1966).

Siguiendo la línea del Informe Esquibel y en el marco de las funciones de la Sección de Salud Mental, el Ministerio de Salud Pública expidió la resolución 679 del 17 de mayo de 1967 (Ministerio de Salud, 1967) a través de la cual se establecen las normas y el reglamento interno para que funcionaran unidades psiquiátricas en los hospitales generales del país, lo que sin duda es una medida que se puede llamar de avanzada, en el sentido de que propiciaba la desinstitucionalización y desmanicomialización y que se anticipó a los lineamientos establecidos en la Declaración de Caracas de 1990 (OMS & OPS, 1990). No obstante, el número de hospitales, clínicas y servicios psiquiátricos continuaba en expansión, sin que hubiera muchas diferencias en los enfoques bajo los cuales funcionaban. En la **Tabla 2-1** se muestran las instituciones psiquiátricas existentes en Colombia entre 1964 y 1965.

**Tabla 2-1** Establecimientos Prestadores de servicios de Salud Mental

<b>Tipo</b>	<b>Establecimiento</b>	<b>Ubicación</b>
<b>Hospitales psiquiátricos públicos</b>		
	Asilo Psiquiátrico	Barranquilla
	Hospital de San Rafael	Pasto
	Hospital Mental Rudesindo Soto	Cúcuta
	Hospital Mental de Antioquia	Bello
	Hospital Neuropsiquiátrico de la Beneficencia de Cundinamarca	Bogotá
	Hospital Neuropsiquiátrico de la Beneficencia de Cundinamarca	Sibaté
	Hospital Psiquiátrico San Isidro	Cali
	Hospital Psiquiátrico San Camilo	Bucaramanga
<b>Clínicas</b>		
	Clínica de Salud "El Campito de San José"	Bogotá
	Casa de Reposo de los Hermanos de San Juan de Dios	Chía



<b>Tipo</b>	<b>Establecimiento</b>	<b>Ubicación</b>
	Clínica de los Hermanos de San Juan de Dios	La Ceja
	Clínica de Fátima	Bogotá
	Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Bogotá
	Clínica de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro	Pasto
	Clínica del Perpetuo Socorro	Bogotá
	Clínica de San Juan de Dios	Manizales
	Clínica Montserrat	Bogotá
	Clínica Martín Carvajal	Bucaramanga
	Clínica Santo Tomás	Bogotá
<b>Servicios psiquiátricos</b>		
	Hospital Evaristo García (consulta externa)	Cali
	Hospital La Samaritana	Bogotá
	Hospital Militar – Centro Médico de Estudios para Graduados (consulta externa)	Bogotá
	Hospital San Vicente	Medellín
	Hospital San Juan de Dios	Bogotá
	Hospital San José	Bogotá
	Hospital Universitario	Manizales
<b>Institutos</b>		
	Instituto Colombiano del Sistema Nervioso	Bogotá
	Instituto de Salud Mental (ISAME)	Bogotá
	Instituto Médico Pedagógico de la Costa	Cartagena
	Instituto Neuropedagógico Santa Ana	Bogotá
	Instituto Psicopedagógico	Medellín

**Fuente:** Archivo SCP (Sociedad Colombiana de Psiquiatría, Libro de correspondencia 1964-1965)

El sentido de la resolución 679 del 17 de mayo de 1967 (Ministerio de Salud, 1967) y la posterior expedición del Decreto 1136 de 1970 (Presidencia de la República, 1970), por el cual “se dictan medidas sobre Protección Social” alimentan la lista de paradojas en el campo de la salud mental, ya que este Decreto en sus artículos 4, 5, 6 y 7 dicta lo siguiente:

“(…) De los enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados.

Artículo 4º. Al que perturbe la tranquilidad pública, como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por el alcohol, o por enfermedad mental, o por consumo de estupefacientes o de alucinógenos, se le someterá a tratamiento médico con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación.

Tanto la iniciación como la terminación del tratamiento estarán precedidos de dictamen médico oficial favorable.

El tratamiento se dará en establecimiento público, salvo que el enfermo o su familia soliciten que se haga en establecimiento privado a su costa.

De las medidas de la rehabilitación.

Artículo 5°. Los hospitales, clínicas o frenocomios públicos mantendrán pabellones especiales para recluir a las personas sujetas a las medidas de protección social de que trata este Decreto (...)."

Disposiciones comunes.

Artículo 6°. La enfermedad física o mental, lo mismo que la rehabilitación, curación o recuperación a que se refieran los artículos 1°, 3° y 4° de este Decreto se demostrarán mediante dictamen médico legal.

Artículo 7°. La medida rehabilitadora que se adopte de conformidad con este Decreto puede hacerse efectiva en cualquier tiempo y por todas las veces que fuere necesario.

El director del establecimiento deberá informar al menos semestralmente al funcionario respectivo sobre el estado del paciente y de inmediato cuando se logre su curación o rehabilitación". (Presidencia de la República, 1970).

La contradicción entre ambas normas es más que evidente, mientras en la resolución 679 de 1967 abogan por la desinstitucionalización, la desmanicomialización y en definitiva un proceso de intervención terapéutica más cerca de las comunidades, el Decreto 1136 de 1970 ((Presidencia de la República, 1970) abordó desde una perspectiva extremadamente medicalizada y de control social problemas del campo de la salud mental y de índole social. Especialmente resulta irónico que el Decreto 1136 de 1970 (Presidencia de la República, 1970) firmado por el presidente de la República, Carlos Lleras Restrepo y el ministro de Justicia, Fernando Hincapié, se titule "medidas de protección social" e incluya en sus capítulos títulos sobre mendicidad, vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados.

De este Decreto se colige que el asunto se enfocaba más como un problema policivo y de orden público que sanitario, sin embargo, se abordan en el mismo, intervenciones para el tratamiento y rehabilitación de la mendicidad, vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados en hospitales, clínicas, frenocomios o establecimientos públicos similares, en los cuales debían

permanecer hasta su curación, rehabilitación o recuperación, salvo en los casos de vagancia que tenían la posibilidad que tenían la posibilidad de recibir estas intervenciones ambulatoriamente.

El vínculo entre la salud y la enfermedad mental con la justicia es reforzado con este Decreto, siendo así que en el artículo 6 la curación, recuperación o rehabilitación de la mendicidad, vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcoholizados, debían ser avaladas a través de un dictamen médico legal. Sin embargo, el mismo Decreto prevé que estas condiciones podían repetirse y por lo tanto ser tratadas las veces que fuera necesario. El eje de estas intervenciones se planteaba que se dieran en los establecimientos públicos, aunque también podía aplicarse los tratamientos en establecimientos privados. Es muy posible que la prelación dada a los establecimientos públicos para estos tratamientos se pueda explicar al concebir un sistema de atención en salud más de la mano del control social, policivo y moral que de una aproximación desde un Estado de bienestar.

Este control policivo estuvo respaldado además con la divulgación de la política estadounidense de “la guerra contra las drogas”, el 17 de junio de 1971, hecha por el presidente Richard Nixon (1969-1974), en la cual declaró, además, el abuso de drogas como “el enemigo público número uno” (Public Enemy Number One, 2016). En este contexto internacional, tres años después, llegaría a la presidencia de Colombia Alfonso López Michelsen (1974-1978), en cuyo gobierno tuvo lugar el fenómeno denominado “la Bonanza Marimbera”, llamado así porque hubo una abundante entrada a Colombia de dólares de los Estados Unidos por concepto de la venta de marimba, como se le denomina a la marihuana en algunos lugares de Colombia (Carabalí-Angola, 2008). Estos dineros fueron legalizados en el país a través del Banco de la República gracias a una medida tomada por el Gobierno Nacional en la que se cambiaban los dólares a pesos colombianos sin preguntar su origen, a lo que se le denominó “la Ventanilla Siniestra” (Silva-Vallejo & Franco, 2019). La bonanza marimbera fortaleció el vínculo entre el tráfico de sustancias ilícitas y el poder político y económico, colocando al Estado en una posición incongruente, similar a lo ocurrido anteriormente con el alcohol, en la que por un lado busca evitar el consumo de sustancias que creen adicción y por el otro favorece la acumulación de capital con la producción y comercio de esas sustancias. Esta incoherencia no es inocua, pues fortalece la paradoja de que el contenido discursivo de las políticas y normas sobre salud mental no se ve reflejado en las prácticas del devenir del Estado colombiano.

Al llegar la reforma del Ministerio de Salud Pública de 1974, por medio del Decreto 621 (Presidencia de la República de Colombia, 1974a), (Ver **Figura 2-3**) las funciones de la Sección de Salud Mental son asumidas por la División de Salud Mental, en el marco del Sistema Nacional de Salud, dependiente de la Dirección General de Atención Médica.

La figura de División de Salud Mental obedeció a una recomendación de 1972, derivada de la III reunión de ministros de Salud Pública de Latinoamérica, que recomendó crear servicios técnicos de salud mental en los Ministerios de Salud que no los tuvieran (Ministerio de Salud Pública, 1974). La creación de la División de Salud Mental le otorgaba relevancia al campo de la salud mental y tenía a su cargo dos secciones: a). Programación e Investigación, y b). Organización de la Salud Mental.

La primera sección tenía entre sus funciones “elaborar la propuesta de una política del Estado en materia de Salud Mental” (Presidencia de la República de Colombia, 1974a), siendo la primera vez que se hace referencia documental sobre este tema y es congruente la pretensión de la formulación de una política de Estado con la elevación de la salud mental a una figura de División dentro de la estructura organizacional del Ministerio; y también, “elaborar las normas necesarias para prevenir y controlar las fármaco-dependencias en base a estudios de investigación” (Presidencia de la República de Colombia, 1974a), reiterando el interés investigativo en el campo de la salud mental dado el amplio desconocimiento sobre el tema, lo que a su vez refleja el enfoque positivista a través del cual se pretende abordar el campo de la salud mental, a la par de las demás áreas que manejaba el Ministerio.

La Sección de Organización de la Salud Mental, estaba enfocada principalmente a proponer los modelos y normas de organización de los Servicios de Salud Mental, “a fin de atender integralmente el individuo, la familia y la comunidad”; adicionalmente tenía por función proponer la integración del Programa de Salud Mental con los otros programas del Ministerio de Salud Pública y asesorar a los Servicios Seccionales de Salud y coordinarlos con las entidades del Sector Salud y de otros sectores.

La División de Salud Mental también debía ejercer la Secretaría del Consejo Nacional de Salud Mental, que había sido creado en 1965 (Presidencia de la República de Colombia, 1974a). En

esta reforma del Ministerio de Salud Pública queda plasmada la intersectorialidad y la integralidad como parte de los enfoques que debían guiar el campo de la salud mental y quizás uno de los aspectos más relevantes es que se materializó el interés en una política estatal sobre salud mental. Sin embargo, el propósito de contar con una política nacional de salud mental no pudo conseguirse en ese momento, a pesar del florecimiento institucional que iba logrando la salud mental en el Estado colombiano si no que termina formulándose cuando se empieza a desvanecer su presencia en la estructura ministerial del sector salud.

En esta reorganización administrativa de 1974 la salud mental obtiene un lugar de mayor jerarquía a través de la División de Salud Mental, pero se mantiene la escisión en lo relacionado con drogas, estupefacientes y alcohol<sup>25</sup>. Aunque la División de Salud Mental permanece con las funciones relacionadas con la prevención y manejo del alcoholismo y demás estupefacientes, se conserva otra dependencia que es el Fondo Rotatorio de Estupefacientes, dependiente de la Dirección de Vigilancia y Control, mientras que la División de Salud Mental dependía de la Dirección de Atención Médica.

La perduración de esta característica en la que las funciones de la atención de los problemas relacionados con los estupefacientes, incluido el alcohol, estén asignadas al área de Salud Mental dentro de la esfera organizacional de la atención en salud, que las funciones de prevención estuvieron asignadas tanto a la Dirección de Atención Médica (División de Salud Mental) como a la Dirección de Vigilancia y Control (Fondo Rotatorio de Estupefacientes) y que los controles restrictivos y policivos se ubicaron en el área de vigilancia y control del Ministerio de Salud, ratifica la paradoja de que los problemas relacionados con estupefacientes y alcohol son del área de la salud mental pero siguen siendo escindidos organizacionalmente y en las prácticas, entre salud y control policivo y judicial, mientras en los discursos el componente de salud y más específicamente el de salud mental, se utiliza según sea el interés del momento. Todo ello pone en cuestión si el verdadero interés del Estado en lo que se relaciona con alcohol y estupefacientes es la salud mental de sus ciudadanos. Esta aparente confusión organizacional va mucho más allá de un enredo técnico de la administración pública y representa más bien, la

---

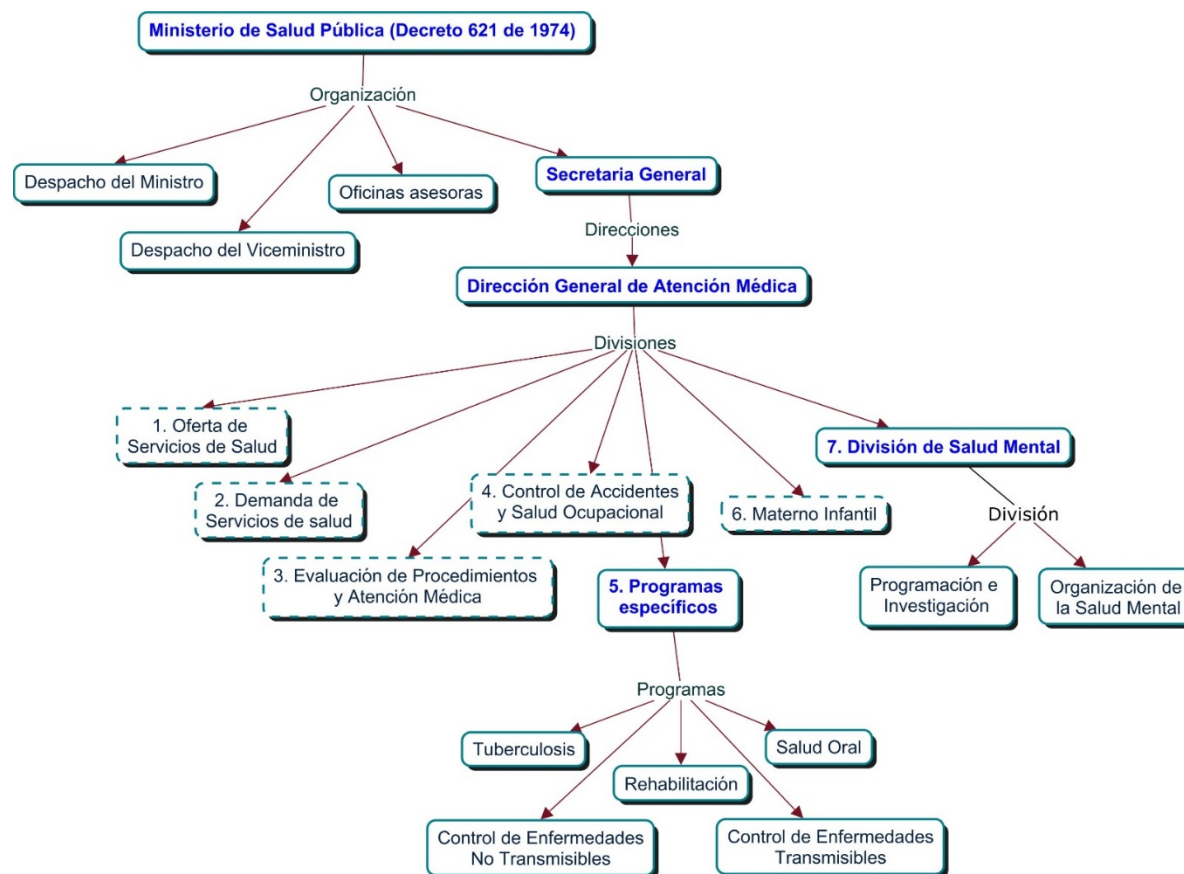
<sup>25</sup> Conceptualmente el alcohol también es un estupefaciente, pero se nombra por separado, lo cual ha sido una constante en el discurso y en la práctica del Ministerio de Salud y otras entidades del campo de la salud mental a nivel nacional e internacional.

dificultad del Estado y sus representantes en asumir los problemas derivados del consumo nocivo de alcohol y demás estupefacientes más como un problema de salud pública que como un problema de orden público.

En parte, esta “confusión organizacional” también se veía reflejada en la concepción real del campo de la salud mental por parte del Estado, en el afán de alinearse con las recomendaciones de las agencias multilaterales. Se consideraba que obtener información acerca de los recursos disponibles en el campo de la salud mental, permitiría identificar y analizar los problemas del sector y a partir de ellos formular políticas que los resolviera. A la luz del concepto de salud mental de la OMS y del discurso oficial, se esperaba un análisis comprensivo se consideraba era el campo de la salud mental, pero al llegar a lo plasmado en el macrodiagnóstico de salud mental de 1973 (Ministerio de Salud Pública, 1974) que pretendía cumplir con esa identificación y análisis de problemas, lo que observamos en sus objetivos es que buscaban diagnosticar la situación de la demanda y oferta de atención psiquiátrica, identificar las áreas en este “campo”, y elaborar modelos alternativos para modificar la situación en salud mental.

Puede inferirse que el campo de la salud mental seguía representado en la atención psiquiátrica, ratificando a su vez el rol concedido a la psiquiatría como líder del campo de la salud mental, lo que se refleja en las políticas estatales en salud mental, en las que así se plantea la necesidad de modelos alternativos, el eje conceptual en el que se trazan dichas políticas no se ajustan al concepto de salud mental definido por la OMS, si no que siguen la línea de la perspectiva biomédica de la psiquiatría, por lo que no es de extrañar que el grueso de las acciones y recomendaciones se enmarcaran dentro del modelo biomédico de la psiquiatría. Podemos tomar los datos del Macrodiagnóstico de salud mental de 1973 para ejemplificar esta afirmación (Ministerio de Salud Pública, 1974).

**Figura 2-3** Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 621 de 1974.



**Fuente:** elaboración propia a partir del decreto 621 de 1974

En dicho Macrodiagnóstico de 1973 (Ministerio de Salud Pública, 1974) describen la población de acuerdo con el sector en el que reciben los servicios de salud, encontrando que el subsector oficial y mixto cubre el 55% de los servicios de salud requeridos por la población, el subsector de la seguridad social o descentralizado el 9%, el subsector privado el 15%, y se encuentran sin acceso el 21% de la población. La mayoría de las camas hospitalarias se encontraban concentradas en el subsector oficial y mixto (76,8%) y del total de camas hospitalarias el 1% estaban asignadas al servicio de psiquiatría, las cuales produjeron 32,422 egresos hospitalarios durante 1973, con una estancia hospitalaria promedio de 139 días.

El dato de la estancia hospitalaria ya empezaba a mostrar unas diferencias significativas en cuanto al tipo de intervenciones y enfoques que se utilizaran. Por ejemplo, el Hospital Julio Manrique de Sibaté (población cercana a Bogotá), de corte manicomial, tenía una estancia hospitalaria promedio de 807 días, mientras que el Hospital San Isidro de Cali el promedio era de solo 17 días. En Cali la Universidad del Valle, sería precisamente el primer centro universitario que abriría un programa de especialización médica en psiquiatría, en el cual empezarían también a incorporarse un enfoque más social y comunitario de la psiquiatría, bajo el liderazgo de Carlos León Saltos. De la misma forma, se encuentran diferencias importantes en la estancia hospitalaria del Instituto Colombiano del Seguro Social (ICSS), con un promedio de 28 días. Aunque en el ICSS se practicaba una psiquiatría de corte tradicional biomédica, ya que su sistema de atención médica debía ceñirse a los principios y normas del Ministerio de Salud (Presidencia de la República, 1971), podemos inferir que existía un control más estricto de los gastos ocasionados por la atención hospitalaria de las personas y porque atendía trabajadores formales activos que debían reincorporarse prontamente a sus puestos de trabajo.

En el Macrodiagnóstico de 1973 se plantean los problemas de salud mental en términos de enfermedad, encontrándose que los principales diagnósticos atendidos fueron psicosis (64%), neurosis (10,7%), síndromes cerebrales orgánicos (8,59%), drogadicción (4,41%), y retardo mental (4,26%) (Ministerio de Salud Pública, 1974). Como puede apreciarse, el abordaje al diagnóstico de la situación de salud mental en este momento se encuentra centrado en una visión reducida de la salud mental, dominada por una psiquiatría desde la perspectiva biomédica y la enfermedad, así se esté hablando de salud mental. Esta visión



desde la patología y la anormalidad se trasladó a las decisiones desde el poder público, de tal manera fueron las recomendaciones de dicho documento de 1973.

Lo que denominó el Ministerio de Salud Pública en 1973 como el plan alternativo para resolver los problemas de la situación de salud mental del país, identificó como punto crítico la distribución e insuficiencia de las camas psiquiátricas en el país. Es decir, buscaban resolver la problemática de salud mental ciñéndose a la atención de los enfermos mentales, en un sistema de salud al que había que agregarle más camas, justamente en un momento en el que en otras latitudes se empezaba a mover la desmanicomialización y desinstitucionalización. Algo que sí mostraba un punto de inflexión era la insistencia en que una parte de esas camas psiquiátricas se ubicaran en hospitales generales, como lo contemplaba la Resolución 679 de 1967 del Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud, 1967) en consonancia con las recomendaciones del Informe Esquibel de 1965 (Esquibel, 1966). Se buscaba que al menos el 5% de las camas en hospitales generales fueran destinadas a la atención de enfermos mentales, lo que podía complementarse con la construcción o adaptación de unidades psiquiátricas anexas a los hospitales generales y en los hospitales universitarios. El fortalecimiento de la atención extramural y ambulatoria eran clave en esta propuesta de cambio, en la que también se pretendía implementar la utilización de nuevos tratamientos, con técnicas que permitieran abordajes colectivos.

La intención, loable, la realidad mostró las dificultades que un sistema de salud fragmentado, en el que los diferentes actores tenían intereses difícilmente armonizables. El gobierno, el ICSS tratando de gastar lo menos posible, por un lado, y por el otro las clínicas, hospitales privados y médicos particulares velando por la rentabilidad de su actividad. En la mitad quedaban las personas y comunidades, sufrientes, con malestares y síntomas que se intentaban paliar a través del aislamiento y de “tranquilizarlos” o “aquietarlos”, que no molestaran. Cuando estaban por fuera de los hospitales y asilos psiquiátricos, los internaban para que no resultasen molestos para las gentes en las calles y ya una vez en las instituciones, había que darles un manejo que podía terminar siendo dirigido a que no molestaran a los trabajadores de los hospitales, en la búsqueda de lograr las salas tranquilas de que nos habló Sandra Caponi en su artículo (Caponi, 2021).

De todos modos, se sometía a las personas con síntomas y signos compatibles con un diagnóstico de un trastorno mental al sometimiento de estructuras de poder tanto fuera

como dentro de los hospitales psiquiátricos. El aceptar dicho poder, es decir, someterse, era parte de los objetivos tácitos que se planteaban durante el proceso de atención en medio de prácticas de salud mental que no reconocían fácilmente la diversidad, la libertad, la dignidad y los derechos de las personas. Curiosamente para resolver esto, recomendaban formar y contratar más psiquiatras, ampliar la formación en salud mental en los pregrados y a los médicos no psiquiatras. El objetivo, llegar a un número mayor de psiquiatras que garantizaran que hubiera un psiquiatra por cada 100 camas. El lector podrá imaginarse qué tipo de atención alternativa y dirigida al cambio puede realizar un psiquiatra formado y desarrollado al interior de un modelo de atención manicomial, cuando la meta era que tuvieran a su cargo máximo 100 pacientes por psiquiatra. El país contaba en ese momento con 250 psiquiatras concentrados en las ciudades principales, para una población de 23.538.390 habitantes.

También se proponía fortalecer la formación de enfermeras en el área de psiquiatría, al igual que incrementar el número de profesionales en psicología, trabajo social y terapia ocupacional, disciplinas que el Comité de Expertos en Higiene Mental de la OMS había recomendado desde 1949 que debían entrar a jugar un papel de liderazgo en el campo de la salud mental (OMS, 1953). Sin embargo, en Colombia la recomendación del Ministerio de Salud Pública era resolver el problema de salud mental con más psiquiatría y más psiquiatras, más presupuesto para medicamentos, sin afectar con la misma intensidad los demás aspectos que implicaban la transformación del campo de la salud mental, así se mencionara en la formalidad del informe del Macrodiagnóstico (Ministerio de Salud Pública, 1974) el interés en ampliar la atención de niños, adolescentes y vincular y formar a miembros de la comunidad que incluían la Iglesia, los padres de familia, líderes comunitarios y la Policía Nacional. Era una apuesta coherente que se enfrentaba con un sistema de salud y una concepción de la salud mental en los distintos sectores que hacía imposible las transformaciones de fondo en el campo de la salud mental en Colombia.

En 1974, el Ministerio de Salud Pública realizó otro Macrodiagnóstico (Ministerio de Salud, 1976b) en el que reconoce la dificultad que hubo para financiar las propuestas realizadas en el de 1973. Este nuevo Macrodiagnóstico retoma gran parte de lo propuesto en el del año anterior, pero con un mayor énfasis en las acciones de nivel comunitario, siendo la salud mental comunitaria una estrategia relevante en el mismo. Este documento también

incorpora lo que denominaron “Política de la División de Salud Mental”, cuyo objetivo era reducir la morbilidad por trastornos mentales mediante acciones preventivas. La promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y sobre todo el diagnóstico precoz y oportuno de los trastornos mentales, fue señalado como uno de los principales objetivos en los que debería enfocarse el Ministerio de Salud Pública y las administraciones de los municipios, departamentos, intendencias y comisarías, en una red articulada dentro del sistema nacional de salud (Ministerio de Salud, 1976b).

A pesar de que el tono del discurso del Macrodiagnóstico de 1974 (Ministerio de Salud, 1976b) incluye unas referencias reiterativas a los componentes comunitarios, gran parte de las propuestas de cambio siguen centrados en la psiquiatría, los psiquiatras, los tratamientos psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos. Igualmente, las dificultades para lograr la financiación de las propuestas contempladas en el documento permanecerían como algo que ha acompañado al campo de la salud mental: muy buenas intenciones y poco presupuesto.

El Macrodiagnóstico de Salud Mental de 1974, en particular reconoció varios hechos relevantes en su introducción. Además de centrarse en la atención médico-psiquiátrica, como ya se mencionó, reconoció que la escasez e inadecuada distribución de los recursos disponibles, que además de insuficientes estaban concentrados en las grandes ciudades, especialmente en el centro del país, hacía necesario dirigir los esfuerzos “hacia el diagnóstico precoz del caso agudo, a acciones preventivas a nivel primario y a un tipo de atención progresiva al paciente psiquiátrico” (Ministerio de Salud, 1976b), en un claro despliegue del enfoque preventivista buscando maximizar la eficiencia de los recursos a través de acciones que pudieran evitar la aparición de condiciones de salud mental indeseadas, ya que la aparición de los trastornos mentales en la población acarrea gastos tanto para el sistema de salud, como para las familias y las comunidades.

### **2.3 La salud mental en el Sistema Nacional de Salud. (1975-1997)**

Una de las metas trazadas en el Plan de Las Cuatro Estrategias, como se denominó el Plan de Desarrollo del gobierno del presidente Misael Pastrana Borrero (1970-1974), fue la creación de un Sistema Único de Salud (Departamento Nacional de Planeación, 1972; Quevedo et al., 1990). El nuevo sistema de salud buscaría integrar los distintos regímenes existentes en el sector salud colombiano, representados por el Ministerio de Salud Pública, el ICSS, y las cajas de previsión social del sector público. Otras de las metas del nuevo sistema de salud era la creación de un sistema de información adecuado y unificado que superara la fragmentación institucional existente; estructurar un plan de inversiones y de suministro de insumos; revisar la legislación en salud y unificar las normas y el control fiscal del sector. Como bien puede observar el lector, estos puntos fueron considerados en los Macrodiagnósticos de Salud Mental de 1973 y 1974, aunque en el plan de desarrollo la salud mental no aparecía entre sus prioridades en salud, las cuales incluían nueve enfermedades infecciosas y el aborto.

Las políticas de salud propuestas en el Plan de Las Cuatro Estrategias (Departamento Nacional de Planeación, 1972) contemplaban la intersectorialidad, ya que asumía que no era posible el desarrollo del sector salud en el país si no existía una retroalimentación con otros sectores. También incluían la ampliación de la cobertura de atención en salud, la regionalización de los servicios, la formación y capacitación del personal de la salud y fomentar la investigación aplicada que denominaba biosocial y operacional, con el fin de generar referentes útiles para analizar y mejorar el sistema de salud y diseñar nuevas formas de prestación de servicios de salud, a la vez que auguraba que en las últimas décadas del siglo XX se surtirían cambios tanto en la financiación como en la organización de los servicios de salud, como efectivamente sucedería.

Estas iniciativas del plan de desarrollo tenían como antecedentes normativos el Decreto 2470 de 1968 (Presidencia de la República, 1968), que contenía una reorganización del Ministerio de Salud Pública, la cual no incluía una dependencia específica para el campo de la salud mental y, definió el Sistema Nacional de Salud como “el conjunto de organismos que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad” (Presidencia de la República, 1968) y lo organizó en 3 niveles: nacional, seccional y local; la Ley 9 de 1973

(Presidencia de la República de Colombia, 1973), que otorgó facultades extraordinarias al Presidente de República para reorganizar el Ministerio de Salud Pública y el Sistema Nacional de Salud; Decreto 621 de 1974 (Presidencia de la República de Colombia, 1974a), que reorganiza el Ministerio de Salud Pública, incorporando nuevamente una dependencia para salud mental con el nombre de División de Salud Mental; de la cual dependían la Sección de Organización de Salud Mental y la Sección de Programación e Investigaciones; el Decreto 654 de 1974 (Presidencia de la República, 1974a), que estableció la organización de dirección del Sistema Nacional de Salud, con tres subsectores (Subsector Oficial y Mixto, Subsector de la Seguridad Social y Subsector Privado), además refrendó el interés descentralizador con la constitución en todos los departamentos, intendencias, comisarías y en el Distrito Especial de Bogotá, Servicios Seccionales de Salud, que serían luego regulados por el Decreto 706 de 1974 (Presidencia de la República, 1974b) y el Decreto 350 de 1975 (Presidencia de la República de Colombia, 1975), además de organizar el Nivel Local Regionalizado del SNS (República de Colombia, 1974). Como puede observarse, esta era una época de definiciones institucionales con una gran prolijidad normativa, en la que se reorganizaba lo recientemente reorganizado, y donde la categoría comunidad, al hablar de salud, comienza a ser más relevante y en la que también se subía el nivel de la salud mental en el organigrama del Ministerio de Salud Pública o incluso se eliminaba del mismo, lo que nos permite inferir que no existía una claridad de qué era lo que se deseaba con el campo de la salud mental.

Otras normas relacionadas con el Sistema Nacional de Salud (SNS) fueron el Decreto 655 de 1974 (Presidencia de la República de Colombia, 1974b), también sobre organización y coordinación del SNS. A esta se le sumaron el Decreto 702 de 1974 (Presidencia de la República de Colombia, 1974c) que creó el Subsistema Nacional de Información del SNS y el Decreto 704 de 1974 (Presidencia de la República de Colombia, 1974d), que estableció el Subsistema Nacional de Suministros del SNS.

Finalmente, el Decreto 056 de 1975, redefine al SNS como el “*conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación*” (República de Colombia, 1975). Por medio de este decreto, además de reafirmar el lugar central que ocupaba la comunidad en la concepción del campo de la salud, también se crearon los Subsistemas Nacionales de Inversión, Información, Planeación, Suministros y

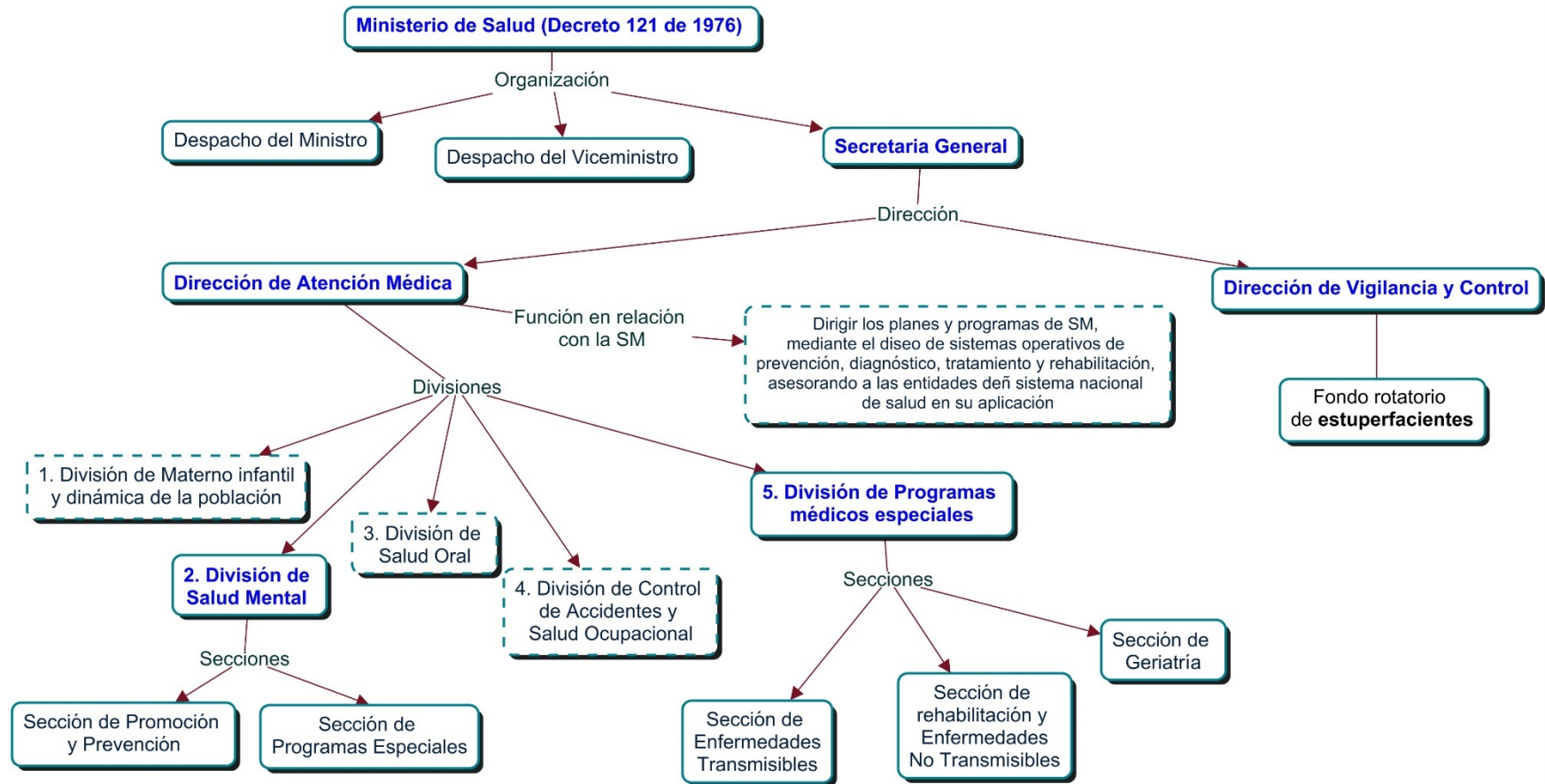
Personal y se mantiene la fragmentación del sistema a través de las categorías de entidades adscritas, para referirse a aquellas de derecho público y entidades vinculadas, las de derecho privado.

Como vemos, en materia de salud para estos años, hay abundancia de normatividad y poco de realidad. Las necesidades en salud eran apremiantes y el sistema de salud había que ponerlo a andar y a que asumiera el desafío de cerrar las brechas de atención en salud en un sistema fragmentado, con un Subsector Privado de salud en expansión, con vocación de llenar los vacíos del Estado, a costa de profundizar las desigualdades e inequidades en salud.

En 1976 con el Decreto 121 se daría otra reorganización del Ministerio de Salud Pública, pasando a llamarse Ministerio de Salud, el cual hacía parte del SNS y se le asignaba la dirección nacional del sector salud (República de Colombia, 1976). En esta reorganización (Figura 2-4) se dio paso al cambio de nombre de Ministerio de Salud Pública a Ministerio de Salud y se conservó la División de Salud Mental, que tenía en su interior dos secciones: la de promoción y prevención y la de programas asistenciales. A esta División, dependiente ministerial, lo que daba a entender el lugar que, al menos administrativamente, se le estaba concediendo a la salud mental.

Esta División llegó a tener una presencia notoria en los territorios, a través de su labor con los Servicios Seccionales de Salud en el marco del proceso de descentralización iniciado con la reorganización del Ministerio de Salud Pública de 1963. El país vería florecer las secciones de salud mental en los departamentos de Colombia, además distintos programas de salud mental de base comunitaria (Alarcón, R. D., 1986; C. León, 1976), de la mano con la entronización de la Atención Primaria en Salud (APS) y su respaldo oficial de la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978).

Figura 2-4. Organización administrativa del Ministerio de Salud, Decreto 121 de 1976



Fuente: elaboración propia a partir del decreto 121 de 19

La APS, tuvo un sitio destacado en los planteamientos hechos desde el SNS. La promulgación de la Declaración de Alma-Ata en 1978, y su propósito de “Salud para todos en el año 2000”, sirvió de derrotero (OMS, 1978, p. 1) para pensar y formular las transformaciones necesarias a través del sistema de salud y en el sistema mismo. De acuerdo con la definición contenida en esta Declaración:

“La Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978, p. 1).

Algunos de los componentes de la APS aplicados al campo de la salud mental coincidían con recomendaciones de documentos previos como el informe Esquibel (Esquibel, 1966), en el sentido de favorecer la atención comunitaria y reducir los grandes hospitales psiquiátricos de orden manicomial, integrando la atención psiquiátrica al hospital general y favoreciendo la formación de profesionales de la salud no psiquiatras en la atención de enfermedades psiquiátricas y en salud mental (Climent et al., 1978, 1983; C. A. León, 1985).

La APS fue acogida con fervor en el SNS, recogiendo experiencias previas del país como las promotoras rurales de salud y el Servicio Médico Social Obligatorio, en medio del contexto de la medicina social latinoamericana (Franco, 2013; Restrepo Espinosa, 2016). La APS aplicada al campo de la salud mental se convertiría en una de las estrategias fundamentales que guiarían los programas que se implementaban desde la misma División de Salud Mental del Ministerio de Salud con la idea de irradiarlos a lo largo y ancho del



país, con unos desarrollos notorios en el Valle del Cauca bajo el liderazgo de Carlos León (C. A. León, 1985).

Durante este periodo, los esfuerzos de la APS para contribuir a la ampliación de la cobertura y el acceso del SNS tuvieron un alcance restringido, en parte, porque no se incorporó la estrategia de APS en la atención especializada del segundo y tercer nivel de atención (Departamento Nacional de Planeación, 1972; Yepes Luján et al., 1990), en medio de una expansión de la perspectiva biomédica bajo una gran influencia de la medicina anglosajona (M. Hernández et al., 2002a), y consolidación del complejo médico industrial; igualmente el SNS fue cooptado por los poderes políticos electorales regionales que utilizaban los recursos financieros, físicos y humanos del SNS indebidamente para mantener y ampliar su base electoral y el poder en las regiones, bajo la mirada cómplice del nivel central del Gobierno. El campo de la salud mental, como parte del sistema de salud, también fue víctima de estas situaciones con una repercusión adicional: los programas de base comunitaria robustos se limitaron a experiencias aisladas (Alarcón, R. D., 1986; C. León, 1976), por lo que la institucionalización psiquiátrica siguió liderando el campo de la salud mental, alejando a Colombia de los procesos de reforma psiquiátrica que se vivían en otros países, incluso de la misma América Latina.

La APS en el campo de la salud mental terminó por alimentar la lista de paradojas que se han descrito en esta investigación, ya que, si bien, existieron importantes desarrollos, la base organizativa y operaciones del sistema de salud seguía funcionando con base en una perspectiva biomédica bajo el liderazgo de la psiquiatría. El Macrodiagnóstico de Salud Mental de 1981 (Ministerio de Salud, 1982) así lo ratifica, ya que mantuvo la línea de los macrodiagnósticos de 1973 y 1974 (Ministerio de Salud, 1976b; Ministerio de Salud Pública, 1974), con un discurso de salud mental, pero con un contenido extenso sobre instituciones y camas psiquiátricas, aunque en su introducción hicieran afirmaciones como:

“Las nuevas tendencias en psiquiatría, en la medida en que han permitido una mayor comprensión de la enfermedad mental y un más adecuado aprovechamiento de las diferentes alternativas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas, han generado un cambio en la oferta de servicios. Esto ha logrado el desplazamiento del manicomio tradicional hacia instituciones hospitalarias más abiertas y próximas al medio sociofamiliar...” (Ministerio de Salud, 1982).

La transición real de los grandes hospitales psiquiátricos a unidades de salud mental en hospitales generales o en centros de salud cercanos a las personas, en 1981 era aún tímida. De las 3.151 camas psiquiátricas que había ese año, solo 361 (11.45%) camas se encontraban en unidades de salud mental. Las preocupaciones continuaban girando alrededor de las enfermedades (esquizofrenia, trastornos neuróticos, epilepsia, psicosis afectiva, retardo mental y trastornos de personalidad), el escaso número de personal especializado en salud mental y la escasez presupuestal (Ministerio de Salud, 1982).

En 1986 el Ministerio de Salud publicó el Macrodiagnóstico de Salud Mental Subsector Oficial Directo de los años 1983, 1984 y 1985 (Ministerio de Salud, 1986), en un momento en el que la psiquiatra María Cristina Aitken de Taborda ocupa el cargo de Viceministra de Salud y el Jefe de la División de Salud Mental, el también psiquiatra Jairo A. Luna Acosta. Ese informe contenía además de la información estadística de esos años, el directorio institucional y un aparte sobre el Programa de Salud Mental y el Programa de Farmacodependencia y Alcoholismo, donde podemos apreciar que al interior de la División de Salud Mental los dos temas funcionaban por separado.

Es este período, como se registró en los antecedentes del Macrodiagnóstico de 1983-1984-1985 (Ministerio de Salud, 1986), se puso de relieve que la División de Salud Mental se propuso realizar un diagnóstico de la situación de salud mental en el país, tarea que se venía desarrollando desde 1973, pero que en estos años se buscaba además que el Programa de Salud Mental tuviera presencia en todos los niveles de atención del SNS, para lo cual profundizaría la descentralización y fortalecería las instituciones y programas operativos, en los que la farmacodependencia por sustancias distintas al alcohol se iba posicionando claramente, dejando un poco rezagado el problema asociado al consumo de bebidas embriagantes, como ese programa insignia que motivó incluso la creación de dependencias dedicadas a la lucha antialcohólica en el pasado reciente.

Este Macrodiagnóstico (Ministerio de Salud, 1986) también da muestra de los esfuerzos por “despsiquiatrizar” la salud mental en Colombia, relacionando la ampliación de los servicios de consulta externa, acondicionamiento de los hospitales psiquiátricos, realización de actividades formativas del personal de salud mental seminarios, elaboración de documentos y material educativo sobre salud mental y creación de alternativas de

intervención como hospitalización parcial, talleres de terapia ocupacional al interior de los hospitales psiquiátricos y unidades de salud mental, Taller Granja Protegido. Adicionalmente, se estrecharon los lazos con los programas de pregrado y posgrado de las universidades del país, así como también la ejecución de convenios con organismos internacionales dirigidos fundamentalmente al área de farmacodependencia y alcoholismo.

En este informe de los años 1983, 1984 y 1985 (Ministerio de Salud, 1986), se expone el anhelo existente desde la creación de la Sección de Higiene Mental en 1960, de tener políticas definidas de salud mental, y en tal sentido se presentaron las políticas de la División de Salud Mental: introducir la salud mental como apoyo de los demás programas de salud, dirigida a la población general, no solo a los enfermos, y a contribuir al logro y conservación de lo que denominaron “un estado de bienestar”; desarrollar la estrategia de atención primaria en salud mental, a través de la capacitación del personal que tuviera contacto directo con las comunidades, con el objeto de ampliar la cobertura del SNS y mejorar el acceso al mismo; realizar intervenciones comunitarias dirigidas a prevenir la aparición de patologías mentales o realizar diagnóstico temprano y remisión al nivel adecuado; diversificar la asistencia ofrecida para prevenir el aislamiento y la cronicidad; fortalecer los vínculos con las instituciones académicas para mejorar la atención en salud mental; crear alternativas de rehabilitación y “facilitar la reubicación sociolaboral”; incentivar la investigación en el área de salud mental y la formación continua del personal de salud mental; trabajar por la intersectorialidad y mantener un adecuado sistema de información (Ministerio de Salud, 1986, pp. 11-12). Como puede observarse hay una permanencia en la búsqueda de unos objetivos esquivos a lo largo del tiempo.

Durante este segmento del período, el Programa de Salud Mental manifiesta tener en cuenta no solo a las personas con trastornos psiquiátricos que deambulan por las ciudades, sino también a los fenómenos de “la violencia, el maltrato, el alto índice de retraso mental y epilepsia” (Ministerio de Salud, 1986, p. 13). Precisamente, en este período el país había vivido la frustración de la pacificación del país, emprendida por el gobierno de Belisario Betancur Cuartas (1982-1986) (Padilla, 2017), quien en su campaña presidencial prometió luchar contra las injusticias sociales, bajo el esperanzador lema de “Sí se puede”, a la vez que afirmaba que “La guerrilla volverá a sus casas cuando descendan las injusticias” (Mendo, 1982) luego de que el país viviera los años anteriores la crudeza de la aplicación de la doctrina de la Seguridad Nacional a través de lo que se

conoció como el Estatuto de Seguridad del gobierno precedente de Julio César Turbay Ayala (1978-1982) (Jiménez, 2009).

Para entonces en el país las violencias, y su impacto en la salud mental, se acrecentaban, ya no solo por las guerrillas sino también por la expansión del paramilitarismo y de los carteles del narcotráfico (Franco A., 2003; E. Neira, 1990), en una imbricación de violencias que desembocaron en hechos como la Toma del Palacio de Justicia en 1985 por el grupo guerrillero M-19. La operación de retoma por parte del Ejército Nacional terminó en una verdadera masacre, en la que fueron asesinados todos los magistrados presentes de la Sala Constitucional y de la Sala Penal de la Corte Suprema de Justicia, que sumaron once magistrados, otro número importante de civiles, militares, guerrilleros para un total de un centenar de muertos y más de una decena de desaparecidos (Orozco, 2016; Vega, 2016).

Como si lo anterior hubiera sido poco, una semana después, el 13 de noviembre de 1985, una avalancha de lodo del río Lagunilla, desencadenada por la erupción del Volcán Nevado del Ruiz, arrasó con la población de Armero, dejando 25.000 muertos a su paso (Rueda Enciso, 1999; Zeiderman & Ramírez Elizalde, 2010). Este desastre natural no solo sepultó al pueblo de Armero sino la tragedia del Palacio de Justicia, pero ambos eventos se sumaron al sufrimiento emocional de la población, tanto de las víctimas directas como indirectas.

Los desafíos para la salud mental por este desastre natural fueron una novedad para el sistema de salud del país y sus políticas de salud mental, tanto por las necesidades inmediatas de atención, como para el personal de salud que trabajó con los sobrevivientes (B. Lima et al., 1989), a pesar de haber vivido el país otro desastre natural reciente, como fue el Terremoto de Popayán en 1983 (Guzmán, 1984; OPS, 1983). El escaso personal en salud mental, ya de por sí era un problema. El Subsector oficial directo, por ejemplo, contaba en 1985, para una población estimada de 30.419.892 habitantes (DANE, 2020), con 144 psiquiatras, 54 psicólogos, 40 terapeutas ocupacionales, 120 profesionales de enfermería y 57 trabajadores sociales (Ministerio de Salud, 1986, p. 35).

Estos Macrodiagnósticos, incluyendo el de 1986 y 1987 (Ministerio de Salud, 1988) reiteran la tensión existente entre el discurso de salud mental del Ministerio de Salud y las realidades del Sistema de Salud y del país, que no logra arrebatarse el liderazgo de la

psiquiatría como categoría ordenadora del campo de la salud mental en Colombia, a pesar de las iniciativas de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud de introducir alternativas de tratamiento y rehabilitación para las personas con trastorno mentales, farmacodependencia y alcoholismo (Ministerio de Salud, 1985, 1987).

El año de 1987 cerró en el país con 5.464 camas psiquiátricas, 51% del Subsector Oficial y 49% del privado, y del total de camas, el 93% se encontraban en hospitales y clínicas psiquiátricas y solo el 7% en unidades de salud mental dentro de hospitales generales, con un porcentaje ocupacional entre el 73% y el 78% (Ministerio de Salud, 1988, pp. 188 y 200). Estos datos nos muestran que en el campo de la salud mental permanece el predominio de la reclusión en hospitales psiquiátricos como la herramienta de intervención más utilizada, con un mayor número de psiquiatras comparativamente con los otros profesionales, casi el triple del número de psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales.

Los Macrodiagnósticos de Salud Mental nos permiten inferir que la psiquiatría seguía manteniendo el poder en el proceso de consolidación del campo de la salud mental en Colombia. Aunque participaran otras profesiones era la psiquiatría la que imponía hegemónicamente las concepciones en juego y las intervenciones que se realizaban en el campo de la salud mental y, además, terminaba por apropiarse de las alternativas propuestas para transformar un campo dominado por la perspectiva biomédica y conjugada con el complejo médico industrial. Eso hacía que los postulados de la APS resultaran difíciles de implementar, ya que no era posible transformar el campo sin transformar las prácticas, lo que requería también cambios en la formación de los profesionales de la salud y en un sistema de salud centrado en los hospitales y dedicado principalmente a la enfermedad. Eso no quiere decir que el SNS no haya realizado esfuerzos por alcanzar las transformaciones necesarias para centrarse en la salud y el bienestar, pero no fueron suficientes.

La dificultad para la implementación de la APS no fue exclusiva de Colombia, sino que estuvo presente en la mayoría de los países de América Latina. Al respecto, (Devani et al., 2014) atribuyeron los escollos para la implementación de la APS al debilitamiento del Estado y la introducción de reformas dirigidas más a reducir los gastos y aumentar la

eficiencia operativa con persistencia del modelo médico hegemónico hospital-céntrico, sin asumir la salud como un derecho fundamental.

En este periodo en Colombia, en medio de un SNS con una estrategia de APS a medio camino, la promoción de la salud, como categoría central de la salud pública, tuvo un nuevo impulso con propósito transformador, que fue plasmado en la Carta de Ottawa en 1986 (M. Hernández, 2017; OMS, 1986). Sin embargo, el propósito loable de que las personas disfrutaran estilos de vida saludables partiendo de su autonomía, terminó en la práctica en medidas de corte preventivista limitadas a factores de riesgo específicos dirigidos más a evitar la enfermedad y cambios de comportamiento que a intervenir “(...) las relaciones de poder de la sociedad contemporánea para superar la profunda desigualdad en las condiciones de vida y salud (...)” (M. Hernández, 2017).

La promoción de la salud ha sido una categoría clave en las políticas de salud mental desde el inicio de su configuración como campo en el siglo XX, luego de un tránsito a través de la higiene y la prevención de la enfermedad, sin que se despojara por completo de estas categorías que la antecedieron. En estas circunstancias, años más tarde aterrizó una categoría específica con el nombre de “Promoción de la salud mental” la cual, según la OMS consistía en “(...) acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables (...)” (OMS, 2004b).

De acuerdo con Restrepo-Espinosa, M. H. (2006), la promoción de la salud mental tendría como uno de sus focos favorecer la autonomía, “el ejercicio activo de los derechos y los deberes en las elecciones y decisiones de vida y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas y los grupos” (Restrepo-Espinosa, 2006, p. 191), para lo que se requiere que el poder y mecanismos materiales en el campo de la salud mental sean transferidos a las personas y comunidades, de tal forma que pueda darse una incidencia real en la toma de decisiones y en la modificación de las condiciones de vida (Restrepo-Espinosa, 2006) .

Si bien, la promoción de la salud mental ha sido uno de los objetivos principales de las políticas de salud mental en Colombia, lo difícil ha sido cómo traducir ese propósito en el sistema de salud, aunque en el SNS, como lo muestran los Macrodiagnósticos de Salud

Mental, se introdujeron esfuerzos por plantear transformaciones en las intervenciones y se hizo alusión a la necesidad de la paz, la solución de las violencias y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, para lo cual, se hace referencia de manera reiterada en las distintas versiones de los macrodiagnósticos a lo indispensable de las acciones intersectoriales. En esos mismos macrodiagnósticos, como se mencionó previamente, se fue ampliando, en las versiones más recientes de 1986 y 1987 la presencia del programa de farmacodependencia y alcoholismo, con propuestas de intervenciones y con un amplio despliegue de cooperación internacional, en el marco internacional de la Guerra contra las Drogas (Rosen & Zepeda Martínez, 2016).

En el contexto de esta Guerra contra las drogas, en Colombia, con la expedición de la Ley 30 de 1986 o Estatuto de Estupefacientes, se ajustó el marco legal en lo referente a “(...) la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes, así como el cultivo de las plantas de las cuales se obtienen estos productos (...)” (Congreso de Colombia, 1986).

Como el lector ha de inferir a partir de esta investigación, en Colombia, en concordancia con el contexto de los poderes internacionales, el desarrollo de lo relacionado con los estupefacientes ha estado mayoritariamente centralizado en los asuntos jurídicos de su comercio y consumo, más que en la salud pública, como puede verificarse en la estructura orgánica del Ministerio de Higiene de 1946 (Congreso de Colombia, 1946a, 1947), del Ministerio de Salud Pública de 1953 (Presidencia de la República de Colombia, 1953) y del Ministerio de Salud a partir de 1974 (Presidencia de la República de Colombia, 1974a), con todas sus reorganizaciones. La ley 30 de 1986 (Congreso de Colombia, 1986) acogió en gran medida este enfoque jurídico y de sanciones penales a lo relacionado con el uso y porte de estupefacientes.

A través de la ley 30 de 1986 el Estado colombiano asumió unas definiciones técnico – sanitarias, que han sido utilizadas para fundamentar las decisiones técnico – legales y administrativas incluidas en la Ley sin profundizar en los aspectos relevantes y sus implicaciones en la salud pública. Las consideraciones de control social y moral con aparentes propósitos de salud pública persisten en esta ley de finales de siglo XX, como también estuvieron presentes en las normas de principios del siglo que revisamos previamente en esta investigación.

Adicionalmente, la utilización de la perspectiva biomédica como enfoque para las definiciones de la Ley sigue dando cuenta de la importancia y uso de la psiquiatría y del poder médico para comprender los asuntos relacionados con el campo de la salud mental:

“(…)

a) Droga: Es toda sustancia que introducida en el organismo vivo modifica sus funciones fisiológicas.

b) Estupefaciente: Es la droga no prescrita médicamente, que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo dependencia.

c) Medicamento: Es toda droga producida o elaborada en forma farmacéutica reconocida que se utiliza para la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación o rehabilitación de las enfermedades de los seres vivos.

d) Sicotrópico: Es la droga que actúa sobre el sistema nervioso central produciendo efectos neuro-psicofisiológicos.

e) Abuso: Es el uso de droga por una persona, prescrita por ella misma y con fines no médicos.

f) Dependencia psicológica: Es la necesidad repetida de consumir una droga, no obstante, sus consecuencias.

g) Adicción o Drogadicción: Es la dependencia de una droga con aparición de síntomas físicos cuando se suprime la droga.

h) Toxicomanía: Entiéndese como dependencia a sustancias médicamente calificadas como tóxicas.

i) Dosis Terapéutica: Es la cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente (…”. (Congreso de Colombia, 1986).

En este mismo artículo se incluyen definiciones más cercanas a la salud pública como prevención, tratamiento y rehabilitación, aunque desconociendo aspectos de índole social o cultural:



“(..) l) Prevención: Es el conjunto de actividades encaminadas a reducir y a evitar la dependencia.

m) Tratamiento: Son los distintos métodos de intervención terapéutica encaminados a contrarrestar los efectos producidos por la droga.

n) Rehabilitación: Es la actividad conducente a la reincorporación útil del farmacodependiente a la sociedad (...)” (Congreso de Colombia, 1986).

Estas definiciones que en su sentido técnico pueden transmitirle al lector la idea de una norma objetiva en su estructuración, al final nos van llevando hacia lo que consideran representan para el Sistema las personas que consumen estupefacientes, lo cual se ve reflejado en la definición de rehabilitación y su propósito de reincorporarlas de una forma útil a la sociedad, dando por entendido que mientras consuman y no se rehabiliten no lo serán. Esta visión, es una forma de probidad moral que se reiterará en el artículo 84, el cual estableció que *“El objetivo principal de las medidas sanitarias y sociales para el tratamiento y rehabilitación del farmacodependiente consistirá en procurar que el individuo se reincorpore como persona útil a la comunidad”* (Congreso de Colombia, 1986).

La Ley 30 de 1986 es un instrumento legal que colocó a las personas que portan o consumen estupefacientes en una situación sin punto medio en la que podían ser consideradas delincuentes y enfermos mentales, dependiendo de la cantidad de sustancia que tuvieran consigo o el propósito de su porte, al momento de ser requeridos por las autoridades. La misma definición de dosis personal contemplada en la Ley, muestra el trasfondo penal que tiene incorporado, pues en su conceptualización desconoce aspectos técnico – científicos, como características de las personas (edad, masa corporal, sexo, etc) y otras inherentes a las sustancias (dosis terapéutica, dosis tóxica, dosis letal, tiempo de exposición, concentración (Téllez Mosquera & Bedoya Chavarriaga, 2015). La definición de dosis personal en esta Ley era:

“Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupefacientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es dosis para uso personal la cantidad de marihuana que no exceda de veinte (20) gramos; la de marihuana hachís la que no exceda de cinco (5) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo, y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve

consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad”. (Congreso de Colombia, 1986).

El reconocimiento de la dosis personal en el Estatuto de Estupefacientes nos introduce en una nueva paradoja, pues permitía el porte de determinadas cantidades de sustancias, sin embargo, el comercio de cualquier cantidad de estas sustancias seguía siendo un delito, luego entonces las personas, para poder adquirir su dosis personal debían necesariamente estar en contacto con personas u organizaciones que estaban incurriendo en el delito de tráfico o fabricación de estupefacientes y terminan siendo parte de una red ilegal.

Adicionalmente, en su concepción la Ley 30 de 1986 se apoya en una perspectiva biomédica reduccionista en la que tiene el consumo de estupefacientes como un sinónimo de enfermedad, en sí mismo, desconociendo que la humanidad en su historia ha hecho uso de diversas sustancias psicoactivas con finalidades diferentes al tráfico ilegal o el uso nocivo de ellas (Pinto, 1998; Rossi, 2018).

La prelación dada a los aspectos jurídicos del uso o porte de estupefacientes en esta Ley se hace presente en el desarrollo de su articulado. Sin embargo, al mismo tiempo se refuerzan las funciones de poder y control médico y abre la puerta a fortalecer el complejo médico industrial y financiero a través de autorizar, en su artículo 3 que “(...) *la producción, fabricación, exportación, importación, distribución, comercio, uso y posesión de estupefacientes, lo mismo que el cultivo de las plantas de las cuales estos se produzcan (...)*”, siempre y cuando sean para “(...) *finés médicos y científicos (...)*” y en su artículo 4 que le confiere al Consejo Nacional de Estupefacientes, la potestad de señalar “*las drogas y medicamentos de que trata la presente Ley que pueden importarse, producirse y formularse en el país, y los laboratorios farmacéuticos que las elaboren o produzcan de las plantas (...)*” (Congreso de Colombia, 1986).

El Consejo Nacional de Estupefacientes (CNE) estaba adscrito al Ministerio de Justicia, lo que reafirma el mayor peso de lo jurídico sobre la salud pública. Este Consejo era integrado por el ministro de Justicia quien lo presidía, el ministro de Defensa Nacional, el ministro de Educación Nacional, el ministro de Salud Pública, el Ministro de Relaciones Exteriores, el Procurador General de la Nación, el director del Departamento Administrativo de Seguridad, el director general de la Policía Nacional, el Fiscal General de la Nación y el

director nacional de estupefacientes (Congreso de Colombia, 1986). Dentro de sus miembros no figuran representantes de las comunidades indígenas, sin embargo, se le asignó al CNE la función de reglamentar “los cultivos de plantas de las cuales se produzcan sustancias estupefacientes y el consumo de éstas, por parte de las poblaciones indígenas, de acuerdo con los usos y prácticas derivadas de su tradición y cultura” (Congreso de Colombia, 1986).

En el ámbito sanitario la Ley permite enmarcar la prevención, tratamiento, o rehabilitación de farmacodependientes dentro de un enfoque medicalizado y le ordena al Ministerio de Salud incluir programas para la “prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes” (Congreso de Colombia, 1986). Muchas de las actividades de prevención se enfocaron en anuncios en los medios de comunicación destinados a combatir el tráfico y consumo de drogas que producen dependencia y se crearon los programas de farmacodependencia y alcoholismo en las distintas seccionales de salud del país, como lo informaron los distintos macrodiagnósticos de salud mental de los que hemos dado cuenta en esta investigación, con servicios restringidos dentro del sistema de salud y focalizados en un abordaje de base biomédico, pese a los intentos de introducir una serie de transformaciones en las intervenciones, algunas de ellas desde la comunidad (Ministerio de Salud, 1987).

La plataforma conceptual puesta en juego en el abordaje a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas se reflejó en el “Estudio Nacional Sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias que Producen Dependencia Colombia 1987” (Torres & Murrelle, 1987). Esta fue una investigación epidemiológica que asumió el problema del consumo de drogas y alcohol como un hecho biopsicosocial y tenía el propósito de identificar tendencias de consumo de sustancias, para fundamentar la toma de decisiones por los encargados de la formulación de políticas de prevención y la definición y orientación de los programas en este campo de la salud en favor del bienestar del individuo y la sociedad.

En el estudio se aplicaron 2800 encuestas a personas entre 12 y 64 años de Colombia con el fin de conocer el comportamiento del consumo en las distintas etapas (educación secundaria, universitaria, laboral y adultez) (Torres & Murrelle, 1987).

Entre los principales resultados del estudio se encontró que el alcohol era la sustancia con mayor consumo, tanto para hombres (705 de cada 1000 habían consumido en el último año) como para mujeres (416 de cada 1000 mujeres); en segundo lugar, el consumo de cigarrillo en hombres (373 de cada mil hombres) y en mujeres (222 de cada mil) y en tercer lugar los tranquilizantes. En relación con las sustancias ilegales, se evidenció que la marihuana la consumían 19 de cada 1000 hombres y 3 de cada 1000 mujeres; la basuca 10 de cada 1000 hombres y 3 de cada 1000 en las mujeres (Torres & Murrelle, 1987). (Ver Tabla 2-2)

**Tabla 2-2** Proporción de prevalencia por mil del consumo de sustancias en el último año que producen dependencia según sexo.

<b>Sustancia</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Alcohol	705	416	560
Cigarrillo	373	222	297
Tranquilizantes	46	74	60
Marihuana	19	3	11
Basuca	10	3	6
Cocaína	4	1	3

Fuente: Elaboración propia

Adicional al diagnóstico de consumo, el estudio incluyó el nivel de depresión clínica y el intento del suicidio teniendo en cuenta su asociación con el consumo de sustancias y que el suicidio es un indicador de problemas de salud mental.

Para evaluar la depresión clínica, se utilizó la escala auto aplicable para la evaluación de la depresión de Zung. Se observó mayor prevalencia de depresión clínica en mujeres (207 por cada mil mujeres) que en hombres (124 por cada 1000 hombres). En relación con el intento de suicidio, se encontró que la proporción de prevalencia fue mayor en las mujeres (52 por cada 1000 mujeres) que en los hombres (38 por cada mil hombres) (**Tabla 2-3**).

**Tabla 2-3.** Proporción de prevalencia por mil del nivel de depresión clínica y el intento de suicidio según sexo

	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
Nivel de depresión			
Leve	124	207	165
Moderada	41	79	60
Severa	8	21	15
Intento de suicidio	38	52	45

Fuente: Elaboración propia

Con el propósito de dar orientación frente a los programas requeridos para el consumo de sustancias, se presentaron también los resultados según los grupos de edades. Según los resultados (Tabla 2-4) la proporción de prevalencia de consumo de alcohol va en aumento hasta los 37 años, duplicándose para el rango de edad 16-19 años con respecto al primer grupo de 12-15 años. Para el consumo de cigarrillo también se observó una tendencia en el incremento de la proporción de prevalencia alcanzando la mayor prevalencia en las personas entre 25 y 29 años.

**Tabla 2-4.** Proporción de prevalencia de consumo por grupos de edad

<b>Sustancia</b>	<b>Rango de edades</b>						
	<b>12-15</b>	<b>16-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-37</b>	<b>38-49</b>	<b>50-64</b>
Alcohol	291	608	693	697	653	549	431
Cigarrillo	46	249	362	428	394	337	266
Tranquilizantes	23	45	55	60	63	75	112
Marihuana	5	12	25	20	15	5	0
Basuca	0	12	13	8	10	3	0
Cocaína	0	2	5	5	5	0	0

Como factores asociados al consumo del alcohol resaltaron: las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, el estado laboral y las condiciones familiares se convierten en factores determinantes en el consumo de alcohol y otras sustancias con una asociación muy marcada.

En cuanto a los motivos de consumo de sustancias se encontró: olvidar preocupaciones, diversión, por rendimiento en el trabajo o estudio, por curiosidad, para aumentar la creatividad, por no tener nada más que hacer y por aceptación social.

En relación con la opinión de los participantes frente al consumo en Colombia, los participantes manifestaron factores como el desempleo (47,9%), la violencia (20,4%), el abuso a las drogas (9,7%), el narcotráfico (8,9%), la guerrilla (7,9), y los problemas de salud (2,5%).

Finalmente, el estudio también destacó que la búsqueda de ayuda a nivel profesional por parte de las personas, no se da frecuentemente.

Como puede observarse, se trató de una aproximación desde el conocimiento hegemónico de la salud mental, que le mostró al país cifras gruesas de consumo de sustancias psicoactivas, con el intento de resaltar asociaciones con diagnósticos psiquiátricos y de tener en cuenta algunos factores sociales, pero el grueso del estudio corresponde a un abordaje desde la epidemiología clásica, en un momento en que paralelamente el SNS trataba de introducir intervenciones alternativas, que no lograban transformar las prácticas de salud mental estructuralmente en un sistema de salud fragmentado, y que se vio abocado a una nueva reorganización a través de la Ley 10 de 1990 (Congreso de Colombia, 1990), la cual determinó que:

“(…) el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud (…)”. (Congreso de Colombia, 1990).

La Ley 10 de 1990 reconoció la prestación de los servicios de salud como un servicio público a cargo de la Nación, de carácter gratuito cuando se tratara de servicios básicos, coadministrado con las entidades territoriales y personas privadas autorizadas, ratificando el interés descentralizador del SNS y profundizando la fragmentación del sistema, ya que le otorga oficialmente un mayor protagonismo al Subsector privado, el cual en las cifras,

como lo vimos en los informes de los macrodiagnósticos de salud mental, fue haciéndose cargo de manera incremental de un mayor porcentaje de la prestación de los servicios de salud.

El servicio público de salud, de acuerdo con esta ley, estaba regido por seis principios: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional entre las entidades públicas y privadas.

En esta reorganización del sistema de salud, se determinó que los habitantes del territorio nacional tenían derechos y deberes en el servicio público de salud, a la vez que debía definir las tarifas de los servicios de salud y sus normas de calidad, incluyendo las compañías de medicina prepagada. La ley también definió que en Colombia el Sector Salud estaba integrado por: el Subsector oficial, correspondiente a las entidades públicas; y, el subsector privado, conformado las entidades o personas privadas que presten servicios de salud. La Dirección Nacional del Sistema de Salud se le asignó al Ministerio de Salud, el cual, quedaba con la responsabilidad de formular las políticas y vigilar su cumplimiento, dictar todas las normas técnico-científicas y administrativas (Congreso de Colombia, 1990).

El marco de implementación de la Ley 10 de 1990 asentaría los cimientos para la expoliación de las funciones y adelgazamiento del Estado en el sistema de salud y se le transferirían con mayor intensidad a los particulares, para quienes era una fuente de acumulación de capital. El campo de la salud mental no fue ajeno a este proceso. De hecho, la estabilidad de la que gozó el área de Salud Mental en el Ministerio de salud desde 1974, se vio alterada en 1990, período en el que el Estado colombiano profundiza las reformas neoliberales en su estructura y funcionamiento.

En 1990 se reorganizó el Ministerio de Salud por medio del Decreto 1471 (Presidencia de la República de Colombia, 1990), en el que la dependencia que tendría a su cargo el campo de la salud mental dejó de llamarse salud mental y fue transformada en la nueva División de Comportamiento Humano, la cual dependía de la Subdirección de Control de Factores de Riesgo Biológico y del Comportamiento (Figura 2-5) que, a su vez, hacía parte de la Dirección General Técnica del Ministerio. Este cambio nominativo no fue casual. Al respecto, el médico psiquiatra José Posada Villa afirmó que el propósito del cambio de

nombre de la División obedeció a “reducir la repercusión negativa que la expresión salud mental iba adquiriendo en el imaginario colectivo” (Comunicación personal, 10 de octubre de 2018); sin embargo, Posada reconoció que este objetivo no se alcanzó, y en cambio, lo que sí produjo fue una pérdida de reconocimiento del campo de la salud mental.

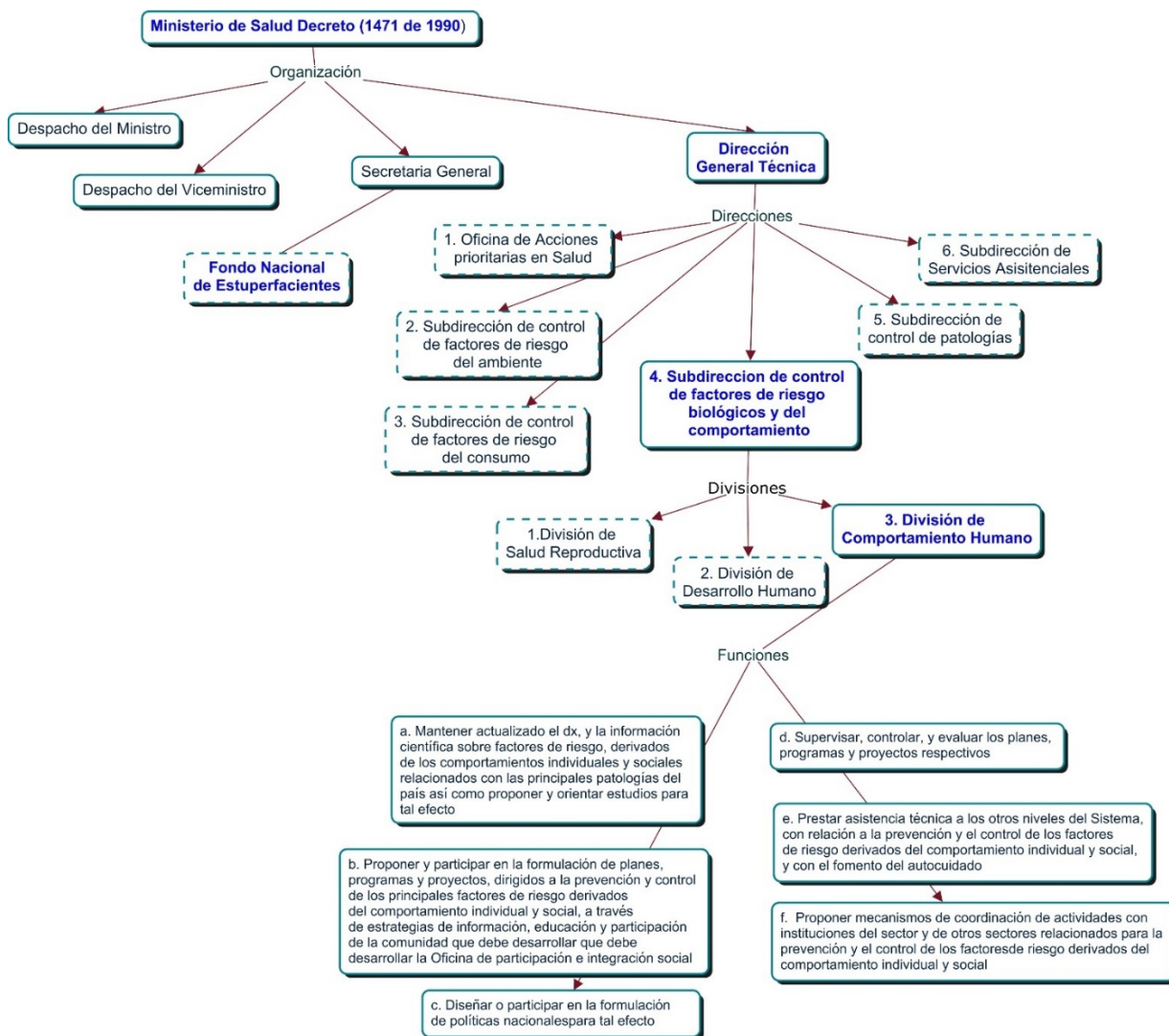
El cambio del nombre de la División se dio además en el marco de la profundización de la perspectiva biomédica y conductual en la psiquiatría y la psicología al inicio de una década que fue denominada la “década del cerebro” (Martínez-Lage, 1993; Martín-Rodríguez et al., 2004), en la que se le concedió a las neurociencias, un lugar destacado y la titularidad para liderar investigaciones que conllevaran a la prevención, cura o alivio de trastornos neurológicos, incluyendo enfermedades mentales graves, su tratamiento y rehabilitación y además le otorgaba a la psiquiatría un sustento científico para su aparato teórico, con la idea de establecer relaciones causales para los problemas y trastornos de salud mental, de las que se desprendieran a su vez tratamientos específicos, como había sido el caso del desequilibrio neuroquímico como explicación principal de la causa de la depresión (Guadarrama et al., 2006) y el inicio de la comercialización en 1987 de la fluoxetina como su tratamiento y que fue promocionada como la droga de la felicidad (Arizaga, 2007) inaugurando la que sería conocida como la era del Prozac, marco bajo la cual fue comercializada por el laboratorio estadounidense Eli Lilly (Fernández Liria, 2018), comuna estrategia de mercadeo realizada bajo la premisa de ser una “*bala mágica*” (Calvo, 2006), en el sentido de que estaba dirigida específicamente a resolver la depresión, al equilibrar el desbalance neuroquímico subyacente, esbozado como teoría causal de la depresión, a pesar de que el Prozac no terminó cumpliendo con el precepto de la bala mágica, al ser usado en al menos una decena de otros diagnósticos (Fernández Liria, 2018).

Dentro de las funciones de la División de Comportamiento Humano estaban: diseñar o participar en la formulación de políticas nacionales para tal efecto; supervisar, controlar y evaluar los planes, programas y proyectos respectivos y, mantener actualizado el diagnóstico y la información científica sobre factores de riesgo, comportamientos individuales y sociales relacionados con las principales patologías del país, así como proponer y orientar estudios para tal efecto, quedando en evidencia la prelación de la perspectiva biomédica en el campo de la salud mental. Esta nueva División tuvo a su haber



la realización del Primer Estudio Nacional de Salud Mental, realizado en 1993 (Ministerio de Salud, 1994a).

**Figura 2-5.** Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1471 de 1990



**Fuente:** elaboración propia a partir del decreto 1471 de 1990 (Presidencia de la República de Colombia, 1990)

## 2.4 La Constitución Política de 1991, nuevos vientos corren en el país.

Los desarrollos normativos e institucionales en Colombia han acercado el derecho a la salud mental al contenido discursivo de las políticas públicas. En esta investigación hemos recorrido la trayectoria de estas normas, las cuales fueron realizadas bajo la sombra de la Constitución Política de 1886 (Presidencia de la República, 1886) y sus más de 70 reformas (Olano-García, 2019).

Durante la vigencia de esta constitución el país vivió el fenómeno denominado “La violencia” (Centro Gaitán, 1985; Franco, 1997; Zuleta, 2020), el conflicto armado interno, las transformaciones demográficas, pasando de ser un país rural a un país mayoritariamente urbano (Murad Rivera, 2003) e individualista<sup>26</sup> (Cienfuegos-Martínez et al., 2016) y las consecuencias del narcotráfico. En este contexto surgieron fenómenos como el de la “Séptima Papeleta”<sup>27</sup>, la Asamblea Nacional Constituyente, electa por votación popular el 9 de diciembre de 1990, instalada el 5 de febrero de 1991, la cual proclamó la nueva Constitución Política el 4 de Julio de 1991 (Presidencia de la República, 1991b), siendo presidente de la República, César Gaviria Trujillo (1990-1994), luego de un proceso de reincorporación a la vida civil del M-19 y otros grupos guerrilleros. La nueva Constitución, incluía en su texto la prohibición de la extradición de ciudadanos colombianos, que se consideró beneficiaba específicamente a los líderes de los carteles del narcotráfico y que derivó en la entrega del líder del Cartel de Medellín, Pablo Escobar, quien se recluyó en una cárcel construida por él mismo denominada “La Catedral”<sup>28</sup>. La nueva Constitución abría la posibilidad de solucionar las violencias, el conflicto armado

---

<sup>26</sup> Para el psicólogo social Carlos José Parales Quenza, “las crisis actuales son de la posmodernidad y están caracterizadas, entre otros elementos por la fragmentación de la conciencia común y la radicalización del individualismo. La individualización supone el rechazo de los límites que trata de poner la sociedad sobre las aspiraciones personales” (Parales Quenza, 2021). Para el mismo autor, el individualismo no equivale a un “debilitamiento de lo social, sino su transformación por el desarrollo de una ideología basada en el individuo y sus derechos, libertades y capacidades. El individualismo, por lo tanto, es producto de la sociedad” (Parales Quenza, 2021, p. 16). Adicionalmente, este individualismo “que supone diversidad y fragmentación social, amenaza el consenso de la sociedad. No hay autoridad que sea reconocida por todos, ni siquiera la de la ciencia, y la forma de imponer límites es el uso de la fuerza” (Parales Quenza, 2021, p. 16).

<sup>27</sup> La Séptima Papeleta (González-Posso, 2012; Granda-Marin, 1994).

<sup>28</sup> Esta cárcel recibe este nombre por estar ubicada en la vereda “La Catedral”, jurisdicción del Municipio de Envigado, Departamento de Antioquia, Colombia.

interno, y el narcotráfico y otros problemas sociales en un marco pacífico, lo cual se esperaba que favoreciera la salud mental y el bienestar de la sociedad colombiana.

La Constitución Política de 1991, designó a Colombia como un Estado Social de Derecho cuyos fines esenciales son:

“(…) servir a la comunidad, promover la prosperidad general, la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afecta y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo” (Presidencia de la República, 1991b).

Esta Constitución, también reconoce la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana, aspecto indispensable para el disfrute de la salud mental de su población y lo cual hace que las generalizaciones derivadas de enfoques restrictivos y reduccionistas para entender la salud mental de las personas y comunidades no sean las adecuadas.

El desarrollo de los derechos fundamentales es uno de los grandes logros de la nueva carta política, en el que, entre otros, obliga al Estado a proteger de manera especial a las personas que por su “(…) condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta (…)” (Presidencia de la República, 1991b). En el capítulo de los derechos fundamentales, la Constitución reconoce también el derecho de toda persona a su personalidad jurídica, el libre desarrollo de la personalidad, la libertad de conciencia, de cultos, de expresión, libertad de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra, el derecho a la paz, al trabajo en condiciones dignas y justas, entre otros (Presidencia de la República, 1991b). En el capítulo de “derechos sociales, económicos y culturales” dispone que la familia es el núcleo fundamental de la sociedad, la igualdad de derechos y oportunidades para hombres y mujeres, reconoce que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás, los adolescentes tienen derecho a la protección y a la formación integral, el artículo 47 estipula que el Estado “adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran” (Presidencia de la República, 1991b); que “la seguridad social es un servicio público de

carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad” (Presidencia de la República, 1991b)<sup>29</sup>, la Constitución también garantiza el derecho irrenunciable a la Seguridad Social, la cual podrá ser prestada por entidades públicas o privadas. El artículo 49 consagra que la atención de la salud, y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; establece igualmente que los servicios de salud serán descentralizados, participativos y organizados por niveles de atención. En ella se reconoce, de la misma manera el deber de todas las personas en procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Este artículo 49 se reformó posteriormente a través del Acto Legislativo 2 de 2009 artículo 1 (Congreso de Colombia, 2009a) que adicionó lo siguiente:

“(…) El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos (…).” (Congreso de Colombia, 2009a).

Aunque esta reforma constitucional es de 2009, hay que subrayar la permanencia de la perspectiva moral, policiva, judicial e higienista en el abordaje de los problemas

---

<sup>29</sup> El artículo 48 de la Constitución Política fue modificado a través del Acto Legislativo 1 de 2005 artículo 1º, en relación con varios aspectos del sistema pensional, entre ellos, la sostenibilidad financiera del mismo

relacionados con el consumo de los estupefacientes y de los trastornos mentales asociados.

En el texto constitucional también aparecen categorías que se mencionaron previamente en esta investigación y que se han relacionado con salud en general y con salud mental en particular, como lo son bienestar y calidad de vida. En esta línea, el artículo 366 expone que:

“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación” (Presidencia de la República, 1991b, Artículo 366).

Se puede colegir del texto constitucional el amplio concepto sobre salud que se pretendió incorporar a la Carta Magna y que como veremos más adelante no se ve reflejado completamente en las prácticas y reglamentaciones particulares del SGSSS, lo cual explica el gran porcentaje de acciones de tutela en las que se reclama el derecho a la salud, el cual según los informes de la Defensoría del pueblo (Ardila Gómez, 2010; Defensoría del pueblo, 2018; Gutiérrez Avendaño & Herazo, 2021) va en aumento tanto en números totales como en número de tutelas por habitantes, incluyendo en estas reclamaciones por servicios, dispositivos, procedimientos y medicamentos contemplados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) lo cual pone en evidencia las barreras para incorporar el espíritu de la Constitución y las órdenes judiciales que las interpretan en las prácticas y disposiciones administrativas de un Sistema de Salud guiado por la rentabilidad financiera de sus actores determinantes en la administración de los PBS. La acción de tutela, sin lugar a duda, ha sido una herramienta al alcance de los ciudadanos para intentar romper las inequidades propinadas por algunos actores del sistema de salud y secundadas, explícita o implícitamente por las autoridades sanitarias y las entidades regulatorias del sistema.

La acción de tutela<sup>30</sup> es un procedimiento preferente y sumario mediante el cual se puede reclamar ante los jueces la protección de los derechos fundamentales que se considere estén siendo vulnerados por el Estado o por particulares que presten un servicio público o que afecten el interés colectivo<sup>31</sup>, debiendo ser resuelta esta acción por el juez en un término máximo de 10 días. La tutela indiscutiblemente ha marcado un camino trascendental por el que los ciudadanos transitan para la defensa de sus derechos (Corte Constitucional de Colombia, 2003, 2013) y como lo afirma Luisa Fernanda Cano-Blandón (2017) “la acción de tutela se convirtió en el instrumento de corrección de fallas sociales estructurales y en una forma de aliviar la situación de pobreza y de desprotección de las poblaciones más vulnerables” (Cano-Blandón, 2017, p. 115).

La acción de tutela (Carrera Silva, 2011) constituyó tempranamente un mecanismo aliado y expedito para subsanar algunas de las falencias e inequidades de nuestro sistema de salud. La Corte Constitucional rápidamente intervino a través de diversas Sentencias como la T-484 de 1992 (Corte Constitucional de Colombia, 1992) en la cual consagra el derecho a la salud como parte de los derechos fundamentales en conexidad con el derecho a la vida digna, y tuvo que hacerlo así dado que en el texto constitucional la salud aparecía

---

<sup>30</sup> La acción de tutela está consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política:  
 “Artículo 86: toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución. La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede Contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión”. (Presidencia de la República, 1991b, Artículo 86)

<sup>31</sup> La Constitución contempla también mecanismos para la defensa de los derechos colectivos plasmados en el artículo 88: “La ley regulará las acciones populares para la protección de los derechos e intereses colectivos, relacionados con el patrimonio, el espacio, la seguridad y la salubridad públicos, la moral administrativa, el ambiente, la libre competencia económica y otros de similar naturaleza que se definen en ella. También regulará las acciones originadas en los daños ocasionados a un número plural de personas, sin perjuicio de las correspondientes acciones particulares. Así mismo, definirá los casos de responsabilidad civil objetiva por el daño inferido a los derechos e intereses colectivos” (Presidencia de la República, 1991b, Artículo 88)

como un servicio público y no como un derecho fundamental, el cual solo se vería reflejado en las normas legislativas a través de la Ley Estatutaria de la Salud o Ley 1751 de 2015 (Congreso de Colombia, 2015). La mencionada sentencia fue proferida a raíz del caso de una persona que reclamaba atención por ser portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) lo cual llama nuestro interés al ser un ejemplo de las condiciones de salud tradicionalmente discriminadas por las sociedades, esto es, enfermedades mentales, enfermedades por transmisión sexual y otras enfermedades infecciosas, como lo han expuesto muchos autores entre ellos Michel Foucault en su obra “Historia de la Locura en la Época Clásica” (Foucault, 1967, 1982), también a los tontos, locos, herejes y libertinos. De hecho, en estas primeras sentencias de la Corte Constitucional, como la T-484 de 1992 (Corte Constitucional de Colombia, 1992), la atención de esta persona se le asignó a las instituciones públicas de salud, de beneficencia, no en la entidad de seguridad social a la cual estaba afiliada la persona, exonerando a esa institución de las responsabilidades asistenciales para con su afiliado. En suma, el estigma y la inequidad han acompañado a estos diagnósticos a lo largo de la historia y persisten en nuestro sistema de salud. De esta manera, se pone en evidencia otra paradoja: la Constitución Política define y garantiza derechos en torno a la salud, bienestar y calidad de vida de los ciudadanos, pero es el mismo Estado o sus agentes quienes terminan vulnerando estos derechos.

Como parte de esta investigación doctoral, se analizaron las sentencias de la Corte Constitucional a partir de 1992. En los primeros años de existencia de la Acción de Tutela, entre de 1992 y 1997, la Corte Constitucional resolvió 50 acciones de tutela relacionadas con salud mental y 7 demandas de constitucionalidad de varias normas. De las 50 acciones de tutela, en 25 fue concedido el amparo constitucional, 25 de ellas fueron falladas negando lo solicitado por el ciudadano, en 6 demandas de constitucionalidad se declaró que eran exequibles y 2 inexecutable. En estos primeros fallos de la Corte se observó principalmente la defensa de la libertad, por ejemplo, en el caso de las personas declaradas inimputables, a través de la sentencia C-176 de 1993 (Corte Constitucional de Colombia, 1993), no se avaló que fueron sometidas a una hospitalización permanente e indefinida, condenándolos en la práctica a cadena perpetua, medida inexistente en el ordenamiento jurídico colombiano. Las sentencias de la Corte en torno a los inimputables motivarían que se cerraran los anexos psiquiátricos de las cárceles y estas personas fueran trasladadas a hospitales y clínicas psiquiátricas para que recibieran la atención necesaria en una institución de salud y no penitenciaria. Las sentencias que negaban las



pretensiones de los demandantes se dieron con argumentos procedimentales, restringiendo en esos primeros años el espectro de acción del ciudadano para invocar el amparo constitucional por medio de la acción de tutela, situación que cambiaría en los años siguientes. También en ocasiones se desatendían argumentaciones basadas en el bienestar emocional y la salud mental para la toma de traslados de cárceles de personas privadas de la libertad (Corte Constitucional de Colombia, 1994b), ya que no concebían la salud mental en un sentido amplio, si no en lo concreto de la presencia de un diagnóstico psiquiátrico establecido.

Otro grupo importante de fallos de la Corte Constitucional en estos primeros años de la nueva Constitución, tenían que ver mayoritariamente con barreras de acceso a los servicios de salud, el respeto a la autonomía, la dignidad humana o el libre desarrollo de la personalidad, como la sentencia C-221 de 1994 que despenalizó el porte de la dosis personal de estupefacientes (Corte Constitucional de Colombia, 1994a). Igualmente, empiezan a observarse algunos fallos que dan visos de una interpretación más amplia del concepto de salud mental más allá de la enfermedad psiquiátrica. Por ejemplo, la sentencia T-447 de 1994 (Corte Constitucional de Colombia, 1994c), concedió el derecho a una madre que solicitó el servicio de educación especial para su hija por tener un problema de aprendizaje y evitar que se convierta en una persona vituperada, despreciada o abusada por la sociedad.

En estos primeros años de acciones constitucionales y de implementación del SGSSS también hubo fallos que negaron las peticiones de los ciudadanos argumentando que:

“El derecho a la seguridad social no puede ser exigido por los usuarios de las entidades encargadas de la prestación de los servicios asistenciales, cuando dichas exigencias sobrepasan las posibilidades económicas y presupuestales y las funciones propias de su organización, es decir, no pueden exigirse prestaciones que excedan su capacidad operativa” (Corte Constitucional de Colombia, 1996).

De otro lado, la Constitución de 1991 también reconoció el derecho a la vivienda digna, la recreación, la práctica del deporte, y el aprovechamiento del tiempo libre, muy relacionados con el disfrute de la salud mental, lo mismo que las garantías constitucionales en torno a remuneración mínima vital, estabilidad en el empleo, garantía a la Seguridad Social,



protección a la mujer, al descanso necesario, el respeto a la libertad, dignidad y derechos de los trabajadores. Desde la industrialización y consolidación del capitalismo ha sido más claro el nexo entre las condiciones de trabajo y salud mental y el bienestar emocional de las personas por lo que este desarrollo constitucional es fundamental tenerlo presente cuando hablamos de salud mental integral, ya que estas condiciones influyen en la aparición de nuevas categorías diagnósticas en la nosología psiquiátrica y que en un afán reduccionista desde lo biomédico las desconectan de los aspectos sociales, históricos, políticos y económicos inherentes al bienestar (De Pablo Hernández, 2007; Han, 2012; Ministerio del Trabajo, 2014).

La nueva Constitución (1991b) garantiza el derecho al trabajo a las personas que denominan “minusválidos”, así como la obligación del Estado de propiciar la ubicación laboral de estas personas. A todas luces existía el interés de los constituyentes en proteger a una población considerada vulnerable, sin embargo, este proceso de inclusión laboral ha sido otra de las dificultades relevantes para alcanzar la recuperación de las personas con diagnósticos de trastornos mentales en un país con una protección social restringida (Arcos et al., 2018).

En la Constitución de 1991 también se reconoce la educación como un derecho y a la vez como un servicio público con función social y brinda la posibilidad de que los particulares constituyan establecimientos educativos, en una carrera de privatización de la educación, algo similar a lo acontecido en el sector salud. Tanto en la educación como en la salud, en la medida en que se abre el camino al fortalecimiento de lo privado, lo público se vuelve cada vez más famélico, aspecto importante, teniendo en cuenta que la nueva Constitución surge en una década en la que se consolida en Colombia el neoliberalismo y la pusilanimidad del Estado; de la misma manera, la Constitución, tanto en el área de educación como en salud, plantea unos enfoques diferenciales, en lo que denominan los constituyentes como “minusválidos” o personas con “limitaciones físicas o mentales”.

La nueva Constitución (1991b) es armónica con los postulados del campo de la salud mental, ya que reconoce el derecho a la salud, a la vida, a la vida digna, a la diversidad, a la paz, a la educación, a trabajo, entre otros aspectos, favoreciendo que se pueda plantear en Colombia que la salud mental es un asunto de derechos. La Constitución Política de 1991 le daría nuevos aires a un país signado por las violencias, las desigualdades, las

injusticias, las inequidades y, aun siendo un país diverso, multiétnico y multicultural, marcado también por una gran dificultad para reconocer y respetar la diversidad.

## **2.5 Nuevo sistema de salud: mayores coberturas, viejas inequidades y fragmentaciones en la salud mental.**

El sistema de salud ha sido la vía a través de la cual se han materializado las políticas públicas en salud mental a través de las prácticas, en parte, debido a la visión reduccionista de la salud mental, que la circunscribe al sector salud, relegando la intersectorialidad a un contenido discursivo en medio de tensiones que llevan al mantenimiento de las relaciones paradójales dentro del campo de la salud mental y que se han puesto de manifiesto en el desarrollo de esta investigación. Por lo tanto, la forma como esté concebido el sistema determinará la manera como se afronten los problemas que pretenden resolver las políticas de salud mental, siendo, a su vez, en las realidades del sistema de salud, centrado en la atención de la enfermedad bajo el dominio de la perspectiva biomédica, la acumulación de capital, la rentabilidad financiera y una escasa intersectorialidad, donde quedan al desnudo las paradojas de la salud mental.

Promulgada la nueva Constitución Política en 1991, el Estado colombiano empezó a desarrollar las instituciones y mecanismos que contenían esta Carta Política, enfocadas primordialmente en la ejecución de los derechos establecidos. En medio también de las reformas de base neoliberal que se estaban gestando para el sistema pensional, se sumó la reforma al sistema de salud, que pasó de ser un Sistema Nacional de Salud a denominarse Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como quedó consagrado en la Ley 100 de 1993 (Congreso de Colombia, 1993b) que creó el Sistema de Seguridad Social Integral, orientado por los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Presidencia de la República, 1991c), y definido como *“el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios”* (Congreso de Colombia, 1993b).

El SGSSS en Colombia fue concebido como un sistema en un mercado de competencia regulada (M. Hernández, 2002, 2019) en consonancia con la transición de un Estado benefactor a un Estado regulador que allanó el camino para que el nuevo sistema de salud fuera considerado como “un conjunto de normas, mecanismos de toma de decisión y actores involucrados en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud” (Abisambra Castillo, Alejandro & Lamprea Montealegre, Everaldo, 2016, p. 231). El SGSSS sería descrito posteriormente en 1997 por Juan Luis Londoño y Julio Frenk como un modelo innovador para América Latina, fundamentado en el pluralismo estructurado (M. Hernández, 2019) que permitiría alcanzar la cobertura universal en salud. Posteriormente, Mario Hernández (Londoño & Frenk, 1997) demostraría que la ampliación de la cobertura no garantiza que las personas tengan el acceso necesario y oportuno a los servicios de salud, ya que la ampliación de la cobertura enmarcada dentro de la propuesta de la cobertura universal en salud “es un discurso funcional a la acumulación de capital en el Complejo Médico Industrial y Financiero (CMIF), dentro del llamado ‘capitalismo cognitivo’ contemporáneo” (Londoño & Frenk, 1997, p. 30)

En el campo de la salud mental, el hallazgo que describe Hernández es igualmente palpable, ya que la cobertura en salud no necesariamente ha garantizado el acceso a los servicios necesarios tanto para promoción de la salud, como para la prevención, atención y rehabilitación de las personas con diagnósticos de trastornos mentales. Adicionalmente tampoco resolvía las inequidades ya que pertenecer al régimen contributivo o al subsidiado imponía límites en los beneficios a recibir (Morales, 2003).

Este Sistema de Seguridad Social Integral estuvo concebido bajo la lógica de que las personas están insertadas en el sistema económico por medio de su capacidad de trabajo, lo que les permite afiliarse y realizar aportes monetarios al sistema. Esta condición está en línea con la idea de que trabajar y ser productivo para la sociedad es gozar de salud mental y que, por lo tanto, si no es posible laborar y producir, las personas tendrán dificultades para ser cubiertas por el sistema de seguridad social, al que podrán acceder por estrategias estatales derivadas de la beneficencia, bajo la figura de un subsidio, por no tener capacidad de pago.

Un sistema concebido de esta manera y que tenía por objetivos “1. *Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema*” (Congreso de Colombia, 1993b), constituyendo este grupo de personas el régimen contributivo, en el cual la capacidad de pago determinaba los beneficios a que tenían derecho y no el solo hecho de ser personas habitantes del territorio nacional; “2. *Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios*” (Congreso de Colombia, 1993b), objetivo considerado para dar un reconocimiento económico a ancianos indigentes y; “3. *Garantizar la ampliación de cobertura*” (Congreso de Colombia, 1993b), de tal manera que quienes no tuvieran la capacidad económica para pagar aportes al sistema, tuvieran cobertura y harían parte del llamado régimen subsidiado. Quienes no tenían la capacidad de pago para pertenecer al régimen contributivo y tampoco eran beneficiarios del régimen subsidiado, hacían parte de una extraña categoría denominada “personas vinculadas al sistema” (Presidencia de la República, 1991b); estas personas solo podían acceder a las instituciones de salud públicas o las privadas que tuvieran contrato con el Estado, en una recreación de la antigua figura de la beneficencia pública, con la promesa de que desde el año 2000 todos los colombianos estarían afiliados al sistema, bien fuera en el régimen contributivo o en el subsidiado y que los beneficios de los planes de salud de ambos regímenes se unificarían progresivamente.

El Sistema General de Pensiones, cuya reforma fue el principal interés del gobierno de César Gaviria en el momento de pensar en una transformación del Sistema de Seguridad Social (Lamprea, 2011), se concibió para amparar contra las contingencias de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el régimen de ahorro individual y el régimen solidario de prima media, a través del reconocimiento de prestaciones económicas, financiadas con los aportes de los ciudadanos durante su vida productiva. En el caso específico de las personas con problemas y trastornos de salud mental, de origen común o laboral, puede generarse un proceso discriminatorio en este Sistema General de Pensiones, en cuanto tienen menos oportunidades para trabajar, con los apoyos y ajustes necesarios, y aportar al régimen, debido a la exclusión a que se ven sometidas en el mundo productivo (Latimer et al., 2006; Rojas-Bernal et al., 2018), en una sociedad que tiende a no reconocer ni respetar las diversidades y que ante la diferencia opta por marginarlas y someterlas a la pauperización configurando ciudadanos de segundo nivel, llevando a que a estas personas se les iniciaran procesos de interdicción para poder ser beneficiarios de las pensiones de

sus padres, con la consiguiente pérdida de derechos fundamentados en el código civil colombiano expedido en 1873 (Presidencia de la República, 1873). La figura de la interdicción fue abolida en 2019 (Congreso de Colombia, 2019).

De otra parte, los riesgos profesionales, serían manejados dentro del Sistema General de Riesgos Profesionales, bajo la coordinación de las entonces Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), el Instituto de Seguros Sociales (ISS), la Administradora Colombiana de Pensiones y las diferentes compañías de seguros, para las coberturas de invalidez por accidente de trabajo y enfermedad profesional o las prestaciones económicas por muerte relacionada con el trabajo. La inserción del componente de salud mental ha sido una enorme dificultad desde el inicio del nuevo sistema de salud, especialmente para determinar el peso de las condiciones de trabajo en la aparición de síntomas o en la estructuración de un trastorno mental en el entorno laboral (Abello Llanos & Vieco Gómez, 2014; Gómez R et al., 2010). En este sentido, las políticas públicas han sido mezquinas con las personas con problemas o trastornos de salud mental, por la desprotección sistemática, colocándolas en una situación de minusvalía que muchas veces solo pueden paliar con acciones de más cercanas a la beneficencia de instituciones públicas y privadas que al respeto del derecho a la salud mental y a una vida digna y libre.

El componente de salud del sistema de seguridad social integral fue denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el marco de este Sistema la ley 100 de 1993 le dio vida a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) asignándoles la responsabilidad de organizar y garantizar, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los afiliados (Ministerio de Salud, 1994b), además de ser responsable de la afiliación y registro de afiliados y recaudo de las cotizaciones. A las EPS se les concedió la posibilidad de prestar directamente o contratar los servicios de salud con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) o con profesionales independientes. La misma ley, bajo el nombre formal de “racionalización de la demanda”, facilitó que las EPS restringieran la demanda de servicios por parte de la ciudadanía, para lo cual autorizó a las EPS a que adoptaran distintas modalidades de contratación y pago, bajo el supuesto de que de esta forma se incentivarían las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el control de costos (Congreso de Colombia, 1993b). La prestación de los servicios de salud, de acuerdo con la ley, estaría sometida a las siguientes reglas: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia dentro de las EPS e IPS, autonomía

de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad, además de los principios mencionados previamente.

Específicamente, el POS tenía la finalidad de brindar protección integral a las familias, la maternidad, enfermedad general, promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías (Congreso de Colombia, 1993a). La diferenciación de acceso al POS según el régimen de pertenencia, marcó una clara inequidad, ya que era la capacidad de pago la que determinaba los beneficios, los cuales eran más restringidos para las personas del régimen subsidiado, siendo que se trataba de un derecho implícito en la Constitución Política. Adicionalmente, los beneficios del POS tenían un carácter individual (Presidencia de la República, 1991a) y facilitó que el nuevo sistema de salud continuara siendo un sistema de atención a la enfermedad, lo cual en el campo de la salud mental también se hizo manifiesto, sin importar el contenido discursivo de las normas y políticas sobre salud mental.

El caso de la salud mental resultó ser paradigmático, con la gama de restricciones y exclusiones. Por ejemplo, el POS no incluía psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada; sólo se permitía la psicoterapia individual o grupal como apoyo durante la fase crítica o inicial de una enfermedad, la cual sólo abarcaba hasta 30 días de evolución. La cobertura en salud mental a nivel ambulatorio incluía consulta externa de psiquiatría y psicología, que se regían por los lineamientos generales de consulta externa. La hospitalización para la atención de trastornos mentales estaba restringida a máximo 30 días (Ministerio de Salud, 1994b), lo que contribuiría a configurar la categoría “falsa desinstitucionalización” que se abordará más adelante, ya que, si bien era deseable reducir la estancia hospitalaria, en este caso, la razón de la restricción de los días de hospitalización obedecía más a una estrategia de contención de costos (Agudelo C. et al., 2011).

El SGSSS también contenía un Plan de Atención Básica (PAB) que contemplaba las intervenciones colectivas o las individuales de alta externalidad, en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, como por ejemplo información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas (Rúa Martínez, 2003). En el caso de la salud mental, estas acciones no fueron ampliamente implementadas en parte debido a que en la transición del

SNS al SGSSS hubo una serie de vacíos en lo que tiene que ver con las actividades de promoción de la salud mental y prevención de la enfermedad mental y los esfuerzos fueron dirigidos principalmente a la atención de urgencias, hospitalizaciones y consulta externa.

## **2.6 Nuevos estudios de salud mental, viejas perspectivas**

En la década de 1990, década del cerebro y de reformas neoliberales del Estado, Colombia realizó dos estudios Nacionales de salud mental uno en 1993 (Ministerio de Salud, 1994a) y otro en 1997 (Torres & Montoya, 1997), previo a la adopción de la primera política pública con el nombre oficial de Política Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 1998). El estudio de 1997, después de publicada su versión preliminar, no fue avalado por el Ministerio de Salud debido a críticas metodológicas realizadas por miembros de la comunidad académica y del gremio psiquiátrico.

Los dos estudios se realizaron en respuesta al compromiso de la División de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud, en el marco del interés de este Ministerio por fortalecer el diagnóstico de la situación de salud de Colombia con estudios representativos de la población, y con el propósito de generar información para la formulación de políticas, la toma de decisiones acerca de los planes generales y específicos, hacia una acción de máxima calidad, eficiencia y eficacia en torno al fenómeno de la salud y enfermedad mental. El estudio de 1997 fue financiado por el Fondo Nacional de Estupefacientes y asesorado por la OMS (Berdihan Ustun) y la Universidad de Harvard (Ron Kessler) (Torres & Montoya, 1997).

Aun cuando los estudios de 1993 y 1997 utilizaron instrumentos de medición diferentes para evaluar los fenómenos, comparten el enfoque para la comprensión de la salud mental desde la Atención Integral de la Salud Mental en términos de Promoción de la Salud, Prevención primaria, secundaria, y terciaria. También definieron como marcos de referencia: 1. La perspectiva de los factores de riesgo (biológicos, psicosociales, trabajo y salud); 2. El estrés como precursor de enfermedades; 3. En relación con “los trastornos”, el estudio de 1993 utilizó como referencia los conceptos “Reacciones patógenas” y

“Somatización”, mientras que el de 1997 abordó los “trastornos psiquiátricos específicos” (dependencia a sustancias, somatización, fobias específicas, trastornos de pánico y ansiedad generalizada, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, TOC, síndrome de estrés postraumático, trastornos cognitivos (demencia) y psiquiatría infantil).

También coinciden los dos estudios en afirmar la importancia de la salud mental, teniendo en cuenta que los trastornos mentales se habían convertido en un fenómeno “preocupante” a nivel internacional y nacional, no sólo por su incidencia, sino por su relevancia para la Salud Pública en la medida en que no sólo impactan al individuo, sino a su familia y la sociedad, porque ocupaban la tercera parte de las consultas de medicina general y porque ya se tenían estudios de cómo se relacionaban con pérdidas económicas para los países. Adicionalmente, en Colombia, el fenómeno de la violencia se había convertido en una prioridad y se detectaba el aumento de los cinturones de miseria en ciudades capitales debido en gran medida al desplazamiento de las poblaciones por la violencia llegando a invertirse la razón de la población urbano-rural a un 74% de los colombianos viviendo en zonas urbanas, lo que generaba altas tasas de desempleo.

Ahora bien, aunque los resultados de los dos estudios no pueden ser comparados, porque utilizaron instrumentos de medición diferentes, a continuación, se incluye una descripción en la cual se encuentran los principales hallazgos de los estudios, los cuales permiten tener una idea general del comportamiento epidemiológico de la salud mental en Colombia durante ese periodo.

En relación con las variables pertenecientes a la categoría factores psicosociales, iniciando con la confianza en las autoridades, en los dos estudios, había mayor confianza en los médicos y los educadores y, en relación con otras autoridades como ejército, policía, funcionarios públicos o políticos, más del 60% de los participantes confiaban poco o nada en ellos. En relación con la migración, aunque no fue evaluada en el estudio de 1993, en el de 1997 se encontró que el 33,3% había migrado en los últimos 5 años y de ellos el 44% con el fin de mejorar las condiciones de vida, el 13,4% por violencia urbana y el 2,5% por violencia rural.



La variable desintegración familiar obtuvo porcentajes del 30% en 1993 y de 22% en 1997. De acuerdo con el estudio de 1993, esta variable se asoció con mayor probabilidad de consumo de sustancias y además, se concluye que es un fenómeno que origina el aumento de mujeres cabeza de familia lo que les implica un doble rol: proveedoras económicas y de cuidado.

En relación con la satisfacción personal se encontró que la mayoría se sentía satisfecho o muy satisfecho acerca de sus logros, la familia, el trabajo o el estudio, pero, insatisfechos o muy insatisfechos con la situación del país (el 84% en 1993 y el 77% en 1997). La red de apoyo social fue valorada positivamente en los dos estudios (padres, hermanos, hijos, pareja, otros), excepto para el caso de los vecinos, en 1993 el 77% consideraba que el apoyo por parte de estos era poco o inexistente y en 1997 este porcentaje aumentó al 87%.

Por otra parte, en 1997 se incluyó la variable ingresos y necesidades básicas reportando que sólo el 24% de los participantes informó que el ingreso familiar cubría todas sus necesidades, el 45,5% sólo las básicas y un 8% que no alcanzaba para cubrir las necesidades básicas.

En relación con la atención en salud mental, en 1993 la prevalencia de morbilidad sentida fue de 7,9% y en 1997 de 13,6%, de estos, en 1993 sólo el 46,8% de las personas con problemas de salud mental recibió alguna atención y en 1997 este porcentaje aumentó al 67,5%, lo que implica, para los dos años, un déficit en la oferta de servicios.

Los dos estudios también evaluaron “epidemiología de la violencia”. Tanto en 1993 como en 1997, alrededor de una de cada cinco familias, habían experimentado la muerte de un familiar por homicidio o habían tenido una familiar víctima de amenaza.

La síntesis de los resultados sobre el consumo de sustancias en los dos estudios se encuentra en la Tabla 2-5. Como se observa, en los dos estudios, las sustancias con mayores prevalencias de consumo son: alcohol, cigarrillo, tranquilizantes menores y marihuana.

**Tabla 2-5.** Síntesis resultados uso de alcohol y otras sustancias, Estudio Nacional de SM 1993 y 1997

Sustancia	1993	Prevalencia
Consumo de bebidas alcohólicas	Alto riesgo de alcoholismo 9,6%,	Anual 85.8%
Alcoholismo	7,1%	Anual 12.0%
Consumo de cigarrillo	-	De vida 38.8% Actual 22.2%
Cigarrillo (dependencia)	De vida 21.2%	De vida 28.3% / Anual 4.3%
Cocaína	De vida 8.1%/Anual 2.8%	De vida 3,8% / Anual 1.4%
Bazuco	De vida 11.5%/Anual 3.6%	De vida 3,4% / Anual 1.5%
Marihuana	De vida 31%/Anual 11%	De vida 9.2% / Anual 4.1%
Heroína	De vida 0.5%/Anual 0.3%	De vida 2.3% / Anual 1.3%
Inhalantes	De vida 2.2%/ Anual 0.5%	De vida 1.6%/ Anual 1%
Anfetaminas	Sin información	De vida 1.5% / Anual 0.6%
Tranquilizantes menores	319 X 1000	De vida 10.2% / 7 Anual 5.7 %.

**Fuente:** elaboración propia

Finalmente, los resultados sobre la epidemiología de los trastornos mentales del estudio de 1997 se presentan en la Tabla 2-6. Como se observa, la depresión es el trastorno con mayor prevalencia en la vida entre los participantes (al igual que en 1993), sin embargo, es el estrés postraumático el que tiene mayor prevalencia en el último año.

**Tabla 2-6.** Epidemiología de los trastornos mentales, 1997

Trastorno mental	Prevalencia en la vida	Prevalencia último año
Depresión	19,6%	1.9%
Ansiedad generalizada	3,1%	1.3%
Psicosis	1.4%	0.6%
Ideación suicida	4.7%	-
Intento de suicidio	1.7%	-
Estrés postraumático	4.3%	3.5%
Esquizofrenia	1.4%	0.6%

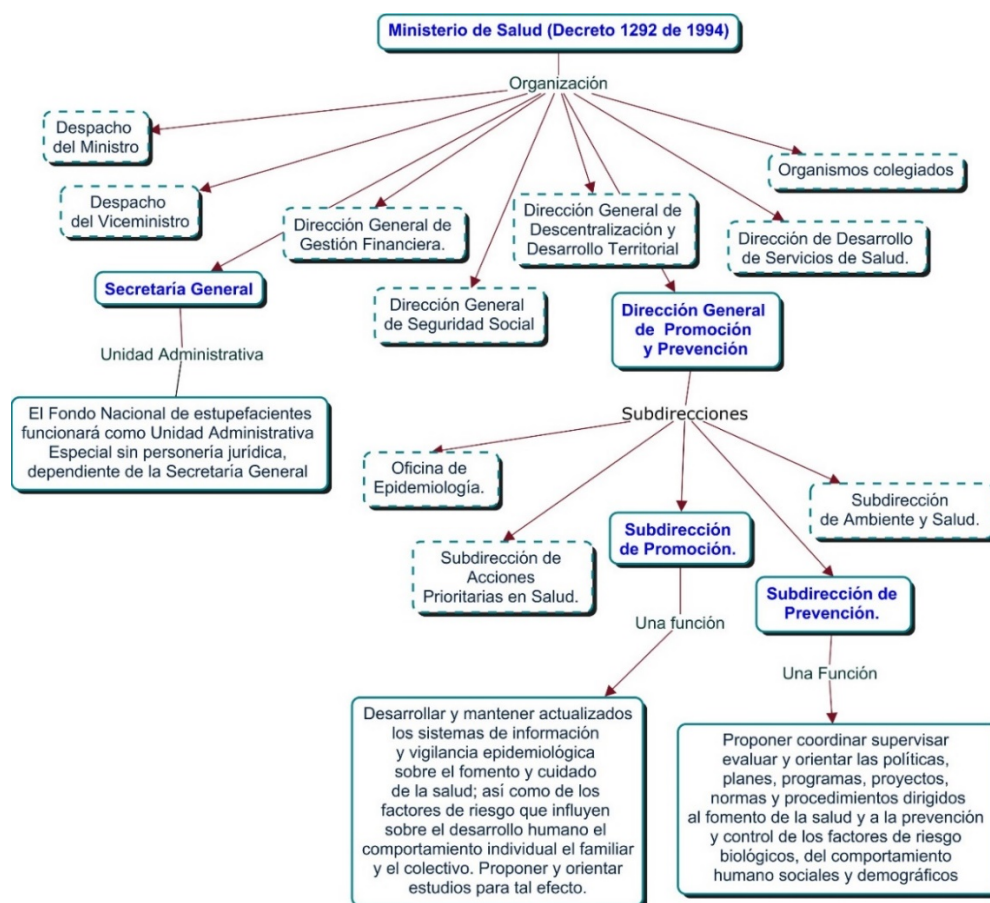
**Fuente:** Elaboración propia.

Ahora bien, si se tuvieran en cuenta los resultados de estos estudios, los esfuerzos en relación con la salud mental deberían haberse enfocado hacia: apoyo psicosocial a personas que han migrado, apoyo a familias desintegradas, mejoramiento de los ingresos

para cubrir las necesidades, aumento en la cobertura y facilidad para la consulta relacionada con salud mental. En términos de uso de sustancias, los esfuerzos deberían estar dirigidos en mayor medida hacia el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo, tranquilizantes menores y marihuana. Y, en relación con trastornos mentales, estrés postraumático, depresión (mayor prevalencia en el último año) e ideación suicida.

Los resultados de los estudios de salud mental han sido pensados para idear políticas públicas y reorganizar la estructura del Estado para atender los asuntos del campo de la salud mental. Adicionalmente, la nueva Constitución Política de 1991 (Presidencia de la República, 1991b), facilitó una serie de transformaciones en la estructura del Estado colombiano. En el área específica del Sector Salud implicó una reforma a la estructura organizacional del Ministerio de Salud a través del Decreto 1292 de 1994 (Presidencia de la República, 1994)(Figura 2-6).

**Figura 2-6.** Organización administrativa del Ministerio de Salud Pública, Decreto 1292 de 1994.



**Fuente:** elaboración propia a partir del Decreto 1292 de 1994

Es en esta reforma en la que se da una mayor profundización del desvanecimiento de la salud mental a nivel de la estructura ministerial del Estado colombiano, pues lo concerniente a salud mental, desaparece de la estructura orgánica y se le asignan sus funciones a la Dirección General de Promoción y Prevención y dentro de esta, a la Subdirección de Promoción, en la que se constituyó un Programa de Comportamiento Humano, pero ya sin que apareciera este programa formalmente en la norma que designa la estructura orgánica del Ministerio de Salud (Presidencia de la República, 1994). Llama la atención que será bajo este esquema organizativo en el que se formulará y adoptará la primera política nacional de salud mental de Colombia, en 1998. En esta fase organizativa del Ministerio de Salud, en la medida que se desvanecieron las dependencias a cargo de la salud mental, se fortalecieron institucionalmente aquellas áreas referentes a lo financiero y al aseguramiento, siendo que en las estructuras organizacionales anteriores lo financiero estaba cobijado por las áreas administrativas y de planeación y en esta nueva estructura se le asignan a dos direcciones la Dirección General de Gestión Financiera y la Dirección General de Seguridad Social. En adelante estas áreas serán estratégicas, protagonistas, determinantes y controversiales, ya que muchos líderes y académicos han señalado que el sector salud ha privilegiado lo financiero sobre la salud (M. Hernández, 2001).

### **3. La salud mental en Colombia a partir de las políticas nacionales de salud mental**

En este capítulo se abordarán las dos políticas públicas denominadas explícitamente como políticas nacionales de salud mental y los procesos intermedios, que incluyen los lineamientos de política de 2005, la propuesta de Política Nacional del Campo de la Salud Mental de 2007, la Ley 1566 de 2012, la Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) y el documento Propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia, 2014. También se analizará la forma como las políticas nacionales de salud mental se articulan con el SGSSS. Igualmente, se revisarán los estudios nacionales de salud mental de 2003 y 2015, así como los desarrollos normativos considerados relevantes para el campo de la salud mental en Colombia y los cambios institucionales que afectaron al campo.

En esta sección de la investigación el lector podrá constatar las permanencias y cambios que se dan en Colombia a partir del momento que se formulan las políticas públicas bajo el título de políticas nacionales de salud mental. Dentro de las permanencias se encontrarán el centro del discurso en la promoción de la salud mental pero las prácticas encaminadas más bien a lo patológico, el escaso presupuesto y las deficiencias en redes de servicios y talento humano en salud. Los cambios que encontraremos tienen que ver con la desaparición de las dependencias específicas de salud mental en la estructura administrativa del ministerio del sector salud, de acuerdo con las leyes y decretos que lo reorganizan y mejoras en algunos de los beneficios en prestación de servicios de salud mental dentro del SGSSS, derivados de los alcances de la sentencia T-760 de 2008 y las modificaciones del POS por parte de la Comisión de Regulación en Salud en 2011 a través del Acuerdo 029, aunque, a su vez, con permanencia del estigma institucionalizado hacia el campo de la salud mental en la organización del Estado colombiano.

El lector podrá verificar que las políticas nacionales de salud mental, como políticas públicas, son asumidas como una herramienta técnica que busca resolver la problemática de salud mental identificada a través de los distintos procesos diagnósticos realizados por parte del Estado y que buscan develar y probar relaciones causales. Resulta igualmente paradójico que, por medio de una política pública, que en gran parte busca resolver un

problema público, se formulen políticas ancladas en enfoques que, como el biomédico, facilitan marcos explicativos y operativos individualistas e individualizantes, cuando lo que se pretendía resolver es aquella situación social considerada un problema. Vista así, una política pública, en palabras de Luis F. Aguilar, “es una hipótesis causal, una acción causal cuyos efectos empíricos producirán supuestamente una situación social con atributos diversos a la situación que es considerada problema” (Aguilar Villanueva, 2012, pp. 22-23). En este capítulo conoceremos y entenderemos las políticas nacionales de salud mental, formuladas en gran medida desde la enfermedad, teniendo presente que no se trata de una evaluación de políticas.

### **3.1 La Política Nacional de Salud Mental de 1998: un esfuerzo frustrado**

El 18 de junio de 1998, el Ministerio de Salud adoptó la primera Política Nacional de Salud Mental (PNSM-1998) en Colombia, de forma explícita, a través de la Resolución 2358 de 1998 (Ministerio de Salud, 1998), sin olvidar que previo a éste documento de política existieron una serie de políticas implícitas de salud mental a través de las diversas normas estatales, aunque no recibieron el nombre de “políticas”. La expedición de esta política se dio al final del gobierno de Ernesto Samper Pizano (1994 – 1998), gobierno polémico y cuestionado desde antes de su inicio el 7 de agosto de 1994, debido a la divulgación de grabaciones contenidas en unos casetes que dejaban en evidencia los acercamientos entre miembros de los carteles del narcotráfico con su campaña presidencial. Estos hechos mantuvieron el gobierno de Samper sumido en un cuestionamiento ético permanente y sometido a duras polémicas lideradas por su principal contendor electoral en 1994 y sucesor en la presidencia en 1998, Andrés Pastrana Arango, con una permanente crisis de gobernabilidad y la descalificación a muchas de las acciones de ese gobierno. La PNMS-1998, como política de Estado, debió ser continuada en el siguiente periodo presidencial, bajo el mando de Andrés Pastrana Arango (1998-2002), pero no fue así.

La implementación de una política de Estado requiere continuidad a través de los distintos gobiernos, pues, como afirma Luis Fernando Aguilar Villanueva, una política pública “*no es una acción de gobierno singular y pasajera, en respuesta a circunstancias políticas particulares o a demandas sociales del momento*” (Aguilar Villanueva, 2012, p. 29). Sin

embargo, en el caso particular de la PNSM-1998, además del hecho de que el gobierno Pastrana engavetó esta política, se sumó la profunda crisis que sufría la salud pública en ese período de transición que implicó el paso del SNS al SGSSS, sometiéndola a una penuria (Ahumada Beltrán, Consuelo, 2002), dándole a la PNSM-1998 un trato de programa del gobierno Samper, su adversario político y personal, y no de una política de Estado.

Ese rechazo y animadversión del gobierno Pastrana hacia muchas de las acciones del gobierno Samper fue descrito por uno de los participantes en la investigación que ocupó un alto cargo en el gobierno Samper:

*“En el gobierno Pastrana parecía que pensaban que todos los funcionarios del gobierno Samper éramos narcotraficantes” (E23).*

Este ambiente no facilitó la implementación de la primera PNSM-1998, ya difícil de implementar en sí misma por las particularidades que han rodeado la configuración del campo de la salud mental y que hemos expuesto previamente, así como también por los efectos en las personas y comunidades de la violencia sociopolítica que ha vivido Colombia desde mediados del siglo XX (Pecaut, 1997).

Aun así, la expedición de esta política representó un hito en el campo de la salud mental en Colombia, en un momento de cambios estructurales en el sistema de salud (M. Hernández, 2002), que colocaron a la salud mental en una encrucijada. Como vimos en el capítulo anterior, este campo gozó de un desarrollo y ascenso institucional de implementación de nuevas formas de intervención distintas al enfoque biomédico, que se encontraban en proceso de madurez y consolidación en el contexto del Sistema Nacional de Salud, pero fueron truncadas, excluidas o restringidas en la práctica en el nuevo SGSSS. Para el caso de la salud mental, la implementación de la Ley 100 de 1993 se focalizó en la ampliación de la cobertura y el mantenimiento de la sostenibilidad financiera del sistema (de las EPS) (M. Hernández & Torres, 2010). Poco a poco se fue estructurando la salud como negocio, manejada a través de intermediarios financieros, las EPS, que, a pesar de cumplir solo una labor de intermediación en el manejo de dineros públicos, se asumieron como aseguradoras que manejaban unas pólizas (UPC), cuando se trataba de recursos públicos de destinación específica, y gestionaban la prestación de unos servicios



bajo la lógica de los seguros, con periodos de carencia, exclusiones (Echeverri, O, 2008) y toda una maraña de estrategias administrativas dirigidas a la negación de la prestación de los servicios, la mayoría de ellos concebidos dentro de una perspectiva biomédica.

En este sistema de salud limitado, debía implementarse la Política Nacional de Salud Mental, que requería trascender la salud mental entendida desde el trastorno mental y desde la atención en salud basada solamente en aspectos biomédicos y conductuales.

De acuerdo con tres de los participantes entrevistados (E19, E23, E25), la idea de la necesidad de una política de salud mental para Colombia surgió en 1997 como producto de una operación humanitaria que resultó impactante y devastadora para varios funcionarios del Ministerio de Salud que acudieron a los campamentos en Pavarandó, Antioquia (ver imagen 1, autor: Jesús Abad Colorado), que agrupaban a más de 4.000 personas en situación de desplazamiento forzado desde Riosucio, Chocó, producto del enfrentamiento de diversos grupos armados y en el marco de operaciones militares de las fuerzas armadas de la República de Colombia (Sandoval, M, 1999). En ese campamento, el intenso sufrimiento de las personas, especialmente de los niños (más de 1.800 menores de 14 años), motivó la decisión ministerial de que había que hacer algo para alivianar su sufrimiento, en medio del terror y la desesperanza que transmitía la población civil víctima del desplazamiento forzado.

**Imagen 1.** Campamento de refugiados campamento de Pavarandó, Antioquia. Fotografía de Jesús Abad Colorado, 1997.





El gobierno nacional y sobre todo organizaciones no gubernamentales (ONG) venían suministrando ayudas humanitarias a los refugiados en estos campamentos, algunas veces de forma consistente y otras, de manera errática. Así también pudo haberse optado solo por suministrar intervenciones puntuales en salud mental; sin embargo, los funcionarios del Ministerio de Salud vieron la conveniencia de implementar una estrategia más estructurada y a largo plazo y que sirviera de lineamiento para afrontar la creciente problemática de salud mental en el país. Es allí donde comienza a tomar cuerpo la decisión política de formular la política nacional de salud mental, pues, aunque el Ministerio de Salud ya había considerado esta posibilidad de acuerdo con los lineamientos de organismos multilaterales como la OMS y la OPS, faltaba el espaldarazo político.

Luis F. Aguilar señala en su libro *“Política Pública”* que las acciones que realizan los gobiernos tienen una dimensión política, que incorpora el componente normativo y, una dimensión técnica que contiene el componente científico-técnico (Aguilar Villanueva, 2012). Respecto de las dimensiones política y técnica, sostiene Aguilar: *“El componente político y técnico de la política pública se articulan bien, sin rispideces ni tensiones, cuando las acciones decididas por el gobierno cuentan con suficiente aceptación social y producen los resultados esperados”* (Aguilar Villanueva, 2012, p. 17). El peso mayor en el proceso participativo de la formulación de la PNSM-1998 gravitó sobre los “expertos” que hablaban desde sus saberes y prácticas, y mucho menos sobre la sociedad civil y comunidad en general, como lo veremos más adelante.

El contexto de la violencia sociopolítica en Colombia se reflejó en las cifras de homicidio. Así, por ejemplo, el país vio en la década de 1990 incrementos notorios de la tasa de homicidio, con disminuciones temporales. En 1991 la tasa de homicidios fue de 84 por cien mil habitantes, en 1997 bajó a 60 y en 1998 llegó a 54 homicidios por cien mil habitantes. en 1998, para posteriormente volverse a incrementar, como reflejo de las dinámicas propias del conflicto armado interno, en las que los homicidios por causas directas de los enfrentamientos entre grupos combatientes podían disminuir, aunque el conflicto se profundizara, reflejándose además en los territorios, de tal manera que podía establecerse cartográficamente el mapa de la violencia sociopolítica en Colombia (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2000, p. 35).

La violencia sociopolítica tenía repercusiones en la salud mental de las personas y contribuyó a modificar la aproximación que se venía dando a los problemas de salud mental centrados fundamentalmente en trastornos psiquiátricos, camas psiquiátricas, hospitales psiquiátricos, medicamentos, en general definida y concebida desde el enfoque biomédico individual y la medicalización del sufrimiento (Desjarlais & Kleinman, 1994; Kleinman, A & Desjarlais, R, 1994). Contemplar en este momento la salud mental para atender a las personas y comunidades sanas que sufren nos pone en una línea distinta del loco, del anormal, del peligroso, del débil mental, del enfermo mental, del vicioso y del degenerado.

Permitir aproximaciones distintas a las que han dominado el campo de la salud mental en Colombia, brinda la oportunidad de trascender a la lógica reduccionista y restringida causa-efecto, que a la postre termina por centrarse más en los efectos que la mirada biomédica puede observar. La tentación funcional a las instancias de poder de asumir las repercusiones de la violencia sociopolítica como una manifestación de la categoría nosológica del espectro del trastorno por estrés postraumático desconectada de los aspectos psicosociales, que transforma de manera aséptica una víctima en un paciente y la victimización en una patología. Esta es una forma de medicalización del sufrimiento que además rompe el tejido social y convierte a las personas y comunidades victimizadas en sufrientes aislados de sus procesos colectivos, a la pérdida de la memoria colectiva, a los lugares ocupados en la historia, la geografía, la cultura e incluso a la renuncia de las luchas políticas y las resistencias desplegadas. La medicalización del sufrimiento les quita al daño y al trauma ocasionado por la violencia sociopolítica su dimensión psicosocial (Kleinman, A & Desjarlais, R, 1994; Kleinman & Kleiman, 1996).

La violencia sociopolítica y sus repercusiones en salud mental debían jugar un papel importante en una política de salud mental en Colombia. De hecho, la violencia como justificación para formular la política de salud mental es expuesta desde el inicio del documento de política (Ministerio de Salud, 1998) y en su desarrollo continuará ocupando un lugar protagónico entremezclada con los enfoques tradicionales desde la psiquiatría y la perspectiva biomédica. No obstante, el momento en que se formuló la política de salud mental el país ya empezaba a obtener los frutos de la nueva Constitución Política de 1991 (Presidencia de la República, 1991b), por lo que el enfoque de derechos también se encontrará presente en esta política pública.

Sorprendentemente en Colombia, hasta este momento el campo de la salud mental poco se había ocupado de las violencias y sus efectos en la salud mental de la población y por lo tanto no había tenido el lugar central que se encuentra en la PNSM-1998. Las políticas relacionadas con la salud mental, recordemos, estaban más dirigidas a las consecuencias del consumo de bebidas embriagantes y demás sustancias psicoactivas, y en general a los comportamientos que se consideraban desviados de la moral pública y que se consideraban parte de la degeneración moral. Nos devolveremos un poco en el tiempo para mencionar dos trabajos importantes que abordaron la relación entre violencia y salud en Colombia: el primero, el de Carlos León Saltos (León, C, 1987); y el segundo, el de Saúl Franco Agudelo (Franco, 1997).

Uno de los pocos trabajos sobre las violencias elaborado por un miembro del campo de la salud mental, fue el realizado por el médico psiquiatra y profesor de la Universidad del Valle en Cali, Carlos León Saltos en 1987, presentado en el 140° congreso de la Asociación Americana de Psiquiatría en Chicago, E.E. U.U., en el marco del evento académico denominado Simón Bolívar Lecture, en la que participó como conferencista magistral. El trabajo tiene por título *Observing violence. The case of Colombia* (León, C, 1987). León en su trabajo hace una amplia revisión sobre el concepto de violencia, la dinámica de la violencia en Colombia y los actores que participan en la misma. También se detiene en las posibles explicaciones causales de la violencia en las personas, pasando por los aspectos biológicos, sociales, políticos, históricos y psicológicos.

En un marco explicativo, poco usual en la psiquiatría colombiana, Carlos León se lanza a plantear dos hipótesis que podrían dar cuenta de la violencia en Colombia. La primera es el profundo y arraigado resentimiento de la población hacia el Estado, por la opresión hacia los ciudadanos y las pobres respuestas a sus necesidades, especialmente en seguridad social, salud, educación y justicia. La segunda hipótesis es el papel de los medios de comunicación en reproducir y perpetuar la violencia a través de sus programas y publicaciones.

En 1997, 10 años después, Saúl Franco Agudelo, médico salubrista, en un artículo titulado *Violencia y salud en Colombia* (Franco, 1997), analiza el impacto de la violencia en Colombia en la salud de las personas, refiriéndose también a las repercusiones en la

salud mental de una violencia que él denominó como “incontrolable”. En solo una década Franco nos muestra cómo el país cayó en una espiral de incremento de la tasa de homicidio y múltiples formas de violencia como el sicariato (homicidio por encargo), la limpieza social, las masacres, que son asesinatos colectivos y simultáneos, que ocurren predominantemente en zonas de alta conflictividad sociopolítica y con intereses económicos o geoestratégicos particulares.

La violencia también se manifestó en el asesinato selectivo de personas llamadas peyorativamente “desechables” o indeseables, como lo registró Bertha Lucía Castaño en su texto sobre las repercusiones de la violencia sociopolítica en la salud mental de las personas y comunidades en Colombia (Castaño, 1994b). Las masacres ocupan un lugar especial en el impacto que producen en personas y comunidades, materializadas en terror, zozobra permanente y desplazamientos masivos de población, con el consiguiente desarraigo y afectación a la salud mental. No obstante, resalta la importancia de no medicalizar estos efectos para afrontar las situaciones emergentes en salud.

Ante la situación de violencia creciente, el llamado de Saúl Franco como salubrista es a la formulación de políticas públicas y a una respuesta estructurada desde el sector salud para hacer frente al fenómeno de la violencia desde sus causas estructurales, reconociendo que el sistema de salud tiene enormes falencias que no brindan soluciones adecuadas ni oportunas y que además, el mismo sector salud termina por generar más violencia por la falta de soluciones y la falta de cobertura del sistema de salud al tercio de la población en ese momento. Adicionalmente, en un país diverso, multiétnico y pluricultural como Colombia, la imposición de intervenciones desde el campo de la salud de forma homogenizadora se convertía en una vulneración de los derechos humanos de los ciudadanos que acudían al sistema de salud, en el que además se subestimaba y en ocasiones se desconocía la magnitud del impacto de las violencias en la salud de los colombianos y colombianas, lo cual era igualmente aplicable para el caso específico de la salud mental. En definitiva, el derecho a la vida, a la paz y a la salud debía convertirse en una prioridad en toda la nación colombiana. Conectado con esta afirmación, uno de los participantes en esta investigación expresó:

*“Uno de los principales puntos que dejó la política nacional de salud mental de 1998 fue la posibilidad de entender los temas de la paz y el papel del sector de la salud desde una perspectiva de salud mental” (E10).*

En las tres décadas previas a la formulación del PNSM-1998, mientras el gobierno nacional se focalizaba en camas psiquiátricas, hospitales psiquiátricos y psiquiatras, el fenómeno de la violencia se iba expandiendo por el territorio nacional y con él, la salud mental de la población quedaba expuesta, amenazada, y frecuentemente lesionada (Cudris-Torres & Barrios-Núñez, 2018), y eso no se atendía en los hospitales psiquiátricos. Sin duda, el campo de la salud mental le estaba dando la espalda a la violencia generada por el conflicto sociopolítico, el narcotráfico y la lucha contra las drogas, en línea con la guerra internacional contra las drogas y el despliegue de las fuerzas armadas y de policía en la lucha contrainsurgente.

Un año antes de adoptada la PNSM-1998 se había expedido la Ley 387 de 1997, para la prevención del desplazamiento forzado y la atención de los desplazados por la violencia (Congreso de Colombia, 1997), que fue una ley tímida, incluso, un poco evasiva, en reconocer que la violencia sociopolítica en Colombia se manifestaba a través de un conflicto armado interno, acompañado de un descontento social profundo como expresión de las inequidades sociales y de un sistema político al servicio de las élites. Esta ley en su encabezado hace referencia a la violencia y dice que se adoptan medidas *“para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia”* (Congreso de Colombia, 1997). No obstante, la expresión “conflicto armado interno” solo se menciona en una ocasión en el artículo 1°, cuando define qué es una persona desplazada:

ARTÍCULO 1°.- Del desplazado. Es desplazado toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno; disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho

Internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar drásticamente el orden público (Congreso de Colombia, 1997).

Como puede colegirse del texto, la seguridad nacional jugaba un lugar principal y no las explicaciones estructurales que permitieran entender que el fenómeno del desplazamiento forzado estaba íntimamente relacionado con la violencia sociopolítica; en cambio fue manejado frecuentemente como un problema de orden público. En esta Ley, lo relacionado con la salud mental de los desplazados, hacía parte de la atención humanitaria de emergencia, como una atención psicológica a la cual se tenía derecho por un tiempo máximo de tres meses “prorrogables excepcionalmente por otros tres (3) más” (parágrafo del artículo 15, de la Ley 387 de 1997)<sup>32</sup>. La provisión de este servicio de atención psicológica se comenzó a brindar de manera fragmentada, es decir, armonizada con la forma de operar del SGSSS. También se dieron pasos para configurar a las víctimas de la violencia sociopolítica como potenciales enfermos, con un posible diagnóstico de trastorno mental, medicalizando y psicologizando así el sufrimiento humano y sustrayéndose el Estado de la responsabilidad estructural en el origen y mantenimiento de este sufrimiento ligado a la violencia sociopolítica del país (Castaño, 1994a).

Por esta razón, hay que destacar el hecho de que la PNSM-1998, por lo menos en el texto, reconozca que las violencias constituyen un problema relevante para el país y del cual el campo de la salud mental debe ocuparse, con enfoque de derechos. Visibilizar el nexo entre violencia sociopolítica, conflicto armado interno, desplazamiento forzado y salud mental, resultó un hito para un país como Colombia, en el que los diferentes actores de la sociedad, campos de prácticas y conocimientos como la psiquiatría, entendida no solo como especialidad médica sino como una categoría ordenadora del campo de la salud mental (Fernández Liria, 2018), estaban de espaldas a esa realidad. Eran otros los temas de estudio y debate y la financiación para la investigación en este campo, muy precaria por demás (Castaño, 1994b; López Jaramillo, C, 2015). Los pocos programas estructurados de atención a población desplazada, que incluían un componente psicosocial, eran

---

<sup>32</sup> Las expresiones “máximo” y el “excepcionalmente por otros tres (3) más” fueron declaradas inexecutable por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-278 de 2007 (Corte Constitucional de Colombia, 2007) .

liderados principalmente por organizaciones no gubernamentales como la Corporación AVRE, bajo el liderazgo de Bertha Lucía Castaño, que abordaba el sufrimiento emocional de las víctimas de tal manera que pudieran reconstruir sus identidades y con el suficiente soporte social que permitiera impulsar procesos colectivos organizados (Castaño, 1994b). Otra organización que investigó y realizó importantes trabajos de campo fue la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), bajo cuya coordinación se ejecutó una amplia investigación sobre el proceso del desplazamiento forzado en Colombia y fue plasmada en el texto *“Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada”*, en el cual se destacó la relevancia del restablecimiento de los derechos vulnerados a las personas y comunidades desplazadas por la violencia sociopolítica y la necesidad de implementar el componente psicosocial como parte de la estrategia de atención por parte del Estado y demás organizaciones (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 1999).

El término psicosocial es planteado por la CODHES (2003) como:

“...La construcción de un proceso integral desde la persona y la colectividad, teniendo en cuenta el sentir, el pensar y el hacer en los diferentes espacios y contextos en que se mueve el individuo (social, político, económico, familiar, laboral, cultural...) permitiendo que las personas redefinan el nuevo espacio en un proceso de adaptación que respete la memoria individual y colectiva. Para reconstruir el tejido social a partir del otro, que permita la observación, la lectura, el análisis y finalmente la intervención en grupo” (Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, 2003, p. 370).

Esta concepción de lo psicosocial implicaba un reto para la formulación de una política de salud mental. No obstante, a pesar de que, efectivamente, en el proceso de generación de la iniciativa de formular una política de salud mental primaron las repercusiones de la violencia sociopolítica en la salud mental de las personas, el documento de política se alineó, otra vez, con los trastornos mentales, haciendo referencia, de manera similar a lo ocurrido con los Macrodiagnósticos de Salud Mental, a la “severa problemática de salud mental” del país, planteando la prevalencia de trastornos mentales como indicador directo de salud mental y esbozando otros indicadores que en el documento se denominan

“indirectos”, como la violencia, el maltrato infantil e intrafamiliar y el consumo de sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud, 1998).

Resulta llamativo que por más que en las motivaciones, justificaciones y en los discursos oficiales se hacen esfuerzos por adentrarse en otra manera de concebir y abordar la salud mental y los problemas que la afectan, la perspectiva biomédica termina por capturar el discurso y, en su nombre, la psiquiatría, como categoría y disciplina, mantiene el liderazgo otorgado para que ese discurso de la salud mental termine por transitar entre diagnósticos de trastornos psiquiátricos (Basso, Liliana, 2006; Fernández Liria, 2018). Con esta afirmación, no se pretende caer en una postura negacionista de la existencia de síntomas, signos y síndromes que puedan clasificarse dentro de los esquemas de la nosología psiquiátrica, ni que la biomedicina no brinde aportes al alivio de estos, sino que en cuanto el sistema de salud se sustenta primordialmente sobre los trastornos mentales, el Estado e inclusive la sociedad medicalizada, psiquiatrizada y psicologizada, resultan funcionales a esta mirada de entender los fenómenos que rodean la salud mental, centrados en la enfermedad y en los individuos, más que en las condiciones de vida y en los entornos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales en los que se desarrollan las personas. Para ejemplificar esta afirmación démosle mirada al primer párrafo, que da inicio a la Resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 1998), que adoptó la PNSM-1998:

#### “CONSIDERANDO

Que la información epidemiológica disponible revela una alta prevalencia de alteraciones de la salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades son actualmente de tal magnitud que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública”. (Ministerio de Salud, 1998).

Pero un poco más adelante en las consideraciones continúa con lo siguiente:

“Que es función del Ministerio de Salud, (sic) dictar normas científicas que regulen la calidad de los servicios, la prevención de la enfermedad mental mediante la



intervención de los factores de riesgo a enfermar, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades de salud y por las instituciones prestadoras de servicio de salud y por las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud”. (Ministerio de Salud, 1998).

Aunque en el primer párrafo citado nos hablan de “alteraciones de la salud mental”, termina siendo un eufemismo para referirse a los trastornos mentales. De alguna manera, es como si la forma de hacer visible la salud mental fuera a través de la enfermedad. A su vez, la enfermedad de lo mental se nomina por medio de los diagnósticos psiquiátricos, lo que debe llevarnos a plantear intervenciones que den solución al problema, las cuales son estructuradas desde lo que la psiquiatría ha aprendido a hacer: la detección y la atención de la anormalidad y la anomalía (Prvulovic & Hampel, 2010). Después de refrendada esta relación entre salud mental y lo anormal y anómalo, se le encarga también a la psiquiatría que participe en el diseño de estrategias para la superación del estigma generado alrededor de los trastornos mentales que la perspectiva biomédica ayudó a estructurar a través de la psiquiatría. Se vuelve un círculo que no para de girar.

Como se observa en ese mismo primer párrafo de las consideraciones de la PNSM-1998, se menciona “La transición de la salud de los colombianos”, explicada por los cambios demográficos, como uno de los marcos explicativos para entender la problemática de salud mental. Visto así, el incremento de la población urbana ocasionado en parte por procesos de desplazamiento forzado debido a la violencia sociopolítica o por el empobrecimiento y falta de oportunidades en lo rural, los cambios epidemiológicos producto de las enfermedades del mundo moderno (alimentación, entornos laborales y educativos poco favorables), se lo colocan en la misma canasta, sin comprender que, en lo atinente a salud mental, esta transición también refleja el malestar y el sufrimiento asociados a la profundización de un modelo económico en el que se termina por privilegiar el individualismo en medio de un empequeñecimiento del Estado que pretende brindar protección social a través de la desprotección y bienestar social reproduciendo acciones generadoras de malestar (Huertas, 1998).

La economía y la política repercuten ampliamente en la salud mental de las personas y comunidades, vestidas con distintos ropajes: violencias, pobreza, dificultad para acceder a la educación, la salud, a una vivienda digna, a la recreación y en general, al disfrute de

derechos fundamentales como la vida, la salud y la salud mental (Jimenez-Molina et al., 2019). No obstante, los efectos de los sistemas económico y político se incluyen dentro de la narrativa de la problemática de salud mental, convirtiéndola como la “encubridora que oculta y apacigua los conflictos sociales” (Ortiz, 2022).

Los dos anteriores segmentos del texto de la PNSM-1998 nos ubican en la tensión permanente que existe entre el discurso de la salud mental y los hechos observables a través de las prácticas enfocadas en los trastornos mentales, que parecen contradecir parte de este discurso, pero que realmente nos muestran, como afirma Alberto Ortiz Lobo, que “La psiquiatría y la psicología participan de esta dinámica en la medida que pueden justificar la desprotección en nombre de la autonomía, la responsabilidad individual y la libertad frente a la injerencia del Estado” (Ortiz, 2022, p. 22).

La PNSM-1998 puso sobre la mesa nuevamente preocupaciones que habían sido reiterativas al interior del campo de la salud mental. Una de ellas es la necesidad de información sobre la situación de salud mental, que en los estudios del Ministerio de Salud realizados a partir de 1987 habían incluido aspectos sociales y de las condiciones de vida, trascendiendo la información que se exploraba en los Macrodiagnósticos de salud mental entre 1973 y 1987 (Ministerio de Salud, 1976b, 1976a, 1982, 1986, 1988; Ministerio de Salud Pública, 1974), centrada en diagnósticos psiquiátricos, recursos humanos, institucionales y financieros vinculados a la atención psiquiátrica.

El interés por conocer la prevalencia de los trastornos mentales seguía siendo utilizado como equivalente a conocer la situación de salud mental de las personas que habitan Colombia. No importaba si se incorporaban nuevas variables y áreas de investigación, los trastornos mentales y lo relacionado con la atención de estos seguían siendo lo más visible y de mejor apropiación por parte del sector salud e incluso por parte de otros sectores. Este hecho es una muestra de la penetración y acogida del enfoque biomédico en una sociedad medicalizada. Luego de conocer los trastornos más prevalentes, se buscó diseñar e implementar estrategias para afrontarlos, manejarlos y de ser posible resolverlos desde la biomedicina. No obstante, aún en el marco de los trastornos mentales, cuando los hallazgos han hecho referencia a aspectos como el consumo de alcohol y cigarrillo, si bien se dictaron medidas y se plantearon intervenciones, el Estado ha seguido siendo vacilante y paradójico. Mientras el sector salud intentó afrontar el consumo problemático

de alcohol y cigarrillo, se ha evidenciado la presencia de marcas de cigarrillos y bebidas alcohólicas como patrocinadores de actividades deportivas como equipos y campeonatos de fútbol (Vélez, J. G, 2011).

Otra preocupación de la política de salud mental en Colombia ha sido la necesidad de formar en salud mental a más trabajadores de la salud no especializados o especialistas de áreas distintas a la psiquiatría y la salud mental, e incluso a personas de sectores distintos a la salud, con la idea de que esto mejorará la calidad de atención en salud mental, que al final termina siendo la atención psiquiátrica. El interés por mejorar el nivel de formación se intensificó desde la década de 1960, luego de varias misiones que señalaron el deplorable nivel en el que se encontraba la atención de los enfermos mentales en el país, recibiendo atención de mala calidad en instalaciones deterioradas, desaseadas, en hacinamiento y los profesionales con muchas debilidades en su formación (Esquibel, 1966). La PNSM-1998 también incluyó como una de sus estrategias la formación del talento humano orientado por la calidad técnica-científica y humana en todo el proceso salud-enfermedad, esto es promoción, prevención, atención y rehabilitación (Ministerio de Salud, 1998, p. 35).

Aunque desde la biomedicina las opciones terapéuticas eran restringidas, desde las intervenciones psicosociales y comunitarias, había todo un mundo por explorar, y eso, sin meternos en el mejoramiento de las condiciones de vida, del respeto a los derechos humanos y la diversidad. Sin embargo, las esperanzas siempre se colocaban en el nuevo medicamento que introducían las farmacéuticas al mercado sanitario, promocionándolo como el que sí resolvía de manera eficaz los síntomas de los enfermos y sin producir efectos adversos de consideración. Esto terminaba siendo una frustración tras otra. Si bien, mejoraban los síntomas, no lo hacían en siempre ni en todos los casos y los efectos adversos estaban a la orden del día.

El documento de política también se refirió a los Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA), ocasionados por las enfermedades neuropsiquiátricas como una justificación para su formulación en línea con la perspectiva de economía de la salud. Como puede observarse aunque la iniciativa y parte de las justificaciones se realizaban desde enfoques distintos al biomédico y se relacionaban con las violencias y otros factores sociales, poco a poco se vislumbraba, por medio de la referencia reiterativa a los “*trastornos psiquiátricos*” en el

documento de política (Ministerio de Salud, 1998, pp. 28-32), la presencia de la psiquiatría tradicional, la de los trastornos mentales y su comprensión y abordajes restringidos, que termina por subsumir la perspectiva amplia de salud mental, en la que caben los sufrimientos, los malestares, el desarraigo y las tensiones emocionales producidos por las condiciones de vida a la que son sometidas las personas y comunidades en ambientes de violencia en medio de las disputas por el poder y de las de riquezas de diverso orden.

La política de 1998 requería traspasar los predios del Ministerio de Salud y hacer realidad la idea planteada desde mediados del siglo XX por la OMS, en el sentido de que era recomendable que el campo de la salud mental dejará de ser liderado por la psiquiatría; sobre todo, si se trataba de una política pública de un campo que había sido dominio casi exclusivo del sector salud y desarrollado alrededor de la biomedicina. Esta política fue pensada, formulada y promulgada en un momento en el que el país comenzaba a ser testigo esquivo de los desplazamientos internos masivos de la población rural, afrodescendientes, comunidades indígenas, campesinos, sindicalistas y líderes sociales. Tal vez por ello se hace mención de las limitaciones existentes para el respeto y disfrute de los derechos humanos, indispensables para el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y la integración social (Ministerio de Salud, 1998, pp. 21-22).

La participación, como uno de los principios rectores del nuevo SGSSS, fue uno de los componentes de gran interés para los formuladores de la política. El mecanismo participativo utilizado fue sobre todo en forma de participación gremial, profesional y de organizaciones del campo de la salud mental. En este sentido, la PNSM-1998 tiene como fenómeno interesante la vinculación al proceso de organizaciones y representantes de disciplinas como psiquiatría, enfermería, psicología, terapia ocupacional, neuropsicofarmacología, clínicas y hospitales psiquiátricos públicos y privados, granjas integrales, comunidades terapéuticas, funcionarios de secretarías de salud, del Ministerio de Salud y de la Dirección Nacional de Estupefacientes, facultades de medicina, entre otros.

Como el lector podrá observar, aunque existió la decisión de formular una política de forma participativa, el desbalance a favor de la psiquiatría y del enfoque tradicional de la medicina resulta evidente. Los miembros de la Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP), por ejemplo, tuvieron una amplia participación en diferentes roles, bien fuera como

representante de la ACP, o como funcionario de alguna clínica u hospital, funcionario del Ministerio de Salud o como profesor de alguna Facultad de Medicina. Una de las personas entrevistadas en esta investigación, al respecto de los balances de las fuerzas en la participación para la formulación de la política afirmó:

*“... (La PNSM-1998) fue una política concertada con expertos y con la sociedad civil, más de expertos, pero se hizo un gran esfuerzo por vincular a la comunidad”* (E10).

Este desbalance de representatividad, con un número mayoritario de psiquiatras, podría dar cuenta de la férrea defensa que hubo para el uso de medicamentos desde la psiquiatría, según manifestaron funcionarios del Ministerio de Salud entrevistados en esta investigación (E19, E10). La psicofarmacología y la creciente prescripción de medicamentos psiquiátricos (Machado et al., 2015), resultan funcionales al sistema de salud, al enfoque biomédico, al enfoque individualista de la salud mental, al proceso de acumulación de capital ligado a los sistemas de atención en salud mental, en el que los medicamentos y las instituciones hospitalarias son la principal fuente de recursos para sus propietarios o para las personas e instituciones que se lucran del campo de la salud mental. Son también este tipo de intervenciones las que se pueden masificar, organizar para que trabajen en una economía de escala. Para el Estado colombiano el acceso a los medicamentos psiquiátricos había sido una dificultad a vencer, ya que desde la perspectiva como se ha asumido la salud mental, un medicamento resulta esencial para resolver los problemas del campo de la salud metal, como en su momento lo señaló el Ministerio de salud “fallas en la disponibilidad de medicamentos” (Ministerio de Salud, 1992, p. 9). No obstante, estos entrevistados coincidieron en que al final, aunque no se terminara reflejando en la realidad, para el discurso de la PNSM-1998:

*“El uso de los medicamentos es solo un recurso más”* (E19).

Esta posición permitía que se pensara en incorporar una gama de intervenciones distintas a las tradicionales provenientes de las ciencias biomédicas que coadyuvaran en la salud mental, en un país que deseaba abordar condiciones particulares que iban más allá de los diagnósticos psiquiátricos. Era una manera de retomar la senda que Colombia había iniciado desde finales de la década de 1960 con una serie de desarrollos en psiquiatría

social y comunitaria, especialmente en el grupo de trabajo de la Universidad del Valle en Cali, liderado por Carlos León (C. León, 1976), quien fue uno de los revisores de la PNSM-1998, y para quien "... del énfasis sobre la enfermedad mental, se está pasando a la preocupación por la salud mental y su correlación con las circunstancias sociales, políticas, económicas, geográficas y ecológicas, es decir, con todo lo que contribuye al bienestar y la mejoría de la calidad de vida de los pueblos" (C. León, 1976, p. 122). La perspectiva de este grupo de trabajo era conocida previamente por el jefe del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud, uno de los responsables del equipo para la formulación de la PNSM-1998, el psiquiatra Guido Mauricio Romero González, quien compartía la conveniencia de introducir transformaciones en las intervenciones en salud mental en Colombia. Romero también había laborado anteriormente en la Defensoría del Pueblo, desde donde participó en diversas acciones judiciales que lograron que las personas inimputables fueran atendidas en establecimientos de salud y no en los "anexos psiquiátricos" de las cárceles.

Además del interés del Ministerio de Salud en una política de salud mental que atendiera las implicaciones del desplazamiento forzado y las violencias, el debate no debió haberse dado solo desde los aportes de los expertos técnicos, que fueron predominantemente médicos psiquiatras, sino también desde miembros de organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria que contribuyeran desde otras orillas a la selección de prioridades y promoción de programas de salud mental, y que no solo estuvieran sentados como espectadores (Ministerio de Salud, 1998). Igualmente, se buscó una sólida presencia regional, logrando que asistieran a la convocatoria, pero muchos de ellos desde el doble rol de ciudadanos de las regiones y psiquiatras funcionarios de instituciones psiquiátricas.

Que la participación terminará siendo mayoritariamente de personas con formación médica, se reflejó en el peso que el documento de política le confirió a los aspectos biomédicos, como por ejemplo, la relevancia que finalmente es concedida a lo que denominan en el documento "enfermedades psiquiátricas tradicionales" (Ministerio de Salud, 1998, p. 13). Una constante en el campo de la salud mental en Colombia es que en el contenido discursivo de los documentos de política se incluyan perspectivas distintas a la biomedicina, pero al final, los objetivos, las justificaciones, el análisis de la situación de salud mental y las acciones propuestas, como ha sucedido incluso desde los macrodiagnósticos de salud mental, desembocan en estrategias desde la biomedicina, lo

que nos permite inferir la existencia de una medicalización, desde la misma conceptualización implícita que concibe los problemas y trastornos de salud mental desde la óptica de la historia natural de las enfermedades y por lo tanto, los hacen objeto de tratamientos o intervenciones planteadas para resolver el daño generado por el agente causal en el huésped, al estilo de la medicina preventiva tradicional (Leavell, H. R. & Clark, E. G., 1953), dejando de lado las condiciones de vida, bienestar y protección social de las personas y comunidades. Es clarificador la siguiente afirmación de una de las personas que participaron en esta investigación:

*“A cualquier intento por hacer políticas públicas por fuera de la línea causal tradicional, epidemiológica, no le dan espacios” (E21).*

Estimular y fortalecer la participación ciudadana era fundamental en este momento, ya que fue en la década de 1990, en medio de la pauperización de la población, incremento del desempleo, perpetuación de la pobreza y expansión de las violencias en el país, que el Estado se transformaba a través de una reducción institucional y de menor presencia en la protección social de población y no dejar perder los procesos en los que venía el anterior Sistema Nacional de Salud a través de diversas estrategias que empezaban a consolidarse, así no fueran generalizadas en todo el país, pero que implicaban un acercamiento de las comunidades al sistema de salud, en medio de una descentralización en desarrollo y con una presencia estatal fortalecida por estrategias como las promotoras de salud en barrios de las ciudades, pueblos, corregimientos y veredas (Alarcón, R. D., 1986; C. León, 1976). El nuevo sistema de salud creado a partir de la Ley 100 de 1993 incluyó la participación y los aspectos comunitarios, pero no facilitó que se diera una participación efectiva o que se pudieran incorporar esos aspectos comunitarios ni de atención primaria en salud mental en la implementación del SGSSS.

Por otra parte, el documento de política adoptado por el gobierno nacional continuó en la posición de reconocer la salud mental como un componente central de la salud, sin que esto implicara decisiones políticas de fondo que resolvieran las limitaciones en las coberturas y acceso en materia de salud mental dentro del sistema de salud, la centralización y especialización excesivas, la escasez, saturación de instalaciones para la atención y cierre de los hospitales y servicios no rentables financieramente (Vargas, 2010). Se puede inferir que el SGSSS generaba una discriminación institucionalizada por parte

del Estado colombiano, en el sentido de que los parámetros bajo los cuales funcionaba no operaban en igualdad de condiciones para la salud mental, que como recordemos se ha visto abocada a una serie de restricciones y exclusiones históricamente, lo que además de ser inequitativo, refleja la dimensión verdadera del interés, compromiso y conocimiento en lo relacionado con la salud mental, campo de la salud en el que la escasez de presupuesto siempre es una excusa a la mano (OPS, 2019; Rodríguez, Jorge, 2007).

Esta política se refirió también a un punto importante, en cuanto a que el llamado a las acciones intersectoriales e interinstitucionales (Novoa-Gómez, 2012; Parales-Quenza et al., 2018) no se realizan en la práctica y queda como algo nominativo y una expresión de buenas intenciones, sin compromiso político ni presupuestal y sin que los actores involucrados en muchas ocasiones tuvieran la posibilidad de pensar y debatir como un asunto prioritario de interés nacional en el que todos los sectores del Estado y la sociedad deben participar y aportar, sin que solamente sea un implante de la perspectiva biomédica en los demás sectores a través de la lógica psiquiátrica. De hecho, en las justificaciones que se plantean en el documento de política se asume que la importancia de atender los fenómenos de violencia radica en su capacidad de generar trastornos mentales, cuando antes de eso debiera centrarse en las condiciones de vida y de disfrute que se ven alteradas en medio de las distintas violencias.

El interés en desarrollar mejores sistemas de información, al igual que en los Macrodiagnósticos de Salud Mental, es un tema de interés que permanece en las justificaciones para formular la política. Pero este sistema de información, además de deficiente, era sobre todo un sistema de información de la enfermedad (Díaz Sotelo, Ó. D, 2014), de tal manera que se identificaran las patologías más prevalentes y de esta manera implementar estrategias que las contrarrestaran. Es decir, identificar la enfermedad para poder aplicar la cura, lo que muestra que por más que se han intentado otras acciones no biomédicas, termina siendo esta perspectiva la que se hace más visible y dominando la implementación de estas políticas.

El predominio del enfoque biomédico le resta espacios de acción a una visión más amplia de salud mental, porque al final llegaremos al punto de los trastornos mentales, de lo anormal, que termina por apropiarse del campo de la salud mental en medio del liderazgo de la psiquiatría como disciplina, agente y actor que conduce la ruta de desviación de la



salud mental a los terrenos de la enfermedad. Otras aproximaciones desde la sociología, la antropología, la cultura y desde la pluralidad y la diversidad, importantes en un país diverso y de regiones como Colombia, por más que se incluyan en los documentos, no son fáciles de implementar. Las explicaciones para ello pueden ir desde la escasa voluntad política hasta la dificultad para armonizar en un sistema de salud que está más al pendiente de la sostenibilidad y rentabilidad financieras y de la consolidación de un negocio lucrativo, para lo cual se concentra en maximizar el uso de los recursos disponibles, incluyendo el talento humano en salud, en una organización operativa que se parece más a las líneas de producción industrial en serie de bienes que a una actividad que intrínsecamente está dirigida al bienestar humano, representado en el intangible de la salud mental. Este nexo entre el modelo económico y el sistema de salud es visto por una de las personas entrevistadas de la siguiente manera:

*“Ese modelo neoliberal de nuestro sistema de salud nos tiene más pensando en la reducción de costos, pero no para beneficio de la población, ni siquiera de los hospitales, es para beneficio de las EPS” (E14).*

Al igual que permanece el interés por desarrollar mejores sistemas de información en salud mental, también persiste la idea de que la ausencia de leyes, políticas públicas y normas técnicas y administrativas son un impedimento para la solución de los problemas de salud mental, y que por lo tanto la expedición de las normas, políticas y leyes marcarían el camino que redimiría al país de la problemática del campo de la salud mental. Claro que pueden resultar útiles, pero de la misma manera que con los sistemas de información, dependerá de su enfoque y de sus posibilidades reales de implementación, especialmente cuando no solo se trata de la construcción de una infraestructura material o solamente un asunto de formación profesional técnica. Esos componentes de manera aislada, sin involucrarse con las estructuras subyacentes, las condiciones de vida, los modelos económicos y políticos, quedarán siempre cortos en sus alcances. La salud mental de las personas y las comunidades requieren del desarrollo y fortalecimiento de todo lo que rodea la vida de las personas en los distintos momentos de su curso de vida: vivienda, educación, salud, recreación, medio ambiente, cultura, el libre desarrollo de la personalidad, disfrute del tiempo libre, trabajo digno y adecuadamente y la construcción de una vida con sentido en colectividad.

Acerca de que las políticas de salud mental deben trascender el texto escrito, lo meramente discursivo, afirma una de las personas participantes en la investigación:

*“Más que una política de salud mental escrita, se necesita una política de salud mental cotidiana, que nos brinde la posibilidad de convivir. Una política de salud mental es un asunto de transformación desde lo micro, de la vida diaria” (E21).*

Esta afirmación nos coloca en un punto interesante, en el que no solo se trasciende la enfermedad mental sino que se dirigen los esfuerzos a que esa salud mental que se busca preservar o recuperar, haga parte de la cotidianidad, que ese concepto de salud mental esté integrado a la vida de las personas y que no se vuelva visible solo con la anormalidad, la anomalía o el síntoma, cuando es acogida por el sistema de salud, para enmarcarlo en términos biomédicos, con un diagnóstico que focaliza la atención en el síntoma más que en la persona y sus condiciones de vida; es decir, en unos determinantes sociales de la salud mental que no se utilicen solo como una traducción de factores de riesgo, en un marco individualista y ceñido primordialmente a lo biomédico.

Precisamente, esa visión desde lo biomédico y sus factores de riesgo ha hecho que se asuma que los problemas de salud y los trastornos mentales son en esencia una falta de conocimientos y destrezas técnicas de los profesionales a cargo. Esta ha sido una constante que se repite en distintos documentos: el Informe Esquibel de 1965 (Esquibel, 1966), los Macrodiagnósticos de Salud Mental desde 1974 hasta 1987 (Ministerio de Salud, 1976b, 1976a, 1982, 1985, 1986; Ministerio de Salud Pública, 1974) y en la PNSM-1998 (Ministerio de Salud, 1998). En ese sentido, se han ampliado el número de programas de posgrado en psiquiatría y psicología, no así, o al menos no en la misma proporción, con otros programas de formación más difíciles de extraerle réditos económicos, como, por ejemplo, terapia ocupacional, trabajo social y posgrados de enfermería en salud mental. De la misma manera se ha intentado profundizar la formación en salud mental en los programas de pregrado de medicina y enfermería, sin que se observen cambios importantes en las prácticas dentro del campo de la salud.

Atender a todos los factores críticos mencionados y que se acogieran en las justificaciones para la formulación de la PNSM-1998, no significaba que se planteara una solución efectiva. Como se verá, esta situación se vuelve reiterativa en el campo de la salud mental

en medio del funcionamiento del sistema de salud y demás sectores del Estado: se proponen soluciones por parte del Estado, que el mismo Estado posteriormente justificará que no es posible realizar por otras normas y condicionantes del mismo sistema de salud. Ejemplo de ello son argumentos del tipo: falta de presupuesto, la norma no lo permite, falta de infraestructura, de talento humano calificado, falta de interés y compromiso de la sociedad.

El equipo formulador de la PNSM-1998, desde una aproximación biopsicosocial y conscientes de las dificultades para delimitar conceptualmente la salud mental, la cual arrastra una visión dicotómica cartesiana, mente-cuerpo, que no es solo teórica sino que se verifica en las prácticas y se concreta en el sistema de salud colombiano, para definir la salud mental, partió del concepto de salud de la OMS que incluye lo mental, advirtiendo que se está siempre ante la posibilidad de no integrar esos componentes sino de fragmentar el concepto de salud y sus prácticas, y por lo tanto, era necesario recurrir a un enfoque holístico como el modelo biopsicosocial. La política asume como concepto de salud mental:

“La capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (Ministerio de Salud, 1998).

Sobre el concepto de salud mental acogido por la PNSM-1998, puede afirmarse que, aunque esta era una política que partía de un enfoque biopsicosocial, lo que se observa es un profundo acento en una individualidad centrada en las capacidades y en el desarrollo de las potencialidades individuales. Enfocarse de tal forma en las capacidades individuales nos aboca a que se asuman actitudes excluyentes hacia quienes se consideren no poseen estas capacidades y que por lo tanto tendrían una salud mental menoscabada, cayendo en un franco capacitismo (Friggi & Gesser, 2020).

Este concepto de salud mental es consonante con un modelo económico-político en el que las individualidades se convierten en la matriz bajo la cual se desarrollan la sociedad y las personas (Huertas, 1998), no como pertenecientes a una comunidad sino como una suma

aislada de individualidades en el que las personas más capaces y hábiles aprovecharán los beneficios y oportunidades que el Estado coloca a su servicio, alejados del principio de equidad. Es también la materialización de la idea de que el sistema nervioso central de las personas tiene unas potencialidades y dependerá de que se estimule y ejercite adecuadamente para alcanzar un desarrollo que permitiera alcanzar las metas que individualmente se trazaran las personas. Pero estas metas no surgen de manera aislada, sino que se van estructurando en consonancia con parámetros que una sociedad demarcada por el éxito personal, la acumulación de riquezas, la búsqueda de la felicidad y la evitación del malestar y la incomodidad, en un entorno de reducción del Estado, inestabilidad laboral, desempleo y en el caso de Colombia en una expansión de la denominada “economía del rebusque” (Gómez Naranjo, L. G, 2007).

Adicionalmente, un concepto de salud mental que le otorgue tanta relevancia a lo individual, así se incluyan términos como “metas individuales y colectivas” o “bien común”, termina siendo un contexto que facilita que en las acciones planteadas y en las prácticas al interior del campo de la salud mental y en el sistema de salud, se despliegue del enfoque biomédico y las permeé, al punto que el enfoque biopsicosocial queda relegado a lo discursivo e incluso varias de las acciones planteadas desde lo psicosocial pueden ser cooptadas por lo biomédico y ser funcionales al complejo médico industrial (Iriart & Merhy, 2017; Relman, 1980) y profundizar la medicalización y medicamentalización (Conrad, P., & Leiter, V., 2004), facilitadas por el mantenimiento del liderazgo de la psiquiatría, basada más en su uso como dispositivo de control social fundamentado en relaciones de poder y saber, que como fuente de mantenimiento y recuperación de la salud mental de las personas y comunidades (Basso, Liliana, 2006; L. García, 2011; Restrepo-Espinosa, 2012).

El concepto de salud mental presentado en el documento de política orientaría la realidad de esta política. En tal sentido, los dos componentes del objetivo general planteados en la PNSM-1998 terminaron ratificando lo individual y girando en torno a la enfermedad mental. Estos componentes fueron:

1. Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental.

2. Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases. (Ministerio de Salud, 1998).

Estos objetivos generales tocan el arraigado deseo preventivista, cercano a perspectivas higienistas, que en el sobreviniente campo de la salud mental tuvo desarrollos alrededor de la categoría higiene mental (Cabildo, H, 1959; Dagfal, A., 2015; Gomez Pinzón, F, 1940; Gutiérrez Avendaño, J, 2019). Las prácticas en el campo de la salud mental, enmarcados en esta política, continuarían desarrollándose como parte de los dispositivos vinculados no solamente a las instituciones del encierro, sino también al lenguaje, a la estructuración de los sesgos del conocimiento que reiteraban las responsabilidades individuales, tanto biológicas como comportamentales, dentro de sus marcos explicativos, los cuales eran forzados a ceñirse, en el discurso, a la estrategia de atención primaria en salud, estrategia esta que en el proceso de implementación del nuevo sistema de salud se vería abocada a un protagonismo discursivo pero a una marginalidad fáctica. En relación con este punto, una de las personas entrevistadas afirmó:

*“La política nacional de salud mental no cambió nada en el área de atención en salud mental. Aún hoy tenemos serias dificultades para la atención en salud mental, a pesar de que se han resuelto los obstáculos formales relacionados con el aseguramiento. Seguimos con dificultades para aumentar la oferta de servicios de salud mental y con dificultades para incorporar el enfoque de atención primaria a la salud mental, con una comunidad realmente empoderada frente a su salud mental”* (E10).

El documento de política incluyó también seis objetivos específicos, la mayoría de los cuales se relacionaban más con la atención de los trastornos mentales a través de una reorientación y cualificación de los servicios de atención brindados a través del sistema de salud, desde una perspectiva biomédica y que se alinean con la extracción de rentabilidad económica por la prestación de esos servicios, mayoritariamente en beneficio de corporaciones con ánimo de lucro (Manrique-Abril, Fred G., 2016), y con una pauperización de los trabajadores de la salud (López Crespo, 2014; Mesa Melgarejo, Lorena & Romero Ballén, María Nubia, 2010; Murrain Knudson, 2016).

No obstante, lo anterior, se incluyeron dos objetivos específicos que se asumen descentrados de la perspectiva biomédica, los cuales tienen que ver con la promoción de la salud mental propiamente dicha y con la rehabilitación psicosocial.

Esta gama de objetivos se presenta luego de haber establecido en el documento de política cuatro áreas de acción “Para la consolidación progresiva de las Redes Nacionales de Servicios”. Recordemos, como lo hemos visto previamente en esta investigación, cuando se han propuesto áreas de actuación o transformaciones en el campo de la salud mental, estas se han concentrado en prestación de servicios desde la psiquiatría tradicional y con un enfoque biomédico, así no haya sido expresado taxativamente en los distintos documentos, desde los macrodiagnósticos de salud mental hasta este documento de política. Sin embargo, resulta claro que es la atención y los servicios desde la psiquiatría hegemónica las que terminan por absorber estos cambios. En el marco del nuevo sistema de salud, estas redes de servicios tendrán que estar acorde con las realidades del SGSSS, en el que las EPS trazarían lineamientos acerca de cómo brindar los servicios a la ciudadanía. El enfoque con el que estas empresas prestaban estos servicios no era precisamente uno fundamentado en los derechos, sino en mantener unos márgenes de rentabilidad obtenidos a expensa de la negación, obstrucción, dilación o restricción de servicios (Contreras, 2004; M. Hernández, 2000).

Las áreas de acción contenidas en la PNSM-1998 fueron: 1. Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos; 2. Control de los trastornos psiquiátricos; 3. Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano; 4. Vigilancia epidemiológica (Ministerio de Salud, 1998).

La primera área de acción estaba ligada a un fuerte componente relacionado con colocar en la agenda pública a la salud mental, que parte de la idea de que el común de la gente no le da la importancia debida a la salud mental y es necesario hacerla visible a través de terceros, contando siempre con el conocimiento disponible y la ayuda de expertos, como si las personas y comunidades no tuvieran la capacidad de reconocerse y de identificar sus malestares y sufrimientos. Claramente los esfuerzos principales van dirigidos a identificar tempranamente trastornos mentales, o psiquiátricos, como los denomina el documento de política o, incluso, a la prevención de los mismos, situación de por sí controversial (Alonso et al., 2012; OMS, 2004a; Vázquez Estupiñán, Felipe, 2017),

teniendo en cuenta que al hablar de prevención de los trastornos mentales graves resulta complejo conceptualmente, centrándose la mayoría de los esfuerzos preventivos en la detección temprana del trastorno, estrategias de recuperación y de mitigación de las secuelas.

Estas acciones de promoción y preventivas se hacen presentes con frecuencia a través de acciones individualizadas, por lo que precisamente pueden armonizarse con un sistema de salud como el colombiano, delegando responsabilidades a las personas y comunidades, presentadas como estilos de vida saludables, estimulación para el desarrollo temprano en la primera infancia y habilidades para la vida. Serán entonces las personas y comunidades quienes deberán hacerse cargo de ello en un contexto poco favorable, no solo en términos de ingresos económicos sino también en lo referente a las condiciones de vida de la población, especialmente en los ámbitos educativo, laboral y familiar.

Las actividades de promoción de la salud mental estaban limitadas a aquellas contenidas en el Plan de Atención Básica (PAB) vigente, con enfoque colectivo y a cargo de los municipios, distritos y departamentos (Ministerio de Salud, 1996b), las cuales, para el caso de la PNSM-1998 se referían a:

- “a) La salud integral de niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusválidas y de la población del sector informal de la economía;
- b) La salud sexual y reproductiva;
- c) La violencia con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica;
- d) La exposición al tabaco y al alcohol;
- e) Las demás que determine la autoridad sanitaria”.

Por su parte, las EPS del régimen contributivo y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) estaban obligadas a realizar actividades de promoción y prevención de la salud, de acuerdo con la resolución 3997 de 1996 (Ministerio de Salud, 1996a). Esta era

una forma de vincular y en teoría obligar a las EPS y ARS a cumplir con las obligaciones dentro del SGSSS, pero que ocupaban un lugar marginal en el contexto del sistema de salud. El negocio estaba en el manejo de la enfermedad, lo que incentivaba la estructuración de estrategias de integración vertical, que llevaría a que una parte importante de los dineros públicos que recibían a través de las UPC se quedaría dentro de sus empresas, bien fuera directamente, o por medio de otras sociedades creadas con los réditos de los dineros que manejaban y que quedaban por fuera de las EPS. Este marco normativo obligaba a las EPS y ARS a:

- “a) Promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, autoestima y manejo del stress;
- b) Promoción de la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos;
- c) Detección precoz de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato infantil”. (Ministerio de Salud, 1996a)

Este tipo de acciones se vuelven etéreas en un sistema de salud que se desenvuelve entre diagnóstico y atención médica de trastornos, atención de urgencias y hospitalización psiquiátricas, con pocas acciones reales en atención primaria en salud, promoción y prevención, lo que lleva a que todo quede como un documento escrito que enriquece un discurso con pocas repercusiones benéficas en las personas a quienes van dirigidas las acciones.

No obstante, la aspiración de la PNSM-1998 era priorizar la atención de las personas en su comunidad, acción que se convirtió casi en un imposible en un sistema de salud en el que las EPS iban reemplazando en gran medida las funciones del Estado con garante del derecho a la salud, aunque en la Constitución Política de 1991 quedara registrado como un servicio público a cargo del Estado (Presidencia de la República, 1991b). Ni las EPS ni las ARS estaban interesadas en aumentar su planta de personal para este tipo de acciones; preferían prestar la atención médica clásica, con poco interés en el seguimiento de las enfermedades de las personas y más concentradas en los servicios de urgencias y de hospitalización. Poco a poco fueron desapareciendo actividades que financiaban directamente las secretarías de salud de los municipios, distritos y departamentos, como hospitales día, granjas-talleres, hogares, actividades de salud mental comunitaria, etc.



Para esta fecha ya las promotoras de salud, que habían cumplido una labor admirable en el país por más de dos décadas en las áreas rurales del país, comenzaban a ser presionadas para se formaran como auxiliares de enfermería o como auxiliares de otras áreas o técnicas en salud, para irse acoplando al nuevo SGSSS, dejando de lado las labores que cumplían en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en mantener una activa participación comunitaria en los procesos de salud (Zuluaga Salazar & Otálvaro Castro, 2020). Ahora serían auxiliares de enfermería con unas funciones acordes al enfoque biomédico bajo el que funcionaba el SGSS.

En este punto se hacen nuevamente evidentes las contradicciones del campo de la salud mental en Colombia. Se expide la PNSM-1998 con un discurso de favorecer las acciones en la comunidad, la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, la atención primaria en salud mental y la descentralización de la atención de los centros especializados hacia hospitales generales y centros de salud de baja complejidad, pero los desarrollos alcanzados en este sentido, en el marco del antiguo Sistema Nacional de Salud, son reducidos a su mínima expresión unos y eliminados otros, dejando en manos de las EPS, ARS y del PAB unas acciones que no despertaban el interés de estas instancias y que además no resultaban tan rentables para estas empresas comparativamente con las acciones clásicas de la biomedicina, además que no permitían fácilmente incrementar la acumulación de capital, ya que las acciones eran fundamentalmente realizadas por talento humano en salud y requerían estrategias que en el corto plazo implicaban enorme inversión y poca rentabilidad.

Adicionalmente a las transformaciones estructurales del sistema de salud realizadas a partir de 1993, permanecía la poca o a veces nula formación de los psiquiatras en salud mental comunitaria (Ministerio de Salud, 1998). Tenemos entonces un campo de la salud mental que buscaba profundizar sus acciones en la comunidad y las intervenciones psicosociales sin que la disciplina y sus profesionales que lideraban este campo contaran con los elementos necesarios en su formación y sin que tampoco existiera una intención reformativa en sus prácticas, a la vez que disciplinas como enfermería, terapia ocupacional y trabajo social iban siendo ubicadas en posiciones más periféricas en medio de un sistema de salud guiado por el mercado y el subsecuente adelgazamiento de la atención primaria en salud mental, dificultando aún más la articulación entre APS y salud mental (Stolkiner, A. & Solitario, R., 2007), siempre en tensión al encontrarse en medio de

un sistema de salud en el que predominan el interés por la sostenibilidad y rentabilidad financieras.

En la PNSM-1998 permanece la centralidad que ha ocupado en las políticas públicas colombianas del campo de la salud mental el consumo de sustancias que pueden causar dependencia. Recordemos que a partir de la segunda mitad del siglo XIX es precisamente alrededor de las acciones estatales contra el alcoholismo y el chichismo que se fue configurando el campo de la salud mental, de la mano también de la apertura de asilos para locos y degenerados, que se asociaban en la época al consumo de estas bebidas embriagantes.

Las acciones de promoción y prevención de las conductas adictivas aparecen acompañadas de la reiteración de las normas restrictivas contra la producción, distribución y consumo de las sustancias con capacidad de producir adicciones, en sincronía con la lucha contra las drogas, que continuó en el gobierno de Ernesto Samper (1994-1998) a pesar de la acusación de los vínculos de su campaña presidencial con los carteles del narcotráfico (Rettberg, Angelika, 2002; Thoumi, F. E., 1999). Las medidas de corte policivo se imponían desde la producción hasta el consumo de las sustancias psicoactivas, a pesar de que ya en 1994 la Corte Constitucional había promulgado la sentencia C-221 de 1994 (Corte Constitucional de Colombia, 1994a), que despenalizó el porte y consumo de dosis personal de sustancias psicoactivas en desarrollo del derecho constitucional al libre desarrollo de la personalidad y que señaló también que el peligrosismo, tan cercano al campo de la salud mental, no podía hacer parte de las políticas estatales inherentes a la salud pública.

La PNSM-1998 era una oportunidad para zanjar las brechas que producto de las múltiples fragmentaciones se iban profundizando en el campo de la salud mental en Colombia (Herazo, 2014) y que como se ha mencionado en otros apartes de esta investigación, se reproducían en las prácticas al interior del sistema de salud, las cuales reafirmaban el estigma institucionalizado hacia el campo de la salud mental, por medio de negaciones de servicios, exclusiones, restricciones y toda una serie de barreras de acceso (Campo-Arias & Herazo, 2015), y que en el área específica de la prevención y atención de problemas y trastornos relacionados con el consumo de sustancias fueron notorios durante los primeros años de implementación del nuevo SGSSS. En este sentido, la nueva política de salud

mental buscaba realizar acciones tendientes a que se garantizara la misma atención en los planes de beneficios del POS del régimen contributivo que en el POS-S del régimen subsidiado, ya que en este último las barreras de acceso, negaciones y restricciones eran más notorias.

Una de las acciones más relevantes que se destacó en la PNSM-1998 fue la creación de las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas (UAICA) en hospitales psiquiátricos de la red pública, fundamentadas en la reducción del daño que término utilizado en el texto de la política de manera intercambiable con el de “reducción del riesgo”. Al respecto una de las personas entrevistadas manifestó:

*“Empiezan a hablar de reducción del daño y deciden, por conveniencia política, hablar mejor de reducción del riesgo” (E19).*

La estrategia de las UAICAs buscaba subsanar la desatención sistemática de los problemas y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el SGSSS, ya que se venía brindando esta atención por una multiplicidad de organizaciones de índole religiosa y otras que funcionaban bajo la denominación de comunidades terapéuticas o fundaciones de rehabilitación, pero que en virtud de la nueva política de salud mental tendrían que asimilarse a una IPS. Es decir, las UAICAs tendrían que adecuarse a los enfoques dominantes en el SGSSS.

Aunque era cierto que varias de las organizaciones y fundaciones que atendían personas con farmacodependencia no tenían prácticas éticas, respetuosas de los derechos humanos o no ceñidas al estado del conocimiento vigente, la PNSM-1998 pretendía que incluso aquellas organizaciones y fundaciones con buenas prácticas se adaptaran a los requisitos para el funcionamiento de las IPS, es decir, asimilarse a una institución de salud tradicional.

La PNSM-1998 contiene un extenso anexo técnico denominado reducción del Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Ministerio de Salud, 1998), con una serie de recomendaciones basadas en un enfoque de salud pública, que se trazó como objetivo “reducir el uso y abuso de todas las sustancias psicoactivas que alteren el funcionamiento del sistema nervioso central con un fin recreativo” (Ministerio de Salud, 1998), al tiempo

que se respete la libertad individual sin que se afecte a los individuos, la familia y la sociedad. En este objetivo se pone en juego nuevamente la tesis del peligrosismo vs. el libre desarrollo de la personalidad, en un entorno como el colombiano, protagonista de la lucha contra las drogas. Estas intersecciones entre las condiciones locales, la geopolítica, la biomedicina y el control social, resultan un desafío para estas pretensiones de la política de salud mental, con una alta posibilidad de que fueran la biomedicina y el control policivo las que marcaran los derroteros.

Este enfoque de salud pública también proponía retomar el registro de farmacodependientes, que había sido creado en el artículo 27 de la Ley 30 de 1986 (Congreso de Colombia, 1986) y regulado por la Resolución 6980 del 28 de mayo de 1991 del Ministerio de salud (Ministerio de Salud, 1991), con el propósito de que las personas pudieran ser proveídas de las drogas o medicamentos de los que eran dependientes. Estos intentos de reorientar las acciones desde un enfoque de control moral y policivo a uno de salud pública, como puede observar el lector, han hecho parte del ordenamiento legal del país; sin embargo, la efectividad de este tipo de políticas públicas queda subsumida a una perspectiva biomédica y al complejo médico industrial más funcional al sistema de salud, tanto al antiguo Sistema Nacional de Salud, pero mucho más en el SGSSS, con claros intereses de rentabilidad financiera, de mercado, es decir, de negocio.

Este negocio estaría acoplado al mismo formato de la hospitalización psiquiátrica, tanto en su organización como en lo referente al cumplimiento de normas para su funcionamiento. Como reafirmación de que esto era así, el mismo anexo técnico de la política decía:

“Hasta tanto no se reglamente de manera exclusiva los requisitos mínimos para los centros que atienden pacientes con conductas adictivas, se deberán llenar los establecidos en la Resolución 4252 de 1997 en el aparte correspondiente a instituciones psiquiátricas, tanto en su componente ambulatorio como institucional.” (Ministerio de Salud, 1998).

Finalmente, la PNSM-1998 incluyó otras dos áreas de acción, que apenas se mencionan en unas cuantas líneas: los aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano, y, por último, la vigilancia epidemiológica. La primera de ellas es asumida como la promoción al interior de la capacitación de los trabajadores de la salud de lo que denominan

componentes conductuales y otras acciones a través del PAB a víctimas del conflicto armado “en su condición de desplazados y/o refugiados y traumatizados”. La vigilancia epidemiológica se resume en la incorporación del componente de salud mental al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA).

Las áreas de actuación de la PNSM-1998 la sumergen en una situación paradójica que ha sido recurrente en el campo de la salud mental en Colombia (D. M. Hernández & Sanmartín, 2018), y que además se reflejan en las estrategias contempladas en el documento de política.

Estas estrategias fueron: 1. Fortalecer la promoción de la Salud Mental; 2. Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en todos los entes territoriales; 3. La reorientación en la prestación de servicios en Salud Mental; 4. Establecer la calidad y equidad como principio fundamental de la atención; 5. Coordinación de la gestión intra e intersectorial; 6. Prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas; 7. Establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

Dentro de estas estrategias, es la promoción de la salud mental la que sirve de punta de lanza para las demás. Sin embargo, la forma concebirse y plantearse denota el individualismo y la perspectiva biomédica, que, en tanto paradójicas, a la luz de la PNSM-1998, permanecen y someten el discurso de la política a una tensión profunda.

Como política pública, la PNSM-1998 también contó con unas metas a corto, mediano y largo plazo, concebidas de tal manera que permitieran su seguimiento y evaluación posterior. Estas metas retomaban indicadores de larga data como camas por habitantes; estancia hospitalaria; número de unidades de salud mental; incentivar el uso de hospitales generales para la atención psiquiátrica; fortalecimiento institucional y de la descentralización; asignación de mayores presupuestos para salud mental; acceso a la atención en salud mental al 100% de los afiliados al SGSSS; salvaguarda de los derechos de los pacientes; exigencia de realización de actividades de promoción y prevención por parte de las EPS; incorporación de nuevas opciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, como casas de paso, hospital día, centros de salud mental comunitarios, con involucramiento familiar y social, aspiraciones estas de difícil implementación en un

sistema de salud gestionado en la práctica por unas EPS más interesadas en el lucro que en la salud pública (Ministerio de Salud, 1998).

Adicionalmente, entre las metas figuraba la constitución en los municipios del país de un equipo de salud mental comunitaria integrado por médico, psicólogo y enfermera; profesiones que debían transformar sus programas de pregrado, con la incorporación de aspectos de salud mental pública. Precisamente, el sector educativo se convertiría en uno de los principales objetivos para la realización de las acciones intersectoriales requeridas para la implementación de la PNSM-1998.

Como puede apreciar el lector, la PNSM-1998 además de ser el primer documento de política denominado como tal en Colombia, es también la primera política en salud mental del Estado colombiano que tiene en cuenta el fenómeno de la violencia sociopolítica y sus consecuencias en la salud mental, así como también la selección del enfoque psicosocial y de derechos y de las intervenciones psicosociales y de base comunitaria como centrales en el documento. No obstante, el enfoque biomédico terminó por permear el documento y en múltiples ocasiones ocupó un lugar protagónico. Este enfoque biomédico como hemos visto es funcional al sistema de salud colombiano reproduciendo tensiones entre los enfoques mencionados y la atención primaria en salud que sería asumida en 2011 como estrategia fundamental del SGSSS (Congreso de Colombia, 2011a).

Las tensiones mencionadas no son sólo teóricas, sino que se verifican en la realidad, expresadas en términos de barreras de acceso a los servicios de salud mental, restricciones y exclusiones en los planes de beneficio en salud, y una visión limitada del sufrimiento y malestar psíquico que son traducidos a diagnósticos psiquiátricos y a sus intervenciones y tratamientos hegemónicos que no contemplan lo psicosocial como un componente real y válido del SGSSS.

Sumado a estas tensiones, la PNSM-1998 adoleció de poco respaldo político para su implementación, siendo quizás el tema de las UAICAs una de las pocas estrategias que pudieron ser absorbidas por el sistema de salud, ya que permitía a los hospitales públicos que crearan su UAICA ingresos económicos adicionales en un momento en el que la situación económica de los hospitales públicos en el país era agobiante.

No resultó clara la importancia que realmente tenía la salud mental en la agenda del Estado. La PNSM-1998 terminó siendo una política de un gobierno, pero no de Estado, y una vez se le dio paso al siguiente gobierno, fue como si esa política no existiera. Resultaba también preocupante que muchos de los actores del campo de la salud mental actuaban en sus prácticas como si no hubiera un documento de política. De hecho, la mayoría de las personas entrevistadas, a pesar de ser unos actores relevantes del campo de la salud mental en el país, desconocían que existiera una política de salud mental en el país. Respecto al respaldo político con el que contó la PNSM-1998, una de las personas participantes en la investigación aseveró:

*“Una política pública de salud mental sin respaldo político es un discurso lleno de letra muerta. La política nacional de salud mental de 1998 se quedó en lo discursivo” (E10).*

Muy a pesar de haberse estructurado un documento de política que reconocía las distintas violencias como factores que incidían en la salud mental de las personas y comunidades más allá de la patología; de que se plantearan acciones con estrategias alejadas de la biomedicina y más cercanas a los enfoques psicosocial y de derechos; de que se pensara en los recursos presupuestales, en las transformaciones necesarias del campo de la salud mental, que incluían intervenciones en la formación de los estudiantes del área de la salud y de los trabajadores de la salud; y de que se hubiera hecho un esfuerzo importante por hacer de esta una política construida con la participación de representantes de diversos estamentos y regiones, el resultado final a la hora de implementarla y de que realmente pudiera jalonar cambios y que se constituyera en la materialización de una aspiración del campo de la salud mental en Colombia, la PNSM-1998 acabó siendo un esfuerzo frustrado.

### **3.2 Lineamientos de política de salud mental para Colombia: resurge el impulso en el contexto de consolidación del aseguramiento en salud.**

Pasado un año de adoptada la PNSM-1998 el Estado colombiano reformó nuevamente el Ministerio de Salud a través del decreto 1152 de 1999 (Presidencia de la República, 1999) “Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. En esta norma se afianzó la definición del SGSSS, entendido como:

“...El conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- i) El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- ii) El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- iii) Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad...” (Presidencia de la República, 1999).

El aseguramiento en salud en Colombia ha sido utilizado por las empresas privadas para hacerse ver a partir de la teoría de seguros como compañías aseguradoras tradicionales, esto es, un negocio contractual entre particulares regido desde ese punto de vista bajo los parámetros del derecho comercial y las prácticas privadas (Benítez, J. P., 1998), asimilando los planes de beneficios en salud a unas pólizas de seguros, pagadas a través de unas primas, que para el caso del sistema de salud colombiano serían las Unidades de Pago por Capitación (UPC), imponiendo en el desarrollo contractual una serie de barreras que no permiten a los usuarios ni siquiera disfrutar de los supuestos beneficios por lo que estaba pagando.

Así desearan asumirse como compañías de seguro, lo cierto es que se trataba de empresas con unas funciones específicas dentro del sistema público de seguridad social



en salud y los dineros que recibían por ellas constituían dineros públicos con destinación específica, utilizados por las EPS para acumular capitales y especular financieramente en el negocio de la salud (Patiño, J. F., 2013; Villar, L. A., 2004).

Por su parte, la ley colombiana en 2007 definió el aseguramiento en salud como:

“...La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud...” (Congreso de Colombia, 2007).

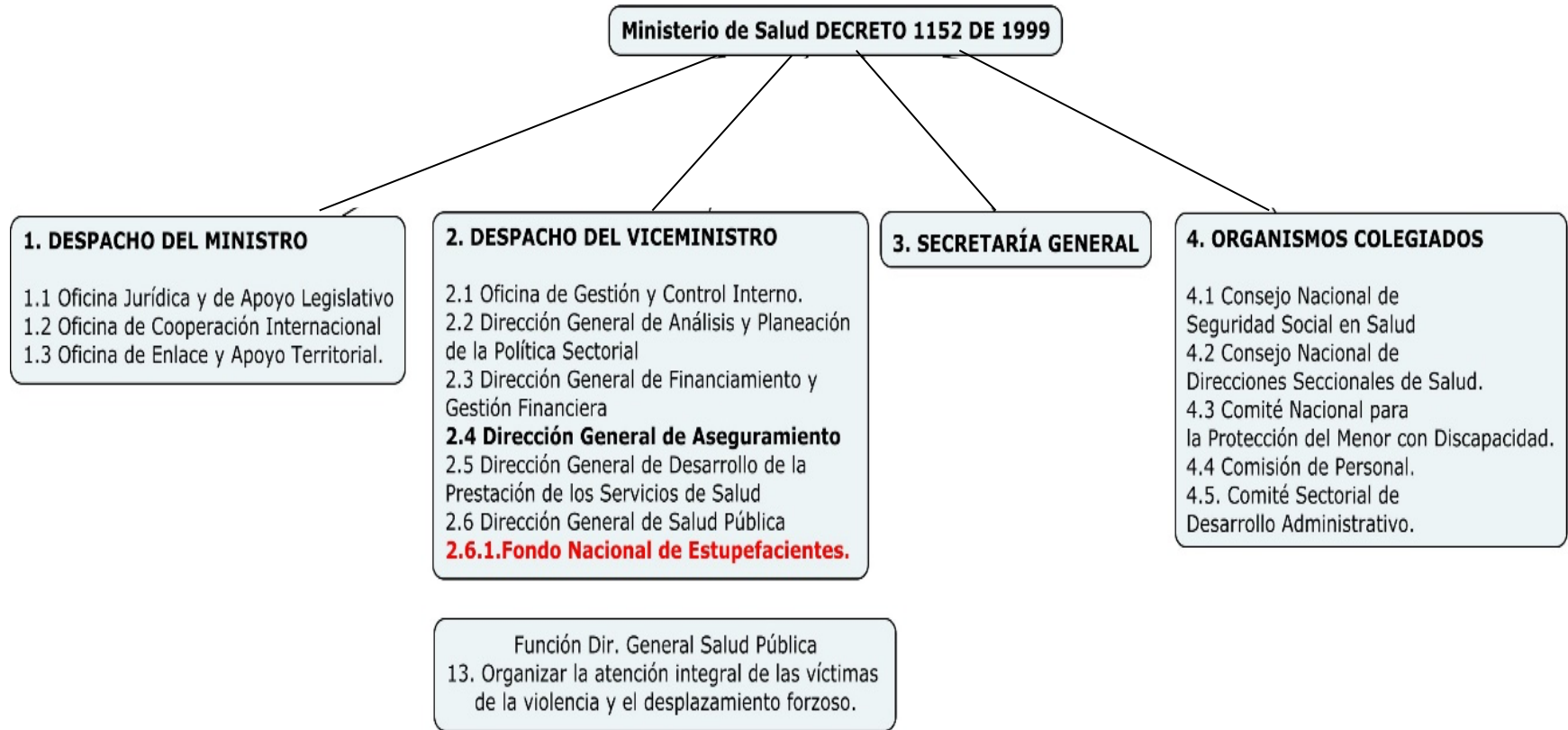
El decreto 1152 de 1999 (Presidencia de la República, 1999) sirve de ilustración del camino que había venido trazándose el SGSSS, en donde el aseguramiento de riesgos en salud profundizaría el hecho de que el sistema de salud pivotara en el enfoque biomédico centrado en la enfermedad, facilitando la estructuración del negocio de la salud basado en la integración vertical de instituciones prestadoras de servicios de salud, en las que se brindaba atención a la enfermedad, y la multiplicación de instituciones dedicadas a métodos diagnósticos y provisión de insumos armonizados en la consolidación del complejo médico industrial y financiero en medio de un sistema de incentivos para hacer una selección de riesgos y de afiliados (Mora, 2000).

En esta lógica de operación, las actividades realizadas al interior del campo de la salud mental, resultaban poco atractivas para esta economía de escala en la que el aseguramiento de los riesgos en salud eran además base más que para garantizar el derecho a la salud, para asegurar la sostenibilidad y rendimiento financieros de las empresas que hacían parte de las redes de servicios que en algunos casos se convirtieron en grandes matrices corporativas que terminaron por cooptar el sistema de salud (Corcho, 2018), asunto al que debía prestarse especial atención, ya que en Colombia, a pesar de ser un sistema de aseguramiento público, era manejado mayoritariamente por empresas privadas, a expensas de un marchitamiento de las instituciones públicas y de la profundización de las inequidades en salud (Cardona, 1999; Roa, 2009).

El decreto 1152 de 1999 (Presidencia de la República, 1999) reestructuró al Ministerio de Salud para hacerlo más funcional al modelo de aseguramiento. De esta manera, mientras se creó la Dirección General de Aseguramiento, desapareció la presencia institucional de salud mental que fue bajando en los niveles del organigrama de una división a un programa. De esta forma, en 1999 la salud mental se refundió dentro de lo que el decreto 1152 en su artículo 32 denominó “Grupos Internos de Trabajo” (Presidencia de la República, 1999), guiados por criterios de eficiencia y eficacia, en medio de las reformas neoliberales de la década de 1990 en Colombia (Álvarez, 2015).

En la nueva organización del Ministerio de Salud (Figura 3-1) (Presidencia de la República, 1999), la Dirección General de Salud Pública tendría la potestad de formular las políticas de salud pública, fomento y protección de la salud, prevención y control de las enfermedades; también tendría a su cargo lo concerniente a la atención integral de las víctimas de violencia y desplazamiento forzoso, así como la caracterización de grupos poblacionales que el decreto denomina como “especiales”: desplazados, indígenas, discapacitados y presos. Esta reforma de 1999 no mantuvo la División de Salud Mental o al menos el Programa de Comportamiento Humano, pero sí el Fondo Nacional de Estupefacientes, que debía apoyar a la Dirección General de Salud Pública en los programas contra la farmacodependencia.

**Figura 3-1.** Reestructuración del Ministerio de Salud. Decreto 1152 de 1999.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el Decreto 1152 de 1999 (Presidencia de la República, 1999)

Al llegar el presidente Álvaro Uribe Vélez al poder (2002-2010), bajo la justificación de “renovar y modernizar” la estructura de la rama ejecutiva del poder público, se aprobó la Ley 790 de 2002 (Congreso de Colombia, 2002b), la cual fusionó diversas entidades del orden nacional, entre ellas al Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, pasando a denominarse Ministerio de la Protección Social (MPS). La estructura de este nuevo ministerio, objetivos y funciones fueron reguladas por el decreto 205 de 2003 (Presidencia de la República de Colombia, 2003). De acuerdo con este decreto, los objetivos del MPS serían formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar, controlar y hacer seguimiento al Sistema de la Protección Social (SPS), el cual, a su vez, había sido definido por la Ley 789 de 2002, como:

“...El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo...” (Congreso de Colombia, 2002a).

Esta ley 790 de 2002, a la vez que crea el SPS, reduce beneficios previamente alcanzados por los trabajadores en términos de beneficios económicos por indemnización por terminación de contrato laboral sin justa causa y la tasa de recargo por trabajo nocturno, domingos y días festivos, resultando un tanto paradójica la búsqueda de mejores condiciones de vida, íntimamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud mental (Allen et al., 2014; Compton & Shim, 2015). Claramente, la reducción de derechos laborales de la ley 789 de 2002 no va en línea con la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud mental.

En el área de salud, el SPS tenía como objetivo principal la definición de programas que le permitieran a la población acceder a los servicios básicos de salud en condiciones de calidad y oportunidad, tan necesarias en el campo de la salud mental, reconociendo así, por medio de esta ley, que la situación de inequidad y las dificultades de acceso eran una constante en el SGSSS.

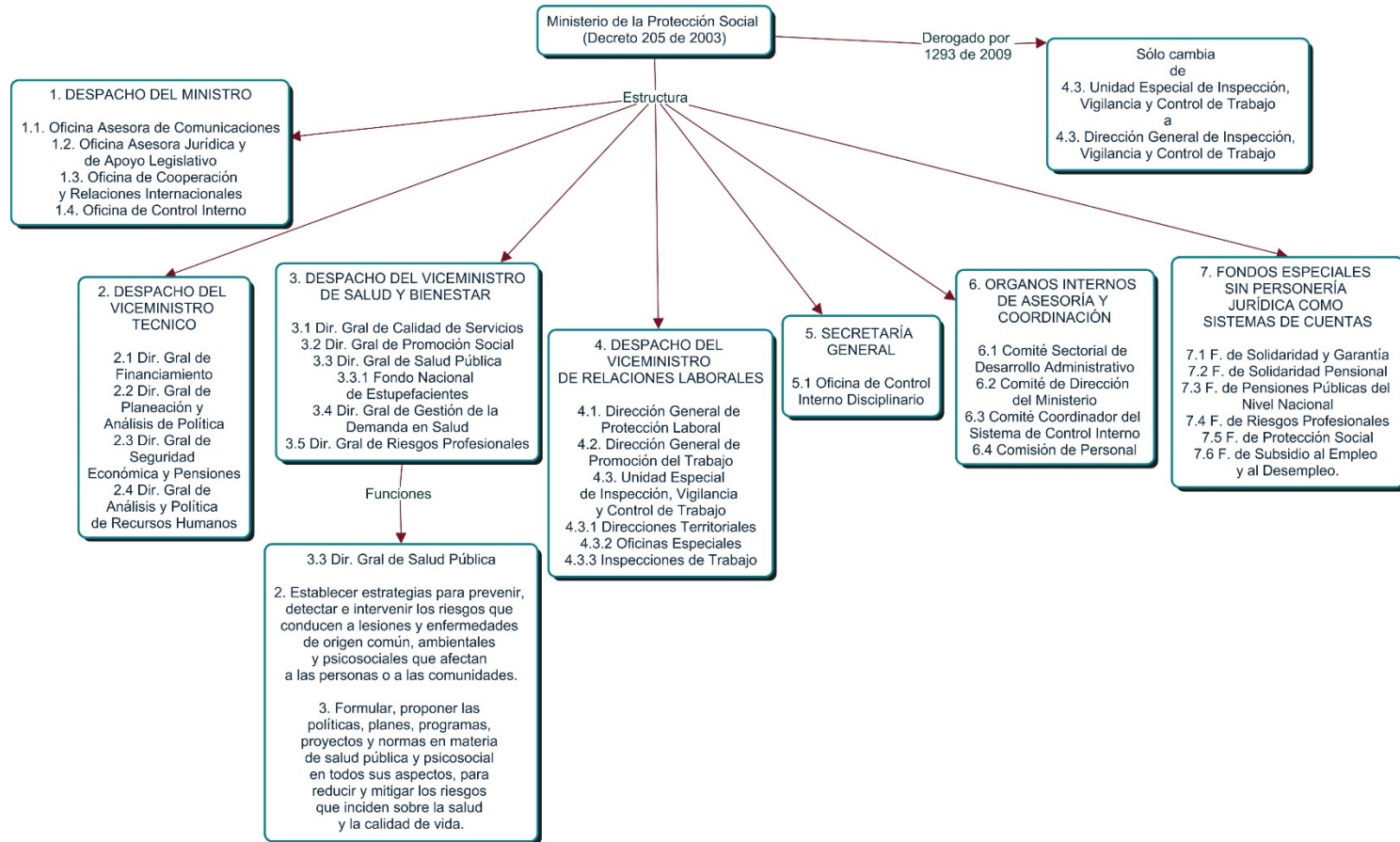
El SPS, al igual que el aseguramiento en salud, también era entendido en términos de riesgos, de tal forma que el decreto 205 de 2003 (Presidencia de la República de Colombia,

2003) afirmó en su artículo 1º que las políticas públicas alrededor del SPS se concretaban en torno a la “reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud” (Presidencia de la República de Colombia, 2003). La visión en cuanto a la forma de mantener la salud mental de la población y resolver los problemas de salud mental, puede inferirse a través del texto del decreto que estaba matizada por una reducción propia del enfoque biomédico tradicional, lo que se traduce en afirmaciones al interior de la norma como que el nuevo MPS, de acuerdo con el artículo 2º tendría entre sus funciones coordinar y promover directrices enfocadas a la “investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales en el campo del cuidado, protección, desarrollo de la salud y la calidad de vida, así como en la prevención de las enfermedades” (Presidencia de la República de Colombia, 2003).

Esta postura, aplicada a la salud mental, refleja de alguna manera lo que ha sido la forma predominante como se ha asumido el campo de la salud mental, esto es, la resultante de unas investigaciones con un enfoque biomédico restringido que explique los comportamientos y los relacionamientos entre las personas, corrigiendo las anomalías y paliando las anormalidades para encajar en la forma como debe vivirse la vida, dejando un poco de lado el mejoramiento de las condiciones de vida, además de traer los resultados de investigaciones y experiencias de otras latitudes para implementarlas en el país sin pasar por un diálogo social acerca de lo que entendemos por salud mental y cómo la asumimos y vivimos.

Institucionalmente el nuevo MPS continuaría organizativamente con una salud mental ausente del organigrama, y seguiría siendo asumida como un grupo interno de trabajo al interior de la Dirección General de Salud Pública, la cual era a su vez una dependencia del Viceministerio de Salud y Bienestar. Por su parte, el Fondo Nacional de Estupefacientes continuaba como una dependencia en el organigrama, haciendo parte de la Dirección General de Salud Pública y con funciones similares relacionadas con los programas contra la farmacodependencia (Figura 3-2).

**Figura 3-2.** Organización administrativa del Ministerio de la Protección Social, Decreto 205 de 2003.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el Decreto 205 de 2003 (Presidencia de la República de Colombia, 2003)

Puede inferirse que la nueva estructura del MPS se diseñó para afrontar y resolver los problemas de salud del país, de la manera como los entendían, es decir desde la gestión de los riesgos, y que para ellos el ministerio lideraría unas políticas públicas. En gran medida, las políticas públicas han sido pensadas para resolver las preguntas que el Estado, la sociedad y el campo de la salud mental se han hecho alrededor de la salud mental, y de allí la búsqueda de esa política resolutive.

La necesidad planteada de una nueva política nacional de salud mental cuando la PNSM-1998, siete años después de su adopción, a duras penas había tenido una implementación marginal, y luego de transcurrida la primera década de implementación del SGSSS, el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES), publicaron el documento titulado “Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”, el cual buscaba formular y desarrollar una nueva política nacional de salud mental, además de propiciar el debate público acerca de la situación de la salud mental en Colombia, las necesidades de los colombianos en el campo de la salud mental y los enfoques posibles para su abordaje en el contexto del SGSSS y el Sistema de Protección Social (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005).

Estos lineamientos estaban encaminados a que se establecieran en la nueva política de salud mental unas propuestas de objetivos, principios, líneas de acción y estrategias; unas recomendaciones que se incorporaran de manera efectiva a la salud mental en el SGSSS, además de las adecuaciones requeridas en el sistema de salud para darle cumplimiento a lo contenido en la política de salud mental; por último, debía incluirse la metodología de análisis de costos de eventos prioritarios en salud mental (trastornos del estado de ánimo, depresión unipolar y ataque de pánico).

En este proceso de definición de los lineamientos para la nueva política se realizó el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 (ENSM-2003) (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2003), que en la lógica de la formulación de las políticas públicas establecería los problemas de los cuales debería hacerse cargo la nueva política de salud mental. Al ser el ENSM-2003 un estudio cuya centralidad estuvo en la identificación de los trastornos mentales, resulta esperable que esto se reflejara en los lineamientos de política que se elaboraron en 2005 teniendo esta fuente como uno de los principales insumos.



La introducción del documento de lineamientos de política nos despejó cualquier duda del foco puesto sobre los trastornos mentales y el peso del enfoque biomédico para su abordaje. En ese aparte se dejó claro el propósito de reducir la carga que representaban los trastornos mentales en la población y el impacto social que ellos tenían, cuando el planteamiento podría haber sido a la inversa. Igualmente, se esgrimió una deficiente capacidad estatal, institucional y de la sociedad para afrontar la problemática generada por esta carga de enfermedad y se advertía que esto debería realizarse en el marco del Sistema de Protección Social y el Sistema General de Seguridad Social en Salud. No obstante, todo lo anterior, en la misma introducción se afirmaba que la nueva política debería trascender la concepción de salud mental como ausencia de enfermedad y ser entendida como una condición fundamental para el desarrollo de las capacidades individuales y colectivas de personas y comunidades. Esta perspectiva se mantuvo dentro de un marco paradójico que reflejaba la tensión existente entre el discurso positivo de salud mental, el abordaje de los trastornos mentales desde el enfoque biomédico y la armonía con el SGSSS exigida desde el ministerio a cargo del sector salud, en un sistema de salud que ya había demostrado, para este momento, su alejamiento de la promoción y mantenimiento de la salud y su cercanía a la atención predominante de la enfermedad en un contexto de sostenibilidad y rentabilidad financiera que incentivó economías de escala, la integración vertical y horizontal que fortalecieron a su vez el complejo médico industrial y financiero y favorecieron la corrupción al interior del sistema de salud (Corcho, 2018).

En este documento de lineamientos el MPS el tono discursivo era como si el país efectivamente no tuviera una política de salud mental vigente, cuando se afirmaba que “Hacer explícita una política en materia de salud mental permitirá al Ministerio de la Protección Social dar orientaciones en dicha materia” (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 10), siendo que la resolución 2358 de 1998 que adoptó la PNSM-1998 no había sido revocada y por lo tanto esa política aún regía en Colombia.

Se consideró que formular los lineamientos de la política hacía referencia a la realización de un debate y alcanzar un consenso acerca de debía ser tratado “el asunto de salud mental” (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005, p. 8), como base para el documento de política futuro, en medio de un proceso participativo entre funcionarios del MPS, de los servicios de salud, académicos e investigadores.



Como producto de estos lineamientos se estipuló que los principios de una política de salud mental deberían ser los mismos del SGSSS, adicionados por cinco más: continuidad, refiriéndose a la necesidad de una adecuada regularidad y permanencia de los servicios prestados; integración funcional, en clara alusión a lo imperioso de un trabajo interinstitucional e intersectorial de la salud mental; respeto por las diferencias; promoción y protección de los derechos humanos; y finalmente, participación de los pacientes, las familias y las comunidades.

Los propósitos para incluir en la próxima política de salud mental debían ser promover la salud mental, prevenir las repercusiones negativas de los problemas psicosociales y reducir el efecto deletéreo de los trastornos mentales en personas, familias y comunidades. Debía a su vez tener seis líneas de acción: organización de servicios de salud mental, provisión de servicios de salud mental, inclusión social, recursos humanos, vigilancia de eventos y servicios en salud mental y, por último, investigación en asuntos prioritarios de salud mental.

Un punto de gran interés dentro del documento de los lineamientos de política fue, sin duda, el que incluía las recomendaciones para incorporar adecuadamente la política de salud mental en el SGSSS teniendo en cuenta los postulados del pluralismo estructurado sobre el cual se basó el sistema de salud colombiano desde 1993; estos eran: modulación a partir de las reglas de juego del SGSSS, financiamiento y asignación de los recursos financieros, articulación entre los distintos componentes de la atención en salud y prestación de los servicios de salud.

Desde la modulación se consideró necesario: redefinir la concepción de salud mental y su estructura de organización; incluir mecanismos de evaluación de la futura política de salud mental; replantear las actividades, intervenciones y procedimientos del POS, las acciones del PAB, a la vez que deberá recomendarse cómo articular las acciones individuales del POS con las acciones colectivas del PAB en salud mental; incluir la atención en salud mental en el marco del primer nivel de atención; mantener un tercer nivel de atención muy especializado; igualar los beneficios del POS del régimen contributivo y el subsidiado, lo cual se lograría posteriormente con el acuerdo 029 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) (Comisión de Regulación en Salud, 2011); realizar mejoras en acceso y cobertura

de medicamentos esenciales incluidos en el POS; realizar evaluaciones periódicas; por último, incluir la esquizofrenia como una enfermedad de alta costo<sup>33</sup>.

Un tópico innovador contemplado en el documento de lineamientos de política lo constituyó el llamado a la movilización social para la salud en el marco de la participación comunitaria, afirmando la necesidad de informar más y mejor a las familias acerca de los recursos institucionales disponibles para hacer frente a los problemas de salud mental de sus seres queridos, especialmente porque para entonces en el país no se conocían muchas organizaciones de pacientes y/o familias del campo de la salud mental.

En cuanto al financiamiento para la prestación de servicios de salud mental, la propuesta era la esperada y demandada desde el Macrodiagnóstico de salud mental de 1973 (Ministerio de Salud Pública, 1974): aumentar la inversión, sobre todo si se tiene en cuenta las condiciones socio-económicas y políticas de Colombia y su relación con la de salud mental de la población, a la vez que se recomienda ajustar los planes de beneficio en salud mental contemplados en el SGSSS.

En línea con el interés por aspectos financieros del sistema de salud, se realizó el ejercicio de análisis de costos de atención de dos diagnósticos psiquiátricos: depresión unipolar y ataque de pánico, con el fin de que esta información sirviera de base para la negociación de contratos y tarifas entre los prestadores de servicios de salud y las EPS, o aseguradoras, como son llamados en este documento de lineamientos de política, dejando en claro cómo es que se alinean las EPS frente a la provisión del derecho a la salud mental de la población colombiana. Las cifras y el negocio por encima de la esencia del servicio.

---

<sup>33</sup> Con base en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud de 1994 (Ministerio de Salud, 1994b) una enfermedad catastrófica o de alto costo es aquella que requiere para su manejo una alta complejidad técnica, alto costo, baja ocurrencia y tratamientos con baja costo–efectividad. A esa fecha se incluían en esta categoría: radioterapia y quimioterapia para cáncer, diálisis en insuficiencia renal crónica, trasplantes, tratamiento para el SIDA, cirugía de corazón y del sistema nervioso central, para enfermedades congénitas, tratamiento médico quirúrgico para trauma mayor, tratamiento en unidad de cuidados intensivos, reemplazos articulares y atención del Gran -Quemado (Ministerio de Salud, 1994b; Nieto-Enciso, L. H., 2005).

Estos lineamientos de política que de alguna manera ignoran la política de salud mental que estaba vigente en 2005, trazaron la línea de lo que se esperaba de una política pública en el campo de la salud mental adaptada el SGSSS, y permite entender por qué la resistencia a planteamientos en los que la centralidad no la ocupen los aspectos financieros en claro desmedro del disfrute y exigibilidad del derecho a la salud mental de los ciudadanos y las ciudadanas.

### **3.3 Política del campo de la salud mental: otra apuesta perdida.**

Desde la mirada del MPS, definidos unos lineamientos de política de salud mental, el país estaba listo para formular el nuevo documento de política. La Asociación Colombiana de Psiquiatría fue encargada por el MPS para formular la nueva política pública de salud mental en Colombia, documento que entregó en 2007 bajo el título “Salud Mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos. Política Nacional del Campo de la Salud Mental” (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007).

El título del documento de política dejaba entrever que la propuesta buscaba trascender el enfoque tradicional desde la enfermedad y su tratamiento. Nos invitaba a incorporar la salud mental de manera transversal en la vida social, económica y política del país, sin dejar de lado que la salud mental tiene inmerso un asunto de derechos que deben ser propiciados y garantizados (Barrenengoa & Becerra, 2015; D. M. Hernández & Sanmartín, 2018).

La propuesta de política de 2007 retomó el nexo entre violencia y salud mental que ya había sido abordado por la PNSM-1998, centrándose no solo en los efectos que las violencias causaban en la salud de las personas sino también en las alternativas de solución, las cuales pasaban por la manera como se entendía esta salud mental y fuera reflejada esta comprensión en un documento de política que acogiera la participación social y la intersectorialidad.

La propuesta articulada por la ACP resaltó que “La salud mental hace parte de todos los ámbitos del quehacer nacional y configura la manera como los colombianos entendemos el mundo, nos entendemos, nos relacionamos e interactuamos” (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007, p. 11). A partir de allí se estructuró una propuesta de política basada en los desarrollos que el mismo campo de la salud mental había realizado durante más de cuatro décadas, ordenando el documento de política desde los derechos humanos, la inclusión y el concepto de capital global y, que de acuerdo con un editorial de la Revista Colombiana de Psiquiatría, era una política que nos colocaba entre la esperanza y el escepticismo (Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas, 2008). La propuesta resultaba esperanzadora, al colocar la salud mental desde el enfoque de derechos y del desarrollo de la salud global del capital global en un punto que trascendía los trastornos mentales. La propuesta generaba también escepticismo por los intentos previos de políticas nacionales de salud mental y por la suerte que corrió la PNSM-1998, sumida en el desconocimiento, el olvido y su impacto restringido. En el mencionado editorial el Comité de Políticas de la ACP también afirmó 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...”. (Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas, 2008).

La desesperanza del mensaje del Comité de Políticas en ese editorial reflejó el difícil trasegar de la configuración del campo de la salud mental en Colombia y la necesidad de que el contenido discursivo de las políticas se reflejara en las prácticas, como ese espacio donde se da la concreción y vida a la conceptualización de la salud mental (Stolkiner, 1988; Stolkiner & Ardila, 2012), que para esta política representaba:

“...Un bien colectivo e individual de naturaleza simbólica, emocional y relacional, y por lo tanto, un deseable social e individual que contribuye al desarrollo humano y social, que genera capital social, cultural, simbólico y económico (capital global) y que hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la restitución de los derechos.

La salud mental es una construcción dinámica y multidimensional, determinada y determinante; es, a la vez, fin, medio y producto: un fin, en cuanto bien con el que

se cuenta; un medio para el desarrollo individual y colectivo, el incremento de capitales y el ejercicio de los derechos, y un producto de lo que ella misma ha contribuido a desarrollar, incrementar y garantizar.

Así mismo, constituye una fuerza transformadora que contribuye a modificar condiciones y situaciones de vida a partir de acciones orientadas a cambiar e incrementar los capitales simbólicos, culturales y sociales, los cuales inciden también en el capital económico, generando en conjunto mayor capital global y desarrollo humano y social". (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007, p. 15).

Sin duda, se trató de una propuesta ambiciosa, con aspiraciones que se desmarcaban de las normas y políticas habituales del campo de la salud mental en Colombia y que sí incorporó componentes trascendentales como su proyección a lo colectivo, remarcar el sitio que ocupa la garantía de los derechos como parte fundamental de la salud mental, incluir el desarrollo social y humano como parte inherente a la salud mental, y plantear la categoría de capital global que abarca los capitales social, cultural, económico y simbólico de Pierre Bourdieu (Bourdieu, Pierre, 2003a, 2003b).

Igualmente, de ambicioso fue su objetivo general:

"Propiciar la salud mental y su capacidad transformadora conjugando acciones que desde múltiples lugares garanticen el cumplimiento de los derechos, incidan sobre el capital simbólico, faciliten relaciones más equitativas e incluyentes, aminoren el sufrimiento, restauren el bienestar emocional y permitan a los colombianos incrementar su capital global y gozar de una vida mejor en el marco del desarrollo" (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007, p. 35).

Este objetivo era coherente con la idea del equipo formulador de la política de no centrarse en la enfermedad mental y abarcar en toda su extensión la salud mental como fin, medio, producto y fuerza transformadora de la sociedad. Sin embargo, esta manera compleja y comprensiva de plantear el objeto de la política pública en salud mental para Colombia, aunque logró plasmar una conceptualización más amplia de salud mental, no promovió que los tomadores de decisiones renunciaran al ejercicio tradicional en la administración,

planeación y concepción del sector salud, en él se acepta la definición de la categoría salud mental desde el discurso, pero se aterrizan las prácticas en el terreno del enfoque biomédico, delimitado por el marco de aseguramiento, sostenibilidad y rentabilidad financieras del SGSSS.

La conceptualización y la articulación del documento de política propuesto desbordaron las concepciones y alcances del momento del MPS. Era un documento complejo y parecía que desde el MPS se buscaba un texto con mucho de retórica y poco de compromiso real. Más cuando, para la fecha, institucionalmente la salud mental era un grupo funcional de trabajo que no tenía ni siquiera figuración en el organigrama del MPS. Sobre esta propuesta de política uno de los participantes afirmó:

*“La política del campo de la salud mental es una política muy interesante como documento, pero con una dificultad enorme para su operacionalidad, porque se volvía más un plan de desarrollo y eso implicaba competencias de muchos sectores, que era muy difícil para ese momento lograr concebir. Por eso la política de drogas coge vuelo y la de salud mental se queda, hasta 2014, cuando se hace un nuevo esfuerzo”. E10*

Se observa entonces que, para la institucionalidad estatal, una política de salud mental es realizable si se mueve en lo que ha sido tradicional: entender la salud mental en el esquema presencia-ausencia de enfermedad bajo la tutela del área gubernamental encargada del sector salud que para este momento era el MPS. Cualquier intento de hacer realidad la intersectorialidad y la transectorialidad fuera del discurso era entendido como difícil de implementar. Esta dificultad de trascender el sector salud nos habla de las restricciones conceptuales y prácticas al momento de tomar decisiones acerca de una política de salud mental.

Finalmente, aunque el editorial citado previamente de la Revista Colombiana de Psiquiatría inició afirmando que el país contaba ya con una nueva política de salud mental, quizás por el hecho de que la ACP culminó la tarea encomendada de formular la propuesta de política, esta nunca fue adoptada por el gobierno.

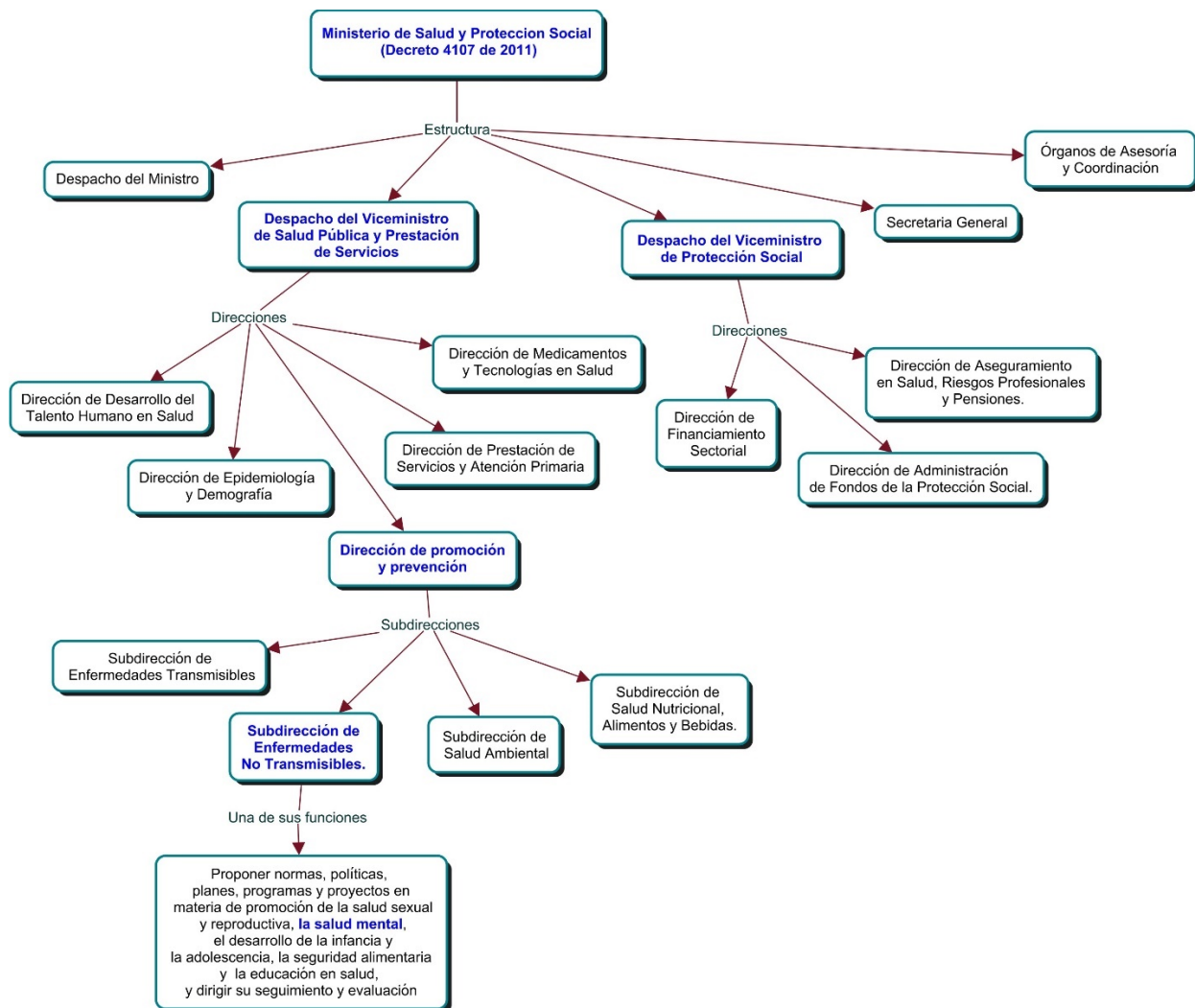
### 3.4 Ley de Salud Mental de 2013: un esfuerzo colectivo.

Luego del intento fallido de renovar la política de salud mental en Colombia en 2007, que se sumó a los esfuerzos posteriores a la PNSM-1998, y posterior a esta, como se ha expuesto, se dieron una serie de reformas institucionales del Ministerio de Salud, con cambios nominativos y funcionales, en medio del proceso de implementación del nuevo SGSSS (Congreso de Colombia, 2002a, 2002b, 2011b; Presidencia de la República, 1999, 2009; Presidencia de la República de Colombia, 2003, 2011a), en el Congreso de la República empezó a hacer curso el proyecto de la Ley de Salud Mental, bajo el liderazgo de la Representante a la Cámara Alba Luz Pinilla.

Previo a este proceso legislativo, el MPS tuvo una reestructuración en 2009 (Presidencia de la República, 2009), acotada a la dependencia de inspección, vigilancia y control de trabajo y dejó la salud mental a cargo de unos profesionales aglutinados como un grupo interno de trabajo.

Dos años después, bajo la presidencia de Juan Manuel Santos Calderón (2010-2018), el MPS fue escindido, convirtiéndose en dos ministerios: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y Ministerio de Trabajo (Congreso de Colombia, 2011b). Luego, vía expedición del Decreto 4107 de 2011 un decreto (Presidencia de la República de Colombia, 2011a), se definieron los objetivos y la estructura del MSPS, así como la integración del Sector Administrativo de Salud y Protección Social (**Figura 3-3**).

**Figura 3-3.** Organización administrativa Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 4107 de 2011.



**Fuente:** Elaboración propia con base en el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011a)

En el nuevo MSPS se creó el viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, el cual contaba con cinco direcciones, entre ellas, la Dirección de Promoción y Prevención. Esta dependencia tenía entre sus funciones (artículo 16):

“...Proponer normas, políticas, planes, programas y proyectos en materia de promoción de la salud sexual y reproductiva, la salud mental, el desarrollo de la



infancia y la adolescencia, la seguridad alimentaria y la educación en salud, y dirigir su seguimiento y evaluación...” (Presidencia de la República de Colombia, 2011a).

En esta reforma, la salud mental continuaba estando en la sombra institucionalmente hablando, pues lo relacionado con el campo de la salud mental seguía a cargo de un grupo de trabajo no explicitado en el decreto que definió la estructura del ministerio, bajo el nombre de “Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental”, dependiente de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, una de las subdirecciones de la Dirección de Promoción y Prevención (Presidencia de la República de Colombia, 2011a). Por su parte, el Fondo Nacional de Estupefacientes se convirtió en una Unidad Administrativa Especial dependiente de la Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, conservando las funciones ya establecidas en la reestructuración anterior.

Una reforma posterior, realizada con el Decreto 2562 de 2012 (Presidencia de la República de Colombia, 2012) dejó sin modificar lo relacionado con la salud mental y se enfocó fundamentalmente en crear la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. También le da paso a la Subdirección de Operación del Aseguramiento en Salud, la Subdirección de Riesgos Laborales, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud con sus subdirecciones (Presidencia de la República de Colombia, 2012). El interés institucional en los aspectos financieros del sistema de salud iba en claro aumento y le daba una robusta presencia en la estructura del MSPS.

Bajo esta estructura el gobierno colombiano debía avanzar en el desarrollo institucional del campo de la salud mental. Para ello, dentro de los esquemas y recomendaciones de agencias multilaterales como la OMS y de lo que se espera debía tener un país en el campo de la salud mental, una ley específica sobre salud mental era quizás una de las mayores aspiraciones, como manera de garantizar que se podían abordar y resolver los problemas del campo de la salud mental. Esto de acuerdo con los resultados obtenidos de las distintas investigaciones que evidenciaban la carga de enfermedad asociada a problemas de salud mental y trastornos mentales, sumado a la insatisfacción ciudadana que debía recurrir al aparato judicial para que se garantizara el derecho a la salud mental (Rojas-Bernal et al., 2018). Sin embargo, hubo algunas voces que no consideraban conveniente una ley de salud mental. Al respecto uno de los participantes afirmó:

*“Para algunos representantes psiquiatras una ley de salud mental no era conveniente, porque se iba a segmentar la salud aún más y que debía haber una visión más integral. Pero la ley de salud mental sí era necesaria por el desamparo al que estaban sometidos los pacientes, porque sus tratamientos son degradantes. En este proceso de la ley de salud mental inicialmente no hubo apoyo de los psiquiatras ni de los psicólogos. El apoyo llegó después, inicialmente por parte de funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá y de las asociaciones de pacientes. Después llegaron más apoyos, especialmente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría” (E5).*

Para esta investigación la ley de salud mental, al igual que las políticas nacionales de salud mental son procesos sociopolíticos (M. Hernández, 2001), y como tales, para concretarse una ley de salud mental se requería la presión de unos actores, condiciones y contexto que hicieran posible ese logro, especialmente si se pretendía formular una ley que trascendiera la perspectiva biomédica tradicional y reflejara las visiones de los distintos actores. En el caso de Colombia se sumaron los esfuerzos acumulados del sector salud, de los gobiernos previos, el interés de la parlamentaria Alba Luz Pinilla Pedraza, motivada desde la experiencia familiar, la aparición de un mayor número de asociaciones de pacientes y familiares, fundaciones y grupos de interés del campo de la salud mental y de intentos de cambios por parte de algunas asociaciones profesionales y de la academia, aunado a la permanencia y profundización del conflicto sociopolítico y del conflicto armado interno en el país, que ocasionaba mayores vulneraciones de los derechos humanos, desplazamientos forzados y una mayor exteriorización de los daños que las violencias producían en la población.

Los primeros pasos que se iban concretando para lo que sería posteriormente el acuerdo de paz con las FARC, serían también un contexto que favorecería una visión más comprehensiva de las relaciones entre violencias, conflicto sociopolítico, conflicto armado interno, determinación social de la salud mental y las propuestas para abordar los esfuerzos encaminados a la promoción de la salud mental, mantenimiento de la salud mental y prevención y atención de los trastornos mentales bajo la estrategia de la atención primaria en salud.

Así como la Ley 387 de 1997 (Congreso de Colombia, 1997) sobre desplazamiento forzado jugó un papel importante para la activación de intervenciones psicosociales desde el gobierno y otros actores, la Ley 1448 de 2011 (Congreso de Colombia, 2011c) y el Decreto 4800 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011b) para la atención de las víctimas del conflicto armado interno movieron procesos que se reflejaron posteriormente en la aparición del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI). El espíritu de estas normativas y programas de alguna manera van permeando y ambientando la aparición de la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), también conocida como Ley de Salud Mental o Ley Esperanza<sup>34</sup>, que contó con la autoría de la Representante a la Cámara por Bogotá, Alba Luz Pinilla Pedraza, del partido político de izquierda Polo Democrático Alternativo, y para lo cual contó en el Senado de la República con la alianza del senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez, también integrante del Polo Democrático Alternativo.

No obstante, a la Ley de Salud Mental se le anticipó la legislación sobre abuso y adicción a sustancias, al ser aprobada el año anterior la Ley 1566 de 2012 (Congreso de Colombia, 2012), la cual se expidió con la finalidad de garantizar la atención integral a las personas que consumen sustancias psicoactivas, de la misma manera se había anticipado en 2007 con la expedición de la nueva Política Nacional para Reducción de Consumo de Sustancias Psicoactivas (Ministerio de la Protección Social, 2007), cuando no fue adoptada la propuesta de política elaborada bajo la coordinación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría. Se repetía así la historia de que el Estado colombiano normativamente ha dado prioridad institucional a los temas de adicciones de forma independiente, desprendiéndolos de las normas del campo de la salud mental, aunque reconozca que son asuntos directamente vinculados cuando asume el abuso y adicción a sustancias psicoactivas como una desviación de la salud que de acuerdo con la política adoptada para reducir el consumo de sustancias psicoactivas pueden ocasionar trastornos mentales. A pesar de los vínculos que establecen entre abuso y adicción de sustancias psicoactivas y trastornos mentales, las primeras hicieron parte en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 de la “Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles”, mientras que los segundos

---

<sup>34</sup> El nombre de Ley Esperanza lo utilizó inicialmente la Representante a la Cámara, Alba Luz Pinilla Pedraza, en referencia a su hermana Esperanza Pinilla Pedraza, quien según narración de la congresista tenía un diagnóstico de depresión (Revista Semana, 2013a, 2013b).

fueron incluidos en la “Dimensión convivencia social y salud mental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Nos detendremos un poco en la Ley 1566 de 2012 (Congreso de Colombia, 2012) porque nos servirá de preámbulo y nos ubicará aún mejor en lo que ha sido la forma del Estado colombiano de acercarse a la salud mental. La Ley 1566 de 2012 reconoció, como un tema de salud pública y de bienestar de la familia, la comunidad y los individuos, el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas y que en ese sentido debían ser manejados como una enfermedad que requiere de atención integral, quedando claro el enfoque del que partía el Estado colombiano, y que parecía transportarnos más de un siglo en el tiempo (Congreso de Colombia, 2012). De acuerdo con esta ley, las personas con trastornos mentales u otra patología ocasionada por el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendría derecho a ser atendida en forma integral por el SGSSS en instituciones especializadas en el tratamiento de dichos trastornos, para lo cual le correspondía a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) incorporar en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, las intervenciones, procedimientos, medicamentos y actividades que permitan brindar una atención integral e integrada en las IPS de baja, mediana y alta complejidad debidamente habilitadas, que conlleven a la rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud de las personas. El plazo máximo para alcanzar esta meta sería el año 2016, para lo cual podría echarse mano de los recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado (FRISCO). En el tema del abuso y dependencia por sustancias psicoactivas se explicitó la visión medicalizada, diferente a lo que ha sucedido en el discurso sobre salud mental en las últimas décadas, en el que pretenden desprenderse de la medicalización pero que al final, en las prácticas en salud mental termina por ratificarse el enfoque biomédico tradicional.

Volviendo a la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental o Ley Esperanza) (Congreso de Colombia, 2013), hay que precisar que dentro del marco normativo colombiano la aprobación de una ley ordinaria es el resultado de un proceso parlamentario en el que sucede un cabildeo que puede hacer que el trámite de una ley ser más o menos expedito, dependiendo de los intereses en juego y del contexto político (Presidencia de la República, 1991b). El proceso parlamentario para la aprobación de esta ley implicó la vinculación de congresistas de distintos partidos políticos que hicieran viable su aprobación. Resulta

llamativo que la congresista ponente de esta ley pertenecía a un partido político de oposición al gobierno nacional, el Polo Democrático Alternativo. Sin embargo, en el proceso de los debates logró que se sumaran congresistas de otras bancadas, lo que por supuesto implicaba un debate propio del escenario parlamentario en el que había que hacer algunas concesiones que permitieran incluir modificaciones que sugerían otros actores y pero se mantuviera el núcleo central del proyecto de ley.

Puede afirmarse que el proceso de formulación y aprobación de esta Ley de Salud Mental contó con una amplia participación social en la que se dio un intercambio poco frecuente en este tipo de proyectos de ley en Colombia, en el que las asociaciones de personas con diagnósticos de trastorno mental, sus familias, movimientos sociales del campo de la discapacidad, la academia y de diversos grupos de interés pudieran trabajar conjuntamente en un proceso de horizontalidad que sentaría bases para procesos posteriores como serían el Nodo Comunitario, que agrupaba las asociaciones de pacientes y sus familias y el Nodo Institucional, que reunía a las asociaciones de profesionales del campo de la salud mental, concebidos y convocados por el Grupo de Salud Mental del MSPS y derivado de estos nodos, la iniciativa Movimiento Nacional por la Salud Mental. Este movimiento además de continuar reuniendo a los integrantes de ambos nodos sin la mediación del Ministerio de Salud y Protección Social pretendía romper la división que había vuelto a instaurar entre pacientes, familias y profesionales al separarlos en nodos distintos y reparando la paradoja que se creó al reafirmar la división entre pacientes, familias y profesionales.

Concretar la Ley de Salud Mental en Colombia fue un verdadero hito (Tobón, 2013) y toda una hazaña lograr que estuvieran sentados en una misma mesa de discusión, debatiendo sobre la Ley de Salud Mental pacientes y familias con profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, terapia psicosocial, representantes de la atención prehospitalaria, representantes de clínicas y hospitales, líderes de opinión del campo de la salud mental y de los movimientos de discapacidad, funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, y de otras instituciones que fueron generosas en aportes y críticas, así como de la academia. Estas condiciones, sumadas al imaginario en Colombia de que las leyes resuelven problemas de forma casi que automática, terminaron siendo motivadoras y esperanzadoras. Reinaba el optimismo.

Desde el primer artículo de esta ley es clara la reiteración de que el objeto de la ley es garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental. Como en otros documentos que se han ido revisando en esta investigación, la reiteración de la garantía del disfrute o exigibilidad del derecho a la salud, o más específicamente el derecho a la salud mental, tiene implícito el mensaje de que se está vulnerando o se están erigiendo barreras que impiden el disfrute pleno de este derecho; de lo contrario, no habría sido necesario el establecimiento de esta garantía (Barrero Plazas, A. M, 2016). Adicionalmente, al estar el derecho a la salud mental directamente vinculado en la práctica con el sector salud del Estado, lo que puede colegirse es que es precisamente el sector salud el que se convierte en un vulnerador de este derecho y dentro del sector salud, es el SGSSS fuente de barreras, restricciones e inequidades (Henao, S et al., 2009). El mismo sistema que señala la ley deberá ser el ámbito de su aplicación. Es obligatorio preguntarse las implicaciones de que el sistema que vulnera el derecho sea el encargado de garantizar su cumplimiento.

Una explicación por la que el SGSSS vulnera el derecho a la salud mental radica en que las aseguradoras (EPS) tienen como interés prioritario la sostenibilidad financiera o el lucro, lo que genera que el foco no sea la salud de las personas y comunidades si no la salud financiera y la rentabilidad de las aseguradoras (EPS), tal como lo han demostrado diversos autores (Corcho, 2018).

El interés por la sostenibilidad financiera (Grupo de Economía de la Salud & Restrepo, Jairo Humberto, 2017) o el lucro por parte de las aseguradoras termina por reafirmar el enfoque individualista del SGSSS en el que estamos inmersos en Colombia. Un asegurador con una red de prestadores de servicios asume que ha establecido un contrato de aseguramiento (un contrato de seguro), en el cual, a través de un pago por parte del afiliado, directa o indirectamente, este usuario recibe a cambio un plan de beneficios. Es un esquema que puede enmarcarse en la teoría de los seguros, en el cual se establece un contrato que es propio del derecho privado entre un particular y un asegurador. Esto conlleva a que el asegurador se comprometa más o menos a proveer unos servicios a su cliente (ciudadano afiliado), sin que haya mayores miramientos a la calidad, pertinencia, integralidad y continuidad de los servicios prestados. Esto último se constituye en parte de las reiteraciones y llamados que se hacen en los documentos de política pública, leyes, normativas, guías, protocolos y rutas de atención relacionados con la salud mental. Hay que reiterar estos llamados en esos documentos porque no se cumplen.

Volviendo al artículo 1° de la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), también reiteran que para garantizar ese derecho a la salud mental se recurrirá a la promoción de la salud y a la prevención del trastorno mental y la atención integral e integrada, en el ámbito del SGSSS, como si la vida cotidiana de las personas en la que ejercerán el derecho a la salud mental se diera como en ese ámbito y que el mismo pudiera garantizar que se dé el mencionado “enfoque promocional de calidad de vida”, bajo la estrategia de atención primaria en salud; estrategia imposible de realizar bajo un esquema de aseguramiento en el que por la sostenibilidad financiera o el incremento del lucro se sacrifican la calidad, pertinencia y continuidad de la atención y adicionalmente se reduce las intervenciones en salud al ámbito del SGSSS, es decir a una medicalización de la vida cotidiana, dejando de lado otros elementos discursivos que aparecen en esta ley y en otros documentos del campo de la salud mental en los que se habla claramente de integralidad, intersectorialidad y transectorialidad. Este tipo de elementos presentes en estos documentos fácilmente nos permiten entender que mucho del contenido de los mismos se reduce a lo discursivo, ya que realizar lo propuesto en toda su dimensión implica la introducción de unos cambios estructurales en la manera como está organizado el sistema de salud, el Estado y la sociedad.

La descripción del ámbito de aplicación de esta ley plasmado en el artículo 2°, permite inferir también que se continúa viendo en lo fáctico que los asuntos del campo de la salud mental se entienden como algo que pertenece al sector salud, y por ello las entidades relacionadas son de ese sector: Ministerio de Salud y Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Comisión de Regulación en Salud<sup>35</sup>, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB, también conocidas como EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE, que serían las IPS públicas), y las autoridades nacionales, departamentales, distritales y municipales de salud (Congreso de Colombia, 2013).

---

<sup>35</sup> La Comisión de Regulación en Salud (CRES) era una Unidad Administrativa Especial adscrita al Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), la cual fue liquidada por medio del Decreto 2560 del 10 de diciembre de 2012 (Ministerio de Salud, 2012) y se trasladaron sus funciones directamente al Ministerio de Salud y Protección Social.

Que el ámbito de aplicación de la Ley de Salud Mental se restrinja al sector salud, además de ser una paradoja, facilita que se observe en la realidad la persistencia de un enfoque biomédico, al asumir la salud mental como derecho, pero un derecho que finalmente termina asimilándose a la provisión de unos servicios medicalizados que resultan alimentando el complejo médico-industrial y financiero y que atrapa y desdibuja el concepto amplio de salud mental que trasciende el sector salud.

El interés de las personas involucradas en lograr un concepto propio de lo que se consideraba salud mental se logró concretar en el artículo 3° y que la define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (Congreso de Colombia, 2013).

Esta es una definición que toma elementos importantes de la que hizo la OMS, pero que resalta esas capacidades que tienen las personas y los colectivos para vivir la vida, y que serán retomadas en el documento de PNSM de 2018.

De la definición de salud mental asumida por la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013) se puede inferir que los escenarios en los que se desenvuelve y ejecuta esa salud, es transversal a la vida y entornos de las personas y que además trasciende las nociones de problemas, enfermedades o trastornos; es decir, va más allá del sector salud, y esto significaba un cambio importante en la apuesta de esta definición. Sin embargo, es un poco contradictorio cuando ya en el artículo 2° se señaló que el ámbito de aplicación se restringía al sector salud. Los recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad no son solo procesos biológicos, neuroquímicos, actitudinales o de habilidades para la vida. Para lograrlo se requieren ciertas condiciones sociales, de vida digna, de bienestar, de posibilidades de vivir, proyectarse en colectivo en la vida y realizar aportes para construir mejores condiciones de vida para los demás.

Es necesario sustraer el hecho de que cuando se hable de salud mental se piense inherentemente en los asuntos e intereses individuales, individualizados e individualistas.



No puede ser por la vía de la autosuficiencia y el fomento del egocentrismo; en suma, de una gestión eficiente de sí mismo que permita incorporarse de manera sintónica con la sociedad que termina por enfermar a las personas, con sus demandas de consumo y de modelos de ser en el mundo, vinculados atávicamente a la auto y hetero-explotación y sometimiento. No cumplir con los estereotipos impuestos por la vía de la cultura termina por producir sufrimiento, malestar y síntomas que no son producidos espontáneamente por las personas y comunidades. Es el encajonamiento de ese sufrimiento, malestar y de los síntomas en la construcción teórica lo que se enuncia como categorías nosológicas. La medicalización de la vida cotidiana es una realidad que produce un sufrimiento psíquico creciente y que pueden ser acogidos por las políticas públicas y leyes de salud mental como un sustrato que justifique la perpetuación del enfoque biomédico descontextualizado de la sociedad y de las condiciones de vida de las personas. Recordemos que no hay nada más político que la salud mental.

En el mismo artículo 3° de la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), donde se define el concepto de salud mental para la ley, se afirma categóricamente que la salud mental para la República de Colombia es un asunto de “interés y prioridad nacional”, “un derecho fundamental”, “tema prioritario de salud pública”, “bien de interés público” y “un componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas”. Estas declaraciones son de una gran amplitud y profundidad que no pueden realizarse en un ámbito de aplicación restringido y cooptado como es el sector salud.

El anterior es de nuevo un ejemplo de las paradojas en las que se mueve el campo de la salud mental, de tal manera que confirman que en Colombia el campo de la salud mental es el imperio del discurso.

Las aspiraciones inmersas en el discurso del campo de la salud mental tienen un daño colateral trascendental, observado también en otros países: cuando se intenta hacer el giro hacia la salud mental, fundamentado solo en el discurso, se termina por dejar a la deriva la atención integral e integrada de los trastornos mentales, sustrato histórico de lo que hoy conocemos como salud mental o se excluyen a las personas con diagnósticos de trastornos mentales de los beneficios teóricos de la salud mental, como si reunir criterios

para ser clasificado como portador de un diagnóstico de un trastorno mental expoliará a la persona de su salud mental.

No debe olvidarse que los trastornos mentales son construcciones teóricas que permiten la descripción compartida de síntomas y signos, y realizar un abordaje para el manejo de estos síntomas y signos (Valle, 2022), conducentes a su resolución, estabilización o a que incluso con ellos, las personas tengan la posibilidad de realizar un proyecto de vida dentro de la sociedad con unas condiciones de vida digna, equidad y respeto.

Es en esos escenarios donde el discurso de la salud mental se pone a prueba, ya que la inercia del modo de vida del sistema lleva a que son las personas con problemas de salud mental o con diagnósticos de trastornos mentales a quienes se les exige acoplarse al modo y condiciones de vida que desencadenaron o contribuyeron a la aparición del malestar, del sufrimiento, de los síntomas y de los signos. Pero de una sola pasada se borran las condiciones de vida y solo quedan los signos y los síntomas. Este es el triunfo del enfoque biomédico: la medicalización, psicologización, psiquiatrización y medicamentación de la vida cotidiana y sus problemas (Arias López, B. E, 2013).

La carga de los problemas de salud mental y de los trastornos mentales es tan pesada que muchas veces paraliza a la persona en su transitar por la vida o desvía negativamente lo que eran sus proyectos de vida y su ser en la comunidad. Ser en la comunidad no es tan solo mero discurso. Las personas encuentran significados en su vida compartida en comunidad. Sin embargo, la promoción del individualismo a ultranza hace que las personas creen que sus proyectos de vida son suyos como una propiedad privada con linderos claramente establecidos. No. Un proyecto de vida tiene sentido en la medida que se relaciona con los otros, esos otros de los que todos nosotros hacemos parte: somos los otros de alguien más. De tal manera que, cuando en la definición de salud mental se incluye la posibilidad de contribuir a la comunidad no debe ser visto como una obligación moral, sino como asunto ontológico, de lo contrario se continuará en el individualismo extremo, el culto al yo y a considerar que, si aparece un malestar, un sufrimiento, un síntoma, es porque algo no se está haciendo bien y se requiere realizar una mejor gestión de sí mismo. Esta autogestión viene a representar también una manera de incorporar el concepto de corresponsabilidad, tan presente en las políticas, planes y programas de salud en

Colombia, muy funcional a la gestión del riesgo, término que cuando se quiere suavizar se bautiza con la denominación de gestión social del riesgo.

Es necesario y un imperativo ético que las personas y comunidades comprendan de qué se está hablando cuando se habla de salud mental y luchar por salir del dominio del enfoque biomédico tan presente en la manera como se entiende, se asume y se aborda la salud mental, sus problemas y los trastornos mentales. Lo paradójico es que quienes dan la lucha por escapar del dominio de la medicalización y la medicamentación son descritos como personas con “pobre adherencia terapéutica” o con “introspección ausente”.

Si bien la Ley de Salud Mental no resolvió de manera automática todos los problemas que se han planteado en este aparte, es un gran paso que sirve de plataforma de relanzamiento del campo de la salud mental con el apoyo de los actores que siempre han estado presentes en el campo de la salud mental y que han contribuido a trazar el camino recorrido, sino también con la contribución de los protagonistas del campo: las personas que cargan el peso de las condiciones de vida que son experimentadas como sufrimiento y malestar psíquicos.

### **3.5 Nuevo intento, renace la esperanza: documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia, 2014**

Más de una década después de la PNSM-1998 y siete años luego del más reciente intento de una nueva política de salud mental para el país, surgió un nuevo intento que permitió renacer la esperanza para un campo de la salud mental que venía siendo asfixiado por un sistema de salud que por un lado restringía el acceso a los servicios de salud mental y que además lo arrinconaba con la fuerza de una perspectiva biomédica que ocupaba los espacios que debían ser compartidos con otros enfoques y formas de entender la salud mental, no en la dinámica de la anomalía y de lo anormal sino desde la diversidad y los derechos humanos, que permitiera pensarse en colectivo y desde la solidaridad.

El momento no podía ser más propicio: el país contaba ya con una ley de salud mental que obligaba al ajuste de la política nacional de salud mental en un plazo de dieciséis meses (Congreso de Colombia, 2013), que se cumplían el 21 de mayo de 2014. Además, el Estado colombiano había iniciado en 2012 los diálogos con el grupo insurgente FARC-EP, el más numeroso en militantes, en la búsqueda de un acuerdo de paz (Muñoz González, C. A, 2015).

Esta nueva propuesta fue encomendada a la Universidad Nacional de Colombia, a través de un grupo de trabajo coordinado por un psicólogo, un sociólogo y dos psiquiatras, que debía tener la propuesta en un tiempo bastante limitado, el cual no se extendió más allá de cinco meses, en medio del proceso electoral de 2014 en el que se eligieron los nuevos miembros del Congreso de la República y a la fórmula presidencial para el período 2014-2018, en el que se jugaba la reelección el presidente Juan Manuel Santos Calderón (2014-2018).

Los criterios estipulados por la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental), a partir de los cuales debía ajustarse la política nacional de salud mental, fueron: una definición positiva de salud mental, centrada en derechos, basada en estrategias de atención primaria en salud, participativa y en la que se tuviera en cuenta la intra e intersectorialidad al abordar los determinantes sociales de la salud mental (Congreso de Colombia, 2013).

El “Documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), partió de la definición positiva de la salud mental para formular la propuesta, lo que permitía descentrar el contenido discursivo de la psicopatologización y poder acercar una visión de la salud mental a un enfoque psicosocial que pudiera contribuir de mejor manera al mantenimiento y recuperación de la salud mental de las personas en un contexto de búsqueda de la anhelada paz, en un país agobiado por la violencia sociopolítica acumulada por décadas y que estaba en peligro de que los procesos que se derivaran de los acuerdos de paz fueran medicalizados y reducidos a una interpretación desde el trastorno mental, amparado en la figura del trastorno por estrés postraumático, principalmente.

En la declaración inicial del documento propuesto se expresó lo siguiente:

“La Política Nacional de Salud Mental está fundamentada en derechos. Responde a las obligaciones del Estado colombiano de garantizar la salud en condiciones de igualdad para todas las personas, grupos humanos, pueblos y comunidades que habitan el territorio nacional. Es una política participativa e inclusiva, que reconoce la salud mental como un emergente de condiciones y modos de vida digna, por lo cual se orienta por un enfoque de determinantes sociales” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 11).

En esa declaración inicial se dejó constancia de que se aseguraba que el documento de política cumpliera con las exigencias que habían sido consagradas en la Ley 1616 de 2013, lo cual era de obligatorio cumplimiento, pero que además se apostaba a una concepción de la salud mental que tuviera en cuenta la inclusión y la participación, ya que se consideraba la salud mental un requisito ineludible para disfrutar de la vida en condiciones de dignidad e igualdad, aunque hubiera sido deseable que se incluyera también la equidad como uno de los componentes de esa salud mental anhelada, en la que los determinantes sociales de la salud mental no debieran ser asumidos como factores de riesgo en una lógica biomédica tradicional, que deben ser gestionados desde teorías gerenciales extrapoladas a lo público y que terminan por expropiar la salud mental de los y las ciudadanas.

El documento de propuesta de ajuste de la política identifica el individualismo imperante en la sociedad colombiana como algo de lo que debe ocuparse la política nacional de salud mental, y ser superado para que se profundice la solidaridad y el relacionamiento entre las personas que contribuya a la reconstrucción del tejido social en medio de una sociedad fragmentada. Parte de la propuesta de que la salud mental no es solamente un asunto individual, sino que tiene una dimensión colectiva, pues las personas nos construimos en torno a nuestras relaciones sociales. Apostó el equipo formulador, a que el individualismo facilitaba la materialización de las violencias, la intolerancia, la exclusión y el egoísmo.

Esta propuesta de política respalda el enfoque de derechos como parte esencial e imprescindible cuando se habla de salud mental, pero es un derecho que no debe entenderse como un individualismo en extremo, sino entendidos los derechos en relación con el colectivo y las comunidades. En el marco del SGSSS, se proponía que estos

derechos no debían asumirse tampoco de forma exclusiva como el acceso a un medicamento o a una intervención terapéutica. El enfoque de derechos debía dirigirnos a que vivamos una vida en condiciones de dignidad, en la que la diversidad cultural, étnico-racial, geográfica, ambiental y humana hiciera parte de la manera como entendemos y vivimos la salud mental, de tal forma que fuera posible centrarnos más en evitar la exclusión de las personas que en idearnos estrategias, luego de efectuada esta exclusión, para intentar incluir a las personas con problemas o trastornos de salud mental, en unos términos que en ocasiones menoscaban la dignidad de las personas.

Para lograr transformar positivamente la salud mental de las personas y comunidades víctimas de violencias sistemáticas el equipo formulador también tuvo en cuenta los enfoques psicosocial y territorial como un marco que permitiría entender las dinámicas sociales en las que se anida la salud mental de personas y comunidades vulneradas en su derecho a la paz y a su libre desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Cómo conseguir lo que se planteaba en el documento, fundamentados en la estrategia de atención primaria en salud, como lo determinaba la normativa colombiana (Congreso de Colombia, 2011a) y en el contexto del SGSSS, era una enorme dificultad, ya que el sistema de salud en ocasiones pareciera estar más atento a la sostenibilidad financiera que al logro de los fines establecidos en los contenidos discursivos de los documentos de política pública. De tal forma que puede caerse en lo que una de las personas participantes en la investigación advertía:

*“Un riesgo al hacer una política pública es que quede solamente como una declaración de buenas intenciones” (E10).*

La profundización del contexto epidemiológico presentado en el documento exploraba unas categorías particulares de los problemas y los trastornos de salud mental ordenadas en función de los siguientes aspectos: manifestaciones positivas de salud mental, capacidades individuales y contribución social; violencia y salud mental; problemas que afectan la salud mental con enfoque diferencial por clase social, sexo/género, etnia, discapacidad, curso de vida; trastornos mentales en población general; trastorno mentales con enfoque diferencial por clase social, sexo/género, etnia, discapacidad, curso de vida; respuestas sociales para la salud mental (promoción integral de la salud mental y atención

de los trastornos mentales, atención de la salud mental y superación del conflicto armado interno, necesidades especiales para la atención en salud mental en un país que reconoce y valora la diversidad).

Esta manera de presentar el análisis de los aspectos epidemiológicos relacionados con salud mental profundizó el camino en el que incursionó la propuesta elaborada por la ACP, tomando en cuenta la centralidad del enfoque de derechos, la diversidad en toda su amplitud y el momento histórico en el que se presentó la propuesta a dos años de iniciados los diálogos de la paz y en el que ya se aceptaba ampliamente que lo que venía sucediendo en Colombia décadas atrás era una guerra. Un conflicto armado interno que ha arrastrado un acumulado de dolores y sufrimientos que muchas veces se reconocían a través de las categorías problemas y trastornos de salud mental que ocasionaban una sumatoria de estigma y discriminación al ser víctimas del conflicto armado y tener síntomas y signos relacionados con problemas y trastornos de salud mental (Campo-Arias, A & Herazo, E, 2014; Venegas Luque, R et al., 2017). Adicionalmente, en la propuesta de política de 2014 se hacen más explícitos en su contenido los determinantes sociales de la salud mental (Parales-Quenza et al., 2018).

La visión planteada en el documento propuesto de política en 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) estaba anclada en el derecho a la salud mental decretado en la Ley 1616 de 2013:

“A 2021 el país logra el goce efectivo del derecho a la salud mental mediante su posicionamiento en la agenda pública y la respuesta social organizada desde diferentes sectores, bajo la responsabilidad indelegable del Estado”. (Congreso de Colombia, 2013)

Esta visión pretendía convertir la salud mental en un componente transversal de las políticas públicas y de las acciones en lo público y privado de los distintos sectores y organizaciones, no solo el sector salud, para que verdaderamente estuviera presente en la agenda pública tanto en los discursos como en las prácticas.

La propuesta de política identificó como valor la “ciudadanía”, el cual incluía en su conceptualización la autonomía, la participación y el bienestar. La ciudadanía entendida

desde el mundo de las relaciones interpersonales y sociales, y de las personas con el Estado. Esta sería una ciudadanía activa, exigente de su derecho a la salud mental, pero a la vez propositiva y decisiva en lo relacionado con la salud mental de sí mismos, de los otros y de las comunidades.

Los principios que se acogieron en el documento propuesto incluyeron: participación, inclusión, calidad, equidad, integralidad, universalidad, corresponsabilidad, intersectorialidad y accesibilidad. A partir de estos principios se trazaron ocho líneas de actuación: promoción, prevención, atención integral, rehabilitación, respuesta social, gestión de conocimiento, talento humano y dirección. Fundamentados en esos principios el equipo formulador consideró se podría alcanzar el objetivo trazado.

Al final, el objetivo no se logró. El “Documento Propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) corrió la misma suerte que la propuesta de 2007 de la ACP: fue engavetado. No se conocen explicaciones oficiales acerca de las razones para no continuar con el proceso de adopción de la nueva política de salud mental. Al momento que el equipo de la Universidad Nacional de Colombia entregó el documento al ministerio, se preparaba el presidente Juan Manuel Santos Calderón para iniciar su segundo período presidencial y se dieron cambios al interior del Grupo de Salud Mental y Drogas del MSPS. La aspiración de una nueva política nacional de salud mental ajustada a lo que se pensaba sería un nuevo país en un escenario de posconflicto, se vio nuevamente frustrada.

### **3.6 Política Nacional de Salud Mental de Colombia de 2018: de nuevo, la esperanza.**

Se necesitó que pasaran veinte años y se expidiera la Ley de Salud Mental para que se derogara la resolución 2358 de 1998 (Ministerio de Salud, 1998), que adoptó una política de salud mental poco conocida por los actores del campo de la salud mental y mucho menos por el resto de la ciudadanía y que además tuvo una pobre implementación. La débil voluntad y respaldo político han sido dificultades por las que ha debido atravesar el campo de la salud mental en Colombia.



Luego de la experiencia vivida con la PNSM-1998 y los esfuerzos frustrados de 2007 (Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría, 2007) y 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), se retomaron los esfuerzos por formular una nueva política de salud mental para el país. Un país que vivía aún en medio de múltiple violencia se encontraba en un momento distinto, esperanzado en transformar décadas de violencia como resultado de los diálogos de paz del Estado colombiano con el grupo subversivo FARC-EP en noviembre de 2016.

En las dos últimas décadas el país había vivenciado las consecuencias más escabrosas que la guerra produce en las personas y comunidades (Caro Peralta, 2014). Colombia, con cifras récord de desplazamiento interno debido al conflicto armado interno no hablaba en voz alta acerca de las implicaciones que esta violencia producía en la salud mental (De Santacruz, Cecilia et al., 2006; Puertas, G et al., 2006). El campo de la salud mental y la psiquiatría como disciplina a la que se le adjudicaba el liderazgo de la atención de los problemas y trastornos mentales, estaban a espaldas de estos fenómenos sociopolíticos de hondas repercusiones en la salud mental pública, en medio de un sistema de salud medicalizado, medicamentado, psiquiatrizado y, además, centrado en la sostenibilidad y rentabilidad financiera, que se hacían efectivas a través de la erección de barreras de acceso y del fortalecimiento de la perspectiva biomédica, como facilitadora de la consolidación del complejo médico industrial, la acumulación de capital en distintas instancias del sistema, a expensa de la vulneración del derecho a la salud mental de la ciudadanía. Acerca de la relativa indiferencia de los líderes del campo de la salud mental hacia el conflicto sociopolítico, una de las personas participantes en la investigación manifestó:

*“A quienes hemos vivido el conflicto colombiano nos decían vayan a terapia y nada más. Yo no sé de salud mental. Yo he sentido más la enfermedad. La enfermedad del territorio. La enfermedad de Colombia es más grande. En esta guerra estamos muchos enfermos por el silencio de toda esta guerra. La verdad de todos los actores del conflicto nos pueden afectar, y es que una de las enfermedades más grandes de Colombia es la indiferencia” (E5).*

El hecho de que se retomara el proyecto de una política de salud mental en estas circunstancias también implicaba riesgos. Uno de ellos, que las complejidades de las

repercusiones de la violencia sociopolítica fueran reducidas a categorías nosológicas funcionales a la medicalización, psiquiatrización y medicamentación del sufrimiento humano, poniéndolos a girar en torno a diagnósticos psiquiátricos que podían perpetuar la invisibilización de los fenómenos sociales, económicos, políticos, históricos, culturales y ambientales que subyacían en esos fenómenos violentos. Adicionalmente, se podía terminar reafirmando la idea de que estas consecuencias eran impactos individuales que producían síntomas, malestar y sufrimiento en las esferas individuales, y que por lo tanto era posible delimitar la afectación y manejarla como cualquier otro diagnóstico psiquiátrico y ceñirse a lineamientos de guías de práctica clínica o de protocolos médicos.

La medicalización de las víctimas del conflicto armado interno es un riesgo en un sistema de salud como el colombiano. Por ejemplo, el Protocolo de Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017a), en su proceso de formulación y revisión por expertos, pasó por fuertes observaciones debido a que se le estaba dando inicialmente un peso importante a estrategias que podían desembocar en psiquiatrización y psicologización del sufrimiento asociado al conflicto armado interno. Esto obligó a su revisión y ajuste, con la incorporación de un enfoque psicosocial más definido; sin embargo, este protocolo, en su versión final, ha sufrido una cierta invisibilización que no ha permitido su amplia divulgación.

Bajo estas condiciones, debía cumplirse la orden de ajustar la política de salud mental contemplada en el artículo 31 de la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 (Congreso de Colombia, 2013) la cual concedía 16 meses para ajustar la política de salud mental, es decir hasta el 21 de mayo de 2014. Aunque a mediados de 2014 hubo el intento mencionado para realizar este ajuste, bajo la coordinación de un equipo de la Universidad Nacional de Colombia, no fue sino hasta finales de 2018 cuando logró concretarse este esfuerzo, con la expedición de la Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). El proceso de expedición de esta resolución se esperaba antes de la culminación del período presidencial de Juan Manuel Santos Calderón el 7 de agosto de 2018; sin embargo, no alcanzó a estar lista, y afortunadamente el nuevo gobierno de Iván Duque Márquez, elegido para el período 2018-2022, no desechó el desarrollo conseguido de manera participativa en los más de dos años que llevaba trabajando el equipo formulador del MSPS. Correspondió entonces al ministro de Salud y Protección Social, Juan Pablo Uribe Restrepo, firmar y expedir la

resolución administrativa que desde el ministerio adoptó la nueva Política Nacional de Salud Mental.

El intento de expedir la política nacional de salud mental dentro de los tiempos que ordenaba la Ley de Salud Mental (LSM) y como también quedó consignado en el cronograma de implementación de la LSM, estipulado por medio del decreto reglamentario 658 de 2013 del MSPS (Presidencia de la República de Colombia, 2013), no fue posible de cumplir. Este decreto fijó el 30 de mayo de 2014 como fecha límite para que se expidiera el acto administrativo que adoptara la nueva política de salud mental. Por esta razón, aunque un poco fuera del término estipulado, surgió la propuesta de política de 2014. Esta propuesta de política, al igual que la propuesta de 2007, fue engavetada y abandonada, a pesar de haber sido recibida a satisfacción por las directivas del MSPS. Resulta paradójico que oficialmente se considere la salud mental importante para una vida en paz y que a la vez la oportunidad de formular una nueva política de salud mental en medio de un proceso de paz, que conllevaría la atención de millones de víctimas no se continuara con el proceso de formulación de una política de Estado para la salud mental. Así las cosas, este nuevo intento finalizó como una frustración más. Y comparte con la PNSM-2018 que fue elaborada al final del primer periodo presidencial de Juan Manuel Santos en medio de un proceso de reelección que no estuvo exento de escándalos y cuestionamientos.

Dos años después el gobierno nacional ante el incumplimiento de lo ordenado en la Ley de Salud Mental, retomó el proceso de formulación de una nueva política. El proceso de formulación de la Política Nacional de Salud Mental de 2018 (PNSM-2018) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) partió de un documento borrador divulgado en el primer semestre de 2016 y que tenía por título “Propuesta base para la construcción de una política pública de salud mental”, bajo la dirección técnica de José Fernando Valderrama Vergara, como Subdirector de Enfermedades No Transmisibles y de Nubia Esperanza Bautista Bautista, como Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental (Ministerio de Salud, 2016).

El documento base (Ministerio de Salud, 2016) contó con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (ENSM-2015) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a) como insumo fundamental para el análisis de la situación de salud mental del país, salvando así uno de los reparos que existieron cuando se presentó el documento

propuesta de 2014, pues el anterior estudio nacional de salud mental era de 2003. También enfatizó en la necesidad del “trabajo mancomunado entre los diferentes actores involucrados”, como lo contempló el documento de la OMS, “Invertir en salud mental” (OMS, 2004c).

Igualmente, el documento que serviría de base para la nueva política de salud mental (Ministerio de Salud, 2016), resalta los principios y enfoques transversales del Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental de la OMS (OMS, 2013). Estos eran: derechos humanos, cobertura sanitaria universal, práctica basada en evidencia, emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital y enfoque multisectorial.

Como dato interesante, el documento base de propuesta (Ministerio de Salud, 2016) identifica unas causas para la situación de salud mental del país, entre ellas: dificultad para garantizar la continuidad, sostenibilidad y fortalecimiento de las estrategias clave para la promoción, prevención y rehabilitación integral en salud mental; percepciones e imaginarios en relación con la salud mental, los problemas y los trastornos mentales que no han sido tenidas en cuenta; acciones desarticuladas entre los diferentes sectores en torno a la promoción, prevención y la rehabilitación integral en salud mental; dificultad para garantizar la cobertura, oportunidad, continuidad y calidad en la atención y tratamiento en salud mental; redes de apoyo social y familiar débiles; respuesta limitada del sector protección y servicios sociales frente a las necesidades de las personas con trastornos mentales y los cuidadores; poca disponibilidad de profesionales especializados en salud mental y limitada capacidad resolutoria y de gestión del recurso humano no especializado.

De la anterior relación de causas asociadas a la situación de salud mental encontramos resultados similares a los análisis que se vienen haciendo en el país desde los Macrodiagnóstico de salud mental 1973. Algunas de estas causas son estructurales del sistema de salud y del funcionamiento del Estado. Por ejemplo, entre más circunscrita al sector salud resulte la manera de entender y vivenciar la salud mental, más apegada estará también a la perspectiva biomédica, fortalecida por el complejo médico industrial y la visión de salud como negocio, reduciendo la posibilidad de que se despliegue una verdadera mirada intersectorial.

El documento base (Ministerio de Salud, 2016) también pone de relieve las secuelas del conflicto armado interno en la salud mental de las personas y la importancia de la paz como parte del disfrute del derecho a la salud mental, como se hizo en la PNSM-1998, en la propuesta de la política del campo de la salud mental de 2007 y de 2014.

Este documento base de propuesta (Ministerio de Salud, 2016) se constituyó en uno de los insumos de la primera Mesa Técnica de Consulta realizada el 1° de junio de 2016 y de la cual participaron funcionarios del grupo de salud mental del MSPS, representantes de las asociaciones de las profesiones relacionadas y de la academia, que hacían parte del denominado Nodo Institucional, organizado a partir del proceso de la Ley 1616 de 2013, a los que se sumaron también representantes de las asociaciones de pacientes y organizaciones comunitarias, que conformaban el Nodo Comunitario. A partir de allí se surtieron una serie de reuniones periódicas que permitieron ir haciendo aportes y avanzar hasta la construcción del documento de la PNSM-2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

Como ya se mencionó, el documento base parte de los resultados de la ENSM-2015. Esta fue un estudio de gran envergadura y trascendencia para el país, ya que se dejó de lado la metodología utilizada en los tres estudios previos bajo los lineamientos de la Universidad de Harvard y se incluyeron varios aspectos no contemplados previamente, como ampliación de las edades de las personas objeto del estudio y la exploración de un variado abanico de aspectos psicosociales y relacionados con la violencia sociopolítica vivida por el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

La ENSM-2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a), realizada por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá con el apoyo del MSPS y de Colciencias, partió del concepto de salud mental definido en la Ley 1616 de 2013, entendiendo la salud mental como un continuo del que hacen parte los problemas y trastornos de salud mental. El objetivo de la encuesta fue proporcionarle al país información actualizada sobre salud mental, problemas y trastornos de salud mental y el acceso de la población a los servicios, con una mirada desde los determinantes sociales y la equidad. Fue un estudio observacional descriptivo de corte transversal a nivel nacional, con representatividad nacional y regional, que incluyó a personas mayores de siete años y para lo cual se dividió el país en las regiones central, oriental, atlántica, pacífica y Bogotá.

Contó con una muestra de 15.351 personas civiles de las áreas urbana y rural, luego de que el equipo investigador visitara 19.564 hogares y encuestara a 13.555 de ellos. La población que hizo parte de la muestra se agrupó en: niños, de 7 a 11 años de edad; adolescentes entre 12 y 17 años; y, por último, adultos, aquella mayor de 18 años, subdivididos en personas de 18 a 44 años y mayores de 45 años de edad.

El estudio de 2015 exploró las representaciones y condiciones relacionadas con la salud mental, los problemas de salud mental, los trastornos mentales, el acceso a servicios y medicamentos en salud mental y la valoración de los estados de salud.

Los resultados del estudio indicaron que en el grupo de niños de 7 a 11 años, en quienes se empleó el Cuestionario de Síntomas para Niños (Report Questionnaire for Children, RQC, en inglés) (Giel et al., 1981), el 97,6% de las personas encuestadas manifestaron disfrutar de la compañía del niño que hacía parte de su hogar, el 94,3% se sienten orgullosos de ellos, el 97,6% dicen llevarse bien con el niño y se identificó que el 13,7% de los niños objeto del estudio habían estado en contacto con la violencia por el conflicto armado interno o tuvieron que movilizarse de manera forzoso por el conflicto, cifra alarmante pero congruente con los registros de víctimas del conflicto armado interno que existen en Colombia, que a 2022 ya suman más de 9 millones de víctimas registradas (Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas, 2022). En este mismo grupo de edad se encontró que el 44,7% de ellos podía tener al menos un problema de salud mental y entre el 13,1% y el 19,4% dos o más problemas, especialmente relacionados con el aprendizaje de las matemáticas o la escritura; y finalmente, el 11,7% de los niños había experimentado al menos un evento traumático. En cuanto a los trastornos mentales, se encontró que en los últimos 12 meses el 4,7% de los niños reunía criterios para un probable trastorno mental, dentro de los que se destacaban aquellos relacionados con problemas del aprendizaje (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En el grupo de adolescentes de 12 a 17 años de edad, la ENSM-2015 informó que el 96% consideraron gozar de una buena salud mental, 54% afirmaron que disfrutaban siempre o casi siempre de apoyo familiar y el 18,3% han vivido violencia y/o desplazamiento por el conflicto armado interno colombiano. Para investigar los problemas y trastornos mentales se utilizó el Cuestionario de Auto-Reporte, (Self Reporting Questionnaire, SRQ, en inglés)

(Climent C.E & De Arango M.V, 1983). Se encontró que el 12,2 % tenía al menos un problema de salud mental, una probable conducta de riesgo alimentario, el 9,3 % de los adolescentes, el 5,2% consumía alcohol en exceso, mientras que el 2,8% entraba en la categoría de abuso de alcohol. El 29,3 % de los adolescentes encuestados manifestó haber experimentado al menos un evento traumático, de estos el 88,6% podría tener un trauma psicológico secundario y el 3,3 % riesgo de presentar un trastorno por estrés postraumático. Finalmente, en este grupo, el 4,4% reunía criterios para un probable trastorno mental en los últimos 12 meses y presentó una prevalencia del 2,5 % para intento y del 6,6 % para ideación suicida, 37,6% de los cuales realizan al menos un intento de suicidio en algún momento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En cuanto a la población adulta, el 95%- 96% consideró que disfrutaban de buena salud. El 45,8% - 47% de los adultos dijeron entender la salud mental como gozar de buena salud física, poder comer, dormir y descansar; sentirse bien, feliz o en paz con uno mismo el 39,7% – 41,4 %; poder superar las dificultades y seguir adelante, el 34,1% - 38,4 %. El 41% de los adultos manifestaron contar con apoyo siempre y casi siempre; la disfunción familiar estuvo presente en el 34 % de los adultos y del 15,8% al 18,7% habían experimentado violencia o tuvieron que movilizarse por conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En las exploraciones con el SRQ entre el 9,6 % y el 11,2 % de los adultos tuvieron al menos un problema de salud mental. El 9,1 % presentaron conducta de riesgo alimentario; del 12,3% al 21,8 % tuvieron consumo excesivo de alcohol y entre el 6 y el 12 % abuso del alcohol. Del 40,2% al 41,4% presentaron la menos un evento traumático, teniendo entre el 3.1 al 3.3% riesgo de reunir criterios para un trastorno por estrés postraumático (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Por último, al indagar acerca de los trastornos mentales en adultos, se halló que el 4% reunió criterios para al menos un probable trastorno mental durante los últimos 12 meses. En cuanto a la asociación de condiciones crónicas con trastornos mentales se encontró que las personas con solo una condición crónica tenían entre el 2,2% y el 5,9 % de probabilidad de padecer un trastorno mental; las personas que tenían dos condiciones crónicas tenían un 17% de probabilidad de presentar un trastorno mental y las personas que presentaban tres o más condiciones crónicas, esta probabilidad ascendía al 17 %.

Finalmente, las personas con por lo menos una condición crónica presentaron una limitación funcional entre el 8,2% y el 21 % (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

La ENSM-2015 también indagó sobre el acceso a servicios de salud mental y medicamentos en los últimos 12 meses, hallando un dato interesante: menos de la mitad de los niños de 7 a 11 años (48,1%) y adolescentes de 12 a 17 años (35,2%) que requerirían acudir a los servicios de salud mental lo hacen. De quienes sí solicitaron la atención, el 92,7% de niños y el 88,2% de adolescentes la recibieron, siendo los pagadores de la atención la EPS contributiva o subsidiada u otra entidad de seguridad social en el 69,4% y 70,9% de los casos para niños y adolescentes respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Pasando al grupo de los adultos, los resultados de la ENSM-2015 indicaron que durante los últimos doce meses el 65,9% de las personas de 18 a 44 años y el 65% de los mayores de 45 años, solicitaron atención en salud mental y de estos, recibieron algún tipo de atención en salud mental el 38,5% y el 34,3% respectivamente. La mayoría de quienes solicitaron atención la recibieron (94% entre 18 a 44 años y 88,9% de los mayores de 45 años), siendo el pagador la correspondiente EPS contributiva o subsidiada u otra entidad de seguridad social, en el 66,1% y 95,6% respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). Los resultados de este grupo poblacional nos permiten inferir que existen problemas importantes para la detección de los posibles casos y unas pronunciadas barreras de acceso a los servicios de salud mental.

La misma ENSM-2015 identificó las áreas que requerían atención prioritaria (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015). Para el componente salud mental estas fueron: fortalecimiento de la empatía y la convivencia en los entornos, promoción de la participación en grupos, fortalecimiento de las capacidades de afrontamiento ante eventos vitales estresantes y, por último, la implementación de estrategias intersectoriales para la prevención y atención de las distintas violencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

En lo referente a problemas de salud mental, las prioridades identificadas fueron: visibilizar los problemas mentales como un asunto prioritario, fortalecer las capacidades para detectar problemas mentales en niños, especialmente problemas de aprendizaje; en los



adolescentes estos problemas a detectar son ansiedad y problemas relacionados con el hábito de comer; en el caso de los adultos, las áreas problemáticas prioritarias son aquellas relacionadas con las consecuencias psicológicas de eventos traumáticos, acceso a los servicios de salud, y detección temprana y atención oportuna del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Pasando a los trastornos mentales, las áreas identificadas como prioritarias desde la ENSM-2015, fueron: incremento de las capacidades resolutorias de los profesionales de los equipos básicos de salud para la identificación y manejo de los trastornos mentales más prevalentes, especialmente en niños y adolescentes; fortalecimiento de las capacidades de los actores del SGSSS para gestionar los riesgos de salud mental y de las condiciones crónicas de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Por último, las prioridades identificadas en el área de acceso a servicios y medicamentos en salud mental fueron: aumentar la oportunidad, continuidad y calidad de la atención en salud mental, implementar la telepsiquiatría, diseñar e implementar estrategias que disminuyan el estigma hacia los problemas y trastornos de salud mental y formular una política integral de atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a).

Estas prioridades identificadas en la ENSM-2015 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a) nos traen de vuelta a la PNSM-2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) en la cual, la promoción de la salud mental vuelve a ocupar el centro del documento de política, como ha sido habitual en las políticas públicas de salud mental.

La PNSM-2018 política asumió como visión “posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país” basada en los enfoques de derechos humanos, curso de vida, de género, diferencial poblacional – territorial y psicosocial dentro del modelo de determinantes sociales de la salud y teniendo como objetivo:

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

En relación con los objetivos, la PNSM-2018 incluyó cinco objetivos específicos encaminados a acciones de promoción para el cuidado de la salud mental y de prevención de los problemas y trastornos mentales, la promoción de la integralidad de la atención a problemas y trastornos mentales, acciones de rehabilitación basada en comunidad y fortalecimiento de proceso sectoriales e intersectoriales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

Como podemos ver en los objetivos, este documento de política incluye la epilepsia. De esta manera, el gobierno nacional daba cumplimiento también a las obligaciones derivadas de la ley 1414 de 2010 que contempla la formulación de una política pública de atención integral para las personas que padecen esta enfermedad crónica, según lo define la misma ley (Congreso de Colombia, 2010). El documento de política da como explicación para esta integración de estos objetos de política, las recomendaciones de la OMS para que se gestionen conjuntamente los trastornos mentales y la epilepsia, basados en las comorbilidades y desenlaces que tienen en común.

Esto nos ubica en categorías del pasado como los trastornos neuropsiquiátricos y nos reitera la relación que asumen quienes tienen poder directivo del campo de la salud mental, en el sentido de utilizar implícitamente un marco explicativo desde la biomedicina, así en el discurso estén referenciados otros enfoques y que no sólo se materializa en la política sino que también termina permeando la estrategia de atención primaria en salud, las conceptualizaciones que se imparten en los procesos formativos de los profesionales de la salud y que se traducen en prácticas donde predomina la perspectiva biomédica, constituyéndose las demás intervenciones como accesorias, o, utilizando un término de décadas anteriores, como “auxiliares de la medicina” (Congreso de Colombia, 1962).

Los objetivos de la PNSM-2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) se construyeron partiendo de un análisis de la situación de salud mental, en el cual permanece la centralidad en la enfermedad o en condiciones que, aunque acertadamente se denominan problemas, los tomadores de decisiones y quienes ejecutan las prácticas de salud mental en el día a día tanto del sector salud como de en los otros sectores del Estado, todo ello, a pesar de contar con la ENSM-2015 que contiene una información amplia en aspectos no biomédicos de la salud mental. Es la persistencia de la idea de la anomalía y la anormalidad la que fundamenta la aproximación y las prácticas en salud mental, lo que

desvía la atención y las acciones, de las condiciones de vida y los determinantes sociales de la salud mental.

El análisis de la situación de salud mental para esta política (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) partió de las afectaciones en salud mental, en las que los Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ocupan un lugar importante en la medida en que estas afectaciones ocurren en personas jóvenes con una repercusión relevante en lo socioeconómico. Utilizar los AVPP como elemento para seleccionar las afectaciones incluidas está en la línea de la definición de salud mental, tanto de la OMS como de la Ley 1616 de 2013 en las que la capacidad de trabajar y producir son indicadores de salud mental, con la posibilidad de que estas capacidades ligadas al trabajo sean entendidas como parte de un capacitismo que facilite la exclusión de las personas que por su manera de entender, llevar la vida y vivir la vida no se amolden a las condiciones de trabajo y vida impuestas en una sociedad en la que la diversidad se asume en ocasiones como parte de las anomalías y anormalidades.

En todo caso, a pesar de la larga trayectoria del discurso de la salud mental en la institucionalidad colombiana, las afectaciones son planteadas desde los problemas y trastornos mentales, en las que la conducta suicida que ocupa un lugar especial por los altos valores de AVPP, al igual que el consumo de sustancias psicoactivas, y en menor medida las violencias, la convivencia social y, por último, la epilepsia.

Dentro del análisis de la situación de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) también se incluyeron los factores que limitan el ejercicio de la salud mental. Estas condiciones son también denominadas en la política “factores de riesgo”, entre los que se incluyen aquellos asociados a problemas en la alimentación, nutrición inadecuada, escasa actividad física, dificultades para el uso del tiempo libre y algunas condiciones relacionadas con el medio ambiente, como la calidad del aire, el estrés urbano, y las exposiciones ocupacionales, lo que no se refleja en el ordenamiento del sector salud y de los demás sectores del Estado para intervenir esos que han identificado como factores de riesgo y terminan las acciones del Estado colombiano girando en torno a la psiquiatría y lo psiquiátrico como ordenadores del campo de la salud mental.

La concentración de la mayoría de la población en las zonas urbanas incide en problemas

de movilización y asentamiento. Estos factores, que guardan relación con las condiciones de vida de las comunidades son señalados de producir afectaciones en la esfera individual, representados en el incremento de la posibilidad de que se presentan problemas o trastornos mentales, pero no se plantean de manera explícita en los demás sectores del Estado ni como parte de la transversalidad que debiera ocupar la salud mental en la vida de las personas, comunidades e instituciones.

El otro aspecto tenido en cuenta en el análisis de la situación de salud mental (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b) es el relacionado con la oferta y demanda de los servicios de salud mental. En este punto, el documento da cuenta de la relación de médicos por habitantes, como un indicador que permanece en el tiempo desde los macrodiagnósticos de salud mental, a la vez que menciona una oferta de base comunitaria y acciones de atención primaria en salud, difícil de verificar en las realidades del sistema de salud y de los otros sistemas del Estado, pues el hecho de que las exigencias de habilitación de los servicios de base comunitaria sigan la misma lógica de los servicios de base biomédica desvirtúan en mucho la esencia y pretensiones de estos servicios. Adicionalmente, la forma como se estructuran las redes de servicio de las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), hacen que los ciudadanos se tengan que someter a las condiciones impuestas por estas empresas y no que sean ellas las que se dispongan al servicio de las personas y comunidades en cumplimiento de la estrategia de atención primaria en salud como base del sistema de salud colombiano.

Cumplir con los preceptos de la atención primaria en salud es materialmente difícil en un sistema de salud que gira en torno al fortalecimiento del individualismo en todas las instancias del sistema de salud, desde la afiliación hasta los beneficios de los planes de salud y en torno también a la eficiencia operativa de las EAPB (anteriormente denominadas EPS), dirigida a la reducción de costos en beneficio de los indicadores financieros de esas compañías que actúan bajo la lógica de aseguradoras, así estén prestando servicios que respondan al derecho a la salud consagrado constitucionalmente (Congreso de Colombia, 2015; M. Hernández et al., 2002b).

Al asumirse las EAPB y posicionar el mensaje de que eran compañías aseguradoras, con todos sus componentes: cobertura a través de una póliza, POS o PBS, pagada con una prima, a través del aportes de los trabajadores o del subsidio del Estado, que en todo caso,

legal y éticamente se configuran como fondos públicos que financian el sistema de salud colombiano, terminó por desvirtuar la esencia de un sistema de salud fundamentado en principios como la solidaridad entre sus ciudadanos y que además concibe la atención primaria en salud como la estrategia fundamental del sistema que debe coordinar todas sus acciones (Congreso de Colombia, 2011a).

Lo anterior entra en conflicto con los contenidos discursivos de la PNSM-2018, ya que imposibilita materialmente que se despliegue la atención primaria en salud mental en un sistema donde esas EAPB, para sus accionistas, no se diferencian en mucho de otras inversiones que deben producir rentabilidad, dejando de lado que cuando se trazan mecanismos de reducción de costos de operación del sistema lo que se ha visto es una profundización en la vulneración del derecho a la salud mental de las personas y comunidades (Franco-Giraldo, Á, 2014), optando por la salida más expedita, conceptual, económica y operativamente: barreras de acceso, apego a la perspectiva biomédica, fragmentación de la atención, mayor individualismo, incremento de las inequidades basadas en capacidad de pago, pauperización e inestabilidad laboral de los trabajadores de la salud, dificultades para la vinculación y coordinación intersectorial y deterioro de las redes sociales en relación con la salud, donde las personas son desconectadas de su comunidad, para atender sus necesidades en salud mental, lo que en el caso específico del campo de la salud mental ha producido una mayor medicalización, medicamentación, psiquiatización y psicologización del sufrimiento y del malestar psíquico e incluso, una falsa desinstitucionalización.

Denomino falsa desinstitucionalización a la disminución de camas disponibles para la atención de trastornos mentales (camas psiquiátricas) y el cierre de instituciones dedicadas a la atención de estos trastornos, motivados, no por la restauración de los derechos de las personas con diagnósticos de trastornos mentales, su inclusión y reinserción social, sino mediados por una decisión de interés económico en beneficio de las corporaciones que encontraban una mayor tasa de retorno si dedicaban esas camas e instalaciones a otro tipo de actividades que generaban mayor lucro, ya que, así ambas estuvieran enmarcadas en una perspectiva biomédica para su atención, las no psiquiátricas podían ser más exprimidas con la generación de mayor cantidad de servicios y procedimientos contenidos dentro del complejo médico industrial y financiero, permitiendo una mayor acumulación de capital de sus propietarios, además de generar una cadena productiva con la consecuente

integración vertical entre los intermediarios financieros, EPS, y los prestadores de servicios de salud. El campo de la salud mental, alimentado más de actividades que requieren de la intervención humana permanente desde distintas profesiones (medicina, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, etc), que restringen la posibilidad de una producción en cadena más extendida.

La desinstitucionalización dada en Colombia, aunque falsa, si sucedió que se cerraron servicios y hospitales psiquiátricos guiados por la baja o nula rentabilidad financiera de estos y no por alcanzar las transformaciones psicosociales que implican una verdadera desinstitucionalización. Por ejemplo, en la PNSM-1998 se afirmó, basados en el Macrodiagnóstico de Salud Mental de 1986, que en ese momento existían en el país 2.549 camas psiquiátricas en instituciones públicas y 2.690 en las privadas, con una disminución también notoria en las tasas de ocupación (Ministerio de Salud, 1998). En una petición hecha el 17 de marzo de 2017 al MSPS por el investigador responsable de la presente investigación, se requirió la información disponible consolidada de camas de psiquiatría tanto en instituciones públicas como privadas para el período comprendido entre 1986 y 2016. La respuesta del MSPS fue desconcertante, ya que los datos que estaban registrados en el sistema de información del MSPS solo les permitía obtener información consolidada a nivel nacional del año 2010 en adelante. Los datos que pudieron suministrar desde el MSPS muestran que en el año 2010 había en el país 999 camas psiquiátricas en instituciones públicas y 2.391 en las privadas, mostrando una reducción importante en ambos subsectores con respecto a lo informado en 1986, pero especialmente notoria en las instituciones públicas, donde la disminución del total de camas fue de un poco más del 60%, y eso, sin hacer los ajustes por incremento de la población del país. Sin embargo, en 2015, las cifras de camas psiquiátricas sufrieron un cambio destacado en el sector privado, pasando de 2.391 en 2010 a 4.092 camas psiquiátricas. Como puede apreciarse en el sector privado el número de camas experimentaron un incremento comparativamente importante respecto a 1986 y 2010, además de que en los tres momentos el número de camas privadas se mantuvo mayor que en el sector público, en el que como vimos previamente, aunque aumentaron respecto a 2010, no alcanzaron siquiera a equipararse a las cifras alcanzadas por el sector público en 1986, cuando el país tenía 30.980.812 habitantes, cifra que se aumentó en 2010 a 44.086.292 habitantes y en 2015 a 46.313.898 habitantes (DANE, 2022). Si bien, la aspiración era reducir las institucionalizaciones en hospitales psiquiátricos e implementar intervenciones de base comunitaria, lo que terminó

sucediendo fue que se redujo la oferta tradicional y las intervenciones no hospitalarias y de aquellas de base comunitaria fueron siendo marginales y de poco interés para el sistema de salud, los profesionales de la salud y para las instituciones educativas que los forman.

El bache informativo consolidado sobre las camas psiquiátricas a nivel nacional se expandía desde finales de la década de 1980 hasta el 2009. Surge inmediatamente la pregunta sobre cómo se hacía seguimiento a este componente de la información en un sistema de salud en el que la atención hospitalaria y de urgencias estaba convertida en uno de sus pilares, por supuesto contrario al contenido discursivo del MSPS sobre promoción de la salud mental, atención primaria en salud y rehabilitación basada en la comunidad; por el otro lado, respalda la idea de que lo ocurrido en Colombia con la disminución de camas de psiquiatría hacía parte de una falsa desinstitucionalización, mediada por el desinterés en prestar un servicio poco lucrativo para las corporaciones de salud y que además demandaba unos espacios físicos en las distintas IPS que podían ser aprovechados para proveer servicios que permitieran una mayor acumulación de capital para EPS y propietarios de las IPS.

La poca rentabilidad de las instituciones vinculadas al campo de la salud mental fue un hecho que se profundizó desde la implementación del nuevo SGSSS, en el que los servicios menos rentables empiezan a ser reducidos o cerrados de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas (Vargas, 2010), pero como lo podemos apreciar en el dato de las camas psiquiátricas, las reducciones y cierres en el sector público fueron más intensas.

Así las cosas, las afectaciones en cuanto a la oferta y demanda de los servicios de salud mental, pasan por las adaptaciones que debieron hacer las instituciones públicas y privadas del campo de la salud mental para sobrevivir en el negocio de la salud, en un sistema, que como recordemos, está marcado por una estigmatización institucional, desde el mismo sistema, hacia la salud mental, expresada en barreras de acceso, restricciones y exclusiones en los planes de beneficio, desconociendo para el momento de promulgación de una política basada en derechos, como la PNSM-2018, el derecho a la salud consagrado a través de la Constitución Política de 1991 (Presidencia de la República, 1991b) y la Ley Estatutaria de la Salud de 2015 (Congreso de Colombia, 2015), por medio

de la cual se reguló el derecho fundamental a la salud como resultado de la línea jurisprudencial que surgió entorno a la sentencia T-760 de 2008 y la presión ejercida por las distintas organizaciones sociales, pretendiendo dar solución a la realidad a la que se enfrentaban diariamente la ciudadanía que debía acudir a mecanismos judiciales para tutelar su derecho a la salud, el cual era vulnerado sistemáticamente por las corporaciones encargadas de la administración de los planes de beneficio en salud.

Por todo lo anterior es un poco complejo estimar las posibilidades de que se den, a la luz de la PNSM-2018, acciones de atención primaria con enfoque social comunitario, con atención y rehabilitación basada en la comunidad, a la que se vinculen actores sociales y comunitarios, y con una atención integral e integrada con participación de trabajadores de la salud precarizados y convertidos en operarios de una maquinaria de producción en serie, no de salud, si no de rendimientos financieros obtenidos a partir de la atención de la enfermedad.

En la PNSM-2018 permanece, al igual que en la PNSM-1998 y en los macrodiagnósticos de salud mental de las décadas de 1970 y 1980, el llamado de atención de que hay pocos psiquiatras y que se encuentran concentradas en los principales centros urbanos del país (Ministerio de Salud, 1976b, 1976a, 1982, 1986, 1988, 1988, 1998; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). Contar con mayor número de psiquiatras puede ser, en efecto, deseable, pero cuestionable si estos psiquiatras solo se dedican a la atención de trastornos mentales, ni siquiera a la atención de las personas con diagnósticos de trastornos mentales, porque en las dinámicas del SGSSS se termina atendiendo son los diagnósticos, no las personas con sus circunstancias y condiciones de vida. Es como si por el hecho de portar un diagnóstico de trastorno mental se anularan las demás esferas de la vida de la persona y que solo fuera posible abordarlos bajo la perspectiva biomédica y psicologizada, que parten de lo anormal y la anomalía.

Es en este marco en el que se pretende intervenir el estigma asociado a problemas y trastornos mentales como si fuera un fenómeno que aparece por poca empatía, solidaridad o consideración hacia las personas con problemas o trastornos mentales por parte del resto de los ciudadanos. Reducir el estigma y la discriminación será difícil de conseguir en medio de un sistema de salud que reproduce las inequidades sociales y que circunscribe a lo individual las manifestaciones de estos problemas y trastornos, así como las



intervenciones para resolverlos o paliarlos, sin conexión real y efectiva con los otros sectores del Estado, especialmente notorias resultan ser las condiciones en que desenvuelve la vida de las personas en los ámbitos escolares, laborales y familiares, en los que son frecuentes las diversas violencias, y sin contar con el respaldo de estrategias y espacios propicios para la recreación, uso del tiempo libre, la cultura y la vida armónica con el medio ambiente, a pesar de los principios que rigen la PNSM-2018, los cuales son: la salud mental como parte integral del derecho a la salud; abordaje intercultural de la salud; participación social y política pública basada en la evidencia científica.

El documento de política de 2018 plantea unos ejes para lograr desarrollar e implementar la PNSM-2018, y así realizar las acciones sectoriales, intersectoriales, sociales y comunitarias que garanticen el disfrute de la salud mental. Los ejes de la PNSM-2018 los concibieron de tal manera que pudieran desplegarse armónicamente con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b), los cuales además deberán desarrollarse por medio de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b).

El primer eje descrito en el texto de la PNSM-2018 es “Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos”, cuyo objetivo es “crear las condiciones individuales, sociales y ambientales para el desarrollo integral de las personas, promoviendo y manteniendo el bienestar emocional y social”; lo cual se plantea lograrse por medio del “fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). Para este eje el documento de política contempla las siguientes estrategias: generación y fortalecimiento de entornos resilientes, saludables y protectores que promuevan estilos de vida saludables; promoción del involucramiento parental; educación en habilidades psicosociales para la vida; por último, fortalecimiento de la cultura propia como factor protector de la salud mental.

El segundo eje de la política es la “Prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia”, el cual tiene por objetivo “mejorar la capacidad de respuesta individual, familiar, comunitaria e institucional, orientando acciones para gestionar los riesgos en salud mental y epilepsia, en los entornos donde las personas se desarrollan” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). Para

el logro de este objetivo se consideran en la PNSM-2018 cuatro estrategias: cualificar los dispositivos de base comunitaria adaptándolos, cuando sea necesario, a la medicina tradicional y las formas organizativas propias; prevención de la conducta suicida; fortalecer las acciones de prevención de la epilepsia; y, fortalecer 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.

El tercer eje de la PNSM-2018 corresponde a la “Atención Integral de los problemas, trastornos mentales y epilepsia. (Tratamiento integral)”. El objetivo descrito en la política para este eje es “Disminuir el impacto de la carga de enfermedad por problemas y trastornos mentales, violencia interpersonal y epilepsia en las personas, familias y comunidades, aumentando la oportunidad, el acceso, la aceptabilidad, la calidad, la continuidad y la oferta de servicios de salud mental”. Para su consecución se implementará como estrategia el “Desarrollo de redes integrales, con enfoque de atención primaria, para la atención en salud mental y epilepsia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

El cuarto eje del documento de política es la rehabilitación integral e Inclusión social, teniendo como objetivo “Lograr la rehabilitación integral y la inclusión (social, familiar, laboral/ocupacional, educativa, religiosa, política y cultural), de las personas con problemas y trastornos mentales, sus familias y cuidadores, mediante la participación corresponsable de los diferentes sectores en el desarrollo de acciones que transforman los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional), hacia la construcción de comunidades más incluyentes, favoreciendo el desarrollo humano y la calidad de vida de todos sus miembros”. La estrategia para alcanzar este objetivo será “ampliar la cobertura y cualificar la implementación de la Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

El quinto y último eje de la PNSM-2018 es “Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial”, teniendo como objetivo “Promover el goce efectivo del derecho a la salud, la dignidad, el bienestar y la calidad de vida de las personas en sus diferentes entornos de desarrollo mediante la articulación de los diferentes procesos de gestión de la salud pública a los objetivos, principios y alcance de la presente Política Nacional de Salud Mental”. La estrategia de este eje será la gobernanza multinivel (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b).

Casi al tiempo que se terminaban los ajustes al documento de la PNSM-2018, se elaboró el documento “Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021” de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). Este informe, que debería mostrar los avances derivados del PDSP en todas las dimensiones. El interés de la presente investigación se centrará en las dimensiones conectadas, desde el Plan, directamente con el campo de la salud mental: la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles y la dimensión de convivencia social y salud mental.

En la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, algunos de los aspectos que habitualmente se han conectado con el campo de la salud mental tienen que ver con el consumo de tabaco y alcohol. El informe de avance relacionó una disminución de la prevalencia en 9.4 puntos, pasando de 22.2% a 12.8% entre 2004 y 2007, aunque no existen mediciones que cubran el período de vigencia del PDSP. En el caso del consumo perjudicial de alcohol entre adolescentes de 12 a 17 años, se encontró un incremento considerable en esta prevalencia, ya que se incrementó en un 68% a 2013.

En la dimensión de convivencia social y salud mental el informe de avance del PDSP inició con la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), entre 2007 y 2016, período en el cual la tasa creció de 4,4 a 5,1 suicidios por 100 mil habitantes. La tasa de AVPP por trastornos mentales y del comportamiento de 2009 a 2016 sufrió un incremento notorio, al pasar de 4,6 años de vida potencialmente perdidos en 2009 debidos a trastornos mentales o del comportamiento, a 17,4 años en 2016. Por su parte la prevalencia de consumo de marihuana durante el último año, en personas de 12 a 65 años de edad, entre 2008-2013, también aumentó, ya que en 2008 era de 2,3% y en 2013 alcanzó el 3,3%. La tasa de mortalidad por agresiones (homicidios), Colombia de 2007 a 2016 ha tenido una disminución importante, pues pasó de 40,5 a 24,6 homicidios por 100.000 habitantes, representando una reducción drástica en este indicador. Tasa de incidencia de violencia contra la mujer, Colombia, 2012-2016. No obstante, el anterior avance, donde existe otro retroceso es en la tasa de incidencia de violencia intrafamiliar de 2010 a 2015, pues esta pasó de 171,1 a 291,5 por cada 100.000.

Las cifras que se acaban de revisar del informe sobre el PDSP, nos permiten ver que existen enormes desafíos que se ciernen sobre el campo de la salud mental. Estos desafíos resultan no solo de la necesidad de mejorar los indicadores que acabamos de revisar, sino de lo imperativo que es plantear indicadores que se anticipen a los desenlaces y que se relacionan más con las condiciones de vida, bienestar, buen vivir, de la manera como se experimentan los relacionamientos entre las personas y comunidades y de cómo se intervienen entornos que en la actualidad contribuyen a que los indicadores revisados no solo no mejoren como se desea, sino que muchos de ellos empeoran de forma considerable. Estas reformas tienen que ver con transformaciones sociales, políticas y económicas que los distintos gobiernos han contemplado desde el discurso de la salud mental pero que no se vivencia en las prácticas del campo de la salud mental y que además difícilmente trascienden al sector salud, que es el que en últimas al ser dominado por el enfoque biomédico resulta funcional para el mantenimiento de unas condiciones de vida que perpetúan aquello que se desea cambiar.

Una política nacional de salud mental debería tener unos valores, principios, objetivos y visión compartidas por los distintos estamentos de la sociedad y debe ser tan simple, significativa y profunda que pueda implementarse en los distintos entornos en los que transcurre la vida de las personas y comunidades.

Confiemos en que esta nueva política no tenga el triste final de la PNSM-1998, desconocida por muchos e ignorada por la mayoría.

## **4. Capítulo 4. Discusión y reflexiones finales.**

Esta investigación hizo posible el recorrido a través del campo de la salud mental luego de más de tres décadas de trasegar por la disciplina médica, muchos de esos años con unas convicciones basadas en perspectivas que se asumían como conceptos elaborados y definidos, como si no hubiera mucho para agregar.

Adentrarse en el campo de la salud mental implica cuestionar todo, incluso aquello que se daba por algo acabado, y que en un movimiento de olvidos imperceptibles nos llevan al terreno de la repetición de prácticas en las que se asume, a veces sin percibirlo, que las personas somos moldes que se reproducen incesantemente y a quienes se les pueden aplicar las fórmulas dominantes en el momento histórico en el que nos encontremos.

Estos cuestionamientos nos permiten recordar que la expresión de comportamientos diversos en las personas hace parte del repertorio de su vida, pero que no los definen y mucho menos los debiera condicionar, restringir o excluir de los grupos sociales con los cuales entran en contactos, se desarrollan o cohabitan. El respeto a la diversidad es lo que, en palabras de Manuel Desviat, nos permite cohabitar la diferencia (Desviat, 2006).

El reconocimiento y el respeto a la diversidad no ha sido el derrotero que ha guiado el comportamiento y vida de las personas a lo largo de la historia. A quien se percibía como diferente se le asumía endemoniado, poseso o víctima de algún castigo divino. Pero no solo eso, también se le castigada con el aislamiento y la exclusión, retirándole muchas de las condiciones que lo hacían un ser humano con derechos y digno. A finales del siglo XV se les consideró como unos inocentes que no tenían responsabilidades ni culpas, como los niños, lo que les hizo merecedores de lástima, pero también de protección y fueron

exonerados, de esa forma, de morar en los infiernos, pues esos locos eran angelitos inocentes caídos en desgracia.

Al paso de tres siglos llegaría la Revolución Industrial y las transformaciones que trajo consigo, acompañada de una expansión del capitalismo, el deterioro de las condiciones de vida de las personas y comunidades y el incremento de personas con variados cuadros de locura y alteraciones de la conducta que fueron demandando mayores servicios de atención que desbordaban la oferta disponible.

Los tratamientos brindados estaban llenos de vulneraciones a los derechos y dignidad de las personas, lo que produjo, también a finales del siglo XVIII la instauración de lo que se llamaría el tratamiento moral y la liberación de las cadenas de los alienados, de la mano de Philippe Pinel. La búsqueda de un tratamiento más humano fue una preocupación para ese momento. Sin entenderse aún muy bien de qué se trataba, hubo esfuerzos por proporcionar cuidados básicos de alimentación, techo, vestido, diálogo y escucha, en espacios dignos, los cuales pasaron a ser dispositivos de aislamiento, exclusión y control al servicio de los regímenes dominantes, de tal manera que esa persona distinta, no era vista por los miembros de la sociedad a quienes les resultaba molesto. Era una especie de negación colectiva que se fue enmarcando en una perspectiva que se volvería hegemónica: la biomédica.

Al enmarcarse las enfermedades mentales en el modelo biomédico, surgieron las clasificaciones que pretendían organizar el conocimiento disponible y además de servir de marco explicativo permitían proporcionar los tratamientos que se fueron considerando pertinentes para cada caso. Era el afán normalizador que muchas veces se imponía en el tratamiento de los enfermos mentales. Esta clase de terapéutica se tornaba homogeneizadora y terminaba por borrar las diferencias que producían desagrado a las personas por fuera de los manicomios, asilos y hospitales, manejados por psiquiatras que se convertirían tanto en agentes de la intervención normalizadora, como del aislamiento y la exclusión. Lo mismo que se había hecho de forma más o menos empírica a lo largo de la historia, ahora tenía el respaldo de un aparato conceptual que buscaba explicar aquello que no se entendía.

Los diferentes y anormales no encajaban fácilmente en el nuevo mundo que se iba configurando, que se les volvía más exigente y despiadado, en el que la expansión del capitalismo desplazaba a las personas de esos espacios, materiales e inmateriales, que habitaban en medio de sus particularidades.

La expansión de los capitales además de transformar negativamente muchos aspectos de las condiciones de vida, también trajo consigo el comercio intencionalmente desafortunado de sustancias y productos que se consumían por placer pero que terminaban sometiendo a las personas y expulsándolas de los espacios que cohabitaban con los demás, para posteriormente ser señalados como los anormales y degenerados, por lo que merecían el destierro que padecían detrás de muros donde convivían la locura, la discriminación y una “ciencia” que diciendo actuar en favor de esos enfermos mentales parecía actuar en contra de cualquier posibilidad de recuperación y reinserción social. Los tratamientos tomaban más forma de condena que de salvación. Así, surgieron tratamientos quirúrgicos, con la administración de distintas sustancias y descargas eléctricas, como forma de resolver sobre la individualidad humana lo que se produce en la interacción individuos-colectivos-individuos.

El peso mayoritario de la mirada individualista de los problemas y trastornos mentales se ven reflejados en las definiciones que se han hecho de salud mental, concepto difícil de delimitar precisamente por las diversidades que implican las interacciones individuales en y con los colectivos. Cuando se habla en términos anatómicos se utiliza la palabra variabilidad, asumiendo que existe un patrón de normalidad que sirve de referencia. En salud mental la ley de las mayorías resulta en vulneración de derechos y en la restricción de vidas diversas.

El patrón homogeneizador en salud mental resulta funcional a los sistemas económicos y políticos asentados en la expansión del capital, en medio del cual los comportamientos de las personas resultan ser valorados como normales en la medida en sean adaptativos a esos sistemas y puedan afrontar las situaciones a que estos someten a las personas y comunidades, con una visión capacitista implícita. Dependerá entonces de las capacidades individuales para adaptarse y de los recursos y potencialidades que puedan desplegar o activar, para transitar por la vida cotidiana. No obstante, si la persona presenta

alguna dificultad en relación con su entorno y su vida en sociedad, lo que se termina por intervenir es solo una parte de la ecuación: la individualidad.

La psiquiatría se ha constituido en el dispositivo utilizado para alinear los intereses de los distintos poderes para realizar el trabajo en las individualidades, y en su proceso de desarrollo como disciplina “científica” ha asumido y defendido el liderazgo otorgado, entendiéndose que debe ser la especialidad médica encargada de atender los trastornos mentales, como si las personas y comunidades pudieran ser escindidas, en una reivindicación de los dualismos mente-cuerpo y salud-enfermedad. Si aceptáramos que la psiquiatría se encargara solo de la enfermedad ¿quiénes se harían cargo de lo demás? Los poderes hegemónicos no parecen interesados en conceder el mismo nivel de acción y aparente relevancia que le conceden a la psiquiatría como dispositivo, a menos que se plieguen a las mismas asignaciones que se le han asignado a la psiquiatría, de allí lo contraproducente que puede resultar la psicologización de la vida cotidiana de manos de la psicología, o la prevalencia del capacitismo desde la terapia ocupacional, al igual que ya se ha visto con la medicalización, medicamentación y psiquiatrización, desde la psiquiatría y que se ha extendido a la sociedad en general, donde las personas asumen el malestar psíquico como una enfermedad que se resuelve con un medicamento, en contravía de los valores sobre los cuales se cimentó el campo de la salud mental (Galende, 2008), persistiendo el centro de las intervenciones en la enfermedad, a través de los psicofármacos (Moncrieff, 2009).

En este marco surgen las políticas públicas como forma de afrontar lo que se considera el problema. Es allí donde también aparece un escollo. Porque dependerá de quién define el problema a resolver, bajo qué preceptos y qué se espera obtener. Las respuestas a estos interrogantes tradicionalmente han surgido desde la perspectiva biomédica, incurriendo en una permanente paradoja entre el discurso de las políticas y lo que acontece en la realidad. La relación paradójica se observa no sólo en los documentos de política sino también en la concepción del sistema de salud y en las prácticas al interior del campo de la salud mental. Por ejemplo, se apela reiterativamente a la importancia de las acciones de base comunitaria y en un enfoque psicosocial que trascienda las individualidades y apele a lo colectivo; sin embargo, las prácticas en salud mental dentro del sistema de salud son marcadamente individuales e individualizantes, además de separar los síntomas del contexto social y las condiciones de vida de las personas y comunidades, resultando en



casi una imposibilidad de implementar la estrategia de atención primaria en salud mental como lo consagran la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2011a, 2013). Lo que impera es una perspectiva biomédica que termina por subsumir el discurso de salud mental positiva, Atención primaria en salud, rehabilitación basada en la comunidad y los aspectos psicosociales en la comprensión de los problemas relacionados con la salud mental y los trastornos mentales y el mantenimiento y disfrute de esa salud mental. El sistema de salud está dedicado a la atención de la enfermedad, es decir, la anormalidad y la anomalía, en una negación de la diversidad y de principios constitucionales fundamentales como el libre desarrollo de la personalidad y una vida digna.

La vulneración de derechos es constante en el proceso de atención y desatención del campo de la salud mental en Colombia, en donde el constreñimiento a las personas para que adapten su vida a las demandas del sistema económico y político se visten de intervenciones de salud mental y en una perpetuación de la visión a través de la lupa del trastorno. Esto no significa una negación de los cuadros clínicos de los síndromes agrupados en los diagnósticos de los trastornos mentales. El problema no es la nosología psiquiátrica en sí misma, sino qué se incorpora a esa nosología y con qué fines se utiliza, ya que cuando se convierte en la forma dominante de comprender y aproximarse al malestar y al sufrimiento psíquico, las personas terminan convertidas en enfermos, así como siglos atrás las consideraban poseídos por espíritus o demonios o degenerados.

Las intervenciones en salud mental no pueden restringirse al sector salud; no basta con que la intersectorialidad haga parte del discurso; debe darse en las prácticas, en el discurso tienen que incorporar todo aquello que favorezca el buen vivir, la vida digna, el disfrute de la vida, el vivir sabroso (Barrenengoa & Becerra, 2015; Quiceno Toro, 2016). Eso incluye los medios materiales e inmateriales para que se dé esa forma de vivir, para que las condiciones de vida faciliten el disfrute de la salud mental y su exigibilidad y no tener que mantener la atención plena constante para la detección temprana de trastornos mentales en un modelo higienista, preventivista y biomédico que ha permanecido en la larga trayectoria del campo de la salud mental en Colombia y que contribuye a la medicalización y psicopatologización de la vida cotidiana.

La transformación de la manera de abordar y comprender la salud mental, teniendo en cuenta las diversidades, deberá igualmente atender a las particularidades culturales, ambientales, geográficas, políticas e históricas, de tal manera que vivenciamos una salud mental liberadora y no anclada en un permanente sometimiento del otro a las concepciones de los poderes hegemónicos, despolitizando el sufrimiento y el malestar psíquicos (Muntaner et al., 2001). Ese sometimiento actualmente no es como en la época de Philippe Pinel, a través de cadenas físicas; ahora el yugo se vive desde los mismos proyectos de vida que pueden carecer de un sentido de vida, causando un malestar que genera la búsqueda permanente de sentido, lo cual puede, si se mira con descuido, interpretarse como un síntoma o signo clínico que encaje en alguno de los diagnósticos establecidos en la nosología psiquiátrica (Ortiz, 2022; Vispe Astola & Valdecasa Campelo, 2018). Estos aspectos no son posibles de resolver con políticas públicas cimentadas desde la biomedicina y en función de mantener sistemas expoliadores de lo material e inmaterial a personas y comunidades, favorecedores de la expansión del capital de los actores del sistema de salud, y que terminan por alimentar el complejo médico industrial y financiero y perpetuar la vulneración del derecho al disfrute de la salud mental y a tener una vida con sentido, o en ocasiones, incluso a construir una existencia con sentidos de vida impuestos por los expoliadores y funcionales a los intereses de quienes detentan los poderes. Entendamos que la salud mental es diversidad, dignidad, libertad, sociopolítica y colectiva.

## 5. Conclusiones y recomendaciones

En esta investigación se indagó acerca de los procesos sociopolíticos que desde una perspectiva histórica llevaron a la configuración de las políticas nacionales de salud mental en Colombia. Los hallazgos dan cuenta de que, en Colombia, aunque con otros nombres, existen políticas estatales en torno a lo que hoy día conocemos como campo de la salud mental más de un siglo antes de la PNSM-1998.

Las primeras políticas públicas se formularon inicialmente alrededor de lo que llegó a nombrarse como hábitos perniciosos y que iban de la mano de lo que ha sido la forma como se ha percibido y representado a las personas con problemas o trastornos de la salud mental: posesiones demoniacas, espíritus malignos, y toda una serie de explicaciones mágico – religiosas, que además fueron estructurando en el imaginario social un vínculo entre presentar manifestaciones de algún trastorno mental con degeneración moral o condiciones de peligro para la sociedad. Ante estas situaciones se desencadenaban una serie de acciones de marginación, aislamiento, exclusión y rechazo, que conllevaban al agravamiento de la situación y que servían de herramienta para verificar que esas personas tenían unas características que no les permitían vivir en sociedad y que por lo tanto podían ser objeto de tratamientos que vulneraban sus derechos, cercenaban su dignidad y deterioraban aún más sus condiciones de vida.

Con el fin de conocer y analizar la configuración y desarrollo del campo de la salud mental y sus prácticas en Colombia hasta 2019, se investigaron inicialmente los antecedentes. Los hallazgos en este sentido indican que el interés del Estado colombiano en el siglo XIX estuvo centrado en esos comportamientos censurables y para los que se expidieron normas y directrices estatales que buscaban resolver sus problemáticas por medio del

sometimiento físico y la restricción de sus libertades a través de dispositivos como los asilos y demás instituciones de base manicomial.

La psiquiatría ha sido la categoría que desde su llegada en el siglo XIX se ha hecho cargo, como dispositivo que ha agenciado las disposiciones estatales para el manejo de los locos, desadaptados, viciosos y degenerados bajo el abrigo de la medicina a través de intervenciones de corte higienista que fueron imponiendo una forma de entender y reproducir la normalidad y rechazar la anormalidad y la anomalía, las cuales debían ser tratadas en las instituciones de encierro a través de la administración con fines terapéuticos de diversas sustancias, choques eléctricos y cirugías. El poder otorgado a la psiquiatría trascendió lo disciplinar y se erigió en una categoría ordenadora de la salud mental, ejecutada no solo por los psiquiatras sino por las profesiones y oficios vinculados al campo de la salud mental y por la misma sociedad medicalizada que terminan por ser agentes de las fuentes de poder a las que la psiquiatría y la salud mental, así planteadas, resultan funcionales a los intereses de los distintos poderes que acaban expoliando material e inmaterialmente a las personas y comunidades. En la psiquiatría, entendida como categoría ordenadora del campo de la salud mental, se incluye la psiquiatría como especialidad médica, la psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, terapia de lenguaje y terapia física, principalmente.

En la indagación histórica se investigaron también los ajustes y desarrollos institucionales que llevaron a la configuración del campo de la salud mental en Colombia y sus políticas públicas de salud mental. En ese sentido, en la estructura del Estado colombiano las primeras representaciones burocráticas relacionadas con lo que actualmente conocemos como campo de la salud mental estuvieron asignadas a la atención y control de los problemas relacionados con el comercio y consumo de estupefacientes, alcohol y chicha, incluso cuando ya la rama ejecutiva del Estado contaba con un ministerio exclusivo para atender los asuntos relacionados con la salud y las enfermedades, como fue el Ministerio de Higiene en 1946, y continuó siendo así con la creación del Ministerio de Salud Pública en 1953, cuando ya la OMS había estado publicando los informes de los comités de expertos acerca de salud mental, con el llamado de atención acerca de que no debería ser la psiquiatría quien liderara de forma exclusiva el campo de la salud mental.

Luego, en la década de 1960, con la creación de la Sección de Higiene Mental y posteriormente la Sección de Salud Mental al interior del Ministerio de Salud Pública, las cuales tendrían a su cargo el manejo del campo de la salud mental en el país, esperándose, vanamente, que por las denominaciones de las secciones y las funciones asignadas se experimentaran transformaciones en la forma como el Estado formulaba sus políticas hacia el campo de la salud mental y también se verificaran cambios en las prácticas de salud mental, incluyendo un viraje de las instituciones de base manicomial a centros más cercanos a la técnica médica avalada por la biomedicina dominante, que insistía en incorporar aspectos sociales, tratamientos dignos y respeto a derechos fundamentales, que en teoría debería mejorar la calidad de la atención médica y de paso acercar los procesos terapéuticos a la comunidad y que las personas con los diagnósticos de trastornos mentales surtieran un proceso de reinserción social, pero no fue así.

La década de 1970 vio nacer la División Salud Mental y el Sistema Nacional de Salud, bajo cuyo amparo el país fue testigo del florecimiento del campo de la salud mental, aunque con coberturas limitadas, pero con una serie de experiencias transformadoras de la atención, a la vez que se profundizaba la violencia sociopolítica a lo largo y ancho del país, fenómeno hacia el cual el campo de la salud mental ni la psiquiatría como disciplina líder volcaron su atención, encontrándose pocos textos en relación con el tema desde la salud mental. Los estudios del campo de la salud mental en el país estuvieron representados a partir de 1973 por los Macrodiagnósticos de Salud Mental, en los que se investigó acerca de camas psiquiátricas, hospitales psiquiátricos, número de psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, encontrándose falencias en todas las profesiones mencionadas, tanto en número como en calidad de sus prácticas, y mostraron también el enorme desbalance entre el gran número de psiquiatras con respecto a las demás profesiones, evidenciándose que el campo de la salud mental en Colombia seguía centrado en la psiquiatría, y por tanto, en la enfermedad y la perspectiva biomédica.

En la década de 1980, en medio de crisis políticas, económicas y de desastres naturales, el país vería complicarse la situación del sistema de salud, con bajas coberturas y la apropiación de los presupuestos por parte de representantes políticos de las regiones. A pesar de ello, en esta década continuó la expansión de la presencia institucional de la salud mental en los gobiernos regionales y locales, en una estrategia de descentralización de la salud mental. El Ministerio de Salud, nombre adquirido en la década anterior coordinó

la formación de los trabajadores de la salud para que se hicieran cargo de los procesos al interior del campo de la salud mental, especialmente en los programas de farmacodependencia y alcoholismo, en medio de la lucha internacional contra las drogas.

Al llegar la última década del siglo XX el país se embarcó en la redacción de la nueva Constitución Política de 1991, que designó a Colombia como un Estado Social de Derecho y desarrolló principios fundamentales de reconocimiento y respeto a los derechos individuales y colectivos, además de brindar herramientas para defenderlos, como la Acción de Tutela. La nueva Constitución reconoció la atención salud como un servicio público a cargo del Estado y, en su desarrollo en 1993 se expidió la Ley 100 que creó el SGSSS, fundamentado en un pluralismo estructurado, en cuya organización las EPS, terminaron por ser en la práctica quienes manejaban los planes de beneficios en salud reconocidos por el sistema, en los que la salud mental fue objeto de una estigmatización institucionalizada por medio de restricciones y exclusiones en los servicios a los que los ciudadanos tenían derecho, dando lugar a una falsa desinstitucionalización psiquiátrica. Adicionalmente, las EPS erigieron barreras de acceso en su afán de asegurar una rentabilidad financiera a expensas de la salud y bienestar de la población.

Fue en el contexto del nuevo sistema de salud, la agudización de la violencia sociopolítica en Colombia y la reducción del tamaño del Estado producto de políticas de corte neoliberal, en las que se fue opacando la presencia institucional de la salud mental dentro del Estado colombiano, que surgió la PNSM-1998. La reducción del tamaño del Estado le costó al campo de la salud mental la desaparición de la División de Comportamiento Humano, heredera de la División de Salud Mental y pasó a ser solo un programa dentro del ministerio, para luego desaparecer por completo de la estructura administrativa del ministerio en las reformas posteriores y tener presencia en las sombras bajo la figura de dos grupos internos de trabajo bajo los nombres de “Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental” y “Grupo Estilos, Modos y Condiciones de Vida Saludable”, adscritos a la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Este adelgazamiento institucional es un hallazgo que muestra la paradoja de manifestar en el discurso la importancia de la salud mental para el país y por el otro, reducir su presencia institucional y, de paso, el presupuesto asignado al área, además de no tener estabilidad como grupo institucional, así como tampoco el talento humano vinculado a los grupos, ya que al no existir en las leyes o decretos que reorganizan el ministerio, pierden, en mucho, una presencia

institucional estable. Una recomendación que surge a partir de lo anterior es restituir la presencia definida, específica y estable dentro de la estructura del MSPS. Una manera de hacerlo es la creación de una dependencia encargada del campo de la salud mental desde este ministerio, idealmente en el nivel jerárquico de una Dirección dentro del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios.

La PNSM-1998, formulada en parte por las repercusiones en salud mental de las personas y comunidades víctimas de la violencia y que sufrían desplazamiento interno forzoso y también, por la idea de que el país requería de una política pública que facilitara afrontar los problemas y trastornos mentales que se consideraba iban en aumento y se agravaban en un país con una transición epidemiológica y demográfica como Colombia, en el que además la mayoría de la población había pasado de vivir en las áreas rurales a los grandes centros urbanos.

En esta primera política de salud mental que llevaba formalmente ese título, al igual que en las políticas estatales previas que no llevaban ese nombre, el centro fue la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad, pero con unos nuevos ingredientes: el enfoque de derechos y el enfoque psicosocial. No obstante, al desarrollarla, este documento de política volvió a caer bajo el dominio de la perspectiva médica y el dominio de la psiquiatría como disciplina y categoría ordenadora del campo de la salud mental. Al final, esta política fue prácticamente invisibilizada, ya que su expedición se hizo a pocas semanas de acabar el gobierno de Ernesto Samper (1994-1998), sucedido por Andrés Pastrana (1998-2002), quien acabó descartando casi todas las acciones de gobierno realizadas por su antecesor, por lo que la PNSM-1998 quedó condenada al olvido y al desconocimiento.

Como había sucedido en otros momentos del devenir histórico del campo de la salud mental en Colombia, el contenido discursivo de la política pública va en un sentido y la realidad se manifiesta en otro muy distinto, en el que sigue prevaleciendo la visión medicalizada e individualista de los problemas y trastornos de salud mental.

En medio de la consolidación del SGSSS se fueron haciendo más notorias las inequidades del sistema de salud respecto a la salud mental, lo que ocasionó un importante número de acciones judiciales que hicieron a las EPS cumplir con las obligaciones que les imponían

la Constitución y las leyes. Las modificaciones al POS giraron en torno a la perspectiva biomédica: más medicamentos, más días de hospitalización, más intervenciones y procedimientos médicos, a los cuales las EPS erigían barreras de acceso, en defensa de sus intereses financieros. Mientras tanto, lo que había permanecido producto de la psiquiatrización del campo de la salud mental se transformaba, reduciéndose el número de camas psiquiátricas y el cierre de hospitales psiquiátricos, configurando lo que en esta investigación se ha denominado “falsa desinstitucionalización”, pues esas decisiones no se tomaron debido a una reforma psiquiátrica sino producto de una adaptación del negocio de la salud, que prefería cerrar los servicios e instituciones que no fueran rentables o que proporcionaran menos dividendos que otros servicios médicos. Una vez mejoraron las condiciones y los propietarios de las IPS pudieron obtener dividendos que les permitieran una mayor expansión del capital, las camas y las instituciones prestadoras de servicios psiquiátricos comenzaron a aumentar, especialmente en el sector privado, como reafirmación del adelgazamiento de lo público.

A pesar de que el país tenía el interés de tener una nueva política de salud mental, ya que la PNSM-1998, aún vigente en los primeros años del siglo XXI, era desconocida hasta por los mismos actores del campo de la salud mental y mucho menos estaba siendo puesta en práctica, a excepción de las UAICAs. En ese escenario, el Ministerio de la Protección Social expidió en 2005 los “Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia”, en 2007 la propuesta de política del campo de la salud mental, formulada bajo la coordinación de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y en 2014 otro documento de propuesta de política de salud mental bajo la dirección de un equipo formulador de la Universidad Nacional de Colombia. Los intentos de las nuevas políticas de 2007 y 2014 fueron engavetados, ya que eran documentos con unos alcances que claramente trascendían la perspectiva biomédica y pretendían una vinculación efectiva de los demás sectores de la nación para el desarrollo de los objetivos de la salud mental como política pública. Mientras tanto, el país seguía sin una política de salud mental en funcionamiento efectivo.

En 2013 el Congreso de Colombia aprobó la Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013), producto del interés de la Representante a la Cámara Alba Luz Pinilla Pedraza (Partido Polo Democrático Alternativo), la cual fue tramitada en el parlamento en medio de una participación activa de organizaciones sociales, gremiales y académicas, como no se había visto en el campo de la salud mental en Colombia, lo que permitió un diálogo abierto y



fluido entre las organizaciones de profesionales de la salud, de asociaciones de pacientes y sus familias y la academia. Esta ley ordenó la expedición de una nueva política ajustada en el término de 16 meses, el cual fue ampliamente sobrepasado, pues solo en noviembre de 2018 se adoptó la PNSM-2018.

En la PNSM-2018 permanece el centro en la promoción de salud mental. El contenido del documento manifiesta tener en cuenta enfoques distintos al biomédico, como son el de derechos, psicosocial, curso de vida y diferencial. Sin embargo, las condiciones en que debe ser implementada la política la somete nuevamente a una tensión importante, pues debe ser implementada en un SGSSS en el que las prácticas que no sean fácilmente acoplables al enfoque biomédico tradicional y funcionales al complejo médico industrial y financiero son con frecuencia excluidas o desestimadas, colocándonos nuevamente en la situación paradójica, debido a la disociación entre el contenido discursivo y la realidad.

Para hacer más viable la implementación adecuada de una política nacional de salud mental es recomendable reestructurar las normas acerca de cómo las EAPB definen sus redes de prestadores de servicios de salud, los cuales deben ser de libre escogencia para las personas, de tal forma que se genere un vínculo efectivo entre el equipo básico de salud del primer nivel de atención, cercano a las personas y sus territorios, y no como sucede actualmente en que la relación se da entre los afiliados y las corporaciones que administran los Planes de Beneficios en Salud. Ejecutar esta recomendación, complementada con cambios normativos y operativas dentro del sistema de salud facilitarían desarrollar una verdadera atención primaria en salud mental, en la que la promoción sea realmente el epicentro de las acciones de promoción y prevención y de las intervenciones en el campo de la salud mental. Adicionalmente, se debe disponer de un sistema especial de habilitación de servicios de base comunitaria y no obligarlas a adaptarse a las IPS corrientes, ya que de esta manera se termina por desvirtuar la esencia de los servicios de base comunitaria. Para lograr una mayor efectividad en el resultado obtenido con estas recomendaciones, se requiere también de un cambio profundo en la formación del talento humano en salud mental, en donde el enfoque biomédico sea uno de otros enfoques necesarios que faciliten la transformación del campo de la salud mental, para que se convierta en un escenario emancipador y solidario en el que las personas y comunidades construyan una vida con sentido para sí mismos y para sus comunidades.

Esta investigación nos permite concluir que las políticas nacionales de salud mental en Colombia tienen unas permanencias ligadas al enfoque biomédico, que se hacen visibles en las paradojas que surgen al confrontar el contenido discursivo de las políticas con la realidad del campo de la salud mental. Estas permanencias son funcionales a la expansión del capital dentro del sector salud y a la consolidación del complejo médico industrial y financiero, lo que a su vez le proporciona a la psiquiatría la continuidad como categoría y disciplina ordenadora del campo de la salud mental. Adicionalmente, la investigación permitió identificar otra situación paradójica, al hacerse visible que aunque el discurso de la salud mental ha permitido la incorporación de nuevos enfoques en el campo de la salud mental, se han expedido leyes, decretos y resoluciones que amplían el marco explicativo y el horizonte del campo de la salud mental en Colombia, llegando a considerarse la salud mental como un derecho fundamental, un asunto de interés y prioridad nacional y de salud pública, un bien de interés público y un componente esencial del bienestar general, estas consideraciones no se reflejan en disponibilidad de mayores recursos, transformaciones del sistema de salud que faciliten la implementación de los cambios necesarios ni una verdadera implementación de la atención primaria en salud mental, la desinstitucionalización, desmedicalización y desmedicamentación, así como tampoco reformas estructurales que permitan la incorporación de los aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, territoriales y ambientales, que contribuyan al disfrute y exigibilidad del derecho a la salud mental.

La apuesta de futuro es hacia una salud mental y una psiquiatría liberadoras que brinden alternativas reales y que contribuyan a paliar el sufrimiento de las personas y comunidades, y por qué no, a ser felices (Cohen & Timimi, 2008).

# Anexo A: Guía de entrevista con informante clave

**Fecha de la entrevista:**

**Información del actor sociopolítico**

Nombre (que se omitirá en el informe de resultados):

Rol institucional al momento de la participación:

Sexo:

Edad:

Formación académica:

## **Preguntas guía**

1. ¿Por favor dígame quién es usted, de dónde proviene y cuál ha sido su formación académica?
2. ¿Cuál ha sido su trayectoria profesional?
3. ¿Qué cargos públicos y privados ha desempeñado?
4. ¿Cómo fue el proceso para alcanzar los cargos relevantes? ¿Cómo llegó a ellos?
5. ¿Qué concepto le merece el sistema general de seguridad social en salud colombiano (SGSSS)?
6. ¿Cómo considera que ha sido el proceso de implementación del SGSSS? ¿Qué diferencias encuentra entre el estado del SGSSS en 1998 y 2013?
7. En su opinión ¿qué papel juega la economía de mercado en el SGSSS?
8. ¿Cómo percibe usted la relevancia que el Estado colombiano da a la salud mental?
9. ¿Qué conocimiento tiene usted sobre el proceso de elaboración y construcción de las políticas nacionales de salud mental en Colombia?

10. ¿Cuál es su percepción del alcance que han tenido las políticas nacionales de salud mental en Colombia?
11. ¿Qué acciones se deberían realizar (y quiénes) para lograr un mayor alcance o impacto de las políticas nacionales de salud mental en Colombia?
12. ¿Considera que el Estado colombiano permite el desarrollo de políticas que preserven y restituyan la salud mental de las personas?
13. ¿Qué piensa usted sobre la concepción de los miembros de las comunidades sobre la salud mental y las políticas nacionales de salud mental existentes en la actualidad?
14. ¿Qué opinión le parece que manejan el Ministerio de la Salud y Protección Social, las agremiaciones de profesionales (Colegio Médico Colombiano, Federación Médica Colombia, Asociación Colombiana de Psiquiatría), las universidades, los medios de comunicación y las asociaciones de pacientes sobre salud mental y las políticas, de salud mental?
15. ¿Considera que es posible hablar de Atención Primaria en Salud Mental en Colombia?
16. ¿Cómo describiría el estado de la Atención Primaria en Salud Mental en Colombia?
17. ¿Qué tan cerca está el SGSSS colombiano del enfoque basado en la salud mental?
18. ¿Qué tan cerca está el SGSSS colombiano del enfoque basado en el trastorno mental?
19. ¿Qué otras personas consideran son importantes para abordar esta investigación?
20. ¿Existe alguna información adicional que considere importante para el tema y no se trató hasta este momento de la entrevista?

## **Anexo B: Formato de Consentimiento informado escrito**

El Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, realiza una investigación con el objetivo de analizar desde un enfoque sociopolítico las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2013. A usted se le invitó a participar luego de un proceso de revisión de los antecedentes del tema; no hay ninguna otra razón para que usted se invite a hacer parte de este estudio.

La investigación consiste en responder preguntas sobre su rol en la construcción de las políticas nacionales de salud mental en Colombia entre 1998 y 2013. Sus respuestas se grabarán y se tomarán notas simultáneamente. Toda la información que suministre será estrictamente confidencial y no se usará para otros fines distintos a los objetivos del estudio. Este tipo de investigación no representa riesgo para su salud física o integridad emocional. La participación es voluntaria con el único incentivo de ayudar a construir conocimiento científico.

Yo he sido informado que el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, realiza una investigación sobre análisis sociopolítico de las políticas nacionales de salud mental en Colombia, 1998-2013.

Comprendo que se solicitó mi participación en el estudio porque estuve vinculado directa o indirectamente con la construcción de las políticas de salud mental en Colombia, 1998-2013. Se me informó que seré entrevistado únicamente, y no se realizarán exámenes paraclínicos ni otros procedimientos.

He decidido libremente participar en la investigación. Entiendo que la entrevista puede tomar dos horas aproximadamente. Entiendo que mi participación en esta investigación es completamente voluntaria y sé que puedo negarme a contestar cualquier pregunta. Igualmente, sé que puedo

retirarme voluntariamente en cualquier momento de la investigación sin que esto me ocasione sanción alguna.

Comprendo que la participación en este estudio no me significa riesgo alguno, que no obtendré beneficio directo adicional y que se espera que los beneficios sean obtenidos por otras personas mediante el conocimiento adquirido a partir de esta investigación. Asimismo, entiendo que los datos serán manejados en forma confidencial y bajo ninguna circunstancia mi nombre será hecho público o presentado en los resultados. Se me preguntó si tengo alguna duda o inquietud acerca de la investigación a realizar. Igualmente, se me entregará una copia de este documento y tendré la oportunidad de conocer el informe final de la investigación antes de su publicación.

En casos de dudas en un futuro, puedo comunicarme con Edwin Herazo Acevedo (investigador principal), al teléfono celular 310 329 04 51 o al correo electrónico (eherazoa@unal.edu.co).

Firma y cédula de ciudadanía del participante

Firma y cédula de ciudadanía del investigador

Fecha:

# Bibliografía

Abello Llanos, R., & Vieco Gómez, G. F. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 354-385.

Abisambra Castillo, Alejandro, & Lamprea Montealegre, Everaldo. (2016). El régimen regulador de la salud en Colombia. *vLex*. <https://vlex.com.co/vid/regimen-regulador-salud-colombia-777555937>

Adam, D. (2013). *Mental health: On the spectrum*. *Nature*, 496(7446), 416-418. <https://doi.org/10.1038/496416a>

Agudelo C., C. A., Cardona Botero, J., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>

Aguilar Villanueva, L. F. (2012). *Política Pública*. Siglo XXI Editores.

Ahumada Beltrán, Consuelo. (2002). La penuria de la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), 47-56.

Aitken de Taborda, C., Escudero de Santa Cruz, C., Santacruz, H., Welty, D., & Rubio de Acosta, L. (1976). Creencias populares acerca de las causas de la enfermedad mental. Estudio realizado en una muestra de sujetos en contacto directo con pacientes psiquiátrico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 5, 265-274.

Alarcón, R. D. (1986). La salud mental en América Latina, 1970-1985. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 101(6).

Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>

Alonso, M. C. F., Ramírez, F. B., Misol, R. C., Bentata, L. C., Campayo, J. G., Franco, C. M., & García, J. L. T. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. *Atención Primaria*, 44, 52-56. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(12\)70014-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(12)70014-8)

Álvarez, J. (2015). *Impacto de las reformas económicas neoliberales en Colombia desde 1990*. In *Vestigium Ire*, 8(1), 78-91.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-I) (DC: American Psychiatric Association.).

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition (DSM-III) (DC: American Psychiatric Association).

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third edition, revised (DSM-III-R) (DC: American Psychiatric Association).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition (DSM-IV) (DC: American Psychiatric Association).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition, revision (DSM-IV-R) (DC: American Psychiatric Association.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition (DSM-5) (DC: American Psychiatric Association).

Arboleda-Flórez, J. (Ed.). (2008). *Understanding the stigma of mental illness: Theory and interventions*. John Wiley & Sons.

Arcos, L. J., Martínez, L. A. M., & Restrepo, J. C. (2018). *Propuesta de un modelo de inclusión laboral para personas con discapacidad*. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 8(1), Art. 1. [https://doi.org/10.18041/2322-634X/rc\\_salud\\_ocupa.1.2018.5115](https://doi.org/10.18041/2322-634X/rc_salud_ocupa.1.2018.5115)

Ardila Gómez, 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.

Ardón, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). *La salud mental: Una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012*. *Gerencia y Políticas de Salud*, 11(23), Art. 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmd>

Arias López, B. E. (2013). *Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 42(3), 276-282.

Aristizabal, J. J. (2006). *Plan Colombia y Política Antidroga de los Estados Unidos [Universidad de Antioquia]*. [https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/250/1/AristizabalJohn\\_2006\\_PlanColombiaAntidrogas.pdf](https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/250/1/AristizabalJohn_2006_PlanColombiaAntidrogas.pdf)

Arizaga, M. C. (2007). *La medicalización de la vida cotidiana. Los psicotrópicos como “pastillas para el estilo de vida”*. *Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)*, 11(1), 11-34.



- Arrivillaga, M., & Collazos, J. (2009). *Salud Mental y Salud Pública: Reflexiones para introducir un debate olvidado. Cuaderno del Doctorado 9*. <http://www.doctoradosaludp.unal.edu.co/wp-content/uploads/2017/01/cuaderno9.pdf>
- Arteaga, O. (2006). *Investigación en salud y métodos cualitativos. Cienc. Trab*, 151-153.
- Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2011). *50 años de historia. Asociación Colombiana de Psiquiatría*.
- Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas. (2008). *La Política Nacional del Campo de la Salud Mental: Entre el escepticismo y la esperanza. Rev. colomb. psiquiatr*, 302-303.
- Badía, J. F. (1973). *Enfoques en el estudio de las ciencias políticas. Revista de estudios políticos*, 187, 9-64.
- Ballén, M. (2007). *Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa. Teorías, procesos, técnicas. U. Cooperativa de Colombia*.
- Barcia, D. (2007). *Acerca del reencuentro entre la neurología y la psiquiatría. Reflexiones de un viejo neuropsiquiatra. Revista de Neurología*, 45(12), 746. <https://doi.org/10.33588/rn.4512.2007532>
- Barrenengoa, P., & Becerra, J. (2015). *Salud Mental y Derechos: Desafíos desde y para las políticas públicas. Revista del Colegio de Psicólogos*, 8. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/119294>
- Barrero Plazas, A. M. (2016). *Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. Revista Poiésis*, 72-77.
- Basso, Liliana. (2006). *Reflexiones en relación a la psiquiatría como dispositivo y sus prácticas de control social desde la perspectiva de Michel Foucault. Rev. psiquiatr. clín.*, 43(2), 51-58.
- Bedoya, M. (2018). *La gestión de sí mismo. Ética y subjetivación en el neoliberalismo. Universidad de Antioquia*. <https://udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/cc96bd5c-2ff3-40a9-8c2e-1b7c6339a598/La+gesti%c3%b3n+de+s%c3%ad+mismo.pdf?MOD=AJPERES&CVID=maNHqA>.
- Beer, M. D. (2007). *History of psychopathology, psychiatric treatments and the psychiatric profession. Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 599-604. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ddda>
- Beer, M. D. (2009). *History of psychiatry and the psychiatric profession: Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 594-600. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328330c3c2>

Bejarano, J. (1962). *Reseña Histórica de la Higiene en Colombia*. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 10.

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). *Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones*. *Conflict and Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>

Benítez, J. C. (2010). *Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica*. *Gazeta de Antropología*, 26(2). <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1814>

Benítez, J. P. (1998). *Teoría general del derecho privado*. , (99), 206-235. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 99(206-235).

Berrios, G. E. (1993). *El ocaso de la Neurología*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 13(44), Art. 44.

Bertolote, J. M. (2008). *The roots of the concept of mental health*. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116.

Bourdieu, Pierre. (2003a). *Cuestiones de sociología*. Istmo.

Bourdieu, Pierre. (2003b). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona, Anagrama, 2003b. Anagrama.

Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. 31. <https://n9.cl/az0l>

Brendel, D. H. (2006). *Healing psychiatry: Bridging the science/humanism divide*. MIT Press.

Brody, E. B. (2004). *The World Federation for Mental Health: Its origins and contemporary relevance to WHO and WPA policies*. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 3(1), 54-55.

Brown, P. (1987). *Diagnostic Conflict and Contradiction in Psychiatry*. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(1), 37. <https://doi.org/10.2307/2137139>

Byrne, P. (2000). *Stigma of mental illness and ways of diminishing it*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(1), 65-72. <https://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>

Cabildo, H. (1959). *La higiene mental en la salud pública*. , 1(2), 173\_175-173\_175. *Salud Pública de México*, 1(2), 173-175.

Callard, F., Sartorius, N., Arboleda-Flórez, J., Bartlett, P., Helmchen, H., Stuart, H., Taborda, J., & Thornicroft, G. (2012). *Mental illness, discrimination and the law: Fighting for social justice*. John Wiley & Sons.

- Calvo, A. (2006). *Ehrlich y el concepto de "bala mágica"*. *Revista Española de Quimioterapia*, 19.
- Campo, A. (2003). *Hacia un abordaje integral: El diagnóstico multiaxial*. *MedUNAB*, 6(16), Art. 16.
- Campo-Arias, A., & Cassiani, C. A. (2008). *Trastornos mentales más frecuentes: Prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados*. 37(4), 17.
- Campo-Arias, A & Herazo, E. (2014). *Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212-217.
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). *El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 243-250. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.003>
- Campos, R. (2021). *La sombra de la sospecha: Peligrosidad, psiquiatría y derecho en España (siglos XIX y XX)*. Catarata.
- Cano-Blandón, L. F. (2017). *El principio de inmediatez de la acción de tutela: ¿Una barrera para la protección judicial de los derechos fundamentales?* *Entramado*, 13(1), 114-127. <https://doi.org/10.18041/entramado.2017v13n1.25140>
- Caponi, S. (2021). *Sobre la llamada revolución psicofarmacológica: El descubrimiento de la clorpromazina y la gestión de la locura*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(3), 661-683. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702021000300003>
- Carabalí-Angola, A. (2008). *La Guajira colombiana: Una economía de bonanza*. *Jangwa Pana*, 7(1), Art. 1. <https://doi.org/10.21676/16574923.109>
- Cardona, Á. (1999). *Participación de las entidades promotoras de salud (EPS) en el mercado del aseguramiento de salud, Colombia, 1995-1998*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 17(1). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13395>
- Caro Peralta, E. A. (2014). *Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 41(2), 339. <https://doi.org/10.15446/achsc.v41n2.48792>
- Carrera Silva, L. (2011). *La acción de tutela en Colombia*. *Revista IUS*, 5(27), 72-94.
- Cassiani-Miranda, C. A., Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2019). *Trastornos por consumo de sustancias: Entre las inequidades y el estigma*. *Duazary*, 16(2), 271-280. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2751>

Castaño, B. (1994a). *La salud mental y la violencia. Un programa de atención a las víctimas. En Violencia sociopolítica en Colombia: Repercusión en la salud mental de las víctimas.* Corporación AVRE.

Castaño, B. (1994b). *Violencia sociopolítica en Colombia: Repercusión en la salud mental de las víctimas.* Corporación AVRE.

Castro, M. A. V. (2014). *Para contener a las clases peligrosas: La chicha, las élites y el progreso.* *Revista Episteme*, 6(2), Art. 2. <https://acortar.link/gESsVY>

Centro Gaitán. (1985). *Once ensayos sobre la violencia (1.ª ed.).* Fondo Editorial CEREC: Centro Gaitán.

Cienfuegos-Martínez, Y. I., Saldívar-Garduño, A., Díaz-Loving, R., & Avalos-Montoya, A. D. (2016). *Individualismo y colectivismo: Caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas.* *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2534-2543. <https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2016.08.003>

Climent, C. E., Arango, M. V., & Plutchick, R. (1983). *Development of an alternative, efficient, low-cost mental health delivery system in Cali, Colombia: Part II: The urban health center.* *Social Psychiatry*, 18(2), 95-102. <https://doi.org/10.1007/BF00583994>

Climent, C. E., Arango, M. V., Plutchik, R., & León, C. A. (1978). *Development of an alternative, efficient, low cost mental health delivery system in Cali, Colombia: Part I: The auxiliary nurse.* *Social Psychiatry*, 13(1), 29-35. <https://doi.org/10.1007/BF00578059>

Climent C.E & De Arango M.V. (1983). *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria.* Organización Panamericana de la Salud.

Cohen, C. I., & Timimi, S. (2008). *Liberatory psychiatry: Philosophy, politics, and mental health.* Cambridge University Press.

Cohen, C.I., Timimi, S., & Thompson, K.S. (2008). *A new psychiatry?* En Cohen, C.I. & Timimi, S. (Eds.), *Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental.* Cambridge University Press.

Collins, R. L., Wong, E. C., Cerully, J. L., Schultz, D., & Eberhart, N. K. (2012). *Interventions to Reduce Mental Health Stigma and Discrimination: A Literature Review to Guide Evaluation of California's Mental Health Prevention and Early Intervention Initiative.* 47.

Collo, P., & Sessi, F. (2001). *Diccionario de la tolerancia.* Editorial Norma.

Comisión de Regulación en Salud. (2011). *Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.* <https://www.minsalud.gov.co/comunicadosPrensa/Documentos%20Internos/ACUERDO%20029%20DE%202011.pdf>

Compton, M. T., & Shim, R. S. (2015). *The Social Determinants of Mental Health*. *FOCUS*, 13(4), 419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>

Congreso de Colombia. (1886). *Ley 30 de 1886. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones*. <https://acortar.link/SrO8nw>

Congreso de Colombia. (1923). *Ley 88 de 1923. Sobre lucha antialcohólica*. <https://acortar.link/2XBDrF>

Congreso de Colombia. (1928). *Ley 88 de 1928. Por la cual se adiciona y complementa la 88 de 1923, sobre lucha antialcohólica*. <https://acortar.link/3HwmK9>

Congreso de Colombia. (1946a). *Ley 27 de 1946. Por la cual se crea el Ministerio de Higiene*. <https://acortar.link/9SDcl5>

Congreso de Colombia. (1946b). *Ley 90 de 1946. Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales*. <https://acortar.link/CbwySh>

Congreso de Colombia. (1947). *Decreto 25 de 1947*. <https://acortar.link/zpjtHf>

Congreso de Colombia. (1948). *Ley 34 de 1948. Por la cual se fijan las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas y se dictan otras disposiciones*. <https://acortar.link/4C9O3b>

Congreso de Colombia. (1962). *Ley 14 de 1962. Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía*. <https://acortar.link/xLCfF4>

Congreso de Colombia. (1986). *Ley 30 de 1986. Por el cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones*. <https://acortar.link/Prz87Y>

Congreso de Colombia. (1990). *Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>

Congreso de Colombia. (1993a). *Ley 100 de 1993*. <https://acortar.link/To4cpJ>

Congreso de Colombia. (1993b). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. <https://acortar.link/To4cpJ>

Congreso de Colombia. (1997). *Ley 387 de 1997. Por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia en la República de Colombia*.

Congreso de Colombia. (2002a). *Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo*.

Congreso de Colombia. (2002b). Ley 790 de 2002. Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades Extraordinarias al Presidente de la República.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6675>

Congreso de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>

Congreso de Colombia. (2009a). Acto Legislativo 2 de 2009. <https://acortar.link/zpwD1z>

Congreso de Colombia. (2009b). Ley 1306 de 2009. Por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201306%20DE%202009.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201306%20DE%202009.pdf)

Congreso de Colombia. (2010). Ley 1414 de 2010. Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=40746>

Congreso de Colombia. (2011a). Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Congreso de Colombia. (2011b). Ley 1444 de 2011. Por medio de la cual se escinden unos Ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la Administración Pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la Nación y se dictan otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=42796>

Congreso de Colombia. (2011c). Ley 1448 de 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.

Congreso de Colombia. (2011d). Ley 1482 de 2011. Por medio de la cual se modifica el Código Penal y se establecen otras disposiciones.

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44932>

Congreso de Colombia. (2012). Ley 1566 de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional «entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias» psicoactivas.

- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013\\_html/Normas/Ley\\_1616\\_2013.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf)
- Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <https://acortar.link/qCj7u6>
- Congreso de Colombia. (2019). Ley 1996 de 2019. Por medio de la cual se establece el régimen para el ejercicio de las personas con discapacidad mayores de edad. <https://acortar.link/4vonry>
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. (1999). *Un país que huye. Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. CODHES.
- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento. (2003). *Un país que huye "Volumen 2". Desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. CODHES.
- Contreras, M. (2004). ¿Rentabilidad o seguridad social? El verdadero dilema de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 19(4), 198-200.
- Corcho, C. (2018). Poderes fácticos y cooptación en el sistema de salud en Colombia: El caso de Medimás. *Revista Ideas Verdes*, 12, 1-32.
- Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corte Constitucional de Colombia. (1992). T-484-92. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-484-92.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1993). C-176-93 Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/C-176-93.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1994a). C-221-94 Corte Constitucional de Colombia. <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/1994/C-221-94.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1994b). Sentencia T-277. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/t-277-94.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (1994c). T-447-94. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/T-447-94.htm>

- Corte Constitucional de Colombia. (1996). Sentencia T-589. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/T-589-96.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2003). T-227-03 Corte Constitucional de Colombia. <https://acortar.link/Fjl3Lx>
- Corte Constitucional de Colombia. (2007). Sentencia C-278/07.
- Corte Constitucional de Colombia. (2008). Sentencia T-760. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2013). T-388-13 Corte Constitucional de Colombia. <https://acortar.link/SWHpR7>
- Costa, M. E. (2004). Pinel—A mania, o tratamento moral e os incios da psiquiatria contemporanea. *Rev. Latirwam. Psicop. Fund.* VII, 3, 113-116, VII. <https://acortar.link/CRsC0v>
- Cudris-Torres, L., & Barrios-Núñez, Á. (2018). Malestar psicológico en víctimas del conflicto armado. *Revista CS*, 75-90. <https://doi.org/10.18046/recs.i25.2654>
- Cuervo Márquez, L. (1913). Estadística de consumo de alcohol en Colombia. Universidad de Antioquia. <https://acortar.link/1UMobZ>
- Dagfal, A. (2015). El pasaje de la higiene mental a la salud mental en la Argentina, 1920-1960. El caso de Enrique Pichon-Rivière. *Trashumante Revista Americana de Historia Social*, 5, 10-37.
- DANE. (2020). Serie nacional de población por área, sexo y edad para el periodo 1985-1992.
- DANE. (2022). Demografía y población. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion>
- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de burnout y los profesionales sanitarios. *Nursing (Ed. española)*, 25(8), 60-65. [https://doi.org/10.1016/S0212-5382\(07\)70979-2](https://doi.org/10.1016/S0212-5382(07)70979-2)
- De Santacruz, Cecilia, Chams, Wadeth, & Fernández de Soto, Paola. (2006). Colombia: Violencia y salud mental La opinión de la psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 30-46.
- Defensoría del pueblo. (2018). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. <https://acortar.link/gdrF0y>
- Departamento Nacional de Planeación. (1972). *Las Cuatro Estrategias* (pp. 245-246). República de Colombia. [https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/pastrana1\\_prologo.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/pnd/pastrana1_prologo.pdf)
- Descartes, R. (1911). *Meditations On First Philosophy*. En E. Haldane & G. R. T. Ross (Trads.), *The Philosophical Works of Descartes*. Cambridge University Press. <https://n9.cl/lw7hrr>



- Desjarlais, R., & Kleinman, A. (1994). *Violence and Demoralization in the New World Disorder*. *Anthropology Today*, 10(5), 9-12. <https://doi.org/10.2307/2783077>
- Desviat, M. (2006). *La antipsiquiatría: Crítica a la razón psiquiátrica*. *Norte de Salud Mental*, 6(25), 8-14.
- Devani, C., Ferrero, D. H., Llorens, Lic. B., Vallone, Dr. F., Secretaria de Programas Sanitarios, & Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2014). *Atención Primaria de la Salud*. <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/concurso07/aps2.pdf>
- Díaz Sotelo, Ó. D. (2014). *Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: Análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO*. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74.
- Eaton, W. W., & Fallin, M. D. (2012). *Public Mental Health* (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190916602.001.0001>
- Echeverri, A. M. Á. (2006). *La chicha: Entre bálsamo y veneno. Contribución al estudio del vino amarillo en la región central del Nuevo Reino de Granada, siglo XVIII*. *Historia y sociedad*, 12, Art. 12.
- Echeverri, O. (2008). *Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso de Colombia*. *Rev Panam Salud Publica*, 24(3), 210-216.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). *The qualitative content analysis process*. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115.
- Engstrom, E. J. (2006). *Beyond dogma and discipline: New directions in the history of psychiatry*. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(6), 595-599. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000245749.91126.15>
- Ereshefsky, M. (2009). *Defining 'health' and 'disease'*. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40(3), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2009.06.005>
- Eslava, J. C. (1996). *El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 44(2), Art. 2.
- Esquibel, A. (1966). *Informe sobre la salud mental en Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Faria, L., & Castro, L. A. (2011). *As profissões de saúde: Uma análise crítica do cuidar*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(suppl 1), 227-240. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500012>

Fernández Liria, A. (2018). *Locura de la psiquiatría: Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la «salud mental»*. Desclée de Brouwer.

Ferreira, G. (2006). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Uma análise sócio política*. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 4(1), Art. 1. <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2006.v4i1.131-145>

Flink, I. J. E., Restrepo, M. H., Blanco, D. P., Ortegón, M. M., Enriquez, C. L., Beirens, T. M. J., & Raat, H. (2013). *Mental health of internally displaced preschool children: A cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 917-926. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-9>

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1982). *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Altamira.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. Fondo de Cultura Económica.

Franco A., S. (2003). *Momento y contexto de la violencia en Colombia*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(1), 18-36.

Franco, S. (1997). *Violencia y salud en Colombia*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 1, 93-103. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891997000200002>

Franco, S. (2013). *Héctor Abad: Un visionario a la salud pública*. *Investigación y Educación en Enfermería*, 16(2).

Franco-Giraldo, Á. (2014). *Sistemas de salud en condiciones de mercado: Las reformas del último cuarto de siglo*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), 98-107.

Friggi, A. C. C., & Gesser, M. (2020). *Disability and ableism: Correction of bodies and production of (a)political persons*. *Quaderns de Psicologia*, 22(3), 1618. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1618>

Gadelha, C. A. G., Costa, L. S., & Maldonado, J. (2012). *O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento*. *Revista de Saúde Pública*, 46(suppl 1), 21-28. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000065>

Galende, E. (1983). *Crisis del Modelo Médico en Psiquiatría*. *Cuadernos Médico Sociales*, 23, 1-7.

Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser*. Lugar Editorial.

Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Lugar Editorial.

Gamboa Cáceres, T., & Arellano Rodríguez, M. (2007). *Tendencias neoliberales en la reforma de la gestión pública en América Latina*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(13), 46-65.

García, J. E. G.-A., & Albea, R. (1992). *Fodor's contribution to the of the cognitive mind*. *Taula: Quaderns de pensament*, 15, 9-18.

García, L. (2011). *¿ Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben*. *A Parte Rei*, 74(6). <https://philarchive.org/archive/FANQEv2>

Giel, R., de Arango, M. V., Climent, C. E., Harding, T. W., Ibrahim, H. H., Ladrado-Ignacio, L., Murthy, R. S., Salazar, M. C., Wig, N. N., & Younis, Y. O. (1981). *Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care*. *Pediatrics*, 68(5), 677-683.

Giraldo, C. (2005). *Sistemas de protección social: Entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social (Salama, Marquez-Pereira, Lautier, Le Bonniec, Rodríguez y Giraldo)*. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.cid.unal.edu.co/files/publications/CID20050919rosipr.pdf>

Goering, P. N., & Streiner, D. L. (1996). *Reconcilable differences: The marriage of qualitative and quantitative methods*. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 41(8), 491-497. <https://doi.org/10.1177/070674379604100804>

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity (Touchstone ed)*. Simon & Schuster.

Goffman, E. (2007, 1961). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores. <https://acortar.link/RCMbgZ>

Gómez Naranjo, L. G. (2007). *La informalidad en la economía, algo incuestionable*. *Semestre económico*, 10(19), 47-67.

Gomez Pinzón, F. (1940). *Higiene mental*. *Revista de la Facultad de Medicina*, 9(2), 89-97.

Gómez R, N. E., Duque Q, S. P., & González S, P. (2010). *La pensión de vejez por deficiencia en la legislación colombiana: Restricciones de acceso desde su instrumento evaluador*. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), Art. 2.

Gómez-Restrepo, C. (2003). *Los primeros diez años de la ley 100*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(1), 4-5.

González-Posso, C. (2012). *Memorias para la democracia y la paz: Veinte años de la Constitución Política de Colombia*. <https://acortar.link/NRmpZI>

Granda-Marin, A. (1994). *Asamblea nacional constituyente y constitución política de 1991*. Universidad Pontificia Bolivariana. <https://acortar.link/WRu6pZ>

Grupo de Economía de la Salud & Restrepo, Jairo Humberto. (2017). *Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia*. Ideas. <https://ideas.repec.org/p/col/000111/016170.html>

Guadarrama, L., Escobar, A., & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 49(2), 66-72.

Gutiérrez Avendaño, J. (2019). *Mens sana in corpore sano: Incorporación de la higiene mental en la salud pública en la primera mitad del siglo XX en Colombia*. *Historia Caribe*, 14(34), 91-121.

Gutiérrez Avendaño, J., & Herazo, E. (2021). Recurso de la acción de tutela por derecho a la salud mental en la jurisprudencia colombiana, 2000-2019. *Revista Tempo e Argumento*, 13(33), e0117. <https://doi.org/10.5965/2175180313332021e0117>

Gutiérrez, M. T. (2010). Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX. *Estudios Socio-Jurídicos*, 12(1), Art. 1.

Guzmán, N. (1984). *Terremoto de Popayan- Consecuencias Inmediatas* (p. 18) [Investigación]. Universidad del Valle.

Han, B.-C. (2012). *La sociedad del cansancio* (Culturales, Vol. 1-2). Herder.

Han, B.-C. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Herder. <https://acortar.link/AvCYrU>

Hannigan, B., & Coffey, M. (2011). Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy*, 101(3), 220-227. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.11.002>

Henao, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, 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), 184-201. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a07>

Henao, S, Restrepo, V, Alzate, A. F, & González, C. M. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3), 271-281.

Henderson, G. (2012). *Why the way we are living may be bad for our mental well-being, and what we might choose to do about it: Responding to a 21st Century public health challenge*. *Public Health*, 126 Suppl 1, S11-S14. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.015>

- Herazo, E. (2011). *Subcomité de Derechos Humanos. Asociación Colombiana de Psiquiatría*. <https://psiquiatria.org.co/subcomites/subcomite-de-derechos-humanos/>
- 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 Nacional de Salud Pública*, 32(1). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19806>
- Hernández, D. M., & Sanmartín, C. F. (2018). *La paradoja de la salud mental en Colombia: Entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma*. *Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.psmc>
- Hernández, M. (2000). *El Derecho a la Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización*. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 121-144.
- Hernández, M. (2001). *El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina*. *Revista Nacional de Salud Pública*, 19(1). <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019105.pdf>
- Hernández, M. (2002). *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991-1001. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400007>
- Hernández, M. (2004). *La fragmentación de la salud en Argentina y Colombia. Una comparación sociopolítica, 1880-1950*. *Universidad Nacional de Colombia, Extra 1*, 239-243.
- Hernández, M. (2017). *Hacia la promoción de la salud*. *Hacia la promoción de la salud*, 23(1), 09-10. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.1>
- Hernández, M. (2019). *Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS)*. *Saúde em Debate*, 43(spe5), 29-43. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s503>
- Hernández, M., Obregón, D., García, C., Eslava, J. C., & Romero, R. (2002a). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: Cien años de historia 1902-2002 [Universidad Nacional]*. <https://www.paho.org/col/dmdocuments/OPS%20y%20estado%20colombiano100.pdf>
- Hernández, M., Obregón, D., García, C., Eslava, J. C., & Romero, R. (2002b). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano: Cien años de historia 1902-2002 [Universidad Nacional]*. <https://www.paho.org/col/dmdocuments/OPS%20y%20estado%20colombiano100.pdf>
- Hernández, M., & Torres, M. (2010). *Nueva reforma en el sector salud en Colombia: Portarse bien para la salud financiera del sistema*. *Medicina Social*, 5(4), 241-245.

Hernández, N., & Escobar, C. C. (2004). *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. *MedUNAB*, 7(20), Art. 20.

Hernández, N. L. (2007). *Estigmatización y discriminación a personas con trastorno mental*. *Archivos de la Salud*, 1, 15-21.

Hess, V. (2011). *Writing the history of psychiatry in the 20th century*. *History of Psychiatry*, 22(2), 139-145. <https://doi.org/10.1177/0957154X11404791>

Huertas, R. (1991). *Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*., 11(37), Art. 37.

Huertas, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. *El Viejo Topo : Fundación de Investigaciones Marxistas*.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2000). *FORENSIS 1999. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención del hecho violento en Colombia*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. [https://ansv.gov.co/sites/default/files/Documentos/Observatorio/Biblioteca/Forensis\\_1999.pdf](https://ansv.gov.co/sites/default/files/Documentos/Observatorio/Biblioteca/Forensis_1999.pdf)

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2022). *Forensis 2020. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención de lesiones de causa externa en Colombia (Vigésima primera)*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). *Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 1005-1016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. *Basic Books*. <https://doi.org/10.1037/11258-000>

Jessop, B. (1999). *Crisis del estado de bienestar: Hacia una nueva teoría del Estado y sus consecuencias sociales*. *Siglo del Hombre Editores*. <http://books.google.com/books?id=EBUPAAAAYAAJ>

Jessop, B. (2008). *El Futuro del estado capitalista*. *Los Libros de la Catarata*.

Jiménez, C. (2009). *El Estatuto de Seguridad, la aplicabilidad de la doctrina de la Seguridad Nacional en Colombia*. *Colección*, 20, 75-105.

Jimenez-Molina, Á., Abarca-Brown, G., & Montenegro, C. (2019). "No hay salud mental sin justicia social": *Desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile*. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 57(1-2), Art. 1-2.

King, L. J. (1999). *A Brief History of Psychiatry: Millennia Past and Present - Part II*. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11(2), 47-54. <https://doi.org/10.3109/10401239909147048>

Kleinman, A. & Desjarlais, R. (1994). *Ni patients ni víctimas. Pour une ethnographie de la violence politique. Actes de la recherche en sciences sociales*, 104(1), 56-63.

Kleinman, A., & Kleiman, J. (1996). *The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. Daedalus*, 125(1), 1-23.

Kubie, L. S. (1968). *Pitfalls of Community Psychiatry. Archives of General Psychiatry*, 18(3), 257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1968.01740030001001>

Lamprea, E. (2011). *La Constitución de 1991 y la crisis de la salud. Encrucijadas y salidas. (1.ª ed.)*. <https://cienciassociales.uniandes.edu.co/publicaciones/la-constitucion-de-1991-y-la-crisis-de-la-salud/>

Latimer, E., Lecomte, T., Becker, D., Drake, R., Duclos, I., Piat, M., Lahaie, N., St-Pierre, M.-S., Therrien, C., & Xie, H. (2006). *Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 189, 65-73. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.012641>

Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1953). *Textbook of preventive medicine. McGraw-Hill Book Company.*

Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). *Preventive Medicine for the doctor in his community (McGraw-Hill Book Company INC.)*.

León, C. (1976). *Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17545/v81n2p122.pdf>

León, C. (1987). *Observing violence: The case of Colombia. Presented as the Simon Bolivar Lecture to the 140th Meeting of the American Psychiatric Association. Chicago.*

León, C. A. (1985). *Training in Mental Health for Primary Health Workers. En P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, & K. Thau (Eds.), Psychiatry The State of the Art (pp. 275-280). Springer US*. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-1853-9\\_42](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-1853-9_42)

Lima, B., Pompei, S., Santacruz, H., Lozano, J., & Pai, S. (1989). *La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: Experiencia en Armero, Colombia. Salud mental*, 12(1), 6-14.

Lima, L. (2000). *Efectos Psicosociales y culturales del desplazamiento. Revista de Trabajo Social*, 2, Art. 2.

Lister, J. (2005). *Health policy reform. Driving the wrong way? A critical guide to the global 'health reform' industry. Enfield: Middle-sex University Press.*

Litsios, D. S. (2015). *On the Origin of Primary Health Care*. En *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Orient Blackswan. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). *Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis*. *Social Science & Medicine* (1982), 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>

López Crespo, F. J. (2014). *Bienestar laboral en profesionales de la medicina la doble cara de la organización sanitaria: Factores saludables y de riesgo psicosocial*. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://hdl.handle.net/10803/284027>

López Jaramillo, C. (2015). *Investigación en Salud Mental: Un compromiso de todos*. , 44(1), 1-2. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 1-2.

López-Arboleda, W. A. (2010). *Diversidad de levaduras asociadas a chichas tradicionales de Colombia*. 2, 11.

López-Muñoz, F., Alamo, C., & Cuenca, E. (2000). *La Década de Oro de la psicofarmacología (1950-1960): Trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos*. *Psiquiatria.com*, 4(3), 25.

Machado, J., Alzate, V., & Jimenez, C. (2015). *Tendencias de consumo de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en una población colombiana, 2008-2013*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(2), 93-99.

Mann, M. (1997). *Las fuentes del poder social*. II. Alianza.

Manrique-Abril, Fred G. (2016). *La salud como servicio público o derecho en el negocio entre actores privados del sistema de salud en Colombia*. *Derecho y Realidad*, 2(24). <https://doi.org/10.19053/16923936.v2.n24.2014.4540>

Martínez, A. G. (2015). *Caracterización de saberes locales alrededor de la producción de Chicha en el Valle de Tenza, Boyacá (Colombia)*. 20, 15.

Martínez Rey, J. (2006). *Historia de la industria cervecera en Colombia (1. ed)*. (Sic) Editorial.

Martínez-Lage, J. M. (1993). *La década del cerebro (1990-2000)*. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 5-6.

Martín-Rodríguez, J. F., Cardoso-Pereira, N., & Bonifácio, V. (2004). *La Década del Cerebro (1990-2000): Algunas aportaciones*. *Revista Española de Neuropsicología*, 6(3-4), 131-170.



McCulloch, G. (2004). *Documentary research in education, history, and the social sciences*. RoutledgeFalmer.

McGinn, C. (1989). *¿Podemos resolver el problema mente-cuerpo?* Oxford University Press, 98(391), 349-366.

McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (1998). *The perspectives of psychiatry (Second Edition)*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Mechanic, D., McAlpine, D. D., & Rochefort, D. A. (2013). *Mental health and social policy: Beyond managed care (Sixth edition)*. Pearson.

Mejía, M. R. (1913). *Cartilla antialcohólica*. Imprenta Nacional. <https://acortar.link/XcJXIT>

Mendo, C. (1982, agosto 8). *Belisario Betancur tomó ayer posesión de la presidencia de la República de Colombia*. *El País*.  
[https://elpais.com/diario/1982/08/08/internacional/397605612\\_850215.html](https://elpais.com/diario/1982/08/08/internacional/397605612_850215.html)

Mennell, S. (1969). *Prohibition: A Sociological View*. *Journal of American Studies*, 3, 159-175.

Mesa Melgarejo, Lorena & Romero Ballén, María Nubia. (2010). *Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales*. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55-92.

Meyer, I. H. (2003). *Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems*. *American Journal of Public Health*, 93(2), 262-265.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto Resumen Ejecutivo*. [shorturl.at/AGNSV](http://shorturl.at/AGNSV)

Ministerio de la Protección Social & Asociación Colombiana de Psiquiatría. (2007). *Salud mental: Fuerza impulsora del desarrollo del país y de la garantía de derechos*. *Política Nacional del Campo de la Salud Mental*. Documento propuesta para discusión y acuerdos.  
<file:///D:/Users/monic/Downloads/POL%C3%8DTICA%20DE%20SALUD%20MENTAL.pdf>

Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2003). *Estudio nacional de salud mental Colombia 2003*. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social.

Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia, 2005*.  
<https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de Salud. (1967). *Resolución 679 de 1967*.

*Ministerio de Salud. (1976a). Macrodiagnóstico de salud mental (p. 1 Introducción).*

*Ministerio de Salud. (1976b). Macrodiagnóstico de salud mental 1974.*

*Ministerio de Salud. (1982). Macrodiagnóstico de salud mental. Subsector Oficial Directo 1981.*

*Ministerio de Salud. (1985). Memorias V Encuentro Nacional de Salud Mental 1985.*

*Ministerio de Salud. (1986). Macrodiagnóstico de salud mental Subsector Oficial Directo 1983, 1984, 1985.*

*Ministerio de Salud. (1987). Memorias seminarios Alternativas de tratamiento y rehabilitación en Farmacodependencia y Alcoholismo: Comunidades Terapéuticas, Terapia de Grupo, Familia y Estrategias Intervención Comunitaria.*

*Ministerio de Salud. (1988). Macrodiagnóstico de salud mental. Subsectores Oficial Directo y Privado 1986-1987.*

*Ministerio de Salud. (1991). Resolución 6980 de 1991. Por la cual se expiden normas para el control de la Importación, Exportación, Fabricación, Distribución y Venta de Medicamentos, Materias Primas y Precursores de Control Especial.*

*Ministerio de Salud. (1992). El Plan Nacional. Colección: La Salud a la luz de la Salud Mental. Ministerio de Salud.*

*Ministerio de Salud. (1993). Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

*Ministerio de Salud. (1994a). Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993. Ministerio de Salud.*

*Ministerio de Salud. (1994b). Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf)

*Ministerio de Salud. (1996a). Resolución 3997 de 1996. Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).*

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203997%20DE%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203997%20DE%201996.pdf)

Ministerio de Salud. (1996b). Resolución 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%204288%20DE%201996.pdf)

Ministerio de Salud. (1998). Resolución 2358 de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. DO. 43338. <https://bit.ly/3bVGcfH>

Ministerio de Salud. (2016). Propuesta base para la construcción de una política pública en salud mental (Borrador).

Ministerio de Salud Pública. (1974). Macrodiagnóstico de salud mental 1973.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 1841 de 2013.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014.

<https://www.consejonacionaldetrabajosocial.org.co/wp-content/uploads/noticias/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-2014.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). Modelo integral de atención en salud-MIAS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud «Un sistema de salud al servicio de la gente».

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). Protocolo de atención integral en salud con enfoque psicosocial a víctimas del conflicto armado.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Protocolo-de-atencion-integral-en-salud-papsivi.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017b). Rutas integrales de atención en salud—RIAS.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/05-rias-presentacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Informe de gestión avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*.  
[https://minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf](https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana, & Datos, Procesos y Tecnología SAS. (2015). *Presentación Encuesta Nacional de Salud Mental*.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1477 de 2014. Por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales*.

Miranda Hiriart, G. (2018). *¿De Qué Hablamos Cuando Hablamos De Salud Mental?*  
<https://acortar.link/BBLxhj>

Molina, G., & Ramírez, A. (2013). *Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: Entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 287-293. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400008>

Moncrieff, J. (2008). *Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience*. En *Liberatory Psychiatry* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 235-256). Cambridge University Press.  
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511543678.013>

Moncrieff, J. (2009). *A straight talking. Introduction to psychiatric drugs*. PCCS Books.

Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills. The troubling story of antipsychotic drugs*. Palgrave Macmillan.

Montaña, E. (1921). *Lucha antialcohólica. Al alcoholismo en Colombia y medios de combatirlo*. Imprenta Nacional.

Montenegro, W. (1980). *Introducción a las doctrinas político-económicas*. Fondo de Cultura Económica.

Mora, H. (2000). *Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997*. Naciones Unidas, CEPAL, Unidad de Financiamiento para el desarrollo, Div. de Comercio Internacional y Financiamiento para el desarrollo.

Morales, L. (2003). *Los pacientes psiquiátricos en la Ley 100 de 1993 (Sistema general de seguridad social en salud)*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 13-20.

- Moreno, L. D. C. (2020). *La determinación social, una visión epistemológica para comprender el proceso salud-enfermedad*. *Revista Ciencias de la Salud*, 18, 1-17. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.9135>
- Müller, U., Fletcher, P. C., & Steinberg, H. (2006). *The origin of pharmacopsychology: Emil Kraepelin's experiments in Leipzig, Dorpat and Heidelberg (1882–1892)*. *Psychopharmacology*, 184(2), 131-138. <https://doi.org/10.1007/s00213-005-0239-5>
- Muntaner, C., Borrell, C., & Chung, H. (2001). *Class exploitation and psychiatric disorders: From status syndrome to capitalist syndrome*. En C. I. Cohen & S. Timimi (Eds.), *Liberatory Psychiatry* (1.ª ed., pp. 131-146). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543678.008>
- Muñoz González, C. A. (2015). *Diálogos de paz Gobierno-FARC-EP y las oportunidades para la paz en Colombia*. *Estudios políticos*, 46, 243-261.
- Murad Rivera, R. (2003). *Estudio sobre la distribución espacial de la población en Colombia*. Naciones Unidas, CEPAL, *Proyecto regional de población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)*. <https://acortar.link/09vNkM>
- Murray Knudson, E. (2016). *Trascendencia académica y social del MD: Algunas reflexiones*. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 25(3), 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.reper.2016.10.004>
- Naranjo, C. B. (2006). *El proceso sociopolítico de la política pública para la atención a la población desplazada en Colombia [Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional]*. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/2408>
- Neira, A. (2019, noviembre 22). *¿Por qué se decreta la ley seca en situaciones especiales en el país?* <https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/por-que-se-decreta-la-ley-seca-en-situaciones-especiales-en-el-pais-436306>
- Neira, E. (1990). *Un caso intrincado de violencia: Colombia*. Nueva Sociedad, 105-110.
- Nieto-Enciso, L. H. (2005). *Análisis del comportamiento de la siniestralidad por enfermedades catastróficas en una empresa promotora de salud-Colombia*. *Revista de salud pública*, 7(3), 293-304.
- Novella, E. J. (2008). *Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos*. *Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría*, 8(1), Art. 1.
- Novoa-Gómez, M. M. (2012). *De la salud mental y la salud pública On mental health and public health*. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5.

Office of the Surgeon General. (1946). *Nomenclature of psychiatric disorders and reactions*. *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 289-296. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(194607\)2:3<289::AID-JCLP2270020316>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-4679(194607)2:3<289::AID-JCLP2270020316>3.0.CO;2-O)

OIT, Unesco, & OMS. (2004). *RBC: Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad*. [http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS\\_107943/lang--es/index.htm](http://www.ilo.org/skills/pubs/WCMS_107943/lang--es/index.htm)

Olano-García, H. A. (2019). *Historia de la regeneración constitucional de 1886*. 13(43). <https://acortar.link/gbxQ44>

OMS. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

OMS. (1948). *Official records of the world health organization no.2. SUMMARY REPORT ON PROCEEDINGS MINUTES*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official\\_record2\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf?sequence=1)

OMS. (1952). *Comité de expertos en higiene mental. Informe de la segunda reunión (11-16 de septiembre de 1950)*. (N.º 31; Serie de informes técnicos). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38043/WHO\\_TRS\\_31\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38043/WHO_TRS_31_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

OMS. (1953). *Comité de expertos en Higiene Mental. Informe de la primera reunión. (29 de agosto al 2 de septiembre de 1949)*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/47812>

OMS. (1954). *The work of who 1953. Annual report of the Director General to the world health assembly and to the united nations No.51. World health organization palais des nations*. <https://acortar.link/hRtW92>

OMS. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. 6, 3.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*.

OMS. (1988). *Declaración de Adelaida: Políticas Públicas para la Salud. Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44391>

OMS. (1991). *Declaración de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud (WHO/HED/92.1. Unpublished)*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59967>

OMS. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10)*. Organización Mundial de la Salud.

OMS. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. Indonesia*. <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indonesia-1997>

OMS. (1999). *Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: A joint World Health Organization/European Commission meeting, Brussels, Belgium, 22-24 April 1999 : report (MNH/NAM/99.2)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65943>

OMS. (2004a). *Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

OMS. (2004b). *Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia emergente\*, Práctica [Compendio]*. [http://www.asmi.es/arc/doc/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.asmi.es/arc/doc/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

OMS. (2004c). *Promoción de la salud y modos de vida sanos [57ª Asamblea Mundial de la Salud]*.

OMS. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. <https://www.fadesaludmental.es/biblioteca/166-manual-de-recursos-de-la-oms-sobre-salud-mental-derechos-humanos-y-legislacion-2.html>

OMS. (2007). *Seguimiento y evaluación de políticas y planes de salud mental*.

OMS. (2009). *Mental health systems in selected low- and middle-income countries: A WHO-AIMS cross-national analysis*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44151>

OMS. (2011). *Mental Health Atlas 2011*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9799241564359>

OMS. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330363>

OMS, & OPS. (1990). *Declaración De Caracas*. <https://acortar.link/IHmyKn>

OPS. (1983). *Preparación para casos de desastre en las Américas*. (N.º 17). <http://www.nzdl.org/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0paho--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-0l--11-en-50---20-help---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL3.1&d=HASH01fe85589352ba8dd5de2958.1&gt=1>

OPS. (2019). *OPS insta a aumentar la inversión en salud mental [OPS]*. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14999:mental-health-spending-must-increase-in-order-to-meet-current-needs-in-the-americas&Itemid=1926&lang=es)

OPS, R., & OMS. (2005). *Principios de Brasilia*. Brasilia: Organización de Estados Americanos.

Orozco, M. P. (2016). *PROHIBIDO OLVIDAR: Revisión historiográfica de la Toma del Palacio de Justicia*. *Revista de Estudiantes de Historia*, 3(5), 101-116.

Ortiz, A. (2022). "¿En qué puedo ayudarle?". *Entre la solución individual tecnológica y la metaperspectiva sociopolítica. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 17-30.

Padilla, M. J. (2017). *Los embates por la paz: Historia de los diálogos de paz durante el gobierno de Belisario Betancur con los grupos guerrilleros, Colombia. Forum. Revista Departamento de Ciencia Política*, 10/11, Art. 10/11.

Parales Quenza, C. J. (2020). *Psicología social: Un acercamiento histórico al estudio de las relaciones sociales. Gedisa.*

Parales Quenza, C. J. (2021). *La psicología de la mentalidad colectiva. Universidad Nacional de Colombia.*

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. Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 81-95.  
<https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.ilpn>

Parra R., B. (2001). *Bavaria: La arrogancia del poder. Cuadernos de Administración*, 14(23), 63-106.

Patiño, J. F. (2013). *El sistema de salud de Colombia: Crisis sin precedentes. Revista Colombiana de Cirugía*, 28(4), 259-261.

Pecaut, D. (1997). *Presente, pasado y futuro de la violencia en Colombia. Desarrollo Económico*, 36(144), 891. <https://doi.org/10.2307/3467131>

Penn, D., & Couture, S. (2002). *Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. World Psychiatry*, 1(1), 20-21.

Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P. E., & Rodado-Fuentes, S. (2005). *Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia. Revista de Salud Pública*, 7(3), 268-280.

Petras, J. (2003). *Neoliberalismo, resistencia popular y salud mental. 5.*

Piedrahita, C. G. (2019). *La lucha contra las bebidas ancestrales y la campaña a favor de la cerveza en la clase obrera de Bogotá y Medellín 1920-1930. 130.*

Pierre, J. M. (2012). *Mental Illness and Mental Health: Is the Glass Half Empty or Half Full? The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(11), 651-658. <https://doi.org/10.1177/070674371205701102>

Pierson, P., & Theda, S. (2008). *El institucionalismo histórico en la ciencia política contemporánea. Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 17(1).  
<https://www.redalyc.org/pdf/2973/297322673001.pdf>



Pinto, P. (1998). *Las drogas en la historia*. *Revista Científica Salud Uninorte*, 13. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4217>

Porter, R. (2003). *Breve historia de la locura* (J. Rodríguez, Trad.). Turner. Fondo de Cultura Económica.

Posada, J. A. (2003). *La salud mental en Colombia y la Ley 100 de 1993: Oportunidades y Amenazas*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII(1), 8.

Prado, M. L. do (Ed ), Souza, M. de L. de (Ed ), Carraro, T. E. (Ed ), & Salud, O. P. de la. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases conceptuales*. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000;9. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51581>

Presidencia de la República. (1873). *Código Civil Colombiano*.

Presidencia de la República. (1886). *Constitución Política de Colombia 1886*. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1826862>

Presidencia de la República. (1932). *Decreto 2197 de 1932. Por el cual se rebaja el impuesto de consumo sobre la cerveza*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1416677>

Presidencia de la República. (1948). *Decreto 1839 de 1948. Por el cual se fijan las condiciones para la fabricación de bebidas fermentadas y se dictan otras disposiciones*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1359221>

Presidencia de la República. (1960). *Decreto 1423 de 1960. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se le adscriben los negocios de que debe conocer*. <https://acortar.link/JDjkeZ>

Presidencia de la República. (1963). *Decreto 3224 de 1963. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública y se adscriben los negocios de que debe conocer*. <https://acortar.link/DEQms5>

Presidencia de la República. (1964). *Decreto 1699 de 1964. Por el cual se dictan disposiciones sobre conductas antisociales*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1749065>

Presidencia de la República. (1965). *Decreto 3060 de 1965. Por el cual se crea el Consejo Nacional de Salud Mental*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1779901>

Presidencia de la República. (1966). *Decreto 3117 de 1966. Por el cual se organiza de nuevo el Consejo Nacional de Salud Mental y se deroga el Decreto número 3060 de 1965 (16 de noviembre)*. <http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1514830>

*Presidencia de la República. (1968). Decreto 2470 de 1968. Por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública.*

*<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73433>*

*Presidencia de la República. (1970). Decreto 1136 de 1970. Por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social".*

*<http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1230453>*

*Presidencia de la República. (1971). Decreto 2356 de 1971 por el cual se crea un Consejo.*

*[https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_2356\\_de\\_1971\\_presidencia\\_de\\_la\\_republica.aspx](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_2356_de_1971_presidencia_de_la_republica.aspx)*

*Presidencia de la República. (1974a). Decreto 654 de 1974. Por el cual se establece la organización básica de dirección del Sistema Nacional de Salud.*

*[https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_654\\_de\\_1974\\_presidencia\\_de\\_la\\_republica.aspx](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_654_de_1974_presidencia_de_la_republica.aspx)*

*Presidencia de la República. (1974b). Decreto 706 de 1974. Por el cual se establece la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud.*

*<https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1150695>*

*Presidencia de la República. (1986). Decreto 2241 de 1986. Por el cual se adopta el Código Electoral.*

*[https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/35\\_decreto\\_2241\\_de\\_1986.pdf](https://www.mininterior.gov.co/sites/default/files/35_decreto_2241_de_1986.pdf)*

*Presidencia de la República. (1991a). Código Sustantivo del Trabajo Artículo 165. Trabajo por turnos.*

*[https://leyes.co/codigo\\_sustantivo\\_del\\_trabajo/165.htm](https://leyes.co/codigo_sustantivo_del_trabajo/165.htm)*

*Presidencia de la República. (1991b). Constitución Política de Colombia.*

*<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-5/capitulo-1/articulo-113>*

*Presidencia de la República. (1991c). Constitución Política de Colombia 1991. Art. 2.*

*<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-5/capitulo-1/articulo-113>*

*Presidencia de la República. (1991d). Constitución Política de Colombia 1991. Art 49.*

*<https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>*

*Presidencia de la República. (1994). Decreto 1292 de 1994. Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud.*

*<http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?id=1260524>*

*Presidencia de la República. (1999). Decreto 1152 de 1999. Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

*Presidencia de la República. (2009). Decreto 1293 de 2009. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de la Protección Social.*

*Presidencia de la República de Colombia. (1953). Decreto 984 de 1953. Orgánico de las dependencias, personal y asignaciones del Ministerio de Salud Pública.*  
<https://acortar.link/9nX1kP>

*Presidencia de la República de Colombia. (1973). Ley 9 de 1973. Por la cual se reviste al Presidente de la República de Facultades extraordinarias para reorganizar el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública y se dictan otras disposiciones pertinentes.*  
<https://acortar.link/6OuJ3u>

*Presidencia de la República de Colombia. (1974a). Decreto 621 de 1974. Por el cual se revisa la organización administrativa del Ministerio de Salud Pública.*  
[https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_621\\_de\\_1974\\_presidencia\\_de\\_la\\_republica.aspx](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_621_de_1974_presidencia_de_la_republica.aspx)

*Presidencia de la República de Colombia. (1974b). Decreto 655 de 1974. Por el cual se establece el régimen de coordinación y dependencia entre la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud y las Instituciones y Agencias que funcionan en los subsectores privado, de la seguridad social y oficial y mixto.*

*Presidencia de la República de Colombia. (1974c). Decreto 702 de 1974. Por el cual se establece el Subsistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Salud.*

*Presidencia de la República de Colombia. (1974d). Decreto 704 de 1974. Por el cual se establece el Subástenla Nacional de Suministros del sistema Nacional de salud.*

*Presidencia de la República de Colombia. (1975). Decreto 350 de 1975. Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los servicios seccionales de salud y de las unidades regionales.* <https://acortar.link/AJJlvz>

*Presidencia de la República de Colombia. (1990). Decreto 1471 de 1990. Por el cual se establece la estructura orgánica del Ministerio de Salud y se dictan las funciones de sus dependencias.* <https://acortar.link/ZOFItk>

*Presidencia de la República de Colombia. (2003). Decreto 205 de 2003. Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.*  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=16546>

*Presidencia de la República de Colombia. (2011a). Decreto 4107 de 2011. Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social.*

*Presidencia de la República de Colombia. (2011b). Decreto 4800 de 2011. Por el cual se reglamenta la Ley 1448 de 2011 y se dictan otras disposiciones.*

Presidencia de la República de Colombia. (2012). Decreto 2562 de 2012. Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.

Presidencia de la República de Colombia. (2013). Decreto 658 de 2013. Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013.  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200658%20de%202013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200658%20de%202013.pdf)

Prvulovic, D., & Hampel, H. (2010). ¿Un cambio de paradigma en el diagnóstico psiquiátrico moderno? Anomalías en las redes neuronales como concepto fisiopatológico y nueva herramienta de diagnóstico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 115-118.  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.10.002>

Public Enemy Number One: A Pragmatic Approach to America's Drug Problem ». (2016, junio 29). <https://www.nixonfoundation.org/2016/06/26404/>

Puertas, G, Ríos, C, & Del Valle, H. (2006). Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 20(5), 324-330.

Quevedo, E., Hernández, M., Mirada, N., Mariño, C., Cárdenas, H., & Wiesner, C. (1990). El Concepto de Atención Primaria en Salud. En L. Yepes, *La Salud en Colombia Análisis Sociohistorico* (Departamento Nacional de Planeación, pp. 79-76).

Quiceno Toro, N. (2016). Vivir Sabroso. Luchas y movimientos afroatrateños, en Bojayá, Chocó, Colombia. Editorial Universidad del Rosario, 3-8.  
<https://dx.doi.org/10.12804/th9789587387506>

Rasmussen, N. (2003). A Prescription for Psychiatry. *Social Studies of Science*, 33(3), 453-458.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.<sup>a</sup> ed.).  
<http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola>

Relman, A. S. (1980). The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine*, 303(17), 963-970. <https://doi.org/10.1056/NEJM198010233031703>

República de Colombia. (1974). Decreto 708 de 1974. Por el cual se establece la organización administrativa de Nivel Local Regionalizado del Sistema Nacional de Salud.  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=73155>

República de Colombia. (1975). Decreto 56 de 1975. Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones.  
[https://www.redjurista.com/Documents/decreto\\_56\\_de\\_1975\\_ministerio\\_de\\_salud.aspx](https://www.redjurista.com/Documents/decreto_56_de_1975_ministerio_de_salud.aspx)

República de Colombia. (1976). Decreto 121 de 1976. Por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública. <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1026943>

Restrepo, B. P. (2004). Bavaria S.A. Sistema de distribución. *Análisis económico*, 23, 23.

Restrepo Espinosa, M. E. (2016). Orígenes y trayectorias de la atención primaria en salud. Desde Kazajistán a América. *Revista Nova Et Vetera*, 2(22). <http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/Vol-2-Ed-22/Omnia/Origenes-y-trayectorias-de-la-atencion-primaria-en/>

Restrepo-Espinosa, M. H. (2006). Promoción de la salud mental: Un marco para la formación y para la acción. *Revista Ciencias de la Salud*, 4. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/index>

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).

Retolaza, A. (2004). ¿Salud mental o psiquiatría?: Entre la atención primaria y el estigma del manicomio. *Norte de Salud Mental*, 19, 49-57.

Rettberg, Angelika. (2002). Empresarios y política en Colombia: Un estudio de caso del gobierno Samper(1994-1998). *Revista de Estudios Sociales*. <http://journals.openedition.org/revestudsoc/27259>

Revista Semana. (2013a). Enfermedades mentales: Sí hay esperanza. <https://www.semana.com/salud-mental-esperanza-pinilla-ley/359912-3/>

Revista Semana. (2013b). Historia de la ley para enfermedades mentales de Alba Luz Pinilla: Sí hay esperanza. <https://www.polodemocratico.net/historia-de-la-ley-para-enfermedades-mentales-de-alba-luz-pinilla-si-hay-esperanza>

Ríos, A. (2009). *La locura durante la Revolución Mexicana: Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920* (1. ed). Colegio de México.

Roa, R. (2009). Gestión del aseguramiento en salud. *Revista EAN*, 67, 21-36.

Rodríguez, Jorge. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el caribe. *Rev Psiquiatr Urug*, 71(2), 117-124.

Rodríguez, M. (2003). Oportunidades para la salud mental dentro del sistema general de seguridad social en salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXII(1), 21-29.

Rodríguez Romero, C. A. R., & Duque Oliva, E. J. D. (2008). El Grupo Santodomingo: El pez chico se come al grande de generación en generación. 18(32), 27.

- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. *Ces Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7(1), 97. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Rosen, J. D., & Zepeda Martínez, R. (2016). *La Guerra contra las Drogas y la Cooperación internacional: El caso de Colombia*. *Revista CS*, 18, 63. <https://doi.org/10.18046/recs.i18.1848>
- Rosselli, H. (1964). *Carta de Humberto Roselli al periódico El Tiempo, 25 de marzo de 1964*. Bogotá: *Sociedad Colombiana de Psiquiatría. Correspondencia Despachada y Recibida 1964-1965*.
- Rosselli, H. (1968). *Historia de la psiquiatría de Colombia*. Editorial Horizontes. <https://books.google.com.ec/books?id=ZVxZAAAAMAAJ>
- Rossi, L. (2018). *Historia de las drogas y sus usos*. *Revista Electrónica de la Facultad de Psicología*, 8(27), 9-11.
- Roth Deubel, A. (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Ediciones Aurora. [https://polpublicas.files.wordpress.com/2016/08/roth\\_andre-politicas-publicas-libro-completo.pdf](https://polpublicas.files.wordpress.com/2016/08/roth_andre-politicas-publicas-libro-completo.pdf)
- Roth Deubel, A. (2003). *Introducción para el análisis de las Políticas Públicas*. *Cuadernos de Administración*, 19(30), 113-128. <https://doi.org/10.25100/cdea.v19i30.120>
- Royal College of Psychiatrists. (2010). *No health without mental health*.
- Rúa Martínez, L. H. (2003). *Acciones de promoción y prevención en salud menal: Una experiencia desde el plan de atención básica en bogotá, 2002-2003*. *Rev. colomb. psiquiatr*, 32, 37-46.
- Rueda Enciso, J. E. (1999). *La avalancha de Armero: Noviembre 13 de 1985*. *Revista Credencial Historia*, 117.
- Salazar Bermúdez, A. (2017). *Visiones sobre el alcohol y la prohibición en los debates médicos y la prensa en Colombia, 1918-1923*. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 9, 78-97. <https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n9a04>
- Sandelowski, M. (1995). *Sample size in qualitative research*. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- Sandoval, M. (1999). *Desplazados: Una historia sin contar*. *Universitas Humanística*, 47(47).

- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., Baumann, A. E., Gureje, O., Jorge, M. R., Kastrup, M., Suzuki, Y., & Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3), 131-144. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00296.x>
- Silva-Vallejo, F., & Franco, D. (2019). La zona central del Magdalena: De los inicios a la consolidación del caos. *Jangwa Pana*, 18(3), Art. 3. <https://doi.org/10.21676/16574923.3328>
- Soru, M. F., Boris, L. D., Carreras, X., & Duero, D. G. (2012). Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1), Art. 1. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/2901>
- Soto, O. (2012). Teologías de la liberación y movimientos sociales: Matrices de pensamiento crítico y articulaciones contrahegemónicas en la América Latina reciente, a partir del proceso social brasileiro. *Memorias: revista digital de historia y arqueología desde El Caribe*, 17, 7.
- Stengel, E. (1956). Freud's Impact on Psychiatry. *BMJ*, 1(4974), 1000-1003. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4974.1000>
- Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. *Investigación y Educación En Enfermería*, 6(1), Art. 1. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/22254>
- Stolkiner, A., & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva Latinoamericanas. 30.
- Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: La articulación entre dos utopías. En *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Ed. Paidós. [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_3/stolkiner\\_solitario\\_aps\\_y\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf)
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Stuart, H. L., Arboleda-Flórez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. Oxford University Press.
- Téllez Mosquera, J. A., & Bedoya Chavarriaga, J. C. (2015). Dosis personal de drogas: Inconsistencias técnico-científicas en la legislación y la jurisprudencia colombiana. *Persona y Bioética*, 19(1), 99-116. <https://doi.org/10.5294/pebi.2015.19.1.8>
- Thornton, M. (1991, julio 17). *Alcohol Prohibition Was a Failure*. Cato Institute. <https://www.cato.org/policy-analysis/alcohol-prohibition-was-failure>

Thoumi, F. E. (1999). *La relación entre corrupción y narcotráfico: Un análisis general y algunas referencias a Colombia*. *Revista de economía del Rosario*, 2(1), 11-33.

Tobón, J. (2013). *La salud mental en Colombia. Un campo atravesado por la ley*. *CES Psicología*, 6(2), 1-3.

Torres, Y., & Montoya, I. D. (1997). *Segundo estudio nacional salud mental y consumo de sustancias psicoactivas 1997*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/segundo-estudio-nacional-salud-mental-consumo-spc-1997.pdf>

Torres, Y., & Murrelle, G. (1987). *Estudio Nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia*. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.

Trimboli, A. (2019). *El Fin del manicomio (Vol. 59)*. Noveduc. <http://noveduc.com/fin-del-manicomio-el/2166/9789875386778>

Unidad para la Atención y la Reparación Integral a las Víctimas. (2022). *Así ha avanzado la reparación a las víctimas*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es>

Universidad de Cartagena. (1961). *Primeras Jornadas de Psiquiatría*. Facultad de Medicina.

Uribe, M., Mora, O. L., & Cortés, A. C. (2007). *Voces del estigma Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental*. *UNIVERSITAS MÉDICA*, 48, 15.

Urrego, Z. (2007). *Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004\**. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 307-319.

Valle, R. (2022). *Validez, confiabilidad y utilidad clínica de los trastornos mentales: El caso de la esquizofrenia de la CIE-11*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(1), 61-70.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.09.004>

Van Young, E. (2001). *Ascenso y caída de una loca utopía*. *Revista de historia y ciencias sociales*, 51, 011. <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i51.748>

Vargas, I. (2010). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia [Universitat Autònoma de Barcelona]*.

<http://hdl.handle.net/10803/4651>

Vázquez Estupiñán, Felipe. (2017). *¿Es posible prevenir la enfermedad mental grave?* *Acta Médica Grupo Ángeles*, 15(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2017/am172a.pdf>

Vega, R. (2016). *La masacre del palacio de justicia. Ejemplo emblemático del terrorismo de estado en Colombia (6-7 de noviembre de 1985)*. *El Ágora USB*, 16(1), Art. 1.

<https://doi.org/10.21500/16578031.2168>



Vélez, J. G. (2011). *Nuevas tendencias y avances en el marketing deportivo en Colombia*. [Universidad Militar Nueva Granada]. <http://hdl.handle.net/10654/3467>

Venegas Luque, R, Gutiérrez Velasco, A, & Caicedo Cardeñosa, M. F. (2017). *Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. Universitas Psychologica*, 16(3), 277-286.

Villar, L. A. (2004). *La Ley 100: El fracaso estatal en la salud pública. Revista Deslinde*, 36, 28-48.

Vispe Astola, A., & Valdecasa Campelo, J. G. (2018). *Postpsiquiatría: Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*.

World Health Organization. (1950). *Expert committee on mental health. Report on the First Session (29 August—2 September 1949)*. (N.º 9; Technical report series). <https://acortar.link/9UGZ9g>

World Health Organization. (1951). *Expert committee on mental health. Report on the Second Session (11-16 September 1950)*. (N.º 31; Technical report series). <https://acortar.link/9UGZ9g>

Yepes Luján, F., Quevedo, E., Hernández, M., Miranda, N., Mariño, C., Cardenas, H., & Wiesner, C. (1990). *La Salud en Colombia: Análisis sociohistorico. Ministerio de Salud : Departamento Nacional de Planeacion*.

Zeiderman, A., & Ramírez Elizalde, L. A. (2010). «Apocalipsis anunciado»: *Un viraje en la política de riesgo en Colombia a partir de 1985. Revista de Ingeniería*, 31, 119-131.

Zuleta, M. (2020). *La violencia en Colombia: Avatares de la construcción de un objeto de estudio. Nómadas*. <http://nomadas.ucentral.edu.co/index.php/inicio/24-conocimiento-y-experiencia-de-si-nomadas-25/313-la-violencia-en-colombia-avatares-de-la-construccion-de-un-objeto-de-estudio>

Zuluaga Salazar, S. M., & Otálvaro Castro, G. J. (2020). *Las promotoras rurales de salud: Una práctica social en extinción. Estudio de caso en el municipio de Andes, Antioquia, 1976-2015. Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.prsp>